



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

Sergej Gavrilov

**E. SVEIKATOS ĮGYVENDINIMO PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE ANALIZĖ**

Baigiamasis magistro projektas

Vadovas

Doc. dr. Rimantas Rauleckas

KAUNAS, 2018

KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS

**E. SVEIKATOS ĮGYVENDINIMO PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE ANALIZĖ**

Baigiamasis magistro projektas

Viešasis administravimas (kodas 621N70001)

Vadovas

Doc. dr. Rimantas Rauleckas

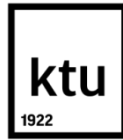
Recenzentas

Lekt. dr. Donata Jovarauskiene

Projektą atliko

Sergej Gavrilov

KAUNAS, 2018



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų

(Fakultetas)

(Studento vardas, pavardė)

Viešasis administravimas, III

(Studijų programa, kursas)

Baigiamojo projekto „E. sveikatos įgyvendinimo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20 18 m. sausio 9 d.
Kaunas

Patvirtinu, kad mano, **Sergejus Gavrilo**, baigiamasis projektas tema „E. sveikatos įgyvendinimo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė“ 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)

Gavrilov, Sergej. *Analysis of Implementation of E-Health System in Primary Health Care Institutions*: Master's thesis in Public Administration / supervisor assoc. prof. Rimantas Rauleckas. The Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

Research area and field: 03 S

Key words: e-health, general practitioner, healthcare service, information technology, Primary health care.

Kaunas, 2018. 99 p.

SUMMARY

On the development of medicine IT and communication capabilities there is the upcoming revolution in the management of the healthcare system. These technologies help improve the management of healthcare facilities and develop high speed wideness and aim focused healthcare services. Analyzing the experiences of the leading EU countries, an information and communication technology, Lithuania has developed an IT healthcare service system which is still under the implementation more than the decade since. Launched in the 2005 System was assumed as the National one and still have malfunctions and shortfalls, and has experienced the no use culture, there was decided to build a new Nationwide an e-health platform. The relevance of the research: The e-health system is based on the Primary health care, because there are the initial start of the health issues addresses leading to all levels and specializations of the health care system. The starting guidance's are not only about treatment, but also are essential to disease prevention, and public understanding and the self-care. From 2018 March 1 All health care institutions in Lithuania, have the obligations to proceed with the digital medicine data. However, the e-health is still offline of the system. The novelty of the research: Despite the interest of and expertise the field, Lithuania is still lacking the analysis in the scientific argumentation and analysis of the health IT and especially in the Primary health care, despite the capabilities of the networking specialist incorporation. The objective of research – e-health system implementation in the Primary health care institutions. The aim of the research – scientifically analyze the e-health in the Kaunas Primary care level to find how practitioners are involved and benefit from it. Research methods: There were analyzed 2 public and the 2 private Primary health care institutions in Kaunas Lithuania. The research took place during the period of 2017 November 20 to December 1. In the field there where leading personnel as well as separate doctors interviewed. In total there where conducted 9 interviews and 55 practioners where questioned using questionnaires. The semi structured Interview has consisted of standard 7 questions. Additional questions where added during the interview process. The identity of the responders remain confidential and none is mentioned in the research. Questionnaire was a paper one with 25 questions in total. The identities also remain confidential. In the study 91% (50) women and 5% (5) men where surveyed. Conclusions: The results show that all the Primary health care institutions analyzed have electronic health systems, and general practitioner (GP) are actively involved in electronic prescription and filling in other documentation. In all of the institutions studied were training conducted on how to use the e-system. General practitioners in public institutions more often - 62% prefer e recipes than private institutions - 40%. In one of the institutions under the research, GP's are not encouraged to use the e-system. Most GP's evaluate their IT confidence as very good - 69%. It was also found that over the age of 41 GP's often rate their IT confidence as weak (22%) and well (78%); those younger than 30 years are more likely to be evaluated as well (70%) and perfectly (30%). GP's over the age of 51 were found to be more likely to choose a paper medical documentation by 67%. The data showed that respondents younger than 51 more often 79% are to be using digital documentation. 78% of respondents in the public institution indicated that the administration compel them to use the e-system, while in the private sector only 37% needs to compel.

TURINYS

SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS	6
PAGRINDINĖS SĄVOKOS	7
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	8
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	9
ĮVADAS	10
1. E. SVEIKATA IR JOS ĮTAKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBEL.....	13
1.1. Technologijų įtaka sveikatos priežiūros paslaugoms.....	13
1.2. Viešosios paslaugos samprata.....	15
1.3. Sveikatos priežiūros sistema ir pirminė asmens sveikatos priežiūra.....	18
1.4. E. sveikatos samprata.....	24
1.5. Technologijų įgyvendinimui trukdantys veiksniai.....	26
2. E. SVEIKATOS SISTEMOS ĮGYVENDINIMAS	31
2.1. E. sveikatos sistemos reglamentavimas ir įgyvendinimas Europos Sąjungoje.....	31
2.2. ES šalių patirtis įgyvendinant e. sveikatą	33
2.3. E. sveikatos sistemos įgyvendinimas ir teisinis reglamentavimas Lietuvoje.....	35
2.4. PASP sektorius ir e. sveikatos įgyvendinimas.....	45
3. METODOLOGIJA.....	51
4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	58
4.1. Kokybinio tyrimo (interviu) rezultatai.....	58
4.2. Kiekybinio tyrimo (anketinės apklausos) rezultatai.....	63
IŠVADOS.....	82
REKOMENDACIJOS.....	83
INFORMACIJOS ŠALTINIAI.....	84
PRIEDAI.....	90

SANTRUMPŲ ŽODYNĖLIS

***E. receptas** – elektroninis receptas*

***E. sveikata** – elektroninė sveikata*

***EK** – Europos Komisija*

***ES** – Europos Sąjunga*

***ESI** – elektroninė sveikatos istorija*

***ESPBIIS** – elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema*

***IKT** – informacinės ir komunikacinės technologijos*

***IS** – informacinė sistema*

***IT** – informacinės technologijos*

***LR** – Lietuvos Respublika*

***NESS (NESS-1, NESS-2)** – Nacionalinė elektroninės sveikatos sistema*

***PASP** – pirminė (ambulatorinė) asmens sveikatos priežiūra*

***SAM** – sveikatos apsaugos ministerija*

***SPI** – sveikatos priežiūros įstaiga*

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Direktyva - teisės aktas, privalomas ES valstybėms narėms, kurioms jis yra skirtas, siektino rezultato atžvilgiu, bet jos gali pasirinkti jo įgyvendinimo formą ir būdus. Priėmus Bendrijos direktyvas, kiekviena valstybė narė jų nuostatas dar turi perkelti į savo vidaus teisę, t. y. įgyvendinti nacionalinėje teisėje (Europos teisminio tinklo glosarijus).

Elektroninė sveikatos sistema (E. sveikata) – sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos visuma, užtikrinama diegiant informacines ir ryšių technologijas, organizacines veiklos naujoves ir naujus įgūdžius ir skirta sveikatinimo paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją apie asmens sveikatą (Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategija).

Elektroninė sveikatos istorija (ESI) – elektronine forma kaupiami duomenys apie ankstesnę bei dabartinę paciento fizinę ir psichinę sveikatos būklę, užtikrinantys galimybę lengvai gauti šiuos duomenis teikiant sveikatinimo paslaugas ir kitiems glaudžiai susijusiems tikslams. Profilaktikos ir prevencijos tikslais ESI apima asmens viso gyvenimo sveikatos duomenis (E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programa).

E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (ESPBI IS) – SAM valdoma informacinė sistema, skirta ESI tvarkyti bei užtikrinanti Lietuvos e. sveikatos sistemos subjektų bendradarbiavimą ir jų informacinių sistemų integraciją, ESI formavimą, e. sveikatos paslaugų veikimą bei prieigą prie viešojo administravimo institucijų informacinių išteklių (E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programa).

Komunikatas – tai privalomosios (teisinės) galios neturintis politikos dokumentas, kuriuo EK išdėsto savo nusistatymą kokių nors svarbiu klausimu (Europos teisminio tinklo glosarijus).

Pirminė (ambulatorinė) asmens sveikatos priežiūra (PASP) – tai nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Šeimos gydytojo ir Bendrosios praktikos ar Bendruomenės slaugytojo, esant poreikiui ir Akušerio medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t. y. įstaigoje, neteikiančioje stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų), pacientų namuose ir globos įstaigose, kompleksas (Valstybinė ligonių kasa).

Reglamentas - tai visuotinio pobūdžio teisės aktas, kuris visas yra privalomas ir tiesiogiai taikomas visose valstybėse narėse. Jų nuostatų nereikia perkelti į valstybių narių vidaus teisę ir jie tiesiogiai suteikia teises arba nustato prievoles (Europos teisminio tinklo glosarijus).

Sveikatos priežiūros kokybę – tai esminių sveikatos sistemų tikslų, susijusių su sveikatos pagerinimu ir reagavimu į teisėtus visuomenės lūkesčius, pasiekimo lygis (Pasaulinė Sveikatos Organizacija).

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Vartotojų pasitenkinimą lemiantys veiksniai	17
2 lentelė. Lietuvos gydytojų pasiskirstymas amžiaus grupėse 2016 m.	27
3 lentelė. Interviu dalyvių charakteristikos	53
4 lentelė. Sociodemografinės tyrimo dalyvių charakteristikos (visi šeimos gydytojai bendrai)	54
5 lentelė. Įgyvendinti ir naudojami e.sveikatos funkcionalumai analizuojamose PASP įstaigose	60

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. E. sveikatos sistemos naudotojai	23
2 pav. Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimo ir įgyvendinimo etapai.....	36
3 pav. Lietuvos e. sveikatos sistemos struktūra.....	41
4 pav. Medicininių įrašų ESPBI IS skaičiaus per mėnesį 2016 – 2017 m. dinamika	43
5 pav. E. receptų išrašymo Lietuvoje 2016 – 2017 m. dinamika	44
6 pav. Viešųjų ir privačių PASP įstaigų sudariusių sutartis su TLK, skaičius 2016 m.	45
7 pav. PASP įstaigų finansavimo struktūra.....	46
8 pav. Viešųjų ir privačių PASP įstaigų, turinčių sutartis su TLK, skaičius 2006-2017 metais	47
9 pav. Viešųjų ir privačių PASP įstaigų aptarnaujamų gyventojų skaičius, 2006-2016 metais.....	48
10 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.)	55
11 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal analizuojamas PASP įstaigas (proc.).....	55
12 pav. Sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos pagal atskiras įstaigas (proc.).....	56
13 pav. Sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos pagal sektorių, kuriame jie dirba (proc.)	57
14 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal darbo patirtį su įdiegta e. sveikatos sistema (proc.)	63
15 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal darbo patirtį su įdiegta e. sveikatos sistema	64
16 pav. Administracijos reikalavimas, mokymai, skatinimas dirbti su elektronine sistema pagal sektorių	65
17 pav. Šeimos gydytojų atsakiusių, kad administracija reikalauja naudotis sistema pasiskirstymas	65
18 pav. Elektroninių receptų bei siuntimų išrašymo dažnumas	66
19 pav. Tyrimo dalyviai (proc.), kurie dažniau išrašo e. receptus ir e. siuntimus, pagal įstaigas	67
20 pav. Tyrimo dalyviai (proc.), kurie dažniau išrašo e. receptus ir e. siuntimus, pagal sektorius	67
21 pav. Receptų išrašymo dažnumas pagal sektorius, remiantis objektyvia apklaustųjų nuomone	68
22 pav. Gydytojų skaičiaus palyginimas pagal e. recepto pasirenkamumą įstaigose	69
23 pav. Gydytojų naudojimosi elektroninės sistemos funkcionalumais (proc.).....	70
24 pav. Gydytojų naudojimosi elektroninės sistemos funkcionalumais (proc.) pagal sektorių	70
25 pav. Šeimos gydytojų nuomonės apie e. sveikatą pagal sektorius	71
26 pav. Šeimos gydytojų nuomonės apie e. sveikatą pagal įstaigas	71
27 pav. Problemos su kuriomis susiduria apklaustieji dirbdami su e. sveikatos sistema pagal sektorius	72
28 pav. Problemos su kuriomis susiduria apklaustieji dirbdami su e. sveikatos sistema pagal įstaigas	72
29 pav. Šeimos gydytojų naudojimas e. paslaugomis ir technologijomis pagal sektorius	73
30 pav. Šeimos gydytojų naudojimas e. paslaugomis ir technologijomis pagal įstaigas	73
31 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas	74
32 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas pagal amžiaus grupes	75
33 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas atskirose įstaigose	75
34 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas pagal sektorius	76
35 pav. Šeimos gydytojų pasirinkimas jei nereikia lautų administracija	77
36 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas ir dokumentų tipo pasirinkimas.....	77
37 pav. Šeimos gydytojų amžiaus įtaka dokumentų tipo pasirinkimui	78
38 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal įstaigas ir dokumentų versijos pasirinkimą	79
39 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal sektorių ir dokumentų versijos pasirinkimą	79
40 pav. E. sveikatos pasirinkimas sektoriuose priverstinis ir savanoriškas	80
41 pav. Elektroninės sistemos pasirinkimas priverstinai ir savanoriškai	80

IVADAS

Nuolat modernėjančios informacinės ir komunikacinės technologijos (toliau – IKT), vis sparčiau veržiasi į kasdieninį socialinį ekonominį gyvenimą. Ne išimtis ir sveikatos priežiūros sektorius, kuris vis labiau tampa priklausomas nuo šių technologijų, padedančių plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas (Štaras, 2011).

Atsižvelgiant į išsivysčiusių šalių patirtį nesustojamai, jau daugiau nei dešimtmetį Lietuvoje vykdomas sveikatos priežiūros sistemos reformavimas, kuriam įtakos turi ir sparčiai besivystančios naujosios IKT, sudarančios galimybes gerinti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą bei plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Šių technologijų diegimas sveikatos priežiūroje suteikia galimybę kaupti ir analizuoti paciento informaciją, palengvina bendravimą, bendradarbiavimą ir pasidalijimą informacija tarp sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų institucijų. Todėl šių technologijų įgyvendinimas pirminės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PASP) sektoriuje turi daugiausiai naudoti ir turėtų vykti sparčiausiai.

Vienas iš tokių informacinių technologinių sprendimų, skirtų sveikatos priežiūrai, pasitelkiant IKT yra Elektroninė sveikatos sistema arba elektroninė sveikata (toliau – **e. sveikata**) kurios tikslas tenkinti visuomenės poreikius sveikatos priežiūros srityje. Analizuojamoje literatūroje pasitaiko ir kiti jos pavadinimai: ESIS, e-sveikata, eHealth arba e-health.

2005 m. pasitelkus IKT, siekiant sveikatos priežiūros paslaugas perkelti į elektroninę erdvę, Lietuvoje pradėta kurti Nacionalinė elektroninė sveikatos sistema - NESS.

2007 m. spalio 9 d. parengta „Lietuvos e. sveikatos sistemos 2007–2015 metų plėtros strategija“, kurios pagrindinis tikslas - IKT panaudojimas kuriant evoliucionuojančią e. sveikatos sistemą tam, kad būtų nuosekliai gerinama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Šios strategijos tikslų įgyvendinimui parengta ir priimta „E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa“.

Įgyvendinant plėtros strategijas ir programas Lietuvoje sukurta ir funkcionuoja daugiau kaip 30 informacinių sistemų (toliau - IS): elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (toliau - ESPBI IS) į kurios sudėtį įeina pacientų elektroninė sveikatos istorija (toliau – ESI), elektroninių receptų sistema (toliau – e. receptas), skaitmeninių medicininių vaizdų sistema ir kitos elektroninės paslaugos. Šie funkcionalumai prieinami per portalą www.esveikata.lt visoms gydymo įstaigoms be papildomų investicijų į informacinių technologijų (toliau – IT) infrastruktūrą. Taip pat sukurti specialistų, įstaigų, vaistų registrai, universitetinių ligoninių ir didžiųjų gydymo įstaigų IS, išankstinės pacientų registracijos IS, Nacionalinė klinikinių sprendimų palaikymo IS, Vidurio ir vakarų Lietuvos telekardiologijos IS (Lietuvos e. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programa).

Tačiau iki šiol ne visos sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – SPI) naudojami e. sveikatos sistema ir jos paslaugomis, vienos susiduria su sistemos įgyvendinimo problemomis, kitos su sistemos eksploatavimo sunkumais.

2017 m. liepos 17 d. buvo patvirtinta „Lietuvos E. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programa“, kurios pagrindinis tikslas yra tolimesnė e. sveikatos sistemos plėtra.

Temos aktualumas. E. sveikatos sistema Lietuvoje pradėta kurti dar 2005 metais, bet iki šiol pastebimai atsilieka nuo kitų elektroninių paslaugų. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos neskuba diegti IS ir jungtis prie e. sveikatos sistemos arba susiduria su sistemos įgyvendinimo ir eksploatavimo problemomis.

Lietuvos Respublikos teisės aktai įpareigoja SPI dalyvavusias e. sveikatos sistemos plėtros projektuose, finansuotuose iš Europos Sąjungos finansinės paramos ir bendrojo finansavimo lėšų, **nuo 2015 m. lapkričio 2 d.** duomenis, susijusius su pacientų sveikata ir jos priežiūra, tvarkyti elektroniniu būdu, o nedalyvaujančias projektuose įstaigas **nuo 2018 m. kovo 1 d.**

Mokslininkai analizuoja e. sveikatos sistemą įvairiais aspektais. Darulis (2010) savo disertacijoje analizavo šeimos gydytojų patirtį IT srityje, vertino jų požiūrį į sveikatos informacijos galimybes ir pritaikymą profesinėje veikloje, technologijų reikšmę šeimos gydytojų ir jų pacientų santykiams bei kokios yra kliūtys taikyti e. sveikatos sistemą šeimos gydytojų praktikoje. Nustatyta, kad dažniausia (81,9 proc.), tyrime dalyvavusių gydytojų įvardyta kliūtis – mažas šeimos gydytojų skatinimas naudotis internetu profesinėje veikloje ir darbo aplinkoje, taip pat dažnai (78,6 proc.) nurodomas ir menkas šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas. Jankauskienė ir Jakubčionytė (2014) tyrė sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimą e. sveikatos sistemoje. Maziliauskienė (2017) analizavo Lietuvos e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos įgyvendinimą. Romanovskaja (2015) analizavo e. sveikatos sistemos reglamentavimą nacionalinėje ir pasaulinėje praktikoje. Juodaitė-Račkauskienė (2008) tyrė medicinos personalo ir pacientų pasiruošimą informacinių sistemų diegimui ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Štaras (2008; 2011; 2013) analizavo IT įtaka sveikatos priežiūros paslaugų teikimui bei įstaigos veiklos efektyvumui.

Tema aktuali pirmiausiai PASP įstaigų vadovams, bei medikams, kurie suinteresuoti gerinti teikiamų paslaugų kokybę ir šių įstaigų įvaizdį. Taip pat tema aktuali e. sveikatos sistemų kūrėjams, IT ekspertams, nes medikų nuomonė padeda nustatyti trūkumus, tobulinti sistemą, bei ateityje kurti kokybiškesnes paslaugas.

Tyrimo naujumas. Mokslinių tyrimų analizuojančių e. sveikatos sistemos įgyvendinimą būtent Lietuvos PASP sektoriuje ir sistemos naudojimą šeimos gydytojų darbe iki šiol nebuvo atlikta. Šiuo tyrimu siekiama išsiaiškinti dabartinę situaciją pasirinktose Kauno PASP įstaigose įgyvendinant e. sveikatos sistemą. E. sveikatos įgyvendinimas yra plati tema, todėl tyrimo metu bus siekiama nustatyti kaip ši inovacija veikia PASP sektoriuje, kodėl vienos PASP įstaigos naudoja e. sveikatos sistemą pla-

čiau negu kitos, kuris sektorius (valstybinis ar privatus) pasiekė daugiau sistemos įgyvendinime ir kas tą lemia. Šeimos gydytojas, naudodamasis e. sveikatos sistema teikia gyventojams sveikatos priežiūros paslaugas. Todėl atliekant šeimos gydytojų apklausą siekiama nustatyti, kaip šią sistemą priima šeimos gydytojai, kaip jiems sekasi su ja dirbti, kokias e. sveikatos sistemos funkcijas naudoja savo darbe, ar jiems pavyko visiškai atsisakyti popierinių dokumentų pildymo, ar vyksta mokymai dirbti su šia sistema, kaip jie motyvuojami, su kokiomis problemomis susiduria. Taip pat siekiama nustatyti ar tam turi įtakos šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas ir kiti veiksniai.

Tyrimo objektas – e. sveikatos sistemos įgyvendinimas PASP įstaigose.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti e. sveikatos sistemos įgyvendinimą pasirinktose Kauno miesto PASP įstaigose analizuojant šeimos gydytojų nuomonę apie e. sveikatos sistemos naudojimą jų darbe.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išsiaiškinti bendruosius e. sveikatos sistemos veikimo principus ir įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.
2. Išanalizuoti ES ir Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius e. sveikatos sistemą.
3. Apžvelgti kitų ES šalių patirtį įgyvendinant e. sveikatos sistemas.
4. Įvertinti e. sveikatos sistemos įgyvendinimą pasirinktose Kauno miesto PASP įstaigose ir išsiaiškinti, kokios priežastis įtakoja šios sistemos naudojamumą šeimos gydytojų darbe.

1. E. SVEIKATA IR JOS ĮTAKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBEI

1.1. TECHNOLOGIJŲ ĮTAKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMS

Šiuolaikinė sveikatos priežiūros sistema yra veikiama naujų technologijų ir didelių informacinių srautų (Bernotas, Jurgutis ir Razbadauskas, 2015). Ši informacija aprėpia labai daug – nuo informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, visuomenės informavimą apie sveiką gyvenseną ir ligų prevenciją iki hospitalinių informacinių sistemų, paciento elektroninės sveikatos istorijos, šiuolaikinės medicininės įrangos valdymo, telemedicinos (Griškevičius ir Kizlaitis, 2012).

Pasaulio ir Lietuvos mokslininkai analizuoja ir tyrinėja naujausių informacinių ir komunikacinių technologijų taikymą ir naudą sveikatos priežiūros srityje. Autoriai pabrėžia, kad visi IKT taikymo sprendimai valdant SPI yra orientuoti į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą, į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros sistemos sukūrimą ir paciento pasitenkinimo paslaugomis didinimą, efektyvesnį gydytojų darbo organizavimą, padedanti daugiau laiko skirti pacientui, kadangi išlaisvina gydytojus nuo kasdienio popierinių dokumentų pildymo, atimančio nemažai laiko. Taip pat padedanti siekti geresnių gydymo rezultatų ir didinti valdymo mechanizmų (planavimo, organizavimo, vadovavimo, kontrolės) veiksmingumą (Bernotas ir kt., 2015; Griškevičius ir Kizlaitis, 2012).

Tokiu būdu šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas ir paslaugų prieinamumas, medicininės informacijos apdorojimas yra neįsivaizduojami be pažangių ir efektyvių IKT.

Pasaulio šalys, suprasdamos šių technologijų reikšmę, skiria didelį dėmesį jų panaudojimui sveikatos apsaugai (Jankauskienė ir Jakubčionytė, 2014). Technologijos padeda gerinti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą bei užtikrinti administruojamos paslaugos skaidrumą, plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas ir pritraukti naujų pacientų (Naujickienė, 2013).

Štaras (2008) išskiria šiuos pagrindinius IT taikymo sveikatos priežiūros įstaigose sprendimus:

- 1) išankstinė internetinė pacientų registracija;
- 2) profilaktinių programų elektroninis valdymas;
- 3) paciento medicininių duomenų elektroninis kaupimas;
- 4) statistinė elektroninė apskaita;
- 5) vidinis įstaigos tinklas (intranetas);
- 6) laboratorijos el. veikimas;
- 7) įstaigos el. valdymas.

Daugiametėje ES sveikatos priežiūros programoje „Sveikatos priežiūros augimas“ (2014–2020 m.), kuri yra strategijos „Europa 2020“ dalis, vienas iš iškeltų tikslų yra „*prisidėti prie naujoviš-*

kos ir perspektyvios sveikatos sistemos“, gerinant piliečių sveikatą ir užtikrinant sveikatos priežiūros sistemų tvarumą.

Naujų technologijų diegimas didina sveikatos priežiūros institucijos darbo efektyvumą ir keičia jos darbo pobūdį bei suteikia galimybę elektroninei informacijai, susijusiai su pacientų sveikata, judėti tarp organizacijų pagal nacionaliniu lygiu patvirtintus standartus (Silber, 2003).

Todėl siekiant užtikrinti platesnį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei geresnę paslaugų kokybę pacientams, o sveikatos priežiūros sistemos darbuotojams veiksmingesnį administravimą, diegiamos e. sveikatos sistemos (Jankauskienė ir Jakubčionytė, 2014).

Eysenbach'as (2001) teigia, kad IKT taikymas ir e. sveikatos sistemos diegimas SPI padaro sveikatos priežiūros sistemą efektyvesnę, skatina naujų santykių tarp paciento ir sveikatos specialisto atsiradimą, padeda kelti gydytojų kvalifikaciją ir didinti pacientų švietimą.

Štaras, Mačiūlienė ir Stokaitė (2013) taip pat nurodo kad, e. sveikatos sistemų diegimas daro tiesioginį poveikį sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumui, teikiamų medicinos paslaugų kokybei, pacientų saugumui bei padeda mažinti klaidų tikimybę.

Tinkamai įdiegta e. sveikatos sistema įgalina pacientus aktyviau dalyvauti sveikatos priežiūros procesuose, užtikrina paslaugų tęstinumą (HIS, 2012).

Ayuso (2013) ir Plieskis (2005) taip pat nurodo, kad asmenims gyvenantiems atokiose, retai apgyvendintose bei mažiau išsivysčiusiuose regionuose sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra blogiausias, o e. sveikatos sistema jiems yra priemonė gerinti galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Tačiau nemažai problemų iškyla kiekviename naujų technologijų įgyvendinimo etape: programinės įrangos kūrime, išbandyme ir įdiegime (Naujikienė, 2013).

Analizuojamų literatūros šaltinių autoriai, Bernotas ir kt. (2015), Jankauskienė ir Jakubčionytė (2014), Rotomskienė (2011) pabrėžia, kad svarbu nepamiršti, jog naujų IKT diegimas sveikatos priežiūros sektoriuje yra sudėtingas kompleksinis procesas, kurio įgyvendinime, atsiranda tam tikros problemos bei kliūtys. Šio proceso efektyvumas labai priklauso nuo žmogiškojo faktoriaus, reikalauja tarpdisciplininio požiūrio, įžvalgų ir ypač glaudaus bendradarbiavimo tarp jo dalyvių.

Tačiau tam, kad išsiaiškinti kokios priežastys turi įtakos e. sveikatos sistemos ir kitų informacinių technologijų įgyvendinimui sveikatos priežiūros sektoriuje, svarbu apžvelgti ir pačios sveikatos priežiūros sistemos bei sveikatos priežiūros paslaugų specifškumą.

1.2. VIEŠOSIOS PASLAUGOS SAMPRATA

Dėl nuolat modernėjančių IKT, didėjant visuomenės narių lūkesčiams viešųjų paslaugų atžvilgiu, ženkliai pakilo paslaugų kokybės kartelė, o tradicinių viešojo administravimo principų pradėjo nepakakti efektyviam darbui organizuoti.

Todėl tam, kad būtų patenkinti visuomenės poreikiai turėjo keistis ir viešojo administravimo sektorius. Jo modernizavimui panaudojami geriausi verslo valdymo principai, kurie apibrėžiami naujosios viešosios vadybos (toliau – NVV) dimensija (Staponkienė, 2008).

Jau XX a. pabaigoje daugelyje pasaulio šalių prasidėjo viešojo sektoriaus modernizavimas – buvo sparčiai diegiamos naujovės siekiant padidinti viešojo sektoriaus efektyvumą ir atskaitomybę, didėję dėmesį skiriant teikiamų paslaugų kokybei. Skirtingai nei M. Weberio XX a. pradžioje plėtotam idealiosios biurokratijos modeliui, šis modernizavimas aktyviai siekė debiurokratizuoti ir decentralizuoti tradicinę valdymo sistemą, hierarchiją keičiant dalyvavimu.

Teisingai pritaikius vadybos principus tokiam viešojo sektoriaus veiklos tobulinimui, galima pasiekti geresnių administravimo rezultatų: pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, gerinti institucijos įvairumą, didinti efektyvumą, sumažinti klaidų skaičių, taupyti lėšas ir kt. Kai kurie NVV būdingi elementai: decentralizacija; privataus sektoriaus valdymo metodų pritaikymas viešajame sektoriuje; e-valdžia; bendruomeniškumo ir dalyvavimo principas; piliečių įtraukimas į valdymą ir sprendimų priėmimo procesą; viešoji ir privati partnerystė.

Lietuvoje, perimant pažangią kitų šalių viešojo valdymo patirtį, jau daugiau nei dešimtmetį modernizuojamas viešojo sektoriaus valdymas ir administravimas. Sistemos reformavimas pradėtas nuo atitinkamos teisinės bazės kūrimo, kuri leistų laipsniškai siaurinti biurokratinį valdymą ir plėtoti viešosios vadybos principus ir metodus, taikant NVV elementus.

2002 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino elektroninės valdžios (toliau – e. valdžia) koncepciją, kurios pagrindinis tikslas – naudojant IT gerinti viešųjų paslaugų teikimą valstybės ir savivaldybių institucijoms ir įstaigoms, Lietuvos Respublikos gyventojams, verslo subjektams.

2004 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino viešojo administravimo plėtros iki 2010 m. strategiją, kurioje daug dėmesio buvo skiriama geresniam valdymui, žmogiškųjų išteklių valdymui ir e. valdžiai.

Viešojo administravimo įstatymo naujoje redakcijoje (2006) įtvirtintas efektyvumo ir „vieno langelio“ principai, kai visą reikiamą paslaugų ir informacijos paketą pilietis gali gauti ar susitvarkyti vienoje vietoje (pvz.: pateikti prašymą ir gauti paslaugą), bei viešojo administravimo kokybės valdymo reikalavimas.

Pasak Garucko ir Kaziliūno (2008), viešajam administravimui e. valdžia yra priemonė įgyvendinti valstybės valdymo reformas bei valstybės funkcijoms atlikti. Pasitelkus IT, galima efektyviai įdiegti skaidresnį valstybės valdymą, padidinti valstybės tarnautojų asmeninę atsakomybę, sukurti aiškia atskaitomybės sistemą bei skaidrių sprendimų priėmimo mechanizmus. E. valdžios projektų įgyvendinimas sudaro prielaidas struktūrinėms permainoms, tačiau tai yra didžulis išbandymas institucijoms, nes iškyla daug problemų dėl pakitusių valdymo struktūrų ir sprendimų priėmimo modelių, įgūdžių stokos, netinkamos informacijos ir komunikacijos infrastruktūros.

Kaip ir daugelyje Europos ir pasaulio šalių, Lietuvoje veikia E. valdžios teikiamų e. paslaugų portalas – Elektroniniai valdžios vartai, prieinamas adresu www.epaslaugos.lt. Jame talpinama informacija ir teikiamos nuorodos į visas svarbiausias Lietuvoje teikiamas viešąsias ir administracines e. paslaugas. Dalį paslaugų galima užsisakyti pačiame portale (pvz.: gyvenamosios vietos deklaravimas Lietuvoje, su vaiko gimimu susijusios paslaugos ir kt.), kitos paslaugos užsakomos tik jos teikėjo tinklapyje, į kurį vartotojas nukreipiamas automatiškai (pvz.: E. sveikatos paslaugos, Valstybinės mokesčių inspekcijos elektroninės paslaugos, Sodros elektroninės gyventojų aptarnavimo sistemos paslaugos ir kt.).

Pati viešoji paslauga Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 3 straipsnyje apibrėžiama kaip „*valstybės ar savivaldybių kontroliuojamų juridinių asmenų veikla teikiant asmenims socialines, švietimo, mokslo, kultūros, sporto ir kitas įstatymų numatytas paslaugas. Įstatymų nustatytais atvejais ir tvarka viešąsias paslaugas gali teikti ir kiti asmenys*“, o viešųjų paslaugų teikimo administravimas – „*viešojo administravimo subjektų veikla, nustatant viešųjų paslaugų teikimo taisykles ir režimą, steigiant viešąsias įstaigas arba išduodant leidimus teikti viešąsias paslaugas kitiems asmenims, taip pat viešųjų paslaugų teikimo priežiūra ir kontrolė*“.

Viešosiomis paslaugomis siekiama patenkinti pagrindinius gyventojų socialinius poreikius ne pelno siekiančiu pagrindu.

Brazienė ir Merkys (2015) nurodo, kad viešųjų paslaugų teikimo tikslas - patenkinti viešąjį interesą, t. y., suteikti gyventojams viešąsias gerybes. Tuo tarpu kokybiška paslauga autorių apibūdinama kaip paslaugos ar produkto trūkumo nebuvimas, bei vartotojo norų ir lūkesčių atitikimas.

Viešųjų paslaugų teikimas yra aiškiai reglamentuotas Lietuvos Respublikos Viešojo administravimo įstatymo 17 straipsnyje. Valstybės lygiu reglamentuoja centriniai valstybinio administravimo subjektai pagal įstatymų ar nuostatų jiems priskirtą valdymo sritį. Teritoriniu lygiu reglamentuoja pagal įgaliojimus savivaldybių administravimo subjektai ir teritoriniai valstybinio administravimo subjektai.

Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo (1994; 2007), 4 straipsnyje deklaruojama, kad paslaugų kokybė turi būti ne blogesnė nei numatyta standartizacijos norminiuose dokumentuose bei sutartyse, o už suteiktų paslaugų kokybę atsakingas paslaugų tiekėjas.

Kaip vieną iš paslaugų kokybės indikatorių Diržytė ir Patapas (2013), nurodo vartotojų pasitenkinimą. Autoriai pažymi, kad yra tarpusavio ryšys tarp aukšto klientų pasitenkinimo ir paslaugų kokybės. Kuo teikiama paslauga kokybiškesnė, tuo labiau patenkintas paslaugos gavėjas, ir atvirkščiai, kuo paslaugos kokybė prastesnė, tuo blogiau vertinama paslauga.

Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodikoje (2010) nurodoma, kad vartotojų pasitenkinimą lemia daugelis veiksnių (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Vartotojų pasitenkinimą lemiantys veiksniai

Šaltinis: Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika

Nr.	Veiksniai	Kriterijai
1.	Paslaugos suteikimas	<ul style="list-style-type: none"> • Pasiektas rezultatas – gaunama tai, ko siekė klientas. • Paslauga suteikta, remiantis institucijos standartais ir normomis. • Oficialių įrašų ir dokumentų, reikalingų teikiant paslaugą, tvarka. • Paslaugos suteikimas sutartu laiku (per tam tikrą laikotarpį).
2.	Pasiekiamumas	<ul style="list-style-type: none"> • Lengvai ir patogiai pasiekiami paslaugų teikimo vieta. • Patogus darbo laikas ir pietų pertraukos. • Galimybė gauti informaciją internetu, telefonu. • Visą parą veikianti informacijos linija ar pagalbos telefonas ir pan.
3.	Paslaugos suteikimo greitis (efektyvumas)	<ul style="list-style-type: none"> • Iš karto reaguojama į pirmą kliento kontaktą su institucija ar įstaiga. • Iš karto pradedama spręsti problema (klientas nenukreipiamas iš kabineto į kabinetą). • Paskirtų susitikimo valandų laikymasis.
4.	Profesionalumas	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetentingi, savo sritį išmanantys paslaugų teikėjai. • Geri bendravimo įgūdžiai. • Pagarba ir mandagus elgesys su klientu.
5.	Informatyvumas	<ul style="list-style-type: none"> • Tiksliai ir išsamiai teikiama informacija. • Informavimas apie paslaugos teikimo progresą.
6.	Vartotojo supratimas	<ul style="list-style-type: none"> • Gebėjimas atpažinti individualaus vartotojo poreikį paslaugai. • Pakartotinio (nuolatinio, pastovaus) vartotojo atpažinimas.
7.	Draugiškas personalo požiūris	<ul style="list-style-type: none"> • Maloniai nusiteikę ir draugiški paslaugų teikėjai. • Mandagūs darbuotojai. • Atsakingi ir pareigingi darbuotojai.
8.	Fizinė aplinka	<ul style="list-style-type: none"> • Tvarkingos ir švarios patalpos. • Tinkamos priemonės ir darbo įrankiai, reikalingi paslaugos suteikimui. • Tvarkinga darbuotojų apranga ir išvaizda.

Šie veiksniai gali turėti įtakos visoms teikiamoms paslaugoms arba būti būdingi ir svarbūs tik tam tikrai specifinei paslaugų grupei.

Analizuojant jų kriterijų poveikį, kuris taip pat yra skirtingas, įstaigų vadovai gali lyginti tyrimo rezultatus ir priimti sprendimus teikiamų paslaugų kokybei gerinti: procesų valdymo optimizavimui,

aptarnavimo efektyvumui bei kitų reikalingų darbuotojų įgūdžių mokymui ir pan. Darbuotojams ši detalė ir konkretė informacija, gali padėti nustatyti specifinius poreikius ir numatyti galimus būdus teikiamų paslaugų kokybei gerinti.

Toks skirstymas ypač aktualus viešosioms paslaugoms, kurių organizavimas vyksta centralizuotai, o teikimas – decentralizuotai, pavyzdžiui, švietimo, sveikatos paslaugos.

Matuojant vartotojų pasitenkinimą, svarbu suprasti, kokie pagrindiniai veiksniai yra svarbiausi vartotojui ir turi didžiausią įtaką jų pasitenkinimui viešosiomis paslaugomis.

1.3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMA IR PIRMINĖ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

Sveikatos apsauga – tai viena iš svarbiausių viešojo sektoriaus sričių, kurios veikla orientuota į gyventojų sveikatos priežiūrą bei visos visuomenės sveikatos stiprinimą, o sveikatos priežiūros paslaugos yra vienos iš pagrindinių viešųjų paslaugų.

Tinkamos ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugos tiesiogiai ir teigiamai veikia žmonių sveikatą jų gyvenimo kokybę ir trukmę (Janušonis, 2011).

Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodikoje (2010) sveikatos priežiūros paslaugos – valstybės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos (greitosios pagalbos, pirminės sveikatos priežiūros, gydymo ir sveikatinimo įstaigų, reabilitacijos centrų ir pan. teikiamos paslaugos).

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) 1996 m. pasirašytoje Liublianos chartijoje nurodoma, kad sveikatos priežiūros sistema turi būti orientuota į kokybę ir pirminę sveikatos priežiūrą, taip pat pagrįsta protingu finansavimu, vadovautis teismo, žmogiškojo orumo, solidarumo, profesinės etikos vertybėmis ir turėti aiškius tikslus (Bielskytė ir Jankauskienė, 2013).

Viena pagrindinių visų Europos Sąjungos (toliau – ES) šalių socialinės veiklos siekiamybių yra galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Šiuo tikslu ES šalyse remiamos ir koordinuojamos sveikatos apsaugos nacionalinės politikos, kuriomis siekiama užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, jų veiksmingą valdymą ir šių paslaugų vartotojų saugumą (Bubnienė ir Ruževičius, 2010).

Kiekvienas pilietis gali laisvai pasirinkti kur kreiptis: į viešąją (valstybinę) ar privačią sveikatos priežiūros įstaigą. PASP įstaigos yra pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistema grandis, nuo kurios funkcionavimo efektyvumo tiesiogiai priklauso visos sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo efektyvumas.

Pirmines sveikatos priežiūros paslaugas šiose įstaigose pilietis gaus tomis pačiomis sąlygomis, nemokamai. Konkurencija viešųjų paslaugų teikimo sferoje priverčia įstaigų vadovus vis daugiau dėmesio skirti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Todėl ne tik vartotojai, bet ir paslaugų teikėjai patys sau kelia aukštus reikalavimus ir yra suinteresuoti gerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei užtikrinti pacientų saugą.

Vienas iš pagrindinių viešosios vadybos elementų, siekiant tinkamai gerinti teikiamų paslaugų kokybę – nuolatinis vartotojų (pacientų) pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimas atliekant apklausas (Marcinkevičius ir Pociūtė, 2015). Ir jei anksčiau ilgą laiką tik privačios įstaigos buvo suinteresuotos rūpintis paslaugų kokybe, ir tai buvo vienas aktualiausių šio sektoriaus sėkmę lemiančių veiksnių, išaugus konkurencijai tarp paslaugos teikėjų ir besikeičiant gyventojų poreikiams viešosios SPI taip pat ėmė nustatinėti vartotojų pasitenkinimo indeksą (Diržytė ir Patapas, 2013). Toks įvertinimas padeda nustatyti esamus trūkumus ir atkreipti dėmesį į tas darbo organizavimo sritis, kurias reikia tobulinti arba keisti.

Maxwell (1992) išskiria šešias pagrindines sveikatos priežiūros kokybės savybes:

- **Prieinamumas** – sveikatos priežiūros paslaugos visiems vartotojams (pacientams) turi būti prieinamos ir teikiamos vienodomis sąlygomis, patogiu laiku. Informacija apie paslaugas taip pat turi būti prieinama, aiški, pateikta visiems suprantama kalba.
- **Veiksmingumas** – suteiktas gydymas turi būti geriausias technologijos atžvilgiu, esant geriausioms galimoms technologijos taikymo sąlygoms.
- **Priimtinumas** – paslaugos turi būti priimtinos, išsaugant konfidencialumą, su pacientu turi būti elgiamasi mandagiai, neignoruoiant paciento nusiskundimų.
- **Efektivumas (produktyvumas)** – sveikatos priežiūros ir gydymo rezultatai turi būti nuolat vertinami, tam kad įsitikinti, kad jie gerina paciento sveikatą, gyvenimo trukmę ir kokybę. Turi būti siekiama maksimalaus rezultato, esant minimalioms išlaidoms.
- **Teisingumas** – visi pacientai turi būti gydomi pakankamai, tinkamai, vienodai, lyginant su kitais pacientais (pvz.: neturi būti taip kad vieni gauna vaistų, kiti turi įsigyti patys ir pan.).
- **Tinkamumas** – teikiama sveikatos priežiūra turi būti reikalinga ir tinkama.

Pilgrimienė ir Bučiūnienė (2008) papildomai nurodo šias:

- **Tarpasmeniniai santykiai** – sąveiką tarp paslaugų teikėjų ir gavėjų: pasitikėjimas, pagarba, konfidencialumas, paslaugumas, reagavimas, empatija, išklausymas ir komunikacija.
- **Apčiuopiamumas** – paslaugų savybė, kuri nėra tiesiogiai susijusi su klinikiniu paslaugų efektyvumu, tačiau gali padidinti pacientų pasitenkinimą ir ateities ketinimus organizacijos atžvilgiu: fiziniai patogumai, personalo išvaizda, komfortas, švara ir pan.

- **Techninė kompetencija** – sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įgūdžiai, žinios, kompetencija, kuri būtina teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.
- **Saugumas** – sveikatos priežiūros procesų apsaugą nuo galimų neigiamų pašalinių efektų ir rizikos susižeisti, užsikrėsti ar kaip kitaip pakenkti visiems, susijusiems su sveikatos priežiūros teikimu ir gavimu.
- **Rezultatyvumas** – paciento sveikatos pokytis (teigiamas) po suteiktų paslaugų.

Svarbu nepamiršti, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra specifinė ir labai sudėtinga paslaugų rūšis. Šių paslaugų kokybę didžiąja dalimi priklauso nuo pačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos: sveikatos priežiūros personalo kompetencijos, dėmesingumo pacientams, procedūrų atlikimo ir gydymo kokybės, gydymo įstaigų patalpų būklės, medicininės įrangos modernumo, laukimo eilių įstaigoje, tačiau taip pat ne mažiau svarbi ir pati sveikatos priežiūros sistema.

Sveikatos priežiūros sistema Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme apibrėžiama kaip – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema.

Lietuva, paveldėjo socialistinę sveikatos priežiūros sistemą, vadinamą jos kūrėjo, 1918–1930 m. SSRS sveikatos liaudies komisaro N. Semaško vardu. Paveldėta sistema buvo neefektyvi, nepaisant išpūsto ligoninių ir gydytojų skaičiaus, kokybiškų sveikatos paslaugų prieinamumas buvo mažas, PASP buvo visiškai neišplėtotas, o privati gydymo praktika buvo uždrausta (Gudžinskas, 2012).

Gyventojai negalėjo pasirinkti paslaugos teikėjo, nes sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys gydytojai buvo priskirti geografiniu principu.

Atkūrus nepriklausomybę, 1991 m. spalį Aukščiausioji Taryba patvirtino nacionalinę sveikatos koncepciją, buvo nuspręsta atsisakyti paveldėtos sistemos, perorientuoti sveikatos politiką link PASP ir sukurti mišrų finansavimo modelį, paremtą privalomojo draudimo įmokomis ir biudžetinėmis asignavimais. Iki tol dirbę vidaus ligų gydytojai ir vaikų ligų gydytojai nuo 1992 m. buvo pradėti perkvalifikuoti į bendrosios praktikos gydytojus ir ruošiami nauji bendrosios praktikos gydytojai po 3 metų rezidentūros. Tačiau praėjo palyginti nemažai laiko, kol imtasi realių žingsnių tai įgyvendinti. Privalomojo sveikatos draudimo reforma įgyvendinta tik 1997 m., o PASP reforma iš esmės prasidėjo tik 1999–2000 m. kai buvo pradėta plėsti ir stiprinti PASP grandį (Gudžinskas, 2012).

PASP sprendžia daugelį asmens sveikatos problemų, užsiimanti ne tik gydymu, bet ir ligų profilaktika, vykdanči svarbias visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas. Šalys, kuriose gerai išplėtotas PASP grandis, pasižymi geresne gyventojų sveikata, mažesniais skirtumais, susijusiais su sveikata, ir mažesnėmis išlaidomis sveikatos priežiūrai (Jakubynaitė ir Kaselienė, 2016).

Nuo 2004 m. bendrosios praktikos gydytojai tapo šeimos gydytojais, pradėjo steigti privatūs šeimos gydytojų kabinetai (Gudžinskas, 2012).

Šeimos gydytojui priskiriamos labai svarbios patarėjo, koordinatoriaus, padedančio orientuotis sveikatos sistemoje, konsultuojančio elementariais sveikatos klausimais, stebinčio lėtinių ligų eigą, padedančio surasti reikalingą specialistą, pareigos (Jankauskienė, 2007). Pagal medicinos normą jis turi daug įpareigojimų, ir vieno susitikimo su pacientu metu ne visada spėja visus juos įgyvendinti. Norima, kad šeimos gydytojas nukreiptų tinkamiems tyrimams, nustatytų diagnozę, nusiųstų pas gydytoją-specialistą, išrašytų receptą vaistams, pamokytų sveikos gyvensenos principų ir galiausiai pasidomėtų, kaip pacientas jaučiasi (Higienos institutas [HIS], 2012).

Dėl didelių krūvių, kai aptarnaujami intensyvūs pacientų srautai, gydytojai pavargsta, sunkiau susikoncentruoja, rizikuoja padaryti klaidų.

Lietuvoje mažai diskutuojama apie tai, kokią žalą pacientui gali padaryti receptų išrašymo klaidos ir tam tikros informacijos stoka, teigia Bubnienė ir Ruževičius (2010) ir pateikia Mančesterio universiteto atlikto tyrimo, kuriame buvo išnagrinėta daugiau nei 124 tūkstančiai išrašytų receptų, iš kurių net 9 proc. buvo išrašyti klaidingai, o dėl 2 proc. klaidingai išrašytųjų receptų pacientai galėjo mirti. Elektroninių receptų (toliau – e. receptų) sistemos įdiegimas padėtų išspręsti šią problemą. Ši sistema turėtų būti prieinama gydytojui ir farmacijos specialistui. Pacientas vaistinėje būtų identifikuojamas pagal asmens tapatybės dokumentą, o farmacininkas informacinėje sistemoje matytų visus gydytojo paskirtus vaistus. E. receptų išrašymo sistemoje įdiegti patikrinimai iškart galėtų identifikuoti klaidas, užtikrintų recepto išrašymo tikslumą bei taupyti gydytojų ir pacientų laiką. Tokiu būdu, būtų užtikrinta teikiamų paslaugų saugumas ir kokybė.

IKT integravimas į sveikatos priežiūros sistemą ir būtent į PASP grandį, padėtų geriau bendradarbiauti šeimos gydytojams ir įvairių kitų specializacijų gydytojams ir pacientams naudojantis e. sveikatos sistema, kas eigoje leistų pasiekti kokybiškesnių, saugesnių ir veiksmingesnių sveikatos priežiūros paslaugų (HIS, 2012; Naujikienė, 2013; Podichetty & Biscup, 2003). Taip pat tai lemtų itin greitą PASP pažangą ir sumažintų išlaidas (Račkauskienė, 2008).

Pasak Naujikienės (2013), pacientai nebūtų siuntinėjami iš įstaigos į įstaigą bei būtų išvengta tyrimų dubliavimo, dėl nepasitikėjimo tyrimų rezultatais arba išsamios informacijos apie pacientą neturėjimo.

1.4 E. SVEIKATOS SAMPRATA

1.4.1 Bendrasis e. sveikatos apibūdinimas

„E. sveikata yra nauja sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sandūros sritis, skirta sveikatos paslaugoms ir jai reikalingai informacijai pateikti bei tobulinti panaudojant internetą ir panašias technologijas“ (Naujikienė, 2013, p.105).

Pagrindinės priežastys, pasak Štaro (2011), kurios verčia šalis kreipti dėmesį į e. sveikatos sistemą: globalizacijos tendencijos, šalių bendradarbiavimo sveikatos priežiūros srityje būtinybė, socialinės atskirties mažinimo poreikiai, gyventojų migracija, lėtinėmis ligomis sergančių pacientų daugėjimas, klaidų ir nepageidaujamų įvykių sveikatos sistemoje prevencija, intensyvi IKT plėtra, papildomų paslaugų sveikatinimo srityje poreikis, spartus mokslo ir inovacijų vystymasis, netolygus sveikatos priežiūros specialistų (žmogiškųjų išteklių) pasiskirstymas, teikiamų sveikatos paslaugų metodikų ir formų pasikeitimas, išlaidų, skirtų sveikatos apsaugai, augimas.

Tai viena iš svarbiausių sveikatos sistemos vadybos inovacijų, pastaruoju metu turinti lemiamą įtaką visos sveikatos sistemos efektyvumui ir produktyvumui (Jankauskienė ir kt., 2014). Jos dėka galima pagerinti ligų prevenciją, diagnozavimą, gydymą, stebėjimą ir valdymą.

E. sveikatos sistemos pagrindinės kūrimo idėjos: sukurti sistemą, kurioje visa paciento informacija būtų kaupiama vienoje vietoje, duomenys būtų saugūs ir nepasimestų pereinant į kitą polikliniką, pacientas galėtų internetu registruotis pas gydytoją ir jam nereikėtų nešiotis kompensuojamųjų vaistų ir receptų knygelį, nes gydytojas išrašytų elektroninį receptą (toliau – e. receptas), nereikėtų atlikti parkartotinių tyrimų, šeimos gydytojai galėtų greičiau išrašyti siuntimus pas gydytojus-specialistus ir peržiūrėti atliktų tyrimų rezultatus, taip gerėtų paslaugų kokybė, taupytųsi pacientų ir gydytojų laikas, sumažėtų eilės poliklinikose, o sveikatos apsaugos sistemos kontrolieriams būtų prieinama visa informacija apie poliklinikos ir ligoninės veiklą: aptarnaujamų pacientų ir procedūrų skaičių, veiklos efektyvumą ir kt. Taip pat tokia elektroninė sistema pacientams leistų patogiu laiku susipažinti su savo sveikatos istorija, peržiūrėti savo sveikatos duomenis ir tyrimus, nes tai yra bendrosios paciento teisės – teisė į informaciją, teisė susipažinti su įrašais savo medicininiuose dokumentuose ir kitos teisės, reglamentuojamos Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (1996; 2016).

E. sveikatos sistema orientuota į gyventojus, jų sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ankstyvą ligų diagnostiką ir gydymą, teikiant jiems tiesiogines ir netiesiogines (per sveikatinimo veikloje dalyvaujančius medikus) paslaugas (Silber, 2003).

Šios sistemos pagrindiniai dalyviai ir naudotojai, yra sveikatos priežiūros įstaigos bei šiose įstaigose dirbantys specialistai (gydytojai, slaugytojai ir kt.), vaistinės, valstybinė ligonių kasa, valstybės registrai, pacientai. Sveikatos priežiūros **įstaigoms** ši informacinė sistema padeda bendradarbiauti tarpusavyje, keistis elektroniniais dokumentais, pacientų tyrimų duomenimis, padeda išvengti tyrimų dubliavimo, pagreitina paslaugų teikimą, **pacientams** leidžia internetu registruotis pas gydytoją, susipažinti su savo elektronine sveikatos istorija, peržiūrėti savo sveikatos duomenis ir tyrimus jiems patogiu laiku, o **medikams** – peržiūrėti visą paciento sveikatos istoriją bei taikytą gydymą, trumpinti siuntimų, receptų bei kitų dokumentų rašymo trukmę (žr. 1 pav.)



1 pav. E. sveikatos sistemos naudotojai

Šaltinis: LR Sveikatos apsaugos ministerija

Veiksmingai taikoma e. sveikatos sistema suteikia galimybę užtikrinti tikslingesnę, efektyvesnę ir našesnę sveikatos priežiūrą, kuri būtų pritaikyta prie piliečių poreikių ir kuri padėtų mažinti klaidų skaičių ir gulėjimo ligoninėje trukmę. Taip pat taikant šią sistemą didėja skaidrumas, užtikrinama geresnė prieiga prie paslaugų ir informacijos, o socialinė žiniasklaida geriau naudojama sveikatos reikmėms.

Visos Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos LR sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 26 d. įsakymu Nr. V-657 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ įpareigtos nuo 2018 m. kovo 1 d. duomenis, susijusius su pacientų sveikata ir jos priežiūra, tvarkyti elektroniniu būdu.

1.4.2. E. sveikatos sistemų modeliai

Europos Sąjungos šalyse išskiriami trys e. sveikatos įrašo (istorijos) modeliai, kurie atspindi skirtingus duomenų kaupimo, valdymo bei priėjimo aspektus.

- ***Centralizuotas (skandinaviškas) modelis:***

Šiam modeliui būdinga tai, kad duomenys susiję su pacientų sveikata kaupiami centralizuotuose sveikatos registruose (serveriuose), t. y. visų sveikatos priežiūros įstaigų siunčiami duomenys saugomi

centralizuotai vienoje vietoje (Štilis, 2014). Lietuvos atveju toks centralizuotas registras yra ESPBI IS, į kurį duomenis pateikia SPI įstaigos tiek tiesiogiai per e. sveikatos portalą, tiek naudojant savo lokalias IS (Lietuvos e. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programa).

Tokiu būdu užtikrinamas vieningos sveikatos sistemos funkcionavimas, leidžiantis pacientams prieiti prie savo sveikatos duomenų ir aktyviai dalyvauti gydyme, taip sukuriant didesnę pasitikėjimą šalies sveikatos sistema (George, Whitehouse & Duquenoy, 2012).

Šio modelio **privalumai** yra mažesnės sukūrimo sąnaudos, paprastesni apsikeitimo duomenimis mechanizmai, pigesnė eksploatacija, paprastesnis palaikymas, didesnis informacijos saugumas, lengvesnis papildomų paslaugų įdiegimas, aiškus sistemos savininkas, sistemos palaikymas ir plėtra. Taip pat šis modelis padeda lengviau analizuoti įvairius sveikatos rodiklius, valdymą ir naujus klinikinius tyrimus. Pagrindiniai **trūkumai** – mažesnis prieinamumas gedimo atveju, dideli informacijos srautai į vieną tašką, ribotos galimybės diegti skirtingus sprendimus atskiriems regionams ir SPI (Čyvas, 2006; HIS, 2012). Toks modelis naudojamas Lietuvoje, Švedijoje, Estijoje, Danijoje (HIS, 2012).

- ***Decentralizuotas modelis:***

Šio modelio ypatumas yra tas, kad paciento sveikatos duomenys kiekvienos SPI tvarkomi ir kaupiami atskirai įstaigos lokaliuose serveriuose – t. y. decentralizuotai. Šių duomenų pateikimas ir apsikeitimas su kitomis įstaigomis vykdomas per specialią centrinę sistemą (aut.: *vadinama apsikeitimų tašku. Kitaip nuorodų serveris*), kurioje duomenys indeksuojami. Identifikavus pacientą centrinėje sistemoje, ši užtikrina pagal nuorodas į informacijos šaltinius jos surinkimą ir pateikimą (Čyvas, 2006; George et al., 2012; Štilis, 2014).

Tokio modelio **privalumai** yra serverių apkrovos paskirstymas ir geresnis paslaugos prieinamumas gedimo atveju. Lyginant su centralizuotu turi daugiau **trūkumų**: lėtesnė prieiga internetu, kiekviena SPI turi turėti bent vidutinio galingumo serverį, brangesnis tokios sistemos aptarnavimas ir plėtimas reikalauja sudėtingos duomenų prieigos ir replikavimo sistemos, informacijos vėlinimas dėl replikavimo lėtumo arba ryšio užimtumo, sudėtingesnė bendrų papildomų paslaugų integracija, didelė SPI atsakomybė už informaciją ir prieinamumą (Čyvas, 2006).

Toks modelis naudojamas Vokietijoje (George et al., 2012).

- ***Į pacientą orientuotas (prancūziškasis) modelis:***

Šis modelis taikytas Prancūzijoje iki 2009 m. Jo esmė ta, kad pacientas gali pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, kuris tvarkys jo elektroninį sveikatos įrašą savo nepriklausomoje sveikatos priežiūros informacinėje sistemoje (Romanovskaja, 2015; Štilis, 2014).

Tačiau praktikoje šis modelis nepasiteisino dėl sveikatos duomenų valdymo spragų, lėtos IS liginės plėtros, todėl buvo nuspręsta pereiti prie centralizuoto modelio, paliekant paciento teisę rinktis, kas tvarkys jo sveikatos duomenis (Romanovskaja, 2015).

1.5. TECHNOLOGIJŲ ĮGYVENDINIMUI TRUKDANTYS VEIKSNIAI

Žinant, kad naujų informacinių technologijų įgyvendinimas yra sudėtingas procesas, mokslininkai bando įvardinti, kokios kliūtys, barjerai ir klaidos iškyla jas įgyvendinant.

Dideli ir sudėtingi IKT diegimo projektai dažnai susiduria su vėluojančiais diegimo terminais, padidėjusiomis biudžeto sąnaudomis ir dažnai mažinamu techninio funkcionalumo reikalavimų sąrašu jau pradėjus projekto įgyvendinimo darbus. Taip pat, neretai susiduriama su dar didesniais sunkumais, kai techniškai gerai įdiegtos informacinės sistemos nėra naudojamos (Jankauskienė, Mikulskienė, Pitrėnaitė-Žilėnienė, Skaržauskienė, Štītis, Rotomskienė, Štaras, Mačiulienė, Pukinaitė, Stokaitė ir Tamošiūnaitė, 2015).

IKT tiekėjai turi kurti ir diegti tokias informacines sistemas (toliau – IS), kurios pilnai atitiktų SPI veiklos specifiką, poreikius ir lūkesčius. Šios sistemos turi būti patogios darbui ir nuolatos tobulinamos atsižvelgiant į technologinę plėtrą ir SPI darbuotojų poreikius. Taip pat labai svarbu, kad darbuotojai būtų mokinami bei motyvuojami dirbti su šiomis sistemomis (Bernotas ir kt., 2015).

Labai svarbu užtikrinti jau veikiančių IS sąveikumą (aut.: *programinės įrangos suderinamumas keičiantis duomenimis ir informacija*), tam kad neiškiltų duomenų integravimo problemų, bendradarbiaujant skirtingoms SPI ir teikiant elektronines paslaugas.

Pitrėnaitė-Žilėnienė ir Mikulskienė (2014) nurodo, kad svarbu užtikrinti artimą bendradarbiavimą, nuoseklų suinteresuotųjų pusių įtraukimą į sprendimų priėmimą ir interesų derinimą, atsižvelgti į jų požiūrį ir pasitenkinimą rezultatais, kuriant ir diegiant IKT sistemas. Taip pat autorės pabrėžia, kad ypač tai aktualu sveikatos priežiūros sektoriuje, nes skirtingai negu kituose sektoriuose čia interesų ir galios svertų įvairovė yra didesnė, o atliekami tyrimai rodo, kad sveikatos informacijos skaitmeninimas ir keitimasis ja elektroniniu būdu vyksta lėtai, netolygiai ir fragmentuoti.

Jankauskienė su bendraautorais (2014) pažymi, kad IKT diegimas sveikatos priežiūros sektoriuje labiau yra socialinis organizacinis nei techninis procesas ir suinteresuotų pusių įtraukimas į e. sveikatos plėtros procesus gali paskatinti efektyvesnę inovacijų sveikatos priežiūros srityje įgyvendinimą bei didesnę pasiektų pokyčių tvarumą.

E. sveikatos įgyvendinimui ne mažiau svarbu, kaip žmonės priima šias technologijas. Venkatesh, Morris, Davis, G. & Davis, F. (2003) nurodo „Vieningą technologijų priėmimo ir naudojimo teoriją“ (angl. *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)*) kuri padeda spręsti šias problemas.

Šios teorijos pagrindu formuojami modeliai ir vykdomi tyrimai, kuriais remiantis galima išskirti šiuos technologijų priimamumą lemiančius veiksniai:

- ✓ veiklos lūkesčiai (kaip sistemos naudojimas padeda vykdyti funkcijas);

- ✓ pastangų lūkesčiai (reikalingų pastangų lygis tam, kad sėkmingai naudotis sistema);
- ✓ požiūris į technologijų naudojimą ir socialinis poveikis (bendruomenės narių požiūris ir spaudimas naudoti ar nenaudoti technologijas);
- ✓ naudojimą palengvinančios sąlygos (žinios, materialūs ištekliai, specialistų pagalba naudojant sistemą, sistemų suderinamumas);
- ✓ asmeninis efektyvumas (gebėjimas naudotis sistema be kitų pagalbos arba su ja);
- ✓ nerimas (nepasitikėjimas savo gebėjimais, baimė prarasti duomenis arba kad sistema neleis taisyti klaidų);
- ✓ sistemos naudojimo ketinimai (organizuotumas ar abstraktus nusiteikimas naudotis sistema).

Sistemos diegimo ir plėtojimo sėkmė priklauso nuo to, kokios žmonių nuostatos egzistuoja kiekvienoje iš šių kategorijų (Pitrėnaitė-Žilėnienė ir Mikulskienė, 2014).

King ir kt. (2012) kaip pagrindines įgyvendinimo neefektyvumo priežastis, kuriant e. sveikatos sistemą, taip pat nurodo bendradarbiavimo trūkumą ir struktūrinius trukdžius – IT infrastruktūros ir sistemų nesuderinamumą. Maziliauskienė (2017) remdamasi informantų nuomone nurodo, kad sistemos įgyvendinimui trukdo: IS standartų nesuderinamumas, nepakankamas finansavimas, sistemos nepatogumas, duomenų dubliavimas.

Nors naujoves medikai vertina labiau teigiamai, tačiau patį e. sveikatos sistemos diegimo procesą ir jo mastą vis dėlto neigiamai vertinančių medikų yra žymiai daugiau negu vertinančių teigiamai. Ypač priešinasi pokyčiams ir vengia naudotis įdiegta sistema dažniausiai vyresni darbuotojai. Taip pat yra nemažai teisinio reguliavimo problemų (Jankauskienė, Rotomskienė, Tamošiūnaitė, Stokaitė ir Mačiulienė, 2014).

Anderson (2007) išskiria šiuos e. sveikatos sistemos įgyvendinimo barjerus - tai aukšti pradiniai sistemos steigimo kaštai, informacinių programų naudojimo sudėtingumas, įstatymų barjerai.

Bernotas su bendraautoriais (2015) taip pat pažymi, kad IKT sistemos reikalauja papildomų finansinių sąnaudų jas diegiant bei atnaujinant kompiuterinę ir programinę įrangą. Būtinis bendradarbiavimas tarp SPI ir šių sistemų tiekėjų, įdiegtos IS kontrolė. Taip pat būtinas sveikatos priežiūros specialistų apmokymas ir motyvavimas dirbti su naujomis sistemomis.

Maziliauskienė (2017), Darulis (2010) remdamiesi savo atliktais tyrimais, kaip vieną iš pagrindinių IKT įgyvendinimo problemų pažymi žemą sveikatos priežiūros specialistų kompiuterinio raštingumo lygį ir nurodo, kad didinant gydytojų kompiuterinį raštingumą galima pagerinti teikiamų paslaugų efektyvumą.

Tradiciskai kompiuterinis raštingumas suprantamas kaip mokėjimas dirbti kompiuteriu atliekant tokius veiksmus kaip: interneto tinklalapių peržiūra, teksto tvarkymas, el. pašto naudojimas ir kt. Tylienės (2014) atliktas tyrimas parodė, kad net 63 proc. apklaustų gydytojų savo kompiuterinį raštingumą vertina kaip vidutinį ar blogą.

Lietuvos E. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programoje yra numatyta padaryti e. sveikatos sistemą patogią vartotojams (sveikatos priežiūros specialistams ir pacientams) bei užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros specialistų švietimą ir mokymą naudotis e. sveikatos sprendimais kliniki- nėje praktikoje. Tačiau teisės aktų įpareigojančių SPI organizuoti tokius mokymus, rasti nepavyko.

Maziliauskienė (2017) pastebi, kad SPI administracija reikalauja dirbti su informacine sistema, bet mokymų neorganizuoja, todėl perėjimas prie šių technologijų tokiose įstaigose vyksta vangiai.

Organizuojant mokymus svarbu atsižvelgti į tai, kad gydytojų kompiuterinio raštingumo lygis yra skirtingas, nes nemaža dalis sveikatos priežiūros specialistų (taip pat ir kitų sričių specialistų) mo- kėsi ir studijavo tais laikais, kai IT dar nebuvo tiek išsivysčiusios.

Kaip teigia Jankauskienė su bendraautoriais (2014) ypač priešinasi pokyčiams ir vengia naudotis įdiegta sistema dažniausiai vyresni darbuotojai.

Račkauskienės (2008) atliktas tyrimas parodė – jaunesnio amžiaus gydytojai imlesni naujovėms, todėl įstaigos administracija, diegdama informacinę sistemą, turėtų daugiau dėmesio skirti vyresnio amžiaus darbuotojams ir mokymus organizuoti atsižvelgiant į jų kompiuterinio raštingumo lygį.

Remiantis Lietuvos Higienos instituto 2016 m. duomenimis, gydytojai, kurių amžius yra didesnis kaip 55 metai, sudaro 38,71 proc. visų dirbančiųjų gydytojų (žr. 2 lentelę).

Statistikos departamento duomenimis, vidutinis Lietuvoje praktikuojančių gydytojų amžius 2014 m. buvo - 49 metai.

2 lentelė. Lietuvos gydytojų pasiskirstymas amžiaus grupėse 2016 m.
Šaltinis: Sudaryta autoriaus, remiantis Higienos Instituto duomenimis.

Profesija	Amžius					
	Iš viso	Iki 35 m.	35-44 m.	45-54 m.	55-64 m.	virš 65 m.
Gydytojai	11471	2824	1706	2501	2848	1592

Šie duomenys parodo, kad Lietuvoje daug gydytojų yra vyresnio amžiaus, net 13,9 proc. yra virš 65 metų – pensinio amžiaus. Todėl reikalingas specifinis požiūris ir mokymai taikant IT jų darbe.

Taip pat šalyje pastebimas ir nepakankamai aukštas bendras gyventojų kompiuterinis raštingu- mas lyginant su ES vidurkiu. Kaip pažymi Budžytė (2016), remdamasi DESI (*The Digital Economy and Society Index*) duomenimis, vidutinius arba aukštus gebėjimus naudotis kompiuterinėmis siste- momis Lietuvoje turi 50,2 proc. šalies gyventojų, ir tai yra mažiau nei bendras ES vidurkis, kuris siekia - 50,9 proc.

Kompiuterinį raštingumą galima vertinti keliais metodais, tačiau specifinio klausimų atrinkimo būdo tam, kad būtų galima testuoti tam tikrų profesijų žmones, nėra sukurta (Danieliienė, 2010).

Danielienė (2010) ir Thompson (2008) išskiria šiuos kompiuterinio raštingumo vertinimo metodus:

- **Teorijos patikrinimas atliekant paprastą testavimą:**

Šis testavimas gali būti: popierinis (rankiniu būdu), kompiuterizuotas ir testavimas žodžiu. Tokiose testuose paprastai reikia pasirinkti vieną teisingą atsakymą iš pateiktų, o testų klausimai gali būti parenkami:

a) fiksuota tvarka – visiems tiriamiesiems klausimai vienodi;

b) atsitiktine tvarka – parenkami atsitiktiniai klausimai iš klausimų banko ir tiriamiesiems jie gali būti skirtingi;

c) adaptyviai – generuojant testo klausimus kiekvienam individualiai.

Pirmi du būdai naudojami tiek sudarant popierinius testus, tiek testuojant prie kompiuterio. Adaptyvūs testai galimi tik naudojant kompiuterį, nes tokių testų klausimai yra konstruojami pagal tai, kaip testuojamasis atsakinėjo į ankstesnius klausimus ir įvertinus klausimo sunkumą. Taip pat gali būti atsižvelgiama ir į diskriminacijos ir (arba) į spėjimo faktorius.

- **Intelektualus testas - kompiuterizuotas imitacinis testavimas:**

Naudojant specialias užduotis įvertinami praktiniai įgūdžiai. Testuojamųjų gali būti prašoma realioje programoje atlikti nurodytą veiksmą (pvz., kopijuoti, perkelti failus, tvarkyti tekstą, sudarinėti lentelės ir kt.). Kompiuterizuoto imitacinio testo metu yra svarbu užduoties rezultatas, o ne užduoties atlikimo būdas.

- **Naudojant specializuotas programas ir sistemas:**

Šis metodas jungia testinius klausimus ir užduotis. Tam naudojamos aukšto lygio sistemos (pvz., ECDL – *European Computer Driving Licence*). Klausimai gali turėti daugiau nei vieną teisingą atsakymą, taip pat imituojamas kokios nors programinės įrangos (pvz., „Microsoft Word“, „Microsoft Excel“ ir pan.) darbas, o testuojamasis turi atlikti tam tikrą užduotį tarsi dirbdamas su realia programine įranga.

Švedija įgyvendindama e. sveikatos sistemos projektą taip pat susidūrė su nepakankamu visuomenės kompiuterinio raštingumo lygiu bei su IT specialistų trūkumu. Ši problema šalyje sprendžiama didinant gyventojų sveikatos ir kompiuterinį raštingumą. Kuo jie bus didesni, tuo didesnė tikimybė, kad asmuo gebės tinkamai pasirūpinti savo sveikata, o šeimos gydytojas priims palankiausias sveikatai sprendimus ir prisitaikys prie įdiegtų naujovių (HIS, 2012).

Maziliauskienė (2017) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad didelė dalis sveikatos priežiūros specialistų nenori mokytis dirbti kompiuteriu, o dėl laiko stokos gydytojai savo darbus elektroninėje sistemoje paveda atlikti slaugytojoms. Gydytojai argumentuoja, kad IS yra per sudėtinga ir dėl laiko trūkumo nespėja konsultuoti pacientų.

Guthrie (2001) pažymi, kad sistemos įgyvendinimo procesus stabdo ne tik kompiuterinis raštingumas, bet taip pat ir materialinis (finansinis) suinteresuotumas (atlyginimų didėjimas, gydymo įstaigos pajamų didėjimas) naudotis šiomis technologijomis. Todėl svarbu sukurti motyvavimo sistemą.

Kitais tyrimais įrodyta, kad IKT diegimas SPI gali nepasiekti norimų rezultatų, jeigu darbuotojams teikiama per mažai informacijos apie šių technologijų galimybes. Kompiuterizavus darbo vietas darbuotojai jaučia laiko stoką tiesioginiam darbui, o pacientai skundžiasi sumažėjusia komunikacija (Lewis, Agarwal & Sambamurthy, 2003).

Jucienė (2009) vadovaudamasi Nacionalinės Jungtinės Karalystės audito įstaigos (National Audit Office, NAO) ir JK įstaigos, atsakingos už vyriausybės išlaidų kontrolę (Office of Government Commerce, OGC) išskiria dar tokias IT projektų nesėkmių priežastis: sutartų priemonių tikslams siekti nebuvimas, **aiškaus atsakingų institucijų ir vadovų įsipareigojimo ir vadovavimo stoka**, efektyvaus suinteresuotų pusių įtraukimo stoka, kompetencijų ir patirties trūkumas įgyvendinant projektus ir valdant riziką, neatitinkantys poreikio ištekliai, per mažas dėmesys ir pastangos skiriami skaidant procesą į labiau valdomas jo dalis.

Apibendrinant galima pažymėti, kad informacinių technologijų pažanga ir spartus tobulėjimas daro didelę įtaką visam viešajam sektoriui ir viešosioms paslaugoms, kurios tenkina viešąjį interesą bei suteikia gyventojams viešąsias gerybes. Šių paslaugų teikimas yra reglamentuotas įstatymais. Dėka viešojo valdymo reformų labiau atsižvelgiama į teikiamų viešųjų paslaugų kokybę, jų prieinamumą. Elektroninės paslaugos ir „vieno langelio“ principas padeda piliečiams taupyti laiką, didėja paslaugų teikimo skaidrumas. Atliekant vartotojų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis vertinimą, galima nustatyti tobulintinas sritys ir priimti sprendimus, kurie padėtų teikti kokybiškesnes paslaugas.

Viena iš svarbiausių viešojo sektoriaus sričių – sveikatos priežiūra.

Teisingas naujausių informacinių technologijų panaudojimas sveikatos priežiūros sektoriuje padeda ne tik gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą bet ir užtikrinti gerą visos visuomenės sveikatą. Šiems tikslams pasiekti kuriamos e. sveikatos sistemos. Galima išskirti šias pagrindines e. sveikatos sistemų naudas:

- **Pacientui (gyventojui)**

- ✓ Sutaupomas laikas internetu registruojantis pas gydytoją;
- ✓ Pacientas sulaukia daugiau dėmesio, nes gydytojas greičiau susitvarko su dokumentacija;
- ✓ Lengvesnė prieiga prie informacijos ir sveikatinimo paslaugų (ypač gyvenantiems atokiose arba retai apgyvendintose vietovėse);
- ✓ Pacientas gali aktyviau dalyvauti sveikatos priežiūros procesuose;
- ✓ Kokybiškesnės, saugesnės, veiksmingesnės sveikatos priežiūros paslaugos;

- ***Sveikatos priežiūros įstaigoms ir specialistams (gydytojams)***
- ✓ *Gerėja specialistų darbo aplinka (neapsikrauna popieriais, visa paciento sveikatos informacija vienoje vietoje, greičiau išrašo siuntimus, receptus ir taip sutaupomas laikas);*
- ✓ *Padedą siekti geresnių gydymo rezultatų ir išvengti tyrimų dubliavimo (prieinami visi ankstesni tyrimai, konsultacijos, gydymas);*
- ✓ *Padedą išvengti klaidų išrašant e. receptus;*
- ✓ *Didina valdymo mechanizmų veiksmingumą (planavimo, organizavimo, vadovavimo, kontrolės) ir padeda tvarkyti statistinę elektroninę apskaitą;*
- ✓ *Palengvina bendradarbiavimą su kitomis įstaigomis ir specialistais;*
- ✓ *Sutaupomos lėšos, nes mažiau naudojama popierinių blankų, bei spausdinimo medžiagų.*

2. E. SVEIKATOS SISTEMOS ĮGYVENDINIMAS

2.1. E. SVEIKATOS SISTEMOS REGLAMENTAVIMAS IR ĮGYVENDINIMAS EUROPOS SĄJUNGOJE

2004 m. balandžio 6 d. Europos Komisija (toliau EK) paskelbė pirmąjį e. sveikatos strateginį dokumentą „*E. sveikata: sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas Europos gyventojams – veiksmų planas Europos e. sveikatos erdvei*“ COM(2004)0356. Šiame komunikate konstatuojama, kad e. sveikata yra trečia didžiausia Europos sveikatos sektoriaus sritis ir pabrėžiami jos kūrimo poreikis ir svarba siekiant išlyginti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą ES. Taip pat teigiama, kad ES turi būti įdiegti bendri e. sveikatos paslaugų kvalifikacijos standartai, bei unifikotos nacionalinės teisinio reguliavimo sistemos.

EK rekomendavo, kad e. sveikatai skiriamas finansavimas ES šalyse sudarytų ne mažiau kaip 3 proc. bendro sveikatos priežiūros paslaugų biudžeto, tam kad būtų išlyginta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas ES.

2008 m. liepos 2 d. EK išleido rekomendaciją „*Dėl tarpvalstybinio elektroninių sveikatos įrašų sistemų suderinamumo*“ (2008/594/EB), kurioje pateiktos gairės, kaip kurti ir diegti suderinamas e. sveikatos įrašų sistemas, suteikiančias galimybę teisėtai medicinos ar sveikatos priežiūros tikslais tarpvalstybiniu lygmeniu keistis Bendrijoje pacientų duomenimis. Šiomis gairėmis turi vadovautis valstybės narės. Taip pat dokumente akcentuojama sertifikavimo ir asmens duomenų apsaugos užtikrinimo svarba. Tokios e. sveikatos įrašų sistemos turėtų padėti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams padidinti pacientų priežiūros efektyvumą, nes jie turės galimybę laiku ir saugiai gauti prieigą prie svarbiausios (kartais gyvybiškai svarbios) informacijos apie sveikatą tais atvejais, kai tai būtina.

2008 m. lapkričio 4 d. išleistas komunikatas „*dėl nuotolinės medicinos naudos pacientams, sveikatos priežiūros sistemoms ir visuomenei*“ COM(2008)0689, kurio tikslas ugdyti visuomenės pasitikėjimą nuotolinės medicinos paslaugomis ir palankų požiūrį į jas, užtikrinti didesnę teisinę aiškumą, bei spręsti technines problemas ir skatinti rinkos plėtojimą.

Komunikate „*Europos skaitmeninė darbotvarkė*“ 2010 m. rugpjūčio 26 d. nurodomos pagrindinės kliūtis, kurios trukdo efektyviai vystyti skaitmeninei ekonomikai, o e. sveikata yra neatsiejama skaitmeninės ekonomikos dalis. Pagrindinė įvardijama kliūtis - sąveikumo stoka, kuri yra būtina sąveika tarp standartų nustatymo, viešųjų pirkimų bei taikomų programų. Pabrėžiama kad, dėl koordinavimo trūkumų, piliečiai negauna tinkamų paslaugų, o dėl IKT įgūdžių stokos, dauguma piliečių lieka atskirti nuo skaitmeninės ekonomikos teikiamos naudos. Todėl labai svarbu valstybėms narėms atsižvelgti į esamą reguliavimą ir koordinavimą, siekiant didinti produktyvumą.

2011 m. kovo 9 d. išleista Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES „*Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo*“, kurios 14 straipsnio 1 dalyje nurodoma valstybėms narėms įkurti E. sveikatos tinklą, siekiant oficialaus šalių bendradarbiavimo ir keitimosi informacija e. sveikatos klausimais. Tokiu būdu sudarant pacientams sąlygas gauti sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES šalyse, užtikrinant ES vidaus rinkos principą – laisvą paslaugų judėjimą. Taip pat šiuo dokumentu, siekiant užtikrinti ankstesnių EK planų įgyvendinimą, visos bendrijos šalys įpareigosios nustatyti taisykles, kurios užtikrintų priėjimą prie aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų tarpvalstybiniu lygiu.

2012 m. gruodžio mėn. EK priėmė kitą svarbų dokumentą, komunikatą „*2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui*“. Jo vizija – e. sveikatos technologijas naudoti ir plėtoti siekiant spręsti aktualiausias XXI a. pirmos pusės sveikatos priežiūros klausimus: lėtinių ligų gydymas, prevencijos tobulinimas, sveikatingumo veiklos gerinimas, sveikatos sistemų tvarumo ir efektyvumo didinimas – inovacijų diegimas, gerinant į pacientus (piliečius) orientuotą priežiūrą, tarpvalstybinės sveikatos priežiūros skatinimas, e. sveikatos paslaugų gerinimas. Šiame plane nurodoma, kad nepaisant daugelio anksčiau e. sveikatos srityje priimtų dokumentų, vis dar egzistuoja trukdžiai diegiant suderinamą e. sveikatos sistemą Europoje. Todėl naujasis veiksmų planas skirtas šiems barjerams pašalinti. Taip pat komunikate nurodoma, kad svarbi yra efektyvi asmens duomenų apsauga užtikrinanti pasitikėjimą e. sveikatos sistema, bei yra esminis kriterijus vystant tarpvalstybinį e. sveikatos naudojimą. EK, skatindama ieškoti efektyvesnių būdų reorganizuojant sveikatos priežiūros sistemas, bei aktyviai įsitraukti įgyvendinti e. sveikatos politiką tiek nacionaliniu, tiek tarpvalstybiniu lygmeniu, išdėstė naujas e. sveikatos plėtros kryptis ir tikslus:

- užtikrinti didesnę e. sveikatos paslaugų sąveikumą;
- remti e. sveikatos ir gerovės mokslinius tyrimus, plėtrą ir inovacijas, siekiant spręsti vartotojams patogių priemonių ir paslaugų trūkumo problemą;
- lengvinti pritaikymą ir užtikrinti platesnę diegimą;
- pasaulio lygmeniu skatinti e. sveikatos politikos dialogą ir tarptautinį bendradarbiavimą.

2014 m. kovo 11 d. priimtas Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas Nr. 282/2014, kuriuo nustatoma *trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020 m.)*. Šios programos vienas iš iškeltų tikslų yra „*prisidėti prie naujoviškos ir perspektyvios sveikatos sistemos*“. Detalizuojant šį tikslą, nurodoma, kad EK turi padėti valstybės nares skatinti naudoti sveikatos sistemos naujoves, tarp jų e. sveikatą, ir dalytis savo patirtimi šioje srityje.

2.2. ES ŠALIŲ PATIRTIS ĮGYVENDINANT E. SVEIKATĄ

Juciūtė (2009) pažymi kad e. sveikatos sistemų diegimas įvairiose šalyse labai skirtingas – pradedant pavienėmis įvairių IKT spendimų iniciatyvomis ir baigiant specialiai tam tikslui skirtomis strategijomis bei didelėmis IKT diegimo sveikatos sektoriuje nacionalinėmis programomis.

Danija:

Tai viena iš šalių, kuriai pavyko sėkmingiausiai įdiegti IT sveikatos priežiūros sistemoje. Nuo 1990 metų šalyje įgyvendinamos nacionalinės IT strategijos. E. sveikatos sistemos kūrimo procesas Danijoje pradėtas 1994 m., ir šiuo metu įgyvendinta centralizuota elektroninė sveikatos sistema – „MedCom“ - apima daugybę kompiuterinių sistemų, kurios bendradarbiauja tarpusavyje, kad būtų teikiamos saugios ir kokybiškos paslaugos (Kierkegaard, 2013).

Danijos šeimos gydytojai naudotis elektroninėmis sistemomis pradėjo savanoriškai, o tie, kurie nesinaudojo jais (daugiausia priešpensinio amžiaus ar tik pradedantys) sveikatos paslaugų rinkoje buvo vertinami prasčiau (Bhanoo, 2010).

Nuo 2004 m. visą paciento medicininę informaciją Danijoje privaloma tvarkyti elektroniniu būdu. Danijos Šeimos gydytojai, kurie daugiausiai dirba privačiai, aktyviai naudojami elektroninėmis informacinėmis sistemomis: išrašo elektroninius receptus, dalinasi klinikiniais duomenimis, peržiūri diagnostinius vaizdus ir laboratorinius tyrimus, pacientams siunčia priminimus bei konsultuoja el. paštu. Taip pat šeimos gydytojai automatiškai informuojami ir gauna elektronines ataskaitas, jei jų pacientai kreipiasi į ligoninių skubios pagalbos skyrių ar nusiperka išrašytus vaistus (Kierkegaard, 2013).

Gyventojai pasinaudodami Nacionalinių e. sveikatos portalu **sundhed.dk**, gali peržiūrėti savo medicininius įrašus, gydymo istoriją, laboratorinių tyrimų rezultatus, visų apsilankymų ligoninėse istoriją nuo 1977 metų, registruotis vizitui pas savo šeimos gydytoją. Portale yra apie 4,5 mln. unikalų lankytojų iš maždaug 5,6 mln. gyventojų (eHealth makes people healthier).

Estija:

Estija žinoma kaip šalis kuriai taip pat kaip ir Danijai pavyko sėkmingai pritaikyti IT technologijas sveikatos apsaugos srityje ir sukurti e. sveikatos sistemą, kuri veikia visos šalies mastu.

Estijos e. sveikatos sistema pripažįstama viena geriausių pasaulyje (Jankauskienė ir Jakubčionytė, 2014). E. sveikatos įgyvendinimas Estijoje buvo pradėtas 2007 m. vykdant sveikatos priežiūros įstaigų reformą, siekiant gerinti visą šalies sveikatos priežiūros sistemą (Tylienė, 2014). Buvo priimtas šalies parlamento įstatymas, dėl sveikatos paslaugų organizavimo pakeitimo, kuriuo numatyta plėtoti e. sveikatos sistemą skiriant ypatingą dėmesį Elektroninės sveikatos kortelės (toliau – ESK) projektui.

Šio įstatymo pagrindinis tikslas - sukurti vieną centrinę sveikatos IS į kurią sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai duomenis teiktų elektroniniu būdu.

Visos sveikatos priežiūros įstaigos privalo teikti paciento duomenis į šią sistemą nuo 2008 metų.

E. sveikatos sistema naudojami daugiau nei pusė šalies gyventojų ir beveik visi sveikatos paslaugų tiekėjai. Nuo 2012 m. sausio šalyje veikia elektroninio recepto sistema ir apie 85 proc. visų išrašomų receptų yra elektroniniai (Jankauskienė ir Jakubčionytė, 2014).

Estijos e. sveikatos sistemoje – „Digilugu“ - integruojami skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų duomenys, kurie gali naudoti skirtingas sistemas ir pateikia juos standartiniu formatu. Šiuos duomenis gali peržiūrėti gydytojai ir pacientai. Pacientai prisijungdami prie portalo **digilugu.ee** gali registruotis pas gydytojus, peržiūrėti savo medicininius įrašus, apsilankymus, paskirtus vaistus, taip pat gali kontroliuoti, kurie gydytojai turi prieigą prie jų duomenų (E-health in Estonia, 2017).

Šalyje funkcionuoja: elektroninė sveikatos įrašų sistema, kurioje kaupiama paciento sveikatos istorija, e. recepto sistema, išankstinė elektroninė pacientų registracija, elektroniniai tyrimų vaizdai, taip pat teikiamos elektroninės socialinės gerovės paslaugos. Ši sistema apjungia ne vien tik sveikatos sektoriuje naudojamą informaciją, bet ir kitus sektorius (ekonomikos, socialinį, politinį, akademinį ir t.t.) (HIS, 2012; Jankauskienė ir Jakubčionytė, 2014).

Naudojamas centralizuotas duomenų teikimo modelis, kuris pasižymi tuo, kad visų sveikatos priežiūros įstaigų su pacientų sveikata susiję duomenys kaupiami vienoje vietoje.

Madis Tiik, vienas iš e. sveikatos Estijoje įkūrėjų teigia, kad norint įdiegti e. sveikatos sistemą, reikia ieškoti ir pasinaudoti jau veikiančiomis e. sveikatos sistemomis, o ne kurti naujas (HIS, 2012).

Švedija:

Švedijoje e. sveikatos sistema pradėta plėtoti jau prieš tris dešimtmečius. 1983 m. šalyje buvo išrašytas pirmasis e. receptas. 2005 m. pradžioje apie 42 proc. visų šalyje išrašytų receptų buvo išrašyti elektroniniu būdu, o jau 2013 m. šis rodiklis buvo 97,3 proc. Sukurtoje e. receptų duomenų bazėje saugomi pacientams išrašyti vaistų receptai, kuriuos mato pacientas, gydytojas ir farmacininkas (HIS, 2012; Maziliauskienė, 2017).

Švedijoje nėra vizijos per artimiausius metus šalies mastu suformuoti bendrą vieningą e. sveikatos sistemą, nes kiekvienas Švedijos regionas pernelyg skirtingai valdo sveikatos informaciją. E. sveikata diegiama atsižvelgiant į esamas aplinkybes, turimas priemones bei išteklius pirmiausiai ten, kur tai įmanoma (HIS, 2012).

2008 metais Švedijoje priimtame Paciento duomenų įstatyme buvo nustatytos griežtos taisyklės, siekiant tinkamai tvarkyti pacientų sveikatos duomenis ir pildyti ligos istorijas.

Švedijoje šiuo metu veikia tokios elektroninės informacinės sveikatos sistemos: elektroniniai receptai, išankstinė elektroninė registracija, elektroniniai sveikatos įrašai, telemedicina – vaizdo pokalbiai su gydytojų nuotoliniu būdu. (e-Health in Sweden, 2017).

Taip pat šalyje yra taikomi įvairūs būdai pacientui pasiekti PASP specialistą - šeimos gydytoją, ar atvirkščiai. Tam naudojami internetiniai tinklalapiai, forumai, *Facebook*, telefoniniai pokalbiai ir kt. Tačiau Švedija susiduria su viena esminių problemų, įgyvendinat e. sveikatą - tai PASP specialistų ir IT specialistų trūkumas, visuomenės nepasiruošimas, nusistovėjusių nuostatų nekeitimas, bei visuotinis kompiuterinio raštingumo trūkumas. Švedai pateikė pasiūlymą šiai problemai išspręsti – didinti sveikatos bei kompiuterinį raštingumą. Kuo šie raštingumai bus didesni, tuo didesnė tikimybė, kad asmuo gebės tinkamai pasirūpinti savo sveikata, o PASP specialistas priims palankiausias sveikatai sprendimus ir prisitaikys prie įdiegtų naujovių (HIS, 2012).

2.3. E. SVEIKATOS SISTEMOS ĮGYVENDINIMAS IR TEISINIS REGLAMENTAVIMAS LIETUVOJE

„Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtra išgyveno ne vieną iššūkį ir nesėkmę, kai įdėtos pastangos neatnešė tikėtinų rezultatų, tačiau taip pat reikia pripažinti ir nemenkus proveržius kuriant atskiras jos dalis. Šiuo metu jau beveik visose sveikatos įstaigose veikia bent keletas e. sveikatos modulių, daug kur – elektroninė registracija pas gydytoją, kai kurie pacientų sveikatos istorijos įrašai pildoma elektroniniu būdu“ (Caronkutė ir Mikulskienė, 2014, p.31).

Elektroninės sveikatos kūrimo pradžia – 2002 m. liepos 30 d., kai sveikatos apsaugos ministras, patvirtindamas Informacinės sveikatos sistemos plėtros programą, inicijavo Nacionalinės elektroninės sveikatos sistemos kūrimą (toliau – NESS).

2004 m. priimtame Vyriausybės nutarime „Dėl valstybės informacinės sistemos steigimo ir įteisinimo taisyklių patvirtinimo“ nurodoma, kad valstybinė informacinė sistema, tai „*valstybės institucijai teisės aktų nustatytoms funkcijoms, išskyrus vidaus administravimą, atlikti reikiamos informacijos apdorojimo procesus (duomenų ir dokumentų tvarkymo, skaičiavimo, bendravimo nuotoliniu būdu ir t.t.) vykdanti sistema, kuri veikia informacinių technologijų pagrindu*“.

Centralizuotos NESS kūrimas prasidėjo 2005 metais, išskiriami šie sistemos kūrimo ir įgyvendinimo etapai (žr. 2 pav.).



2 pav. Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimo ir įgyvendinimo etapai

(sudaryta autoriaus)

I etapas (2005 - 2006 m.): NESS-1 projektas – branduolio ir keturių funkcijų kūrimas: 1) Apsikeitimas klinikiniais duomenimis tarp SPĮ; 2) Išankstinė elektroninė pacientų registracija pas gydytojus ir tyrimams; 3) Elektroninių siuntimų konsultacijai / gydymui sistemos sukūrimas; 4) Diagnostinių tyrimų (laboratorija, medicininiai vaizdai) formavimas ir išsiuntimas, rezultatų gavimas ir saugojimas. Taip siekiant sveikatos priežiūros paslaugas perkelti į elektroninę erdvę.

Šiam etapui, remiantis SAM duomenimis, panaudota 4 937 971 Eur, kuriuos sudarė Pasaulio banko investicijos. Sistemos tvarkytoju sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 19 d. įsakymu paskirta Valstybinė ligonių kasa prie SAM, tačiau faktiškai jai buvo perleistos ir sistemos valdytojo funkcijos. Remiantis LR Valstybės kontrolės audito 2017 m. ataskaita šiame etape nebuvo sukurta teisinė bazė, kuri užtikrintų projektų tęstinumą, nebuvo įtvirtintas sistemos struktūros modelis, nereglamentuoti sistemos veikimo principai, tinkamai nepaskirti atsakingi subjektai. Dėl to sistemos techninė įranga buvo įsigyta, patirtos ir apmokėtos jos įsigijimo išlaidos, tačiau dėl teisinio pagrindo nebuvimo – nebuvo eksploatuojama.

II etapas (2007 – 2010 m.): NESS-2 projektas - tolimesnis sistemos kūrimo etapas. Kuriamos informacinės sistemos didžiosiose Lietuvos gydymo įstaigose: Kauno klinikose, Vilniaus Santariškių klinikose, Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Šios sistemos sukurtos ir funkcionuoja. Šiam etapui panaudota dar 4 898 261 Eur, kuriuos sudarė ES struktūrinės paramos fondų investicijos kartu su valstybės biudžeto ir kitų finansavimo šaltinių lėšomis.

2007 m. spalio 9 d. priimta „*Lietuvos e. sveikatos sistemos 2007–2015 metų plėtros strategija*“, kuria siekiama užtikrinti evoliucionuojančios e. sveikatos sistemos plėtrą, geriausiai panaudojant esamas ir naujai atsirandančias IKT, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Strategijos tikslų įgyvendinimui, parengta ir priimta „*E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa*“. Siekiama, kad pacientas gautų patikimas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, būtų informuotas ir lengvai pasiektų reikalingas sveikatinimo paslaugas, būtų tikras dėl sveikatinimo paslaugų tęstinumo. SPĮ galėtų gauti ir naudoti esamą informaciją apie pacientą, bendradarbiautų su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis ir kitais sveikatos priežiūros dalyviais teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

Įgyvendinus šią strategiją iki 2016 m. sausio 1 d., buvo numatyta, kad SPĮ ne mažiau kaip 80 proc. pacientų duomenų tvarkys elektroninėje sistemoje, e. sveikatos paslaugomis naudosis ne mažiau kaip 30 proc. gyventojų, taip pat ne mažiau kaip 95 proc. receptinių vaistų bus išrašoma naudojant e. recepto funkcijas.

2008 m. balandžio 29 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu „*Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo*“ priimtas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės teisinis reguliavimas. Šis dokumentas nustato pagrindines SPĮ veiklos kryptis teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti ir yra privalomas visoms įstaigoms, teikiančioms asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nepriklausomai nuo jų nuosavybės bei teisinės formos, pavaldumo, teikiamų paslaugų rūšies, lygio ir apimties.

2010 m. sausio 15 d. LR SAM įvertinusi I ir II etapus., konstatavo, kad abu etapai neatnešė planuotų rezultatų ir nusprendė jų atsisakyti. Remiantis Valstybės kontrolės audito išvada, projekto metu sukurtas NESS branduolys, bei jam priskirtos funkcijos neveikė numatyta apimtimi, todėl nustatyta, kad tolimesnis sistemos plėtojimas gali būti neefektyvus. Nuspręsta kurti naują centralizuotą IS (Valstybės kontrolė, 2017).

III etapas (2011 – 2015 m.):

2011 m. priimti nauji svarbus teisės aktai reglamentuojantys visiškai naujos informacinės sistemos - ESPBI IS kūrimą.

2011 m. kovo 28 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-294 „*Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelio patvirtinimo*“ nustatyti reikalavimai SPĮ diegiamoms IS, tam kad būtų užtikrintas jų suderinamumas nacionaliniu mastu.

Taip pat numatyta sujungti įvairius duomenų registrus, kaupti elektroninius pacientų sveikatos įrašus, naudotis e. recepto funkcijomis, saugoti ir naudotis medicininių vaizdų duomenų baze.

2011 m. rugsėjo 7 d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 1057 „*Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo*“ reglamentuojama ESPBI IS paskirtis, steigimo pagrindas, tikslai, uždaviniai, funkcijos, laukiami rezultatai, nustatomas ESPBI IS valdytojas, tvarkytojai ir jų funkcijos, duomenų teikėjų teikiami duomenys, ESPBI IS informacinė ir funkcinė struktūra, ESPBI IS duomenų teikimo ir naudojimo tvarka, duomenų saugojimo terminai, duomenų subjekto teisių įgyvendinimo tvarka, ESPBI IS duomenų saugos reikalavimai, ESPBI IS finansavimas, modernizavimas ir likvidavimas.

2011 m. spalio 7 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-889, „*Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos duomenų saugos nuostatų patvirtinimo*“ patvirtinti ESPBI IS duomenų saugos nuostatai, kurių tikslas užtikrinti elektroninės informacijos konfidencialumą, prieinamumą, vientisumą ir tinkamą kompiuterizuotų darbo vietų bei tinklo įrangos funkcionavimą. Remiantis šiuo teisės aktu, ESPBI IS valdytojas yra LR Sveikatos apsaugos ministerija, kuri rengia ir tvirtina teisės aktus, susijusius su ESPBI IS tvarkymu ir duomenų sauga, ir prižiūri, kaip jų laikomasi. Pagrindiniu tvarkytoju paskirtas Registrų centras, turintis stiprią infrastruktūrą ir informacinę bazę, kuris užtikrina nepertraukiamą ESPBI IS veikimą ir sąveiką su kitomis informacinėmis sistemomis ir registrais, bei duomenų, esančių ESPBI IS duomenų bazėse, saugą. Kitos tvarkytojos yra sveikatos priežiūros įstaigos.

Tokiu būdu iš naujo apibrėžus sistemos įsteigimą, patvirtinus ESPBI IS nuostatus pradėta kurti visiškai nauja sistema. Šiam etapui panaudota apie 30 mln. Eur, kurias sudarė: ES paramos (24 056 870,19 Eur), valstybės biudžeto (4 245 330,04 Eur), Norvegijos (1 770 540 Eur), Šveicarijos (578 227,44 Eur) paramos ir PSDF (122 391 Eur) lėšos.

Valstybės pažangos strategijoje „*Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“*“, patvirtintoje LR Seimo 2012 m. gegužės 15 d. numatyta plėtoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei kurti moderniausias informacines technologijas ir skaitmeninę infrastruktūrą, kurios padidintų profilaktikos priemonių efektyvumą, plačiau taikyti tikslines visuomenės sveikatos stiprinimo priemones. Strategijoje nurodoma, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tiesiogiai priklauso nuo valdžios išlaidų dydžio. Kadangi Lietuvos valdžios išlaidos yra santykinai mažos ir ribotos, būtina jas diferencijuoti, t. y. įvertinti teikiamų paslaugų atitiktį visuomenės poreikiams ir optimizuoti jų apimtį, rasti sutarimą dėl prioritetinių paslaugų, jų įperkamumo ir kokybės.

2014–2020 metų nacionalinės pažangos programoje, patvirtintoje LR Vyriausybės nutarimu 2012 m. lapkričio 28 d., vienas iš numatytų uždavinių – „*Tobulinti sveikatos priežiūros valdymą ir finansavimą*“ plečiant e. sveikatos paslaugas ir sprendimus.

2014 m. birželio 26 d. LR Seimas patvirtino „*Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų strategiją*“, kurios tikslas – „*Pasiekti, kad 2025 metais šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai*“. Strategija parengta vadovaujantis Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono strateginiu sveikatos politikos dokumentu „Sveikata 2020“ (angl. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for Health and well being*) ir remiantis ES valstybių narių gerąja patirtimi. Vienas iš strategijos tikslų - užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Tam keliamas uždavinys - plėtoti Lietuvos e. sveikatos sistemą (Lietuvos e. sveikatos sistemos infrastruktūros ir sprendimų plėtra, Lietuvos e. sveikatos sistemos integracija į ES e. sveikatos erdvę): suteikti galimybę sveikatinimo veiklą vykdančioms specialistams turėti prieigą prie informacijos apie pacientą ir jo sveikatos būklę reikiamoje vietoje ir reikiamu metu; suteikti galimybę gyventojams naudotis elektroninėmis sveikatos paslaugomis ir sprendimais; suteikti galimybę sveikatos sistemos valdymo subjektams priimti efektyvius politiką formuojančius sprendimus.

2015 m. gegužės 26 d. LR SAM, įsakymu Nr. V-657 „*Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo*“ nustatytos ESPBI IS naudotojų teisės ir pareigos, kiek tai susiję su duomenų tvarkymu ir peržiūra, e. sveikatos istorijos tvarkymu, pranešimų siuntimu, apskaitos ir statistinių duomenų teikimu, siuntimų išdavimu, e. recepto sudarymu, vaistinio preparato, medicinos priemonės ar kompensuojamosios medicinos pagalbos priemonės pagal sudarytą elektroninį receptą išdavimu, skiepų kalendoriaus tvarkymu, medicininių vaizdų duomenų įvedimu ir peržiūra, pacientų naudojimusi e. sveikatos paslaugomis.

Jame taip pat nurodyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos dalyvaujančios E. sveikatos sistemos plėtros projektuose, finansuojamuose iš ES finansinės paramos ir bendrojo finansavimo lėšų, įgyvendinant Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ priemonės Nr. VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“ ir Nr. VP2-3.1-IVPK-11-V „Elektroninės sveikatos paslaugos savivaldybėse“, užbaigus šiuos projektus, bet **ne vėliau kaip nuo 2015 m. lapkričio 2 d. duomenis**, susijusius su pacientų sveikata ir jos priežiūra, **privalo tvarkyti elektroniniu būdu**, vadovaudamosi ESPBI IS naudojimo tvarkos aprašo nustatyta tvarka. Taip pat nurodoma jog duomenys, susiję su paciento sveikata ir jos priežiūra, **visose SPI** turi būti tvarkomi elektroniniu būdu **nuo 2018 m. kovo 1 d.**

2015 metų rugsėjo mėn., įgyvendinant ES struktūrinių fondų finansuojamą projektą, patvirtinti **PASP nacionaliniai akreditavimo standartai**, kurių tikslas – skatinti PASP įstaigų paslaugų nuolatinę kokybės gerinimą. Tai – savanoriškas ir nebaudžiamas procesas, tačiau pacientas dažniau renkasi gydymo įstaigą, turinčią aukštesnę kokybės lygį įrodantį ženklą. Šiuose standartuose nurodoma, kad įstaigos vadovybė pasirenka sistemas ir technologijas pagal įstaigos poreikius, atitinkančias valstybinę

e. sveikatos sistemą, kad palaikytų aukštos kokybės paslaugas, o įstaigos darbuotojus apmokina naudoti IS ir kitomis naudojamomis IT.

2015 m. pabaigoje įgyvendinus „*E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą*“, ir baigus 29 e. sveikatos sistemos plėtros projektus (16 nacionalinio ir 13 regioninio lygmens) sukurta Lietuvos e. sveikatos sistema.

LR SAM tiesiogiai įgyvendino **3 nacionalinius e. sveikatos sistemos plėtros projektus**, skirtus centrinei e. sveikatos IS sukurti: „E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“, „Elektroninės paslaugos „E. receptas“ plėtra“ ir „Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindu teikiamų elektroninių paslaugų sukūrimas“.

SAM pavaldžios įstaigos, sveikatos priežiūros įstaigos, kurių steigėjos yra savivaldybės, įgyvendino **13 nacionalinių projektų**. Sukurta daugiau kaip 30 informacinių sistemų - specialistų įstaigų, vaistų registrai, universitetinių ligoninių, didžiųjų gydymo įstaigų IS, SNOMED CT terminijos IS, Išankstinės pacientų registracijos IS, Nacionalinė klinikinių sprendimų palaikymo IS, Vidurio ir vakarų Lietuvos telekardiologijos IS.

Savivaldybių SPI įgyvendino **13 regioninių projektų**. Sukurta 13 informacinių sistemų. 10 IS paskirstytos apskričių teritoriniu pagrindu SPI IS. Iš viso projektuose dalyvavo 150 SPI. Atnaujintos ir (arba) sukurtos 25 SPI IS, kurios privalo teikti duomenis į ESPBI IS.

Taip pat sukurti pagrindiniai ESPBI IS funkcionalumai: Medicininių vaizdų saugykla, e. receptas, ambulatorinio ir stacionarinio apsilankymo aprašymas, pažymos, siuntimas ir kt., kurie per portalą www.esveikata.lt yra prienami visoms SPI be papildomų investicijų į IT infrastruktūrą.

IV etapas (2016 ir toliau)

Tolimesnis e. sveikatos sistemos įgyvendinimas siekiant kad, visose Lietuvos SPI duomenys susiję su paciento sveikata ir jos priežiūra, nuo 2018 m. kovo 1 d. būtų tvarkomi elektroniniu būdu. Taip pat tolimesnis e. sveikatos paruošimas duomenų apsaugai su kitomis ES valstybėmis narėmis.

Septynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2016–2020 metų programoje, numatyta tęsti ankstesnių programų ir valstybės pažangos strategijos įgyvendinimo nuostatas. Užtikrinant deramą e. sveikatos sistemos veikimą, bei visų SPI tolimesnį sujungimą į vieningą tinklą, per bendradarbiavimo platformą, atsisakant popierinės medicininės dokumentacijos ir mažinant administracinę našumą. Taip pat numatoma skatinti sveikatos mokslinius tyrimus ir efektyvų e. sveikatos sistemoje kaupiamų duomenų panaudojimą. Naudojant e. sveikatos sistemą gerinti medikų darbo aplinką ir spręsti korupcijos medicinos srityje klausimus, didinti skaidrumą išrašant vaistus, atliekant išrašomų medikamentų vertinimą ir analizuojant ar nėra teikiamas prioritetas kurios nors vienos farmacinės kompanijos vaistams.

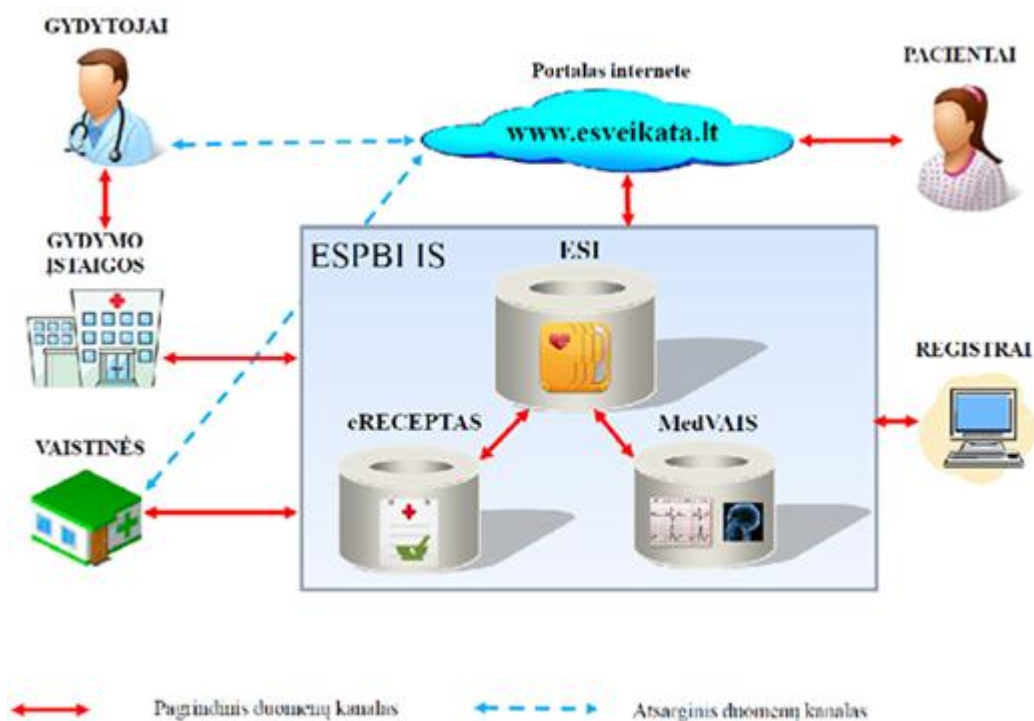
2017 m. liepos 17 d. patvirtinta „*Lietuvos E. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programa*“, kuria siekiama įgyvendinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 13¹ straipsnį ir

Septynioliktosios Vyriausybės 2016–2020 metų programos nuostatas susijusias su e. sveikatos sistema bei užtikrinti nuoseklią Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtrą, nuolat gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Programoje numatyti uždaviniai, kuriais siekiama padaryti e. sveikatos sistemą patogią vartotojams (sveikatos priežiūros specialistams ir pacientams), užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros specialistų švietimą ir mokymą naudotis e. sveikatos sprendimais klinikinėje praktikoje, didinti visuomenės suinteresuotumą ir gebėjimą naudotis e. sveikatos sistema, užtikrinti asmens sveikatos duomenų saugą, plėtoti ir užtikrinti duomenų mainus su valstybės registrais ir kitomis IS, taip pat plėtoti duomenų apsikeitimą su kitomis ES valstybėmis narėmis. Pagrindiniai šios programos finansavimo šaltiniai yra ES fondų investicijos, valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšos, sveikatos veiklą vykdančių įstaigų, taip pat tarptautinių programų bei projektų lėšos.

Programos įgyvendinimo rezultatus numatoma vertinti tam pritaikant programoje nurodytus vertinimo kriterijus, kasmet, skaičiuojant nuo 2018 m. sausio 1 dienos.

Lietuvos e. sveikatos sistemą sudaro (žr. 3 pav.):

Centrinė IS (ESPBI IS), kurią sudaro elektroninės medicininės istorijos saugykla (ESI) ir jos posistemės – E. receptas, kuris pradėjo veikti tik 2015 m. lapkričio 2 d. ir skaitmeninių medicininių vaizdų sistema – MedVAIS.



3 pav. Lietuvos e. sveikatos sistemos struktūra

Šaltinis: LR Sveikatos apsaugos ministerija

ESPBI IS užtikrina prieigą sveikatos priežiūros specialistams prie e. sveikatos sistemos naudojančių SPI įdiegtomis nuosavomis taikomomis programomis/sistemomis (pvz.: FOXUS, ELI, POLIS ir kt.) arba per e. sveikatos portalą www.esveikata.lt. Pasirinkus priimtinausią variantą ir pasirašius sutartį su Registru centru, SPI teikia į centrinę sistemą pacientų sveikatos duomenis (sveikatos įrašus, tyrimus, e. receptus, siuntimus, rentgeno nuotraukas, pažymas ir kt.).

Prie centrinės IS taip pat prijungti: sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų praktikos licencijų registras, vaistinių, universitetinių ligoninių ir didžiųjų gydymo įstaigų IS, medicininių terminų IS (SNOMED CT), įstaigų licencijavimo IS, išankstinės pacientų registracijos IS, Nacionalinė kliniki- nių sprendimų palaikymo IS, Vidurio ir vakarų Lietuvos telekardiologijos IS ir kt.

Šalies gyventojams (pacientams) jų sveikatos duomenys prieinami nuo 2015 m. birželio 1 d. e. sveikatos portale www.esveikata.lt. Gyventojai gali peržiūrėti savo elektroninius sveikatos įrašus, elektroninę medicininę istoriją, gydymui išrašytus vaistus (nuo 2015 m. lapkričio 2d.). Šie duomenys yra prieinami tik tuo atveju, jei PASP įstaiga, kurioje jie yra prisirašę, įkelia ir teikia reikiamą informa- ciją į centralizuotą ESPBI IS sistemą. O tai visoms SPI bus privaloma daryti tik nuo 2018 m. kovo 1 d.

Remiantis LR Valstybės kontrolės audito 2017 m. „*Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas*“ ataskaita, e. sveikatos „*sistema veikia ne visu pajėgumu, o naudojimas išlieka pasyvus*“. 31 proc. SPI dalyvavusių e. sveikatos sistemos projektuose, neteikia duomenų į ESPBI IS, taip pat su sistema nepa- sirengusios dirbti 17 proc. Lietuvos vaistinių. SPI vietoj internetinio e. sveikatos portalo dėl patogumų pasirenka ir naudoja komercinius produktus duomenų mainams su ESPBI IS.

Ataskaitoje konstatuojama, kad nėra sukurto skatinimo ar sankcijų mechanizmo, užtikrinančio išsamų ir laiku atliekamą ESPBI IS naudojimą visose SPI.

LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 1 d. įsakymu Nr. V-1019 patvirtintame „*Lie- tuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybi- nių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustaty- mo tvarkos apraše*“ nurodoma kad viešosios gydymo įstaigos vadovo algos kintamoji dalis nustatoma pagal kokybinius viešosios įstaigos veiklos vertinimo rodiklius, tarp kurių yra IT diegimo ir vystymo lygis (pacientų išankstinės elektroninės registracijos sistema, įstaigos interneto svetainė, darbuotojų darbo krūvio apskaita ir kt.). Šie rodikliai motyvuoja įstaigos vadovą įpareigoti pavaldžius darbuotojus naudotis sveikatos IS, tačiau teikti duomenis į ESPBI IS – neįpareigoja. Tiesioginiai sistemų naudoto- jai (gydytojai, slaugytojai ir kt.), kurių darbas su sistema daro didžiausią įtaką sistemos ir viso projekto sėkmei, nėra motyvuojami.

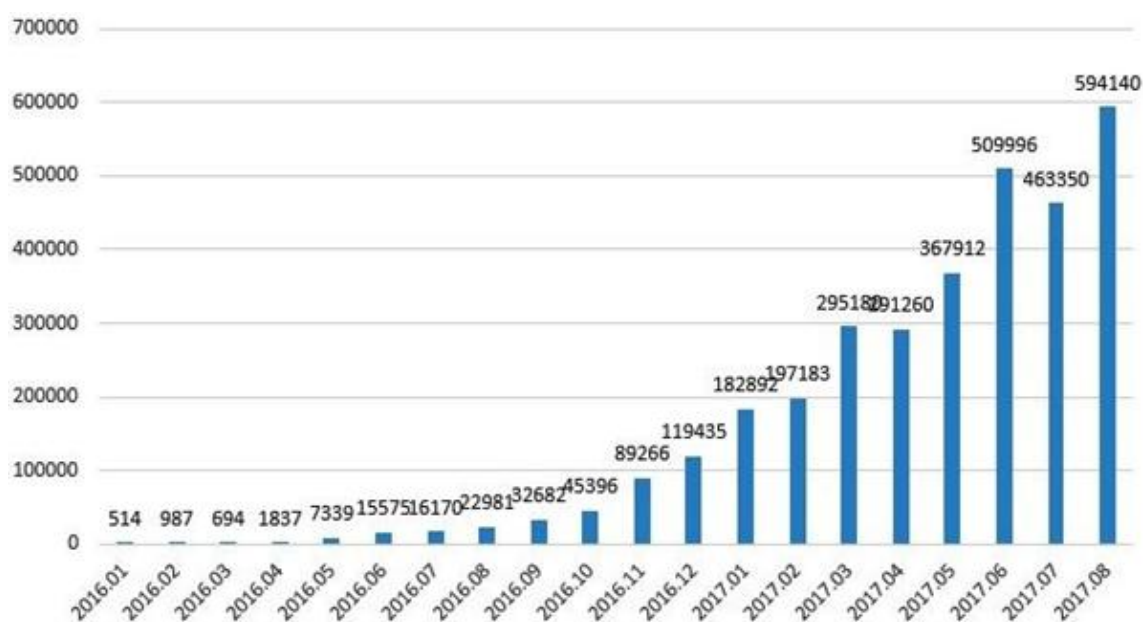
Taip pat ataskaitoje nurodoma, kad „*kuriant e. sveikatos sistemą suplanuoti jos plėtros projektai buvo įgyvendinti, tačiau ne visi rezultatai yra pasiekti, pamatuojami ir atitinka sistemos vartotojų lū- kesčius*“.

E. sveikatos sistemos įgyvendinimo įvertinimą apsunkina:

- E. sveikatos strateginio planavimo dokumentuose pateiktos skirtingos siektinos reikšmės (Pvz.: 2007–2015 m. plėtros strategijoje nurodoma, kad siektinas skaičius elektroninių sveikatos istorijų yra 80 proc., o 2009–2015 m. plėtros programoje nurodoma tik 30 proc.), todėl atsiranda neaiškumas norint įvertinti e. sveikatos sistemos įgyvendinimą.

- Dalies sistemos plėtros programos rezultatų neįmanoma pamatuoti, nes nesukurti pamatuojami kiekybiniai ir kokybiniai e. sveikatos sistemos programos plėtros rodikliai ir jų matavimo metodika.

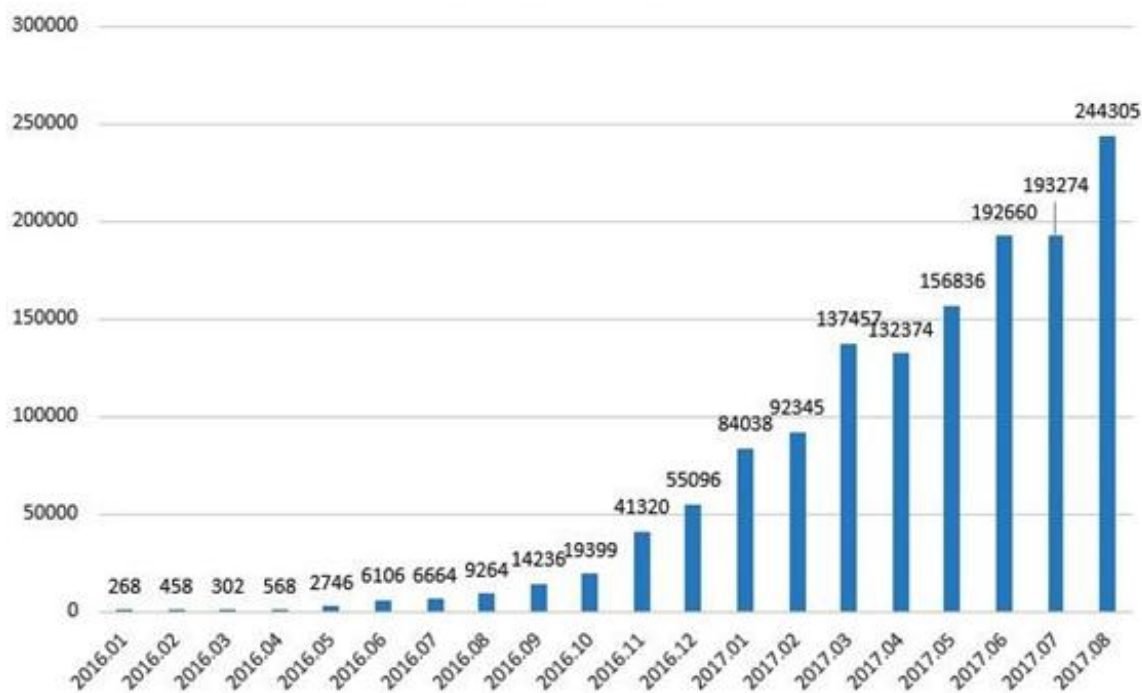
E. sveikatos sistema ir toliau tobulinama ir plačiai diegiama, tą patvirtina Valstybės kasos duomenys apie teigiama elektroninių medicininių įrašų (žr. 4 pav.) ir e. receptų (žr. 5 pav.) išrašymo dinamiką.



4 pav. Medicininių įrašų ESPBI IS skaičius per mėnesį 2016 – 2017 m. dinamika

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Iš grafiko matyti, kad medicininių įrašų skaičius ESPBI IS sparčiai didėja, jei 2016 m. sausio mėn. jų buvo tik 514, jau po metų šis skaičius buvo – 182892, kas parodo, kad SPI aktyviai naudojami ir teikia pacientų informaciją į sistemą.



5 pav. E. receptų išrašymo Lietuvoje 2016 – 2017 m. dinamika

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Iš pateikto grafiko matyti, kad gydytojai e. receptų išrašo vis daugiau, kas parodo, kad naudojamasis sistema didėja.

2.4. PASP SEKTORIUS IR E. SVEIKATOS ĮGYVENDINIMAS

Lietuvoje sveikatos priežiūros įstaigos skirstomos į pirminio, antrinio ir tretinio lygio. Pirminis lygis – tai PASP įstaigos teikiančios nespacializuotą pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Antrinis ir Tretinis lygis – įstaigos teikiančios specializuotą asmens sveikatos priežiūrą.

PASP įstaigose aptarnaujamas didžiausias pacientų srautas. Pacientas pirmiausia kreipiasi į šeimos gydytoją, kuris rūpinasi prie PASP įstaigų prisirašiusių gyventojų sveikata. Šios grandies tikslas – spręsti pagrindines asmens ir visuomenės sveikatos problemas, vykdyti visuomenės sveikatinimą, sveikatos propagavimą, ligų prevenciją, diagnozavimą bei gydymą.

PASP įstaigos gali būti **valstybinės** (ambulatorijos, konsultacinės poliklinikos, medicinos punktai, poliklinikos prie ligoninių), ir **privačios** (šeimos medicinos klinikos ar centrai, šeimos gydytojų kabinetai).

Sveikatos priežiūra Lietuvoje finansuojama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų, kurias sudaro: privalomojo sveikatos draudimo įmokos, valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, savanoriškos asmenų įmokos, išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą.

PASP veikla finansuojama pagal sudarytas sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (toliau – TLK). Valstybinė ligonių kasa (toliau – VLK) prie Sveikatos apsaugos ministerijos, kasmet rengia PSDF biudžeto projektą, kuris yra tvirtinamas Seime. 2017 m. PSDF biudžetas, remiantis statistikos departamento duomenimis (2017), sudaro 1,57 mlrd. eurų ir, palyginti su 2016 m. biudžetu, jis padidėjo 9,5 proc. arba 136,8 mln. eurų.

Valstybinės ligonių kasos duomenimis Lietuvoje 2016 m. turinčių sutartis su TLK yra 439 PASP įstaigos (juridiniai vienetai), iš jų privačių – 280, valstybinių – 159 (žr. 6 pav.).



6 pav. Viešųjų ir privačių PASP įstaigų sudariusių sutartis su TLK, skaičius 2016 m.

Privačios sveikatos priežiūros įstaigos Lietuvoje kaip ir valstybinės teikia viešąsias pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams ir turi tokias pat veiklos sąlygas. Pasirašiusios sutartį su TLK gauna finansavimą (taip vadinamus „krepšelius“) už prisirašiusius pacientus. Įstaigai naudinga turėti kuo daugiau prisirašiusių pacientų, kadangi nuo to tiesiogiai priklauso jos finansavimas.

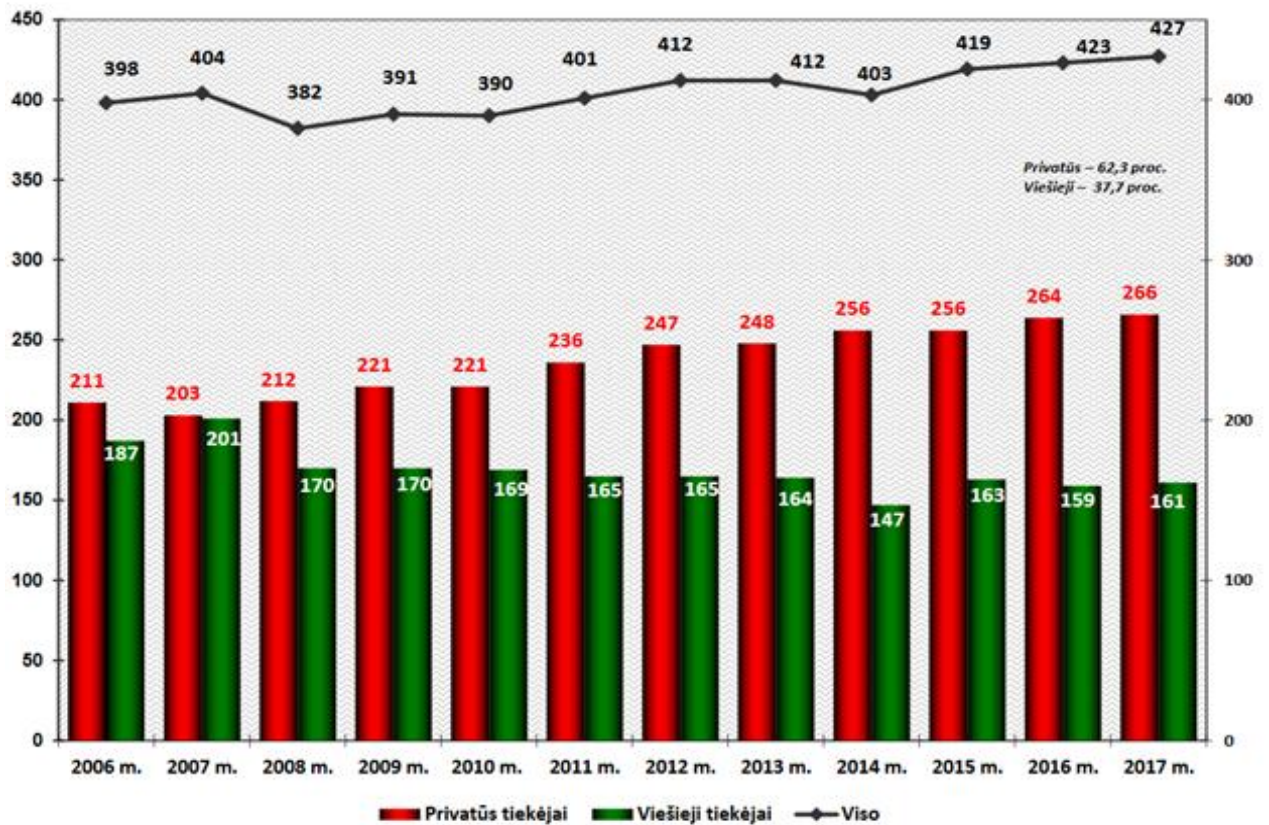
Papildomai PASP įstaigos finansavimą gauna už skatinamąsias paslaugas, patvirtintas sveikatos apsaugos ministro: nacionalinės prevencinės programos (pvz.: širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa, gindos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programa, priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa, vaikų krūminių dantų dengimas silantais ir kt.), pirminė sveikatos priežiūra ES šalių apdraustiesiems – už būtiniosios medicinos pagalbos suteikimą ES piliečiams, pateikusiems reikalingus dokumentus.

Taip pat gauna priedus už kaimo gyventojus ir gerus darbo rezultatus (pvz.: mažai įstaigos pacientų patenka į ligoninę). Visos šios paslaugos atskirai apskaitomos ir papildomai apmokamos. Išsami PASP įstaigų finansavimo schema pateikta 7 paveiksle.



7 pav. PASP įstaigų finansavimo struktūra

Viešųjų ir privačių PASP įstaigų turinčių sutartis su TLK santykis per 2006-2017 metų laikotarpį ženkliai pasikeitė, sumažėjo viešųjų įstaigų skaičius ir padaugėjo privačių (žr. 8 pav.).



8 pav. Viešųjų ir privačių PASP įstaigų, turinčių sutartis su TLK, skaičius 2006-2017 metais

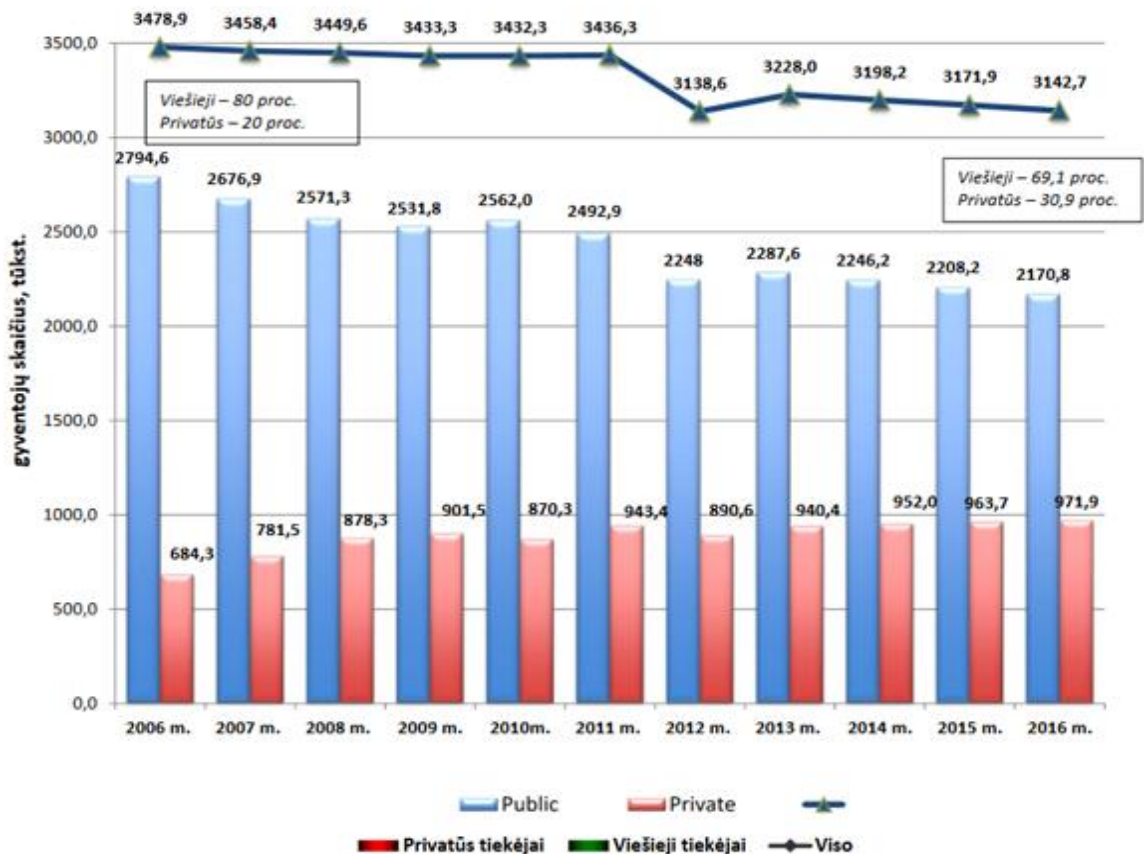
Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Gyventojai apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu (PSD) patys gali pasirinkti norimą, taip pat ir arčiausiai jo gyvenamosios vietos esantį šeimos medicinos centrą ar polikliniką ir joje dirbantį šeimos gydytoją. Norint lankytis pasirinktoje įstaigoje gyventojas turi pateikti prašymą, pagal kurį asmuo yra įtraukiamas į jos aptarnaujamų gyventojų sąrašą.

Jei šios įstaigos turi licenciją sveikatos priežiūros paslaugoms teikti ir sudariusi sutartį su TLK, tuomet už suteiktas šeimos gydytojo paslaugas gyventojui mokėti nereikės, nesvarbu ar tai būtų valstybinė ar privati įstaiga.

Norėdamas pakeisti PASP įstaigą, gyventojas turi pateikti prašymą pasirinktajai įstaigai, o iš ankstesnės įstaigos sąrašo informacinėje sistemoje žmogus išregistruojamas automatiškai. Apdraustasis vienu metu gali būti prisirašęs tik vienoje PASP įstaigoje.

Besikeičiant privačių ir viešųjų įstaigų santykiui per 2006-2017 metų laikotarpį, kai ženkliai sumažėjo viešųjų įstaigų ir padidėjo privačių įstaigų skaičius, stebimas ir padidėjęs privačių PASP aptarnaujamų gyventojų skaičius (žr. 9 pav.)



9 pav. Viešųjų ir privačių PASP įstaigų aptarnaujamų gyventojų skaičius, 2006-2016 metais.

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa.

PASP veiklos kontrolę vykdo ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę skirtingais aspektais vertina šios institucijos:

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT) prie SAM, kuri pagal kompetenciją kontroliuoja, kaip laikomasi teisės aktų, kurie reglamentuoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, reikalavimų. Organizuoja teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolę, analizuojant jų atitikimą teisės aktų reikalavimams.

Valstybinė ligonių kasa prie SAM kontroliuoja paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kiekį ir kokybę, kad suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitiktų nustatytus reikalavimus, kontroliuoja vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo teisėtumą, tikrina su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus. Atlieka finansinę bei ekonominę PSDF biudžeto lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, prieinamumo bei kokybės kitimo tendencijų analizę.

Teritorinė ligonių kasa kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir vaistų, apmokamų iš PSDF biudžeto, išlaidas, kiekį ir kokybę. TLK audito komisija pagal savo kompetenciją kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis, teikiamų asmens

sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą arba siūlo teritorinės ligonių kasos direktoriui sudaryti sutartis su nepriklausomais ekspertais šiai kontrolei atlikti.

Jeigu kontroliuojančios institucijos nenustato teisės aktų pažeidimų, sveikatos priežiūros paslaugos atitinka teisės aktų reikalavimus, jos laikomos kokybiškomis.

Esminiai skirtumai tarp valstybinių ir privačių PASP įstaigų:

Teikiamų pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis, tiek privačiose tiek valstybinėse įstaigose, nesiskiria, gyventojams šios paslaugos yra nemokamos, o jų teikimą reglamentuoja įstatymai. Šeimos gydytojai teikdami sveikatos priežiūros paslaugas privalo laikytis medicinos normų ir kitų teisės aktų.

Valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos – remiantis LR sveikatos ministerijos pateikiama informacija tai valstybinės įstaigos, priklausančios Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai. Prie jų priskiriamos pavaldžios viešosios sveikatos priežiūros įstaigos ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Pagal Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymą viešoji įstaiga yra pelno nesiekiantis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, turintis ūkinį, finansinį, organizacinį ir teisinį savarankiškumą. Steigėjas dažniausiai įstaigą aprūpina patalpomis (pvz.: įstaigos panaudos pagrindais naudojami savivaldybės pastatai), reikalingą aparatūrą, todėl jų konkurencijos sąlygos šiais aspektais yra geresnės, negu privačių PASP įstaigų.

Igyvendinant e. sveikatos sistemą valstybinės SPI galėjo dalyvauti e. sveikatos sistemos plėtros projektuose ir gauti finansinę ES paramą. Privačios įstaigos turėjo ir turi investuoti savo lėšas. Todėl valstybinės įstaigos turėjo svarų pranašumą įgyvendinant e. sveikatos sistemą.

Privačios sveikatos priežiūros įstaigos – įsteigiamos iš privačių lėšų ir dirba pagal valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą licenciją. Įstaigos veiklai reikalingomis patalpomis, dažniausiai jų nuoma, reikalinga įranga, rūpinasi pats šios įstaigos savininkas. Privačios įstaigos savininkas pats nusprendžia kiek darbuotojų turės, kaip naudos lėšas ir kokią dalį pelno skirs atlyginimams.

Rašant šį darbą nustatyta, kad bendrai (visų lygių) sveikatos priežiūros įstaigų (juridinių vienetų), kurios vykdo veiklą, remiantis HIS (2017.11.27) pateikiama informacija už 2016 m., Lietuvoje registruota – **2859**. Iš jų – **274** valstybinės ir **2585** privačios.

Sutartis dėl naudojimosi ESPBI IS, remiantis www.esveikata.lt portalo 2017.11.27 dienai prieinamomis duomenimis (sąrašas įstaigų paskelbtas 2017.09.13) su Registru centru sudarė viso **387** sveikatos priežiūros įstaigos (iš 2859). Todėl remiantis šia informacija apskaičiuota, kad iš viso Lietuvoje e. sveikatos sistema įgyvendino ir naudojami / teikia duomenis į ESPBI IS tik **13,53 proc.** visų SPI.

Tyrimo metų susidurta su sunkumais norint tiksliai išsiaiškinti kiek PASP įstaigų pasirašė sutartis su Registru centru ir naudojami ESPBI IS, nes niekur nepavyko rasti šių duomenų.

Todėl šios informacijos 2017.11.27 diena buvo kreiptasi elektroniniu paštu į Registrų centro atsakingą už sutarčių sudarymą su SPĮ darbuotoją, prašant pateikti naujausią informaciją apie tai kiek I lygio įstaigų – PASP įstaigų jau pasirašė sutartis su Registrų centru ir naudojami / duomenis teikia į ESPBI IS, tačiau 2017.11.28 buvo gautas atsakymas:

„Valstybės įmonė Registrų centras pasirašo sutartis su visomis sveikatos priežiūros įstaigomis, kurios kreipiasi, nepaisant lygio, ir sutartyje nėra nurodomas sveikatos priežiūros įstaigos lygis. Atsi-prašome, kad negalime padėti“.

Kauno PASP įstaigos naudojančios ESPBI IS:

Kauno TLK 2017.10.31 diena pateiktais duomenimis viso Kaune registruota **49** PASP įstaigos, iš kurių sutartis dėl ESPBI IS naudojimosi, remiantis www.esveikata.lt 2017.09.13 dienai pateiktais duomenimis, pasirašė: **25 (51,02%)** PASP įstaigos.

Apibendrinant: Atsižvelgiant į išsivysčiusių šalių patirtį, pasitelkiant informacines ir komunika-cines technologijas, siekiant sveikatos priežiūros paslaugas perkelti į elektroninę erdvę, Lietuvoje 2005 m. pradėta kurti Nacionalinė elektroninė sveikatos sistema, tačiau iki galo jos įgyvendinti nepa-vyko, sistema neveikė numatyta apimtimi, todėl 2010 m. nuspręsta kurti visiškai naują centralizuotą informacinę sistemą – e. sveikata.

Sklandžiam šios sistemos kūrimui ir įgyvendinimui kuriamos plėtros strategijos ir priimami ati-tinkami teisės aktai. Ši sistema ypač aktuali pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje, nes būtent čia sprendžiama daugelis asmens sveikatos problemų, užsiimama ne tik gydymu, bet ir ligų profilaktika, vykdomos svarbios visuomenės sveikatos priežiūros funkcijos. Tačiau e. sveikatos sistema iki šiol pas-tebimai atsilieka nuo kitų elektroninių paslaugų.

Nuo 2018 m. kovo 1 d. visos Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigos, su pacientų sveikata ir jos priežiūra susijusius duomenis, privalės tvarkyti elektroniniu būdu.

3. METODOLOGIJA

Siekiant išsiaiškinti e. sveikatos sistemos įgyvendinimą Lietuvos PASP įstaigose, tyrimo metu atlikta Lietuvos ir užsienio mokslinės literatūros apžvalga, pagrindinių Lietuvos ir ES teisės aktų (naudojamos aktualios teisės aktų redakcijos, galiojančios 2017.12.01 dienai) reglamentuojančių e. sveikatos sistemą apžvalga, strateginių dokumentų apžvalga, atliekama anoniminė anketinė šeimos gydytojų apklausa (kiekybinis tyrimas) ir ekspertų interviu (kokybinis tyrimas). Kadangi e. sveikatos įgyvendinimas plati tema, todėl tyrimo metu siekiama nustatyti kaip ši inovacija veikia PASP sektoriuje, tiriant šeimos gydytojų nuomonę. Buvo vertinama ir lyginama bendra situacija įstaigose bei daromas palyginimas tarp valstybinio ir privataus sektorių, tiriama, kaip ši naujovė priimta ir veikia, kokie e. sveikatos funkcionalumai naudojami įstaigose ir šeimos gydytojų darbe, ar šeimos gydytojams pavyko visiškai atsisakyti popierinių dokumentų pildymo ir kas jiems patogiau, kaip jie motyvuojami dirbti su elektronine sistema, su kokiomis problemomis susiduria ir kokie veiksniai tam gali turėti įtakos (pvz.: šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas, lytis, amžius, darbo stažas, naudojama IS ir jos funkcionalumas, įstaigose organizuojami mokymai dirbti su šia sistema ir kt.).

Tyrimo organizavimas ir instrumentai:

Tyrimas buvo atliekamas 4 pasirinktose Kauno miesto PASP įstaigose 2017 m. lapkričio mėn. 20 – gruodžio mėn. 8 d., kadangi išsamiai apžvelgti visas Kauno PASP įstaigas (jų yra 49) dėl laiko išteklių trūkumo galimybių nebuvo. Tyrimui pasirinktos 2 valstybinės ir 2 privačios įstaigos, tokiu būdu užtikrinant reprezentatyvesnius rezultatus. Siekiant užtikrinti kai kurių (1 privačios) tiriamųjų įstaigų konfidencialumą, jų atstovams paprašius neviešinti įstaigos pavadinimo, o taip pat dėl patogumo visų 4 įstaigų duomenys bus pateikiami įstaigas žymint raidėmis:

Privačios įstaigos:

A įstaiga – privati šeimos klinika, įkurta daugiau nei prieš 15 metų. Kauno TLK duomenimis (2017.10.31) pagal prisirašiusių gyventojų skaičių įstaiga yra vidutinio dydžio (5000 - 10000).

B įstaiga – privati įstaiga **UAB Saulės šeimos medicinos centras** įkurta 2001 m. Šiuo metu Kaune veikia trys centro padaliniai. Kauno TLK duomenimis (2017.10.31) prie įstaigos prisirašę 18 786 gyventojas, tai yra didžiausia pagal prisirašiusių gyventojų skaičių privati PASP įstaiga Kaune.

Valstybinės įstaigos:

C įstaiga – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės **Kauno klinikų Šeimos medicinos klinika** yra viena pirmųjų įkurtų šeimos medicinos klinikų Lietuvoje. Kauno TLK duomenimis (2017.10.31) prie šios įstaigos prisirašę 13 427 gyventojų.

D įstaiga – **VšĮ Kauno Dainavos poliklinika** Kauno TLK duomenimis (2017.10.31) ši poliklinika yra didžiausia Kaune pagal prisirašiusių gyventojų skaičių – 51 235.

Skirtingi sektoriai tyrimui pasirinkti todėl, jog norėta pažūrėti, ar tarp sektorių yra skirtumai e. sveikatos sistemos įgyvendinime ir kokie. Nors šios įstaigos teikia tokias pat nemokamas viešąsias pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, iš teisės aktų analizės yra žinoma, kad valstybinės įstaigos galėjo dalyvauti e. sveikatos sistemos plėtros projektuose ir gauti finansinę ES paramą šios sistemos įgyvendinimui. Todėl valstybinės PASP galėjo įgauti pranašumą ir greičiau pasiekti rezultatų, lyginant su privačiomis PASP įstaigomis. Iš anksto nebuvo žinoma, kurios įstaigos turi įsodiegusias e. sveikatos sistemą arba taikomąsias programas (IS) komunikacijai su ESPBI IS.

Iš pradžių tyrimui atrinktose PASP įstaigose buvo planuota atlikti tik anoniminę anketinę šeimos gydytojų apklausą, tačiau susidūrus su tuo, kad viešoje erdvėje yra prieinama ribota informacija apie įstaigose įgyvendinamą e. sveikatą, buvo nuspręsta atlikti šių įstaigų vadovų ir šeimos gydytojų interviu tam, kad būtų gauta daugiau duomenų apie tiriamąjį objektą ir rezultatai būtų objektyvesni, o taip pat padėtų sudaryti anketą tolimesniai kiekybiniam tyrimui.

Interviu (kokybinis tyrimas). Pusiaus struktūrizuotas interviu atliktas 2017 m. lapkričio 20 - 24 dienomis analizuojamose įstaigose. Visose įstaigose buvo stengiamasi apklausti vadovą ir pasirinktinai vieną šeimos gydytoją. Ekspertai buvo atrenkami pagal šiuos kriterijus: pareigos, kompetencija ir gebėjimai vertinti tiriamą objektą. Respondentams, kurie sutiko atsakyti į klausimus, buvo užduodami iš anksto sugalvoti 7 pagrindiniai klausimai (žr. 1 priedą), papildomi klausimai buvo užduodami pokalbio eigoje. Tokiu būdu stengiasi, kad pokalbis nebūtų „įrėmintas“ ir padėtų plačiau apžvelgti ir suvokti esamą situaciją.

Atliktas interviu svarbus tyrimui tuo, kad jis papildė anketą, taip pat tinkamai situacijos analizei reikalinga ne tik šeimos gydytojų bet ir įstaigų vadovų nuomonė.

Anketinė apklausa (kiekybinis tyrimas). Pagrindinis tyrimas – anoniminė anketinė šeimos gydytojų apklausa keturiose pasirinktose Kauno PASP įstaigose vykdyta 2017 m. lapkričio 20 – gruodžio 1 dienomis.

Remiantis darbe analizuojamais informacijos šaltiniais ir atlikto interviu duomenimis apklausai atlikti buvo sudaryta originali anketa (žr. 3 priedą), kurią sudarė 25 klausimai. Visose tiriamose PASP įstaigose naudotas tas pats klausimynas, kurį sudarė kelios loginės dalys:

- Sociodemografinių klausimų blokas (lytis, amžius, darbo stažas analizuojamoje įstaigoje) (1-3 klausimai);
- Klausimai padėsiantys įvertinti šeimos gydytojų nuomonę apie e. sveikatos sistemą ir jos naudojamumą (e. receptų ir elektroninių siuntimų išrašymas, sistemos funkcionalumą naudojimas ir kt.), nustatyti problemas su kuriomis susiduriama (4-17 klausimai);
- Klausimai padėsiantys įvertinti šeimos gydytojų IT išprusimą (subjektyvus kompiuterinio raštingumo vertinimas, elektroninių paslaugų ir kitų technologijų naudojimas ir kt.) ir galintys turėti įtakos respondentų nuomonei (18-25 klausimai).

Anketa suderinta su tiriamų įstaigų vadovais ir gauti jų sutikimai anketinės apklausos atlikimui (žr. 4 priedą). Anketos anonimiškos, respondento nebuvo prašoma nurodyti savo asmeninių duomenų, kurie padėtų jį identifikuoti.

Bandomosios (pilotinės) šeimos gydytojų apklausos metu (lapkričio 20 d.) buvo apklausti 5 šeimos gydytojai ir remiantis apklausos rezultatais bei atsizvelgus į respondentų pastabas buvo parengtas galutinis tyrimo anketos variantas.

Apklausos procesas: visose įstaigose dėl apklausos proceso vykdymo buvo susitarta su šių įstaigų vadovais. Dvejuose įstaigose buvo nuspręsta jog anketas reikės palikti (A įstaiga – vadovui, D įstaiga – skyriaus vedėjai) ir jas išdalins gydytojų susirinkimų metu, o po 1 savaitės anketas reikės pasiimti. Buvo palikta tiek anketų, kiek fizinių asmenų – šeimos gydytojų dirba šiose įstaigose. B ir C įstaigose leista pasirinkti, ar palikti anketas administratoriui, ar eiti ir prašyti kiekvieno gydytojo atskirai. Buvo nuspręsta B įstaigoje dalį gydytojų apklausti iš karto, o likusiems, kurie tuo metu nedirbo, anketos buvo paliktos pas administratorę ir po 10 dienų atvažiuota jas pasiimti. C įstaigoje apklausa vykdyta asmeniškai prašant kiekvieno gydytojo užpildyti anketą laisvu nuo pacientų metu, tam prirėkė 2 darbo dienų.

Tyrimo imtis ir dalyviai:

Kokybinio tyrimo atlikimo laikotarpiu atlikti 9 pusiau struktūrizuoti interviu (vidutiniškai po 2 kiekvienoje įstaigoje), kuriuose dalyvavo analizuojamų įstaigų 4 administracijos darbuotojai ir 5 šeimos gydytojai. Su vienos įstaigos vadovu, dėl jo užimtumo, pabendrauti nepavyko todėl bendrauta su administratore. Su keturiais respondentais dėl interviu buvo iš anksto sutarta, kiti apklausti atvykus į įstaigą iš anksto neįspėjus tyrimo dalyvių. Penkerių respondentų nebuvo paprašyta leisti įrašyti pokalbį diktofonu, du respondentai nesutiko, kad pokalbis būtų įrašomas, todėl toks pokalbis buvo pažodžiui konspektuojamas. Vėliau įrašyti duomenys buvo transkribuojami (žr. 2 priedą). Tyrime informacija apie ekspertus (interviu dalyvius) buvo nuasmeninta, o patys ekspertai žymimi kodais E1 – E9 (žr. 3 lentelę).

3 lentelė. Interviu dalyvių charakteristikos

	A įstaiga (Privati)	B įstaiga (Privati)	C įstaiga (Valstybinė)	D įstaiga (Valstybinė)
Planuota	Vadovas Šeimos gydytojas	Vadovas Šeimos gydytojas	Vadovas Šeimos gydytojas	Vadovas Šeimos gydytojas
Apklausta	Vadovas (E1) Šeimos gydytoja (E2)	Administratorė (E3) Šeimos gydytoja (E4)	Vadovas (E5) Šeimos gydytojas (E6) Šeimos gydytojas (E7)	Vadovas (E8) Šeimos gydytoja (E9)

Kokybinio tyrimo rezultatai analizuojami, pasitelkiant kokybinę turinio analizę. Tyrimui iš viso interviu paimtos tik tam tikros specifinės vietos, kurios nagrinėja tyrimui naudingus klausimus.

Kiekybinio tyrimo dalyviai – keturių autoriaus pasirinktų Kauno PASP įstaigų šeimos gydytojai, kurie anketinės apklausos vykdymo laikotarpiu dirbo (nesirgo ir neatostogavo) šiose įstaigose ir sutiko atsakyti į anketos klausimus. Viso pavyko apklausti 55 šeimos gydytojus. A įstaigoje apklausti 6 šeimos gydytojai iš 6 dirbančiųjų (visi), B įstaigoje apklausti 13 iš 17 dirbančiųjų, C įstaigoje – 11 iš 16 dirbančiųjų, D įstaigoje – 25 iš 31 dirbančiųjų.

Nustatyta, kad šeimos gydytojų, dalyvavusių apklausoje, pasiskirstymas pagal lytį, amžių, darbo stažą ir sektorių, kuriame jie dirba nėra tolygus. Duomenys apie apklaustųjų sociodemografinius rodiklius: lytį, amžių, darbo stažą ir sektorių, kuriame jie dirba pateikiami 4 lentelėje.

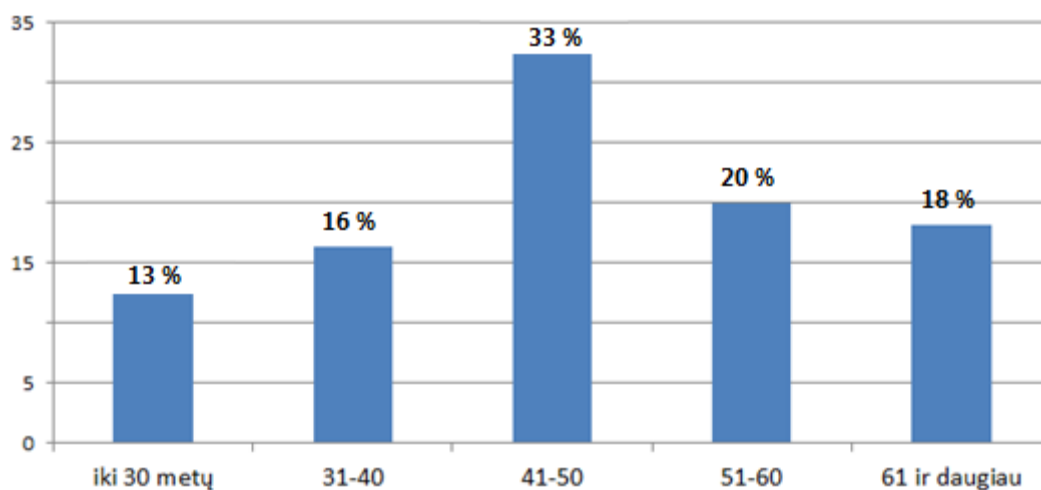
Nėra galimybių atskleisti kiek reprezentatyvus yra atliktas tyrimas, Lietuvos ar įstaigų lygiu, nes nėra prieinamų statistinių duomenų rodančių šeimos gydytojų pasiskirstymą pagal lytį ar amžiaus grupes, todėl nėra galimybių nustatyti ar išlaikomos proporcijos ir pasakyti ar gauti rezultatai labai skiriasi nuo reprezentatyvaus vaizdo.

4 lentelė. Sociodemografinės tyrimo dalyvių charakteristikos (visi šeimos gydytojai bendrai)

Tiriamųjų grupė	Tiriamųjų dalys	
	n	proc.
Lytis		
Moterys	50	91 %
Vyrai	5	9 %
Amžius		
iki 30 metų	7	13 %
nuo 31 iki 40	9	16 %
nuo 41 iki 50	18	33 %
nuo 51 iki 60	11	20 %
nuo 61 ir daugiau	10	18 %
Darbo stažas įstaigoje		
iki 1 metų	5	9 %
nuo 1 iki 3	4	7 %
nuo 3 iki 5	2	4 %
nuo 5 iki 10	5	9 %
nuo 10 ir daugiau metų	39	71 %
Sektorius		
Privatus	19	35 %
Valstybinis	36	65 %

Apklaustųjų tarpe vyravo moterys – 50 (91 proc.).

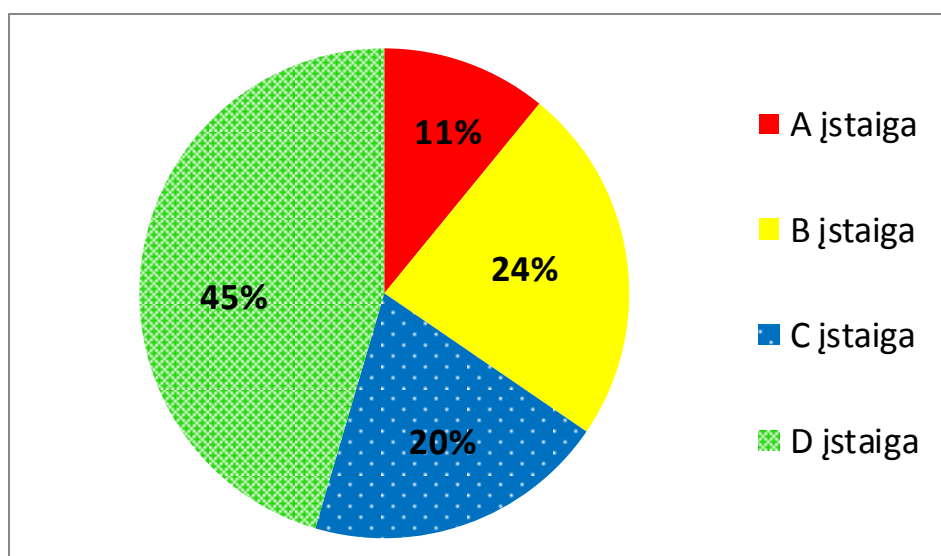
Dauguma (33 proc.) tyrimo dalyvių buvo nuo 41 iki 50 metų amžiaus, mažiausiai iki 30 metų – 7 (13 proc.). Detalus pasiskirstymas pagal amžiaus grupes grafiškai pateikiamas 10 paveiksle (bendrai), 12 paveiksle (įstaigose), 13 paveiksle (pagal sektorių).



10 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (proc.)

Analizuojant šeimos gydytojų pasiskirstymą pagal darbo stažą įstaigoje, nustatyta, kad didžioji dalis tyrimo dalyvių – 39 (71 proc.) įstaigoje dirba daugiau nei 10 metų, iki 1 metų įstaigoje darbo stažą turi – 5 (9 proc.) apklaustieji. Detalus pasiskirstymas pagal tiriamųjų darbo stažą konkrečioje įstaigoje grafiškai pateikiamas 12 paveiksle.

Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal įstaigas, kuriose jie dirba pateikiamas 11 paveiksle.



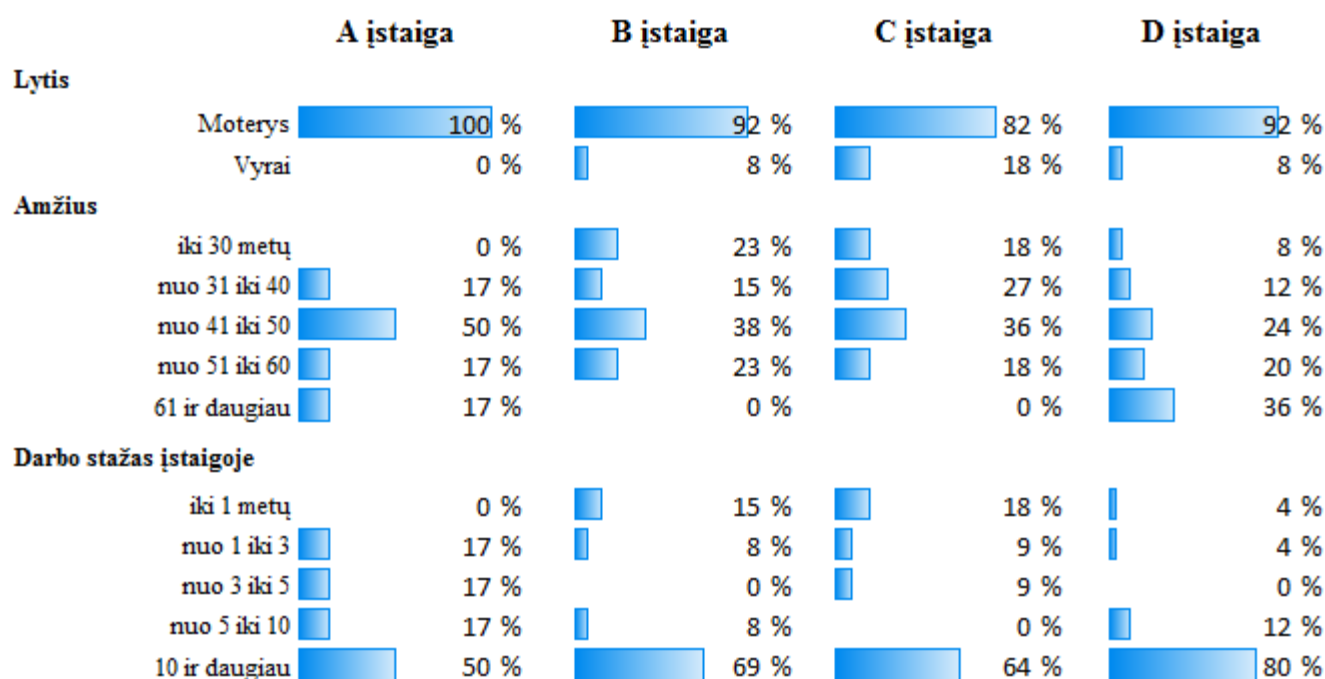
11 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal analizuojamas PASP įstaigas (proc.)

Nustatyta, kad didžioji dalis – 25 (45 proc.) visų apklaustųjų šeimos gydytojų dirba **D įstaigoje**, **A įstaigos** darbuotojų buvo mažiausiai – 11 proc., **B įstaigoje** dirba – 24 proc., **C įstaigoje** dirba – 20 proc. apklaustųjų.

Toliau bus apžvelgiamos tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos pagal atskiras įstaigas ir pagal sektorių, kuriame jie dirba.

Sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos pagal atskiras įstaigas

Duomenys apie analizuojamų įstaigų apklaustus šeimos gydytojus suskirsčius juos pagal įstaigas, kuriose jie dirba pateikiami 12 paveiksle.



12 pav. Sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos pagal atskiras įstaigas (proc.)

Nustatyta, kad visose PASP įstaigose didžiąją dalį apklaustųjų šeimos gydytojų sudaro moterys (nuo 82 proc. – C įstaigoje iki 100 proc. – A įstaigoje).

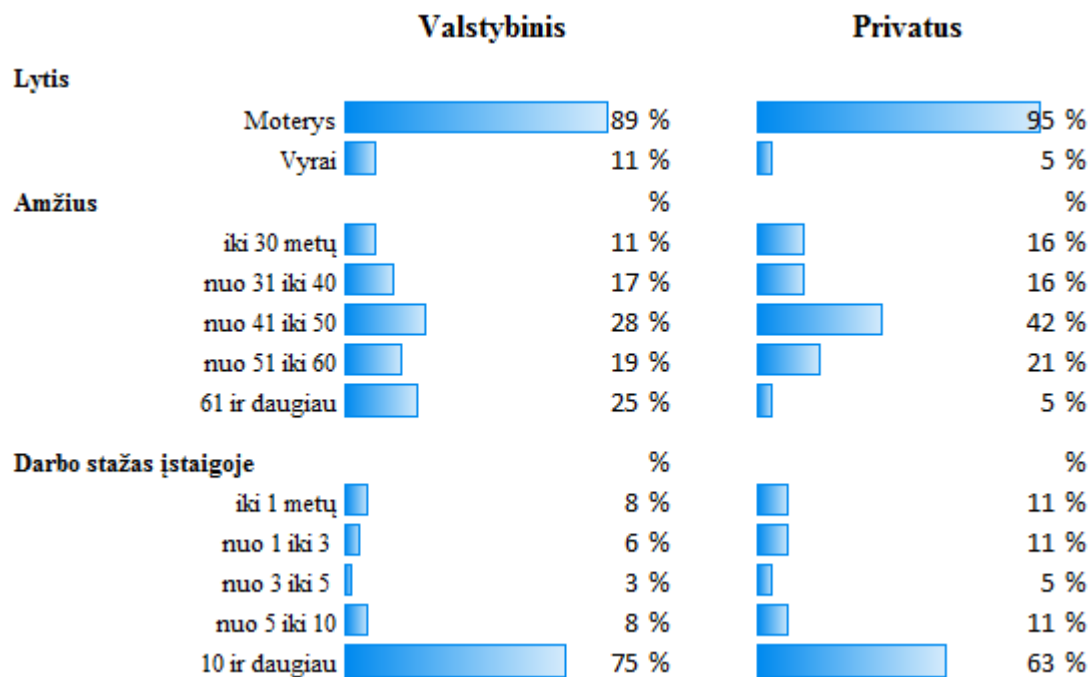
Vyrų daugiausiai dirba valstybinėje C įstaigoje – 18 proc.

Pasiskirstymas pagal amžiaus grupes įstaigose nėra vienodas, A, B ir C įstaigose didžioji dalis (nuo 36 proc. C įstaigoje iki 50 proc. A įstaigoje), visų toje įstaigoje apklaustųjų yra nuo 41 iki 50 metų amžiaus. B įstaigoje dirba daugiausiai jaunesni nei 30 metų – 23 proc., o D įstaigoje daugiausiai – 36 proc. vyresnių nei 61 metai tiriamųjų.

Apklaustųjų darbo stažas analizuojamose įstaigose dažniausiai yra 10 metų ir daugiau, D įstaigoje net 80 proc. apklaustųjų šioje įstaigoje dirba 10 metų ir daugiau.

Sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos pagal sektorių, kuriame jie dirba

Analizuojant apklaustųjų pasiskirstymą pagal sektorius nustatyta, kad **valstybiniame** sektoriuje dirba – 36 (65 proc.) apklaustųjų šeimos gydytojų, kas yra beveik 2 kartus daugiau nei **privačiame** – 19 (35 proc.). Detalesnis pasiskirstymas pagal sektorius pateikiamas 13 paveiksle.



13 pav. Sociodemografinės tiriamųjų charakteristikos pagal sektorių, kuriame jie dirba (proc.)

Vertinant šiuos rodiklius pastebima, kad šeimos gydytojų moterų abiejose sektoriuose yra panašiai, o vyrų valstybiniame (11 proc.) sektoriuje dirba dvigubai daugiau nei privačiame (5 proc.)

Abiejuose sektoriuose, pagal amžiaus grupes, vyrauja asmenys nuo 41 iki 50 metų, jų yra daugiau privačiame sektoriuje – 42 proc., tačiau valstybiniame sektoriuje lyginant su privačiu pastebimas didesnis vyresnių nei 61 metai darbuotojų skaičius – 25 proc.

Abiejuose sektoriuose didžioji dalis gydytojų įstaigoje dirba daugiau nei 10 metų, valstybiniame – 75 proc., privačiame – 63 proc.

4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

1.1. KOKYBINIO TYRIMO (INTERVIU) REZULTATAI

Interviu metu pirmiausiai buvo siekiama išsiaiškinti ar analizuojamose įstaigose naudojamos e. sveikatos informacinės sistemos (programa) ir kokios. Kadangi iš literatūros analizės yra žinoma kad, valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos galėjo įsidiesti e. sveikatos sistemą, dalyvaudamos e. sveikatos plėtros projektuose, finansuotuose iš Europos Sąjungos finansinės paramos ir bendrojo finansavimo lėšų, o nedalyvavusios projektuose taip pat kaip ir privačios įstaigos naudotis internetiniu e. sveikatos portalu (www.esveikata.lt). Tačiau dažniausiai dėl patogumų, kaip nurodoma literatūroje, pasirenka ir naudoja komercinius produktus duomenų mainams su ESPBI IS. Todėl buvo siekiama išsiaiškinti kodėl nesinaudojama e. sveikatos portalu ir žinant, kad rinkoje egzistuoja ne vienas komercinis sprendimas (pvz.: Polis, Foxus ir kt.) išsiaiškinti, kuri sistema (programa) populiarsnė.

Interviu metu nustatyta, kad visose tyrimui atrinktuose PASP įstaigose, tiek valstybinėse, tiek privačiose šeimos gydytojų darbo vietos aprūpintos kompiuteriais, įstaigose yra įdiegtos informacinės sveikatos sistemos (programos), kurios susietos su ESPBI IS (branduoliu). Interviu metu išsiaiškinta, kad, **A įstaigoje** naudojama sistema – IcMED (e. receptų išrašymo sistema):

(E1) *<...Įstaigoje naudojama IcMED sistema elektroninių receptų išrašymui <...> IcMED naudojamas tam, kad būtų patogiau dirbti, nes per portalą esveikata.lt nepatogu...>*

(E2) *<...Sistema vadinasi "IcMED". Rašome tik receptus...>*

B įstaigoje naudojama – Foxus sistema:

(E3) *<...Įstaiga neseniai perėjo ant Foxus sistemos, pirko iš savo pinigų, prieš tai naudojo POLIS nuo 2011 metų. Sistema integruota į e.sveikatą <...> E. sveikata nepatogi, pildant paciento kortelę, daug laukų... turi eiti paspausti, grįžti, uždaryti <...> Sistemą pasirinko pati direktorė, iš atsiliepimų, nes patogi...>*

(E4) *<...Naudojama Foxus sistema, porą savaitių, prieš tai buvo kitasistema patogi, gali greitai išrašyti vaistus...>*

C įstaigoje naudojama – HIS

(E5) *<...HIS sukurtas Klinikų...>*

(E6) *<...E. sveikata online... nesugeneruoja normalių įrašų-statusų, neina suformatuoti teksto. Su HIS viskas gražiau...>*

(E7) *<...Klinikų kurta sistema, nuosava, nekomercinė kaip kitos. Sistema patogi <...> Pati sistema apie 2,5 metų, buvo testuojama, tobulinama <...> sistema dirba ne online, o siunčia paketus kai reikia, info kaupiama vidinėje sistemoje...>*

D įstaigoje naudojama – ELI (su papildomai integruotu e. recepto išrašymo moduliu)

(E8) <...ELI Santariškių kurta sistema, finansuota ministerijos. Dainava pasiėmė tiek kiek buvo sukurta, daugelį funkcijų, kurių reikėjo būtent poliklinikai, o ne stacionarui pakeitė, tobulino savo jėgomis, daugelis funkcionalumo padaryta papildomai <...> ELI pasiekta daugiau. Už šią sistemą mokėti nereikia <...> receptai rašomi per Softdento posistemę, integruotą automatiškai, nes su ELI nepavyko <...> Nepriklausomai vystyti e. sistemą buvo naudingiau, pasiekėm geresnį funkcionalumą...>

(E9) Neatsakė.

UAB Softdent yra sukūręs programą FOXUS, šiuo atveju dalis šios programos, kuri reikalinga e. recepto išrašymui, integruota į ELI sistemą.

Remiantis intervių dalyvių pateikta informacija sužinota, kad visose įstaigose naudojamos sistemos yra skirtingos. Įstaigos jas pirko, kūrė arba tobulino pačios, pagal finansines galimybes, patogumą darbui, kitų įstaigų ir gydytojų atsiliepimus. Kadangi visose įstaigose naudojamos skirtingos sistemos, todėl negalima pasakyti kuri iš naudojamų sistemų yra populiareesnė. Privačiose įstaigose naudojami komerciniai sprendimai.

Toliau buvo siekiama išsiaiškinti kokiais įstaigoje įdiegtos sistemos funkcionalumais ir IT sprendimais naudojamas (pvz.: e. receptas, išankstinė elektroninė pacientų registracija, elektroninė sveikatos istorija, diagnostinių / laboratorinių tyrimų atsakymų formavimas / peržiūra ir kt.)

(E1) <...naudojama elektroninių receptų išrašymui <...> Veikia internetinė pacientų registracijos sistema, rentgenologinių vaizdų katalogas <...> Dabar darome toliau, planuojama diegti ir kitus IT sprendimus...>

(E2) <...Naudojam sistemą receptų išrašymui <...> Rašome tik receptus...>

(E3) <...Statusus pradėjome rašyti elektroninius <...> el. siuntimus, bet ji atsispausdina ir duoda pacientams į rankas <...> Veikia internetinė pacientų registracija...>

(E4) <...Visi rašo elektroninius receptus...>

(E5) <...Receptai ir statusai. Pacientai gali registruotis internetu <...> Radiologų atsakymai matosi HIS sistemoje. Laboratorija jau 3 mėnesius prijungta...>

(E6) <...Visus siuntimus rašome per kompiuterį bet atspausdinam A4 lapus ir duodam į rankas, nes net Klinikose specialistai nemato. Receptus rašome elektroninius...>

(E7) <...Visus receptus elektroninius išrašom...>

(E8) <...Iš sistemos duomenys eina į buhalterinės apskaitos, darbo užmokesčio apskaitos, kiek gydytojas ar seselė dirbo, kiek konkrečiai uždirbo <...> Yra galimybė matyti konsultacijų atsakymus, iš Klinikų epikrizes gali pasižiūrėti. Nuo Naujų metų, kai bus sujungtos 5 poliklinikos bus įdiegtas VPN tinklas ir vyks apskaitos duomenimis, tyrimais, rentgenologiniai tyrimai iš vienos vietos būtų aprašomi <...> Radiologinių vaizdų ir tyrimų sistemos integruotos, šeimos gydytojai mato atsakymus, bet tai nėra ELI dalys...>

(E9) <...elektroniniai kompensuojami receptai...>

Iš interviu sužinota, kad elektroniniai receptai išrašomi visose įstaigose. Remiantis ekspertų nuomonėmis 5 lentelėje yra pateikiama, kokie yra bendri įstaigose įdiegtų sistemų funkcionalumai.

5 lentelė. Įgyvendinti ir naudojami e.sveikatos funkcionalumai analizuojamose PASP įstaigose

FUNKCIONALUMAI	ĮSTAIGA			
	A įstaiga	B įstaiga	C įstaiga	D įstaiga
Įstaigoje naudojama IS (programa)	+	+	+	+
IS pavadinimas	IcMED (e. receptų sistema)	Foxus (anksčiau buvo Polis)	HIS	ELI + e.recepto posisteme
Išankstinė internetinė registracija	+	+	+	+
E. kortelė (įrašas, statusas)	-	+	+	-
E. receptas	+	+	+	+
E. siuntimas	-	+	+	-
		(atspausdinamas)	(atspausdinamas)	
Radiologinių vaizdų katalogas	+	-	+	+

Pliusu pažymėti taikomi funkcionalumai

E1, E3 ir E5 pažymėjo, kad jų įstaigoje veikia internetinė išankstinės pacientų registracijos sistema (tyrimo autoriaus patikrinta ir nustatyta, kad internetinė išankstinė registracija yra visose analizuojamose įstaigose). E3 ir E6 teigia, kad jų įstaigoje rašomi elektroniniai siuntimai, tačiau juos vis tiek atspausdina ir duoda pacientams į rankas. Taip yra daroma todėl, kad ne visose įstaigose yra įdiegtos e. sveikatos sistemos, o pacientas su siuntimu turi teisę rinktis bet kurią, teikiančią tokias paslaugas, sveikatos priežiūros įstaigą.

E3 ir E5 pažymėjo, kad jų sistemoje rašomi elektroniniai paciento statusai (pildoma elektroninė kortelė/istorija). E1, E5 ir E8 pažymėjo, kad veikia rentgenologinių vaizdų katalogas.

Ekspertų buvo klausama ar įstaigos sistema (programa) piršta ar įdiegta pagal projektus gavus ES finansavimą, tačiau ne visi ekspertai buvo kompetentingi ar norėjo atsakyti į šį klausimą.

(E3) <...pirko iš savo pinigų...>

(E5) <...HIS sukurtas Klinikų...>

(E7) <...Klinikų kurta sistema, nuosava, nekomercinė kaip kitos...>

(E8) <...ELI Santariškių kurta sistema, finansuota ministerijos. Dainava pasiėmė tiek kiek buvo surta, daugelį funkcijų, kurių reikėjo būtent poliklinikai, o ne stacionarui pakeitė, tobulino savo jėgomis, daugelis funkcionalumo padaryta papildomai...>

(E1-E2, E4, E6, E9) Neatsakė.

Tokiu būdu iš ekspertų atsakymų galima nustatyti, kad privačios įstaigos pirkto sistemas, o valstybinės kūrė arba tobulino jau sukurtą sistemą naudodamos savo ar papildomai joms skiriamas lėšas.

Bernotas ir kt. (2015) pabrėžia, kad būtinas sveikatos priežiūros specialistų apmokymas ir motyvavimas dirbti su naujomis sistemomis. Maziliauskienė (2017) pastebi, kad SPĮ administracija reikalauja dirbti su informacine sistema, bet mokymų neorganizuoja.

Todėl buvo siekiama išsiaiškinti, kaip šie procesai vyksta analizuojamose įstaigose.

Į klausimą ar jų įstaigoje buvo organizuojami darbuotojų mokymai dirbti su šia sistema, atsakė ne visi ekspertai:

(E1-E2, E4-E5, E8-E9) Neatsakė.

(E3) <...Buvo mokymai, tačiau per vieną dieną gali tik susipažinti...>

(E6) <...Mokymai su sistema buvo organizuojami grupėmis ir individualiai, jei neaišku gali skambinti į „supportą“...>

(E7) <...Kai paleido sistemą, buvo mokymai...>

Ar įstaigos administracija reikalauja naudotis šia sistema ar kaip nors skatina darbuotojus tai daryti irgi atsakė ne visi ekspertai:

(E1) <...Gydytojai labiau renkasi elektroninę sistemą...>

(E3) <...Administracija nereikalauja. Pati direktorė šeimos gydytoja ir aktyviai rašo...>

(E4) <...administracija tiesiogiai nereikalauja, bet norėtų...>

(E7) <...įsakymas visiems skyriams pradėti naudoti...>

(E9) <...pasakė galit rašyti galit ne. Reikalavimo griežtai naudotis nebuvo...>

(E2, E5-E6, E8) Neatsakė.

Kadangi ne visi ekspertai atsakė į šiuos klausimus, todėl atsakymų bus siekiama sužinoti atliekant anketinę šeimos gydytojų apklausą.

Toliau buvo siekiama išsiaiškinti su kokiomis problemomis susiduriama naudojantis e. sveikatos sistema (ESPBI IS branduoliu)

(E1) <...jeigu visos gydymo įstaigos pradės dirbti tik su elektronine sistema, visa e. sveikatos sistema užlūžtų <....> Gydytojai, kai nepavyksta išduoti ar pasirašyti recepto sako, kad neveikia įstaigos programa nors didžioji problema iš tikrųjų yra ne įstaigos taikomoji programa bet serverio – branduolio. Problema yra branduolio <....> sistema tinkamai neveikia...>

(E2) <...Sistema striginėja, kompai seni...>

(E3) <...Branduolys dažnai stringa, neįmanoma pasirašyti vaistų...>

(E4) <...būna problemų su e. receptų pasirašymu...>

(E5) <...Jei stringa visai sistema ir labai reikia, gydytojai grįžta prie popieriniu receptų su lipdukais...>

(E6) <...jei stringa branduolys receptų išrašyti neina. Turėtų būti vartotojui „friendly“ aplinka ir ESPBI ir HIS, nes dabar to nėra, reikia konkrečiai žinoti ką daryti. E. sveikata neaiškus „tutorial“ net žmogui, kuris puikiai naudojami kompiuteriu tiek su Windows tiek MAC OS <....> Sistema dažnai veikia lėtai, nepasitvirtina gydymo išrašas, tada visai negali pradėti rašyti vaistų. Arba neleidžia patvirtinti vaistų <....> Viską noriu rašyti elektroniniu būdu, ir norėčiau, kad greičiau pagerėtu.. Būtų patogiau <....> HIS jei neveikia branduolys parodo ženkluką. Dėl branduolio strigimų dažnai negalima išrašyti vaistų, todėl pacientui arba reikia laukti arba ateiti kitą dieną...>

(E7) <...Su ESPBI neįmanoma dirbti, įstaigos veikia normaliai bet ESPBI nepavelka serveriai ir neišsiunčiami duomenys, tada nebeįmanoma dirbti. Stringa ne įstaigos sistema <....> ESPBI daug ką reikia keisti, formas, nepatogūs laukai <....> Registrų centro serveriai nepavelka. Ateityje, kai dirbs visi bus dar blogiau, sistema stringa nuo 11 val. beveik kasdien...>

(E8) <...ESPBI jau dabar stringa nuo per didelio krūvio, o bus dar daugiau domenu... sistemos resursai nepakankami...>

(E9) <...Sistema striginėja kokius 2 kartus per mėnesį, labai retai 1 kartą per 3 mėnesius patringa visai, tada rašom popierinius receptus...>

Visi ekspertai nurodo, kad sistema (ESPBI IS – e. sveikatos branduolys) dėl per didelės apkrovos jau dabar dažnai stringa, todėl šeimos gydytojams nepavyksta išduoti ir pasirašyti e. recepto, dėl to kaip nurodo E6 pacientams reikia laukti arba ateiti pakartotinai.

Iš interviu taip pat sužinota, kad kai kuriose įstaigose aktyviai rūpinasi e. sveikatos sistemos įgyvendinimu ir veikimu, aktyviai bendradarbiauja su programuotojais ir sistemos kūrėjais, gydytojai rašo pasiūlymus į sveikatos apsaugos ministeriją, siūlo idėjas ką keisti, tobulinti, kad sistema būtų patogi darbui ir nestrigtu. Tai patvirtina aktyvų šeimos gydytojų dalyvavimą sistemos įgyvendinime.

Apibendrinant interviu rezultatus galima pažymėti, kad visose analizuojamose PASP įstaigose, tiek valstybinėse, tiek privačiose yra įgyvendinti tam tikri e. sveikatos funkcionalumai, įdiegtos elektroninės informacinės sveikatos sistemos (programos), kurios susietos su ESPBI IS (branduoliu). Įstaigos sistemas (programas) pirko arba kūrė, tobulino pačios, pagal finansines galimybes, patogumų darbui, kitų įstaigų ir gydytojų atsiliepimus. Remiantis ekspertų nuomone įstaigos įsigijo ir naudoja savo sistemas dėl to, kad jos patogesnės negu online portalas www.esveikata.lt. Nustatyta, kad privačiose įstaigose naudojami komerciniai sprendimai (IcMED, Foxus). Visose analizuojamose įstaigose naudojamos sistemos yra skirtingos, todėl negalima pasakyti, kuri iš naudojamų sistemų yra populiareesnė. Taip pat nebuvo tikslo nustatyti, kuri iš naudojamų sistemų yra patogesnė darbui. Tiek privačiose tiek valstybinėse įstaigose yra įgyvendinta ir aktyviai naudojama elektroninių receptų sistema, taip pat veikia išankstinė internetinė pacientų registracija pas šeimos gydytojus, radiologinių vaizdų katalogas bei kiti funkcionalumai. Ne visi ekspertai atsakė į klausimus apie organizuotus mokymus dirbti

su įdiegta sistema ir ar įstaigos administracija reikalauja dirbti su šia sistema, todėl šiuos aspektus bus siekiama sužinoti atliekant anketinę šeimos gydytojų apklausą. Pagrindinės problemos su kuriomis susiduriama dirbant su e. sveikatos sistema remiantis ekspertų nuomone: dažni ESPBI IS – e. sveikatos branduolio strigimai, dėl ko nepavyksta išduoti ir pasirašyti e. recepto.

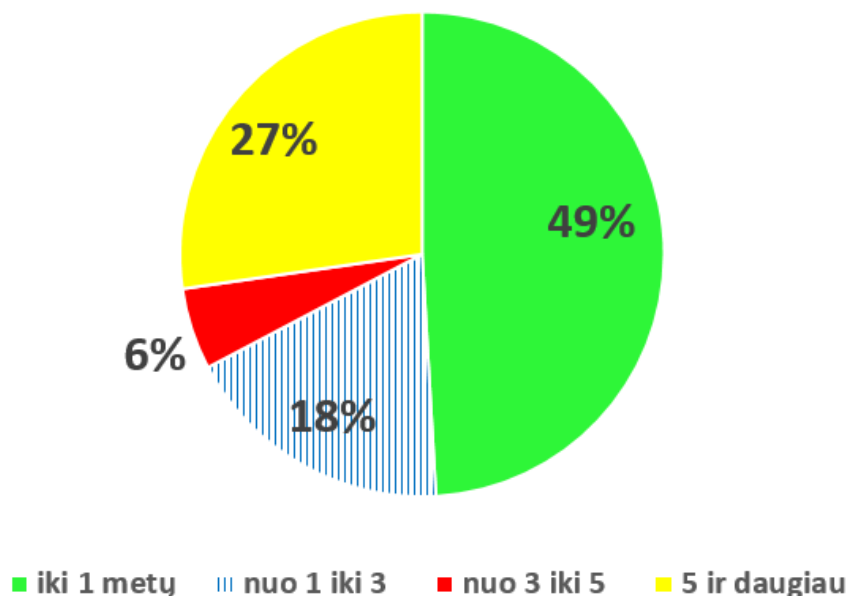
4.2. KIEKYBINIO TYRIMO (ANKETINĖS APKLAUSOS) REZULTATAI

Siekiant išsiaiškinti šeimos gydytojų nuomonę, apie e. sveikatos sistemą jų darbe, pirmiausiai buvo klausama ar jie naudojami tokiomis sistemomis (programomis) savo darbe, o jeigu nesinaudoja prašoma paaiškinti kodėl, pasirenkant vieną ar kelis atsakymų variantus.

Įvertinus surinktus anketinės apklausos duomenis, nustatyta, kad absoliučiai visi tyrime dalyvavę šeimos gydytojai savo darbe naudojami įstaigoje įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis (programomis).

Šeimos gydytojų darbo patirtis su įstaigose įdiegtomis elektroninėmis sveikatos informacinėmis sistemomis (programomis)

Analizuojant tiriamųjų darbo patirtį su įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis, nustatyta, kad dažniausiai (49 proc.) darbo patirtis su sistema yra iki 1 metų (žr. 14 pav.).

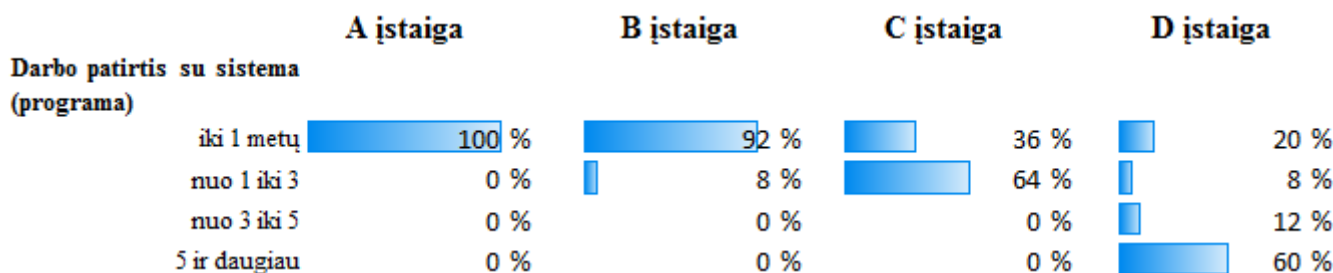


14 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal darbo patirtį su įdiegta e. sveikatos sistema (proc.)

Nuo 1 iki 3 metų su įdiegta elektronine informacine sistema dirba 18 proc. apklaustųjų, nuo 3 iki 5 metų – 6 proc. apklaustųjų, 5 ir daugiau metų – 27 proc. apklaustųjų.

Tokį pasiskirstymą nulemia tai, kad dalis PASP įstaigų tik neseniai įdiegė ir pradėjo naudoti informacinę sveikatos sistemą.

Iš atlikto interviu yra žinoma, kad įstaigos pradėjo naudoti šias sistemas skirtingu laiku, todėl toliau rezultatai vertinami suskirsčius tyrimo dalyvius pagal įstaigas kuriose jie dirba (žr. 15 pav.).



15 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal darbo patirtį su įdiegta e. sveikatos sistema

Nustatyta, kad didžiausią darbo patirtį su jų įstaigoje įdiegta sistema turi valstybinėje D įstaigoje dirbantys šeimos gydytojai. Šioje įstaigoje 60 proc. šeimos gydytojų su sistema dirba 5 ir daugiau metų, trumpiausią darbo patirtį su sistema – iki 1 metų turi visi A įstaigoje dirbantys šeimos gydytojai. Kitose įstaigose, remiantis apklausos rezultatais nustatyta, kad su e. sveikatos sistema dirbama iki 3 metų.

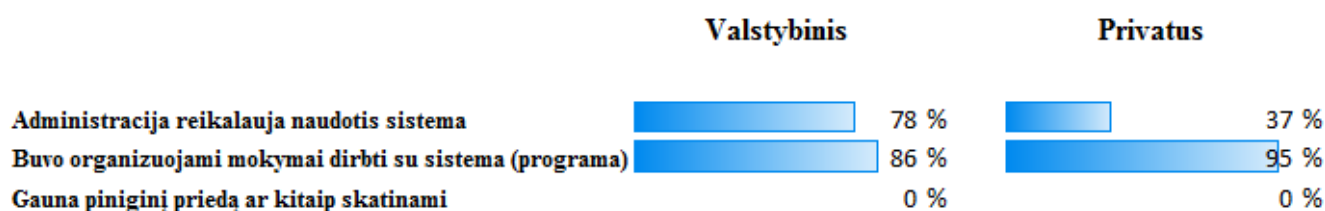
Įstaigose organizuojami mokymai, administracijos reikalavimai ir skatinimai dirbti su įstaigose įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis (programomis)

Lietuvos E. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programoje vienas iš nurodytų siekių yra užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros specialistų švietimą ir mokymą naudotis e. sveikatos sprendimais klinikinėje praktikoje. Tačiau teisės aktų, įpareigojančių SPI organizuoti tokius mokymus, rasti nepavyko. Bernotas ir kt. (2015) pažymi, kad tokie mokymai kaip ir sveikatos priežiūros specialistų motyvavimas dirbti su naujomis sistemomis yra būtini. Maziliauskienė (2017) pastebi, kad sveikatos priežiūros įstaigų administracija reikalauja dirbti su įdiegtomis informacinėmis sistemomis, bet gydytojams mokymų neorganizuoja.

Kadangi tai yra aktualus klausimas, nuo kurių priklauso e. sveikatos sistemos įgyvendinimo sėkmė, todėl toliau tyrime siekiama išsiaiškinti šiuos aspektus.

Remiantis atliktos anketinės apklausos duomenimis nustatyta, kad mokymai dirbti su įdiegta e. sveikatos sistema buvo organizuojami visose analizuojamose įstaigose. Valstybiniame sektoriuje – 86 proc. tyrimo dalyvių, o privačiame – 95 proc. nurodė, kad įstaigoje jiems buvo organizuoti mokymai dirbti su įdiegta e. sveikatos sistema. Todėl galima daryti išvada, kad nuo šio aspekto gydytojų apsisprendimas naudotis

Tyrimo rezultatai parodė, kad nei vienoje iš analizuojamų įstaigų nėra naudojamos šeimos gydytojų skatinimo ir motyvavimo dirbti su elektronine sistema priemonės, kadangi absoliučiai visi (100 proc.), tiek valstybiniame, tiek privačiame sektoriuje dirbantys šeimos gydytojai atsakė, kad už naudojamą sistemą negauna piniginio priedo ir kitaip neskatinami (žr. 16 pav.).

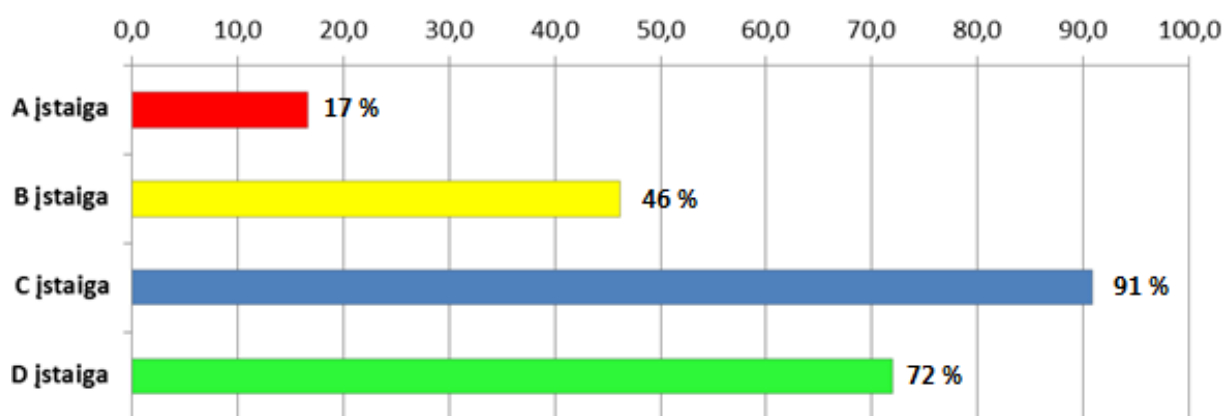


16 pav. Administracijos reikalavimas, mokymai, skatinimas dirbti su elektronine sistema pagal sektorių

Į klausimą ar įstaigos administracija reikalauja dirbti su įdiegta sistema daugiausiai – 64 proc. visų tyrime dalyvavusių šeimos gydytojų atsakė teigiamai t. y., kad administracija reikalauja.

Gauti rezultatai rodo, kad dažniau (78 proc.) reikalaujama dirbti su elektronine sistema valstybinėse PASP įstaigose, kad reikalauja ir privačiose įstaigose teigiamai atsakė 37 proc. apklaustųjų.

17 paveiksle pateikiamas atsakymų pasiskirstymas pagal įstaigas.



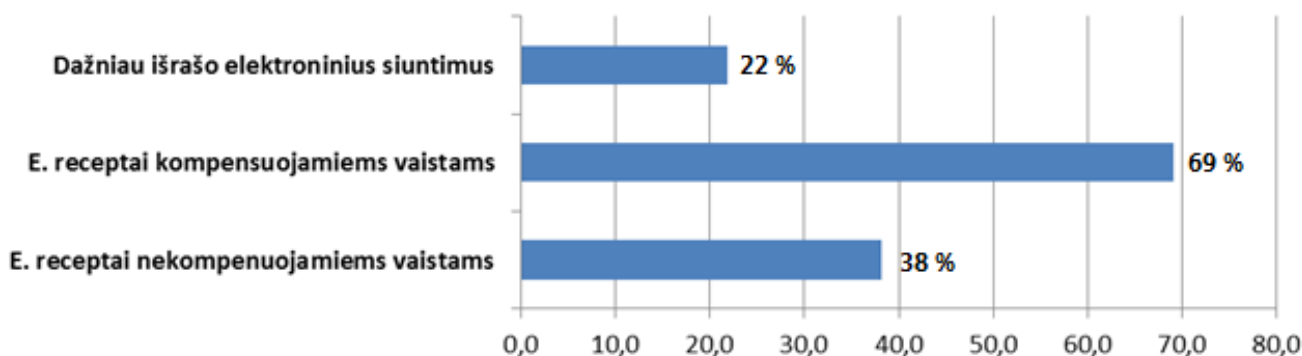
17 pav. Šeimos gydytojų atsakusių, kad administracija reikalauja naudotis sistema pasiskirstymas

Daugiausiai tiriamųjų, kurie nurodė, kad reikalaujama administracijos, dirba valstybinėje C įstaigoje – 91 proc., o mažiausiai – 17 proc. privačioje A įstaigoje.

Tokį atsakymų pasiskirstymą greičiausiai lemia tai, kad valstybinės įstaigos dalyvavo projektuose (C įstaiga) ir gaudavo papildomą finansavimą sistemų kūrimui ir todėl duomenis, susijusius su pacientų sveikata ir jos priežiūra, tvarkyti elektroniniu būdu privalo jau nuo 2015 m. lapkričio 2 d., o D įstaiga kūrė ir tobulino sistemą už savo lėšas, sumokėdama dideles sumas už šių produktų kūrimą. Privačios įstaigos sumoka abonentinį mokesį už naudojimąsi sistemomis, kuris siekia daug mažiau nei visos sistemos kūrimas. Taip pat valstybinių įstaigų vadovai suinteresuoti siekti gerų darbo rezultatų ir gerinti įstaigų rodiklius, kadangi pagal LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 1 d. įsakymą Nr. V-1019 dėl vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos, vadovo algos kintamoji dalis nustatoma pagal kokybinius viešosios įstaigos veiklos vertinimo rodiklius. Tarp šių rodiklių yra IT diegimo ir vystymo lygis – pacientų išankstinės elektroninės registracijos sistema, įstaigos interneto svetainė, darbuotojų darbo krūvio apskaita ir kt.. Šie rodikliai motyvuoja valstybinės įstaigos vadovą įpareigoti pavaldžius darbuotojus naudotis sveikatos IS.

E. receptų ir siuntimų išrašymo dažnumo vertinimas

Toliau siekiama išsiaiškinti, ką gydytojai išrašo dažniau, elektroninius ar popierinius dokumentus. Kadangi nei vienoje iš analizuojamų įstaigų nėra vedama išrašytų popierinių receptų ir popierinių siuntimų apskaita, todėl gydytojų buvo klausama ką subjektyviai jie išrašo dažniau elektroninius ar popierinius (žr. 18 pav.)



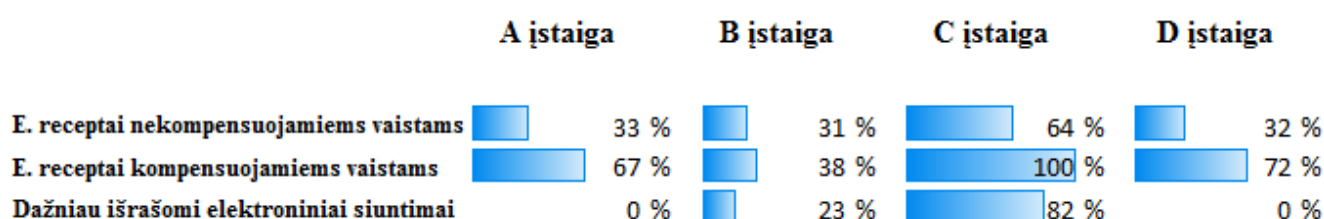
18 pav. Elektroninių receptų bei siuntimų išrašymo dažnumas

Kompensuojamieji ir nekompensuojamieji vaistų receptai analizuojami atskirai, tam kad būtų galima palyginti ką dažniau renkasi šeimos gydytojai vienu ir kitu atveju. Kadangi yra žinoma, kad elektroninių receptų, tiek kompensuojamųjų, tiek nekompensuojamųjų išrašymo procedūra iš esmės nesiskia, o popierinius kompensuojamuosius išrašyti užtrunka ilgiau nei nekompensuojamuosius.

Nustatyta, kad kompensuojamiems vaistams elektroninius receptus (e. receptus) dažniau nei popierinius išrašo 69 proc. tyrime dalyvavusių šeimos gydytojų. Nekompensuojamiems vaistams elektroninius receptus dažniau išrašo – 38 proc. šeimos gydytojų. Greičiausiai nedidelė dalys gydytojų renka si nekompensuojamiems vaistams rašyti elektroninį receptą todėl, kad paprasto popierinio recepto išrašymas ir taip užtrunka neilgai.

Elektroninius siuntimus dažniau nei popierinius išrašo 22 proc. apklaustų šeimos gydytojų.

Analizuojant šiuos rodiklius pagal atskiras įstaigas (žr. 19 pav.) nustatyta, kad daugiau šeimos gydytojų – C įstaigoje rašydami pacientams vaistus renka si e. receptą. Rašydami kompensuojamus vaistus – 100 proc. šios įstaigos šeimos gydytojų nurodė, kad dažniau renka si e. receptą, nekompensuojamiems vaistams – 64 proc. gydytojų.



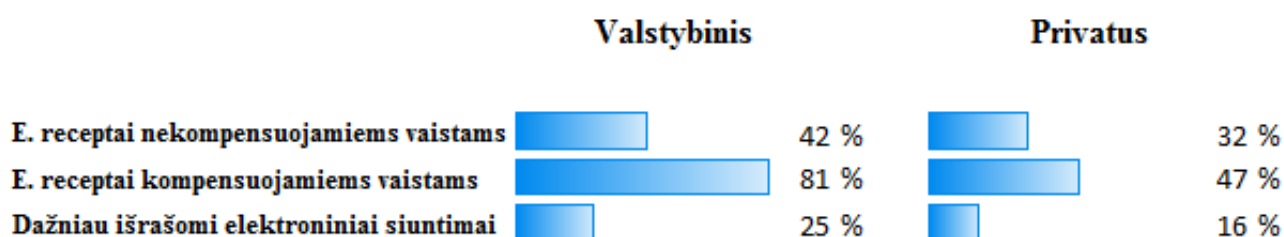
19 pav. Tyrimo dalyviai (proc.), kurie dažniau išrašo e. receptus ir e. siuntimus, pagal įstaigas

B ir C įstaigose elektroninius siuntimus gydytojai išrašo dažniau nei popierinius, atitinkamai 23 proc. ir 82 proc. šeimos gydytojų dažniau renka si elektroninę dokumento versiją.

A ir D įstaigose gydytojai vis dar rašo popierinius siuntimus, nes atlikto interviu rezultatai parodė, kad šiose įstaigose neįdiegtas elektroninio siuntimo modulis.

Ir nors C įstaiga labiau pažengusi pagal elektroninių receptų ir siuntimų išrašymo dažnumą lyginant su popieriniais dokumentais, tyrimo rezultatai rodo, kad visiškai atsisakyti popierinių receptų ir siuntimų dar nepavyko nei vienoje iš analizuojamų įstaigų.

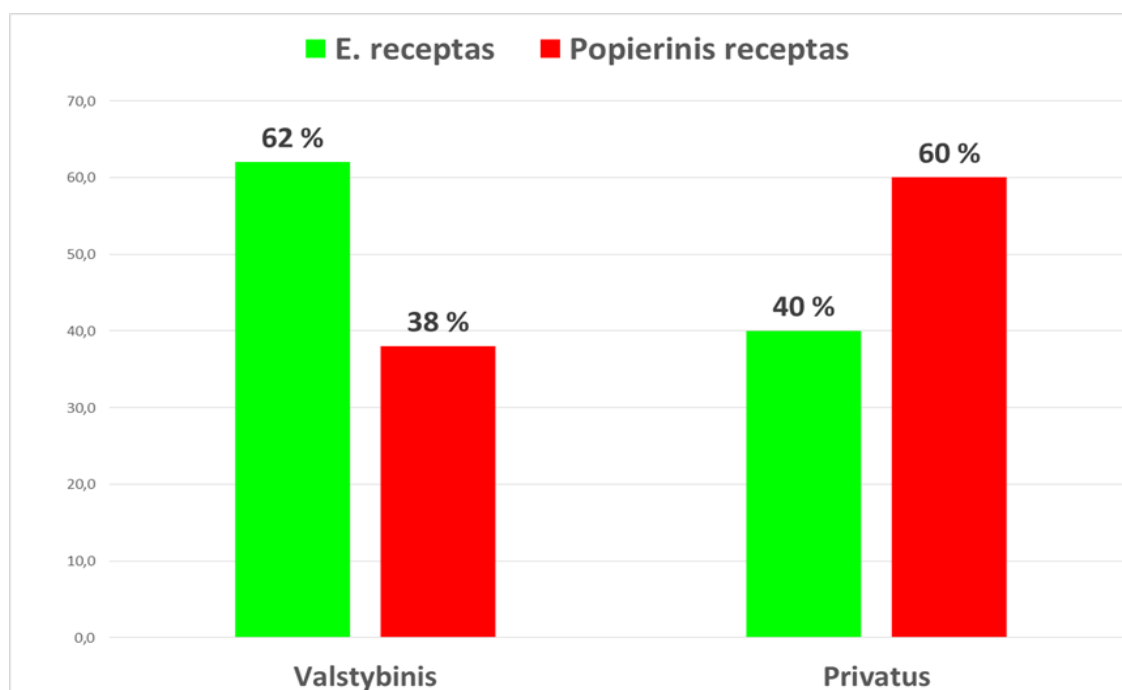
Lyginant pagal sektorius (žr. 20 pav.) nustatyta, kad valstybiniame sektoriuje elektroniniai receptai ir siuntimai išrašomi dažniau nei privačiame.



20 pav. Tyrimo dalyviai (proc.), kurie dažniau išrašo e. receptus ir e. siuntimus, pagal sektorius

Valstybiniame sektoriuje 25 proc. šeimos gydytojų dažniau renkasi elektroninius siuntimus, privačiame – 16 proc. Interviu metu nustatyta, kad A įstaigoje ir D įstaigoje elektroninių siuntimų modulis dar neįgyvendintas.

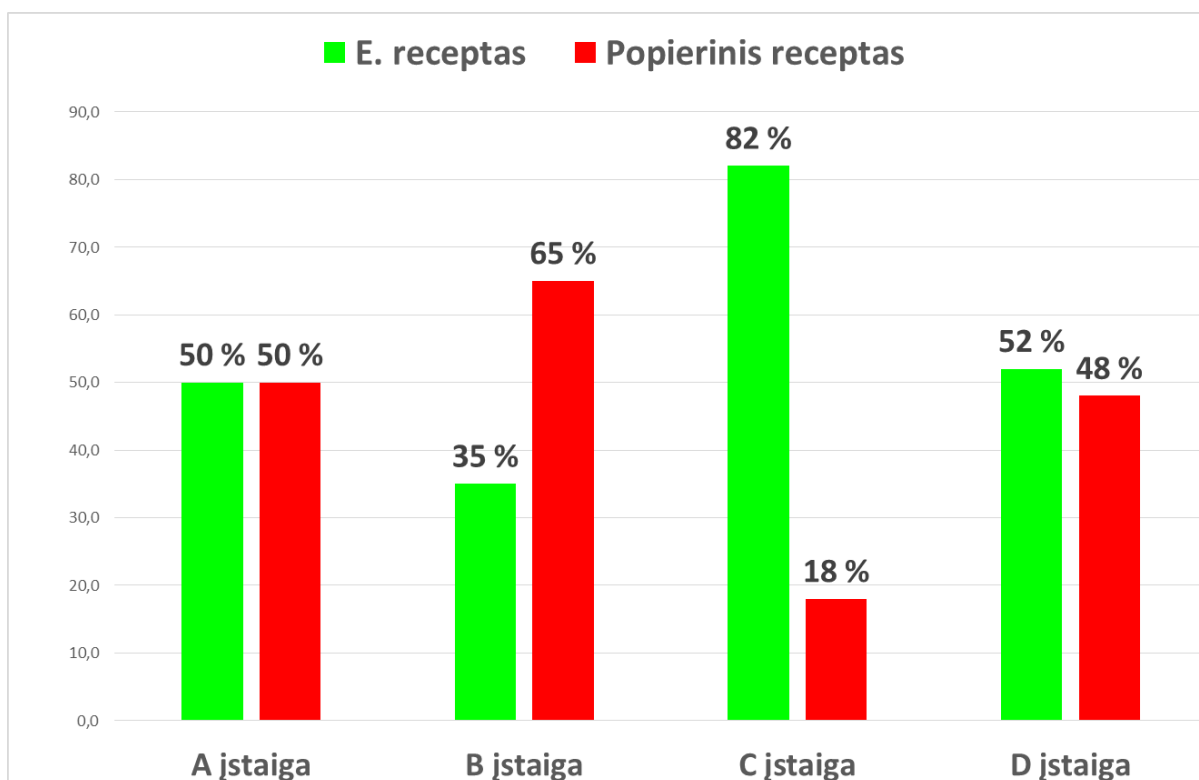
Išanalizavus gautus rezultatus apie elektroninių receptų išrašymą ir remiantis subjektyvia šeimos gydytojų nuomone, nustatyta, kad valstybiniame sektoriuje e. receptus (neskirstant juos į kompensuojamus ar nekompensuojamus) dažniau renkasi – 62 proc. šeimos gydytojų (žr. 21 pav.), privačiame tik 40 proc. gydytojų dažniau išrašo e. receptus.



21 pav. Receptų išrašymo dažnumas pagal sektorius, remiantis objektyvia apklaustųjų nuomone

Analizuojant receptų išrašymą pagal įstaigas (žr. 22 pav.), nustatyta, kad 82 proc. C įstaigoje dirbančių gydytojų dažniau išrašo e. receptus.

Tokius rezultatus greičiausiai nulėmė tai, jog kaip anksčiau šio tyrimo metu yra nustatyta, kad valstybinėse įstaigose naudotis elektronine sveikatos sistema reikalauja šių įstaigų administracija. Todėl toliau tyrime bus siekiama išsiaiškinti ką, rinkęsi šeimos gydytojai, elektroninę dokumentų versiją ar popierinę jeigu būtų laisvas pasirinkimas.



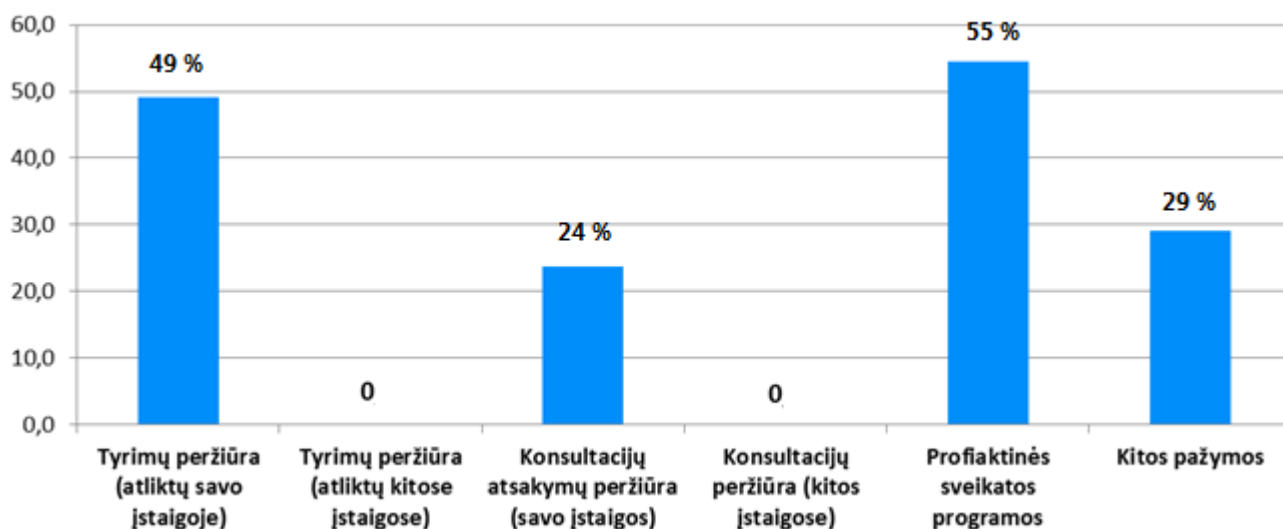
22 pav. Gydytojų skaičiaus palyginimas pagal e. recepto pasirenkamumą įstaigose

Šeimos gydytojų darbe naudojami E. sveikatos funkcionalumai

Toliau tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti kokie e. sveikatos sistemos funkcionalumai įgyvendinti įstaigose ir naudojami šeimos gydytojų darbe. Gauti rezultatai pateikiami 23 paveiksle.

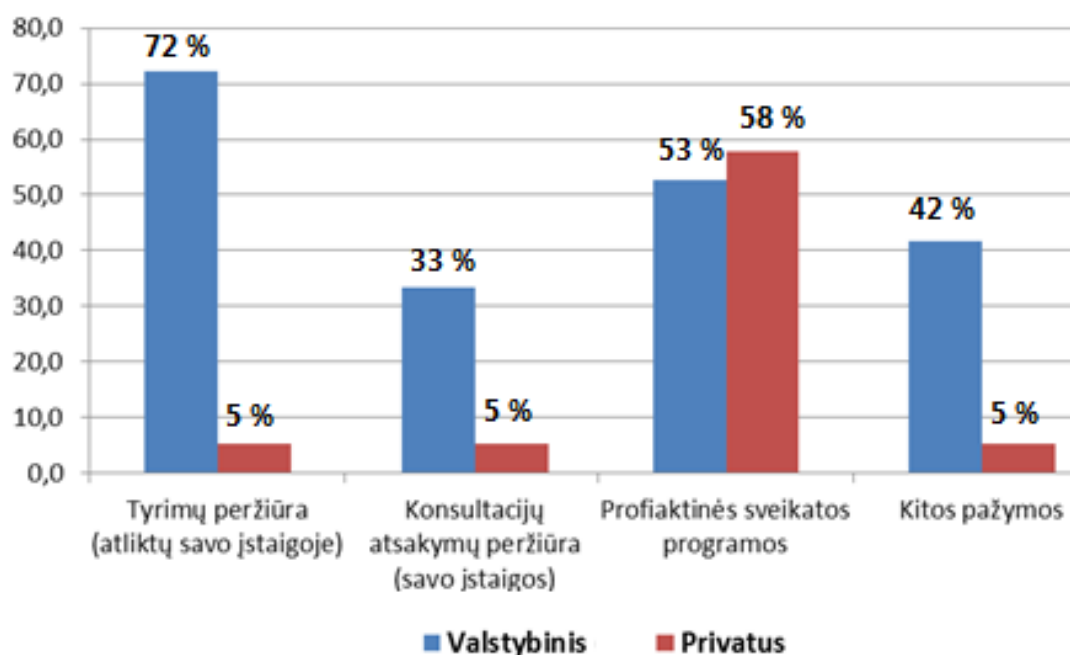
Nustatyta, kad gydytojai naudojami tokiais elektroninės sistemos funkcionalumais:

- Peržiūri, toje pačioje įstaigoje, atliktų tyrimų rezultatus – 49 proc.
- Peržiūri kitų specialistų konsultacijų atsakymus, kai konsultacija atlikta toje pačioje įstaigoje – 24 proc.
- Randa ir pažiūri informaciją apie pacientams priklausančias prevencines profilaktines sveikatos programas – 55 proc.
- Išrašo kitas elektronines pažymas (pvz. mirties liudijimus) – 29 proc.
- Kitose įstaigose atliktų tyrimų ir konsultacijų, remiantis tyrimo duomenimis gydytojai dar negali matyti.



23 pav. Gydytojų naudojimosi elektroninės sistemos funkcionalumais (proc.)

Analizuojant įgyvendintus ir naudojamus e. sveikatos sistemos funkcionalumus pagal sektorius nustatyta, kad valstybiniame sektoriuje iš esamų funkcionalumų dažniau nei privačiame sektoriuje peržiūrimi tyrimų ir konsultacijų atsakymai, kurie buvo atlikti toje pačioje įstaigoje (žr. 24 pav.).



24 pav. Gydytojų naudojimosi elektroninės sistemos funkcionalumais (proc.) pagal sektorių

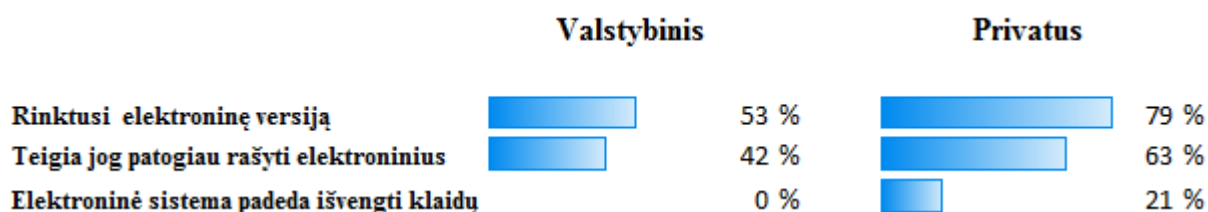
Privačiame sektoriuje dažniau (58 proc.) nei valstybiniame (53 proc.) šeimos gydytojai sutikrina kokios profilaktinės programos priklauso pacientui. Naudojimas šiais funkcionalumais priklauso nuo įstaigoje įdiegtų ir naudojamų e. sveikatos sistemų.

Toliau buvo siekiama sužinoti, kokį dokumentų pildymo variantą savanoriškai rinkę šeimos gydytojai, kuri versija jiems patogesnė ir ar elektroninė sistema padeda išvengti klaidų

Analizuojant kokį dokumentų pildymo variantą (elektroninį ar popierinį) savanoriškai rinkę šeimos gydytojai jeigu nereikalautų įstaigos administracija, nustatyta, kad 62 proc. visų tyrime dalyvavusių šeimos gydytojų atsakė, kad rinkęsi elektroninę versiją.

Taip pat 49 proc. visų apklaustųjų teigia, kad elektroninė versija jiems yra patogesnė, o 7 proc. apklaustųjų pažymėjo, kad elektroninė sistema padeda išvengti klaidų.

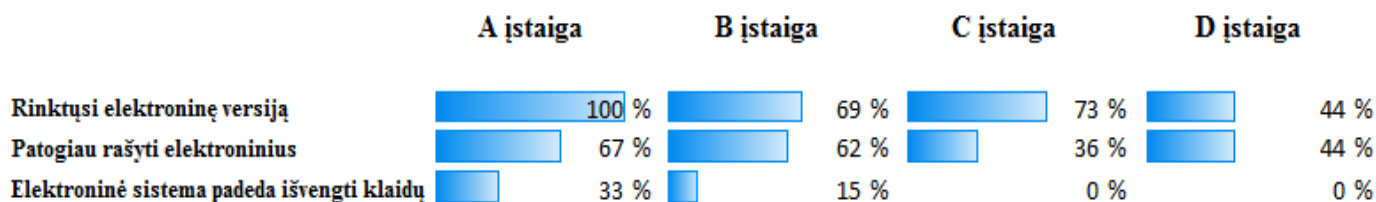
Toliau pateikiamas apklaustųjų nuomonių pasiskirstymas pagal sektorius (žr. 25 pav.) ir pagal įstaigas (žr. 26 pav.).



25 pav. Šeimos gydytojų nuomonės apie e. sveikatą pagal sektorius

Nustatyta, kad privačiame sektoriuje didesnė (79 proc.) dalis gydytojų negu valstybiniame (53 proc.) rinkęsi elektroninę sistemą.

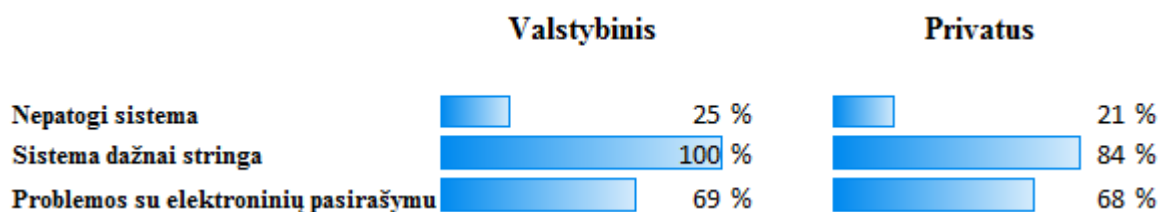
Analizuojant pagal įstaigas, nustatyta, kad privačiose A (67 proc.) ir B (62 proc.) įstaigose dauguma gydytojų teigia jog jiems patogiau rašyti elektroninius dokumentus, taip pat privačių įstaigų gydytojai dažniau nurodo, kad sistema padeda išvengti klaidų. Taip pat didžioji dalis apklaustųjų įstaigoje A, B ir C rinkęsi elektroninę sveikatos sistemą, net jeigu administracija nereikalautų. (žr. 26 pav.)



26 pav. Šeimos gydytojų nuomonės apie e. sveikatą pagal įstaigas

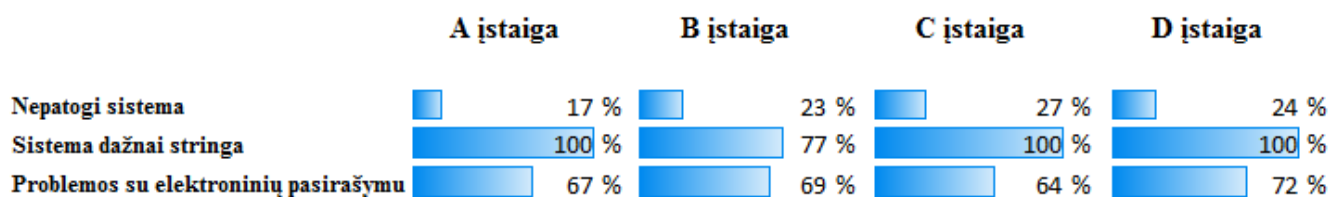
Analizuojant su kokiomis problemomis susiduria šeimos gydytojai dirbdami su elektronine sistema išsiaiškinta, kad 24 proc. visų apklaustųjų nurodė, jog naudojama sistema nepatogi darbui. Kad sistema dažnai stringa nurodė 95 proc., o kad pasitaiko problemų su elektroniniu parašu, kai negali patvirtinti išrašytų vaistų nurodė 69 proc.

Apklaustųjų nuomonių pasiskirstymas pagal įstaigas pateikiamas 27 paveiksle, pagal sektorius 28 paveiksle.



27 pav. Problemos su kuriomis susiduria apklaustieji dirbdami su e. sveikatos sistema pagal sektorius

Tiek valstybinėse, tiek privačiose PASP įstaigose dirbantys šeimos gydytojai susiduria su aprašytomis elektroninės sistemos problemomis.



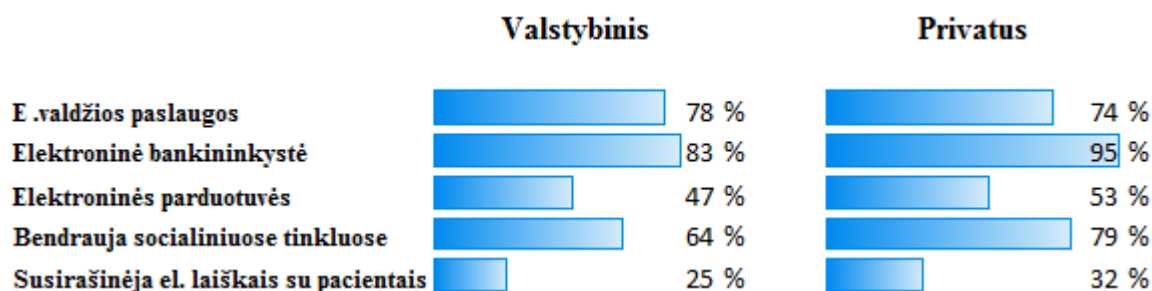
28 pav. Problemos su kuriomis susiduria apklaustieji dirbdami su e. sveikatos sistema pagal įstaigas

Taip pat su tomis pačiomis problemomis susiduriama visose analizuojamose įstaigose, nepriklausomai nuo naudojamos elektroninės informacinės sistemos.

Tai patvirtina ir interviu ekspertų nuomonė, kad stringa ne pati įstaigos sistema, o branduolys – ESPBI IS.

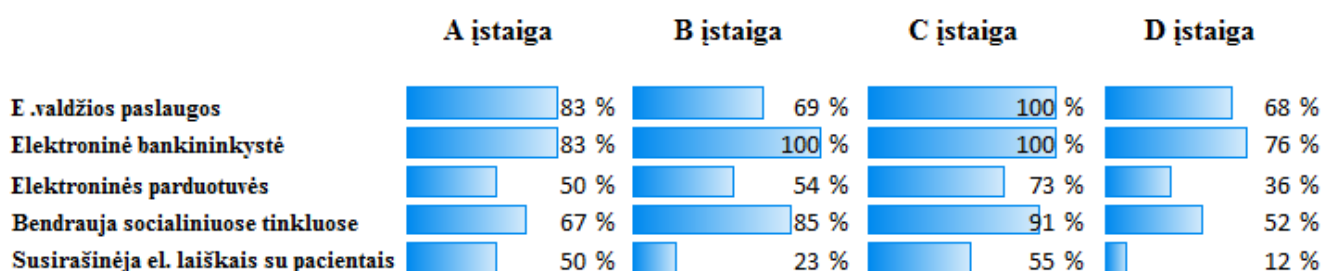
Analizuojant kokiomis dar e. paslaugomis ir informacinėmis technologijomis naudojasi šeimos gydytojai, nustatyta, kad didžioji dalis apklaustųjų naudoja elektroninę bankininkystę (87 proc.), taip pat dažnai naudoja ir e. valdžios paslaugomis (76 proc.), elektroninėse parduotuvėse apsipirkinėja beveik puse apklaustųjų – 49 proc.

Taip pat buvo domėtasi ar gydytojai bendrauja socialiniuose tinkluose. Nustatyta, kad 69 proc. apklaustųjų bendrauja socialiniuose tinkluose, tai aktyviai daro tiek valstybiniame (64 proc.), tiek privačiame (79 proc.) sektoriuje dirbantys apklaustieji (žr. 29 pav.).



29 pav. Šeimos gydytojų naudojimas e. paslaugomis ir technologijomis pagal sektorius

Beveik trečdalis šeimos gydytojų (27 proc.) susirašinėja elektroniniais laiškais su savo pacientais, daugiausiai jų buvo A įstaigoje (50 proc.) ir C įstaigoje (55 proc.) (žr. 30 pav.).



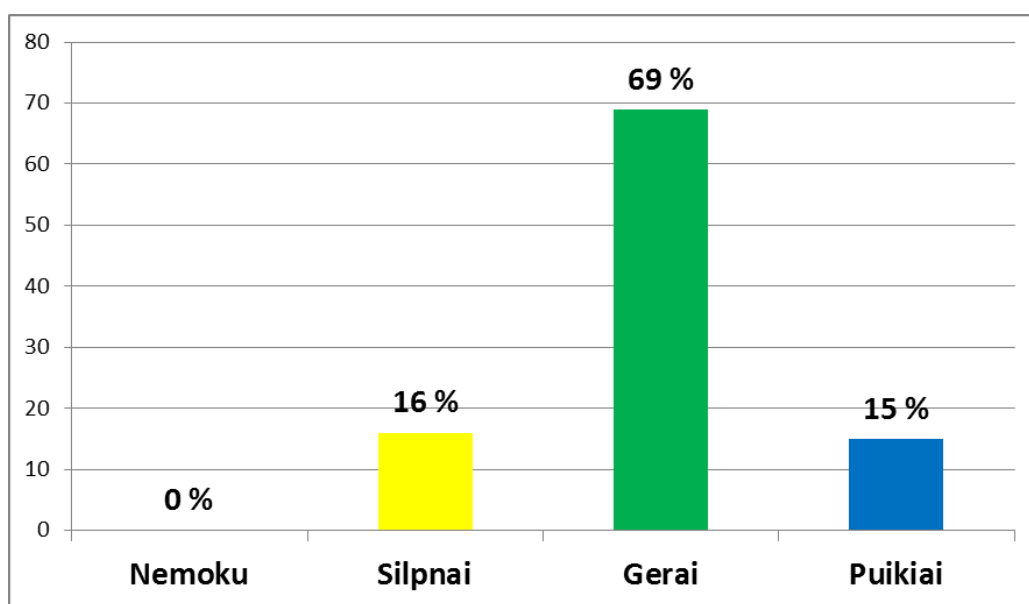
30 pav. Šeimos gydytojų naudojimas e. paslaugomis ir technologijomis pagal įstaigas

Naudojimas e. paslaugomis ir technologijomis buvo didžiausias valstybinėje C įstaigoje, o mažiausias valstybinėje D įstaigoje.

Šie rezultatai parodo, kad šeimos gydytojai aktyviai naudoja e. paslaugomis ir technologijomis, todėl e. sveikatos sistema jiems neturėtų būti sunkiai „įkandama“.

Toliau buvo siekiama išanalizuoti kaip šeimos gydytojai subjektyviai vertina savo kompiuterinį raštingumą

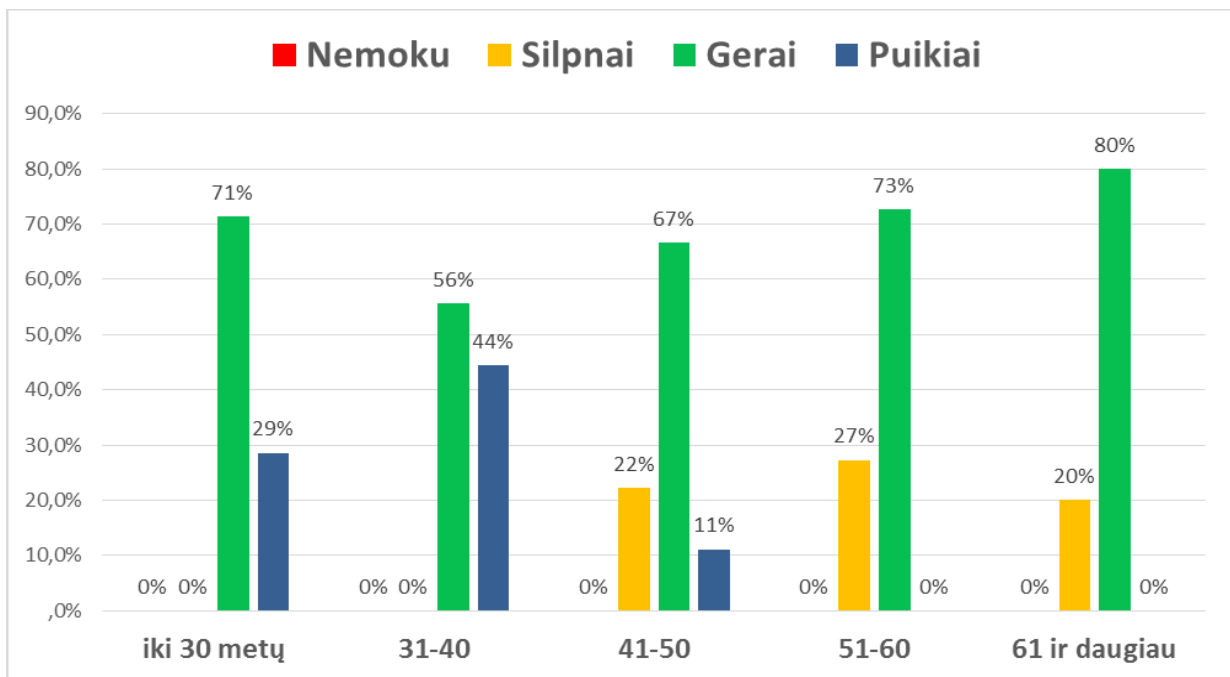
Remiantis šiame darbe analizuojama mokslinė literatūra, nustatyta, kad naujų technologijų įgyvendinimui įstaigoje gali turėti įtakos darbuotojų kompiuterinis raštingumas, todėl toliau vertinant šį rodiklį norima patikrinti ar taip yra ir analizuojamose įstaigose. Šeimos gydytojų buvo prašoma įvertinti savo kompiuterinį raštingumą subjektyviai, pasirenkant jų nuomone tinkamiausią atsakymą iš 4 pateiktų: nemoku, silpnai, gerai, puikiai (žr. 31 pav.).



31 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas

Išanalizavus apklausos duomenis nustatyta, kad didžioji dalis (69 proc.) šeimos gydytojų subjektyviai savo kompiuterinį raštingumą vertina gerai. Įvertinusių savo kompiuterinį raštingumą puikiai – 15 proc., kas yra nedaug mažiau nei įvertinusių silpnai (16 proc.). Taip pat nei vienas apklaustasis nepažymėjo, kad nemoka naudotis kompiuteriu.

Kompiuterinis raštingumas dažniausiai gerai vertinamas ir visose amžiaus grupėse (žr. 32 pav.).

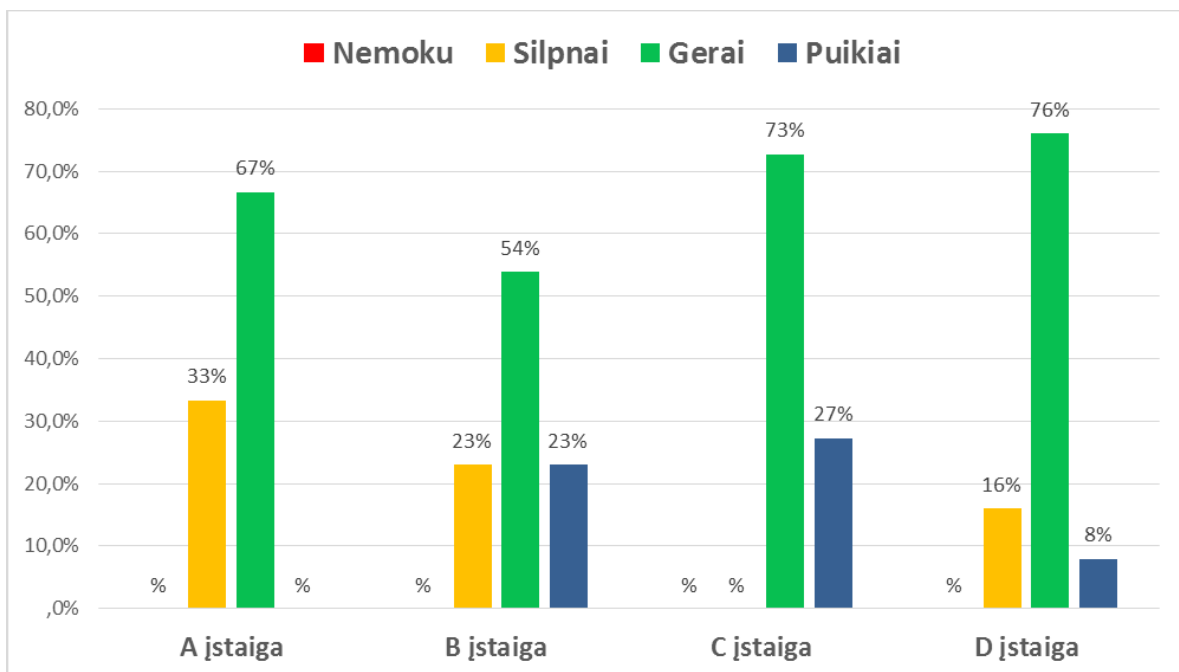


32 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas pagal amžiaus grupes

Išanalizavus apklaustųjų kompiuterinį raštingumą pagal amžiaus grupes, nustatyta, kad didžioji dalis apklaustųjų visose amžiaus grupėse savo kompiuterinį raštingumą vertina kaip gerą.

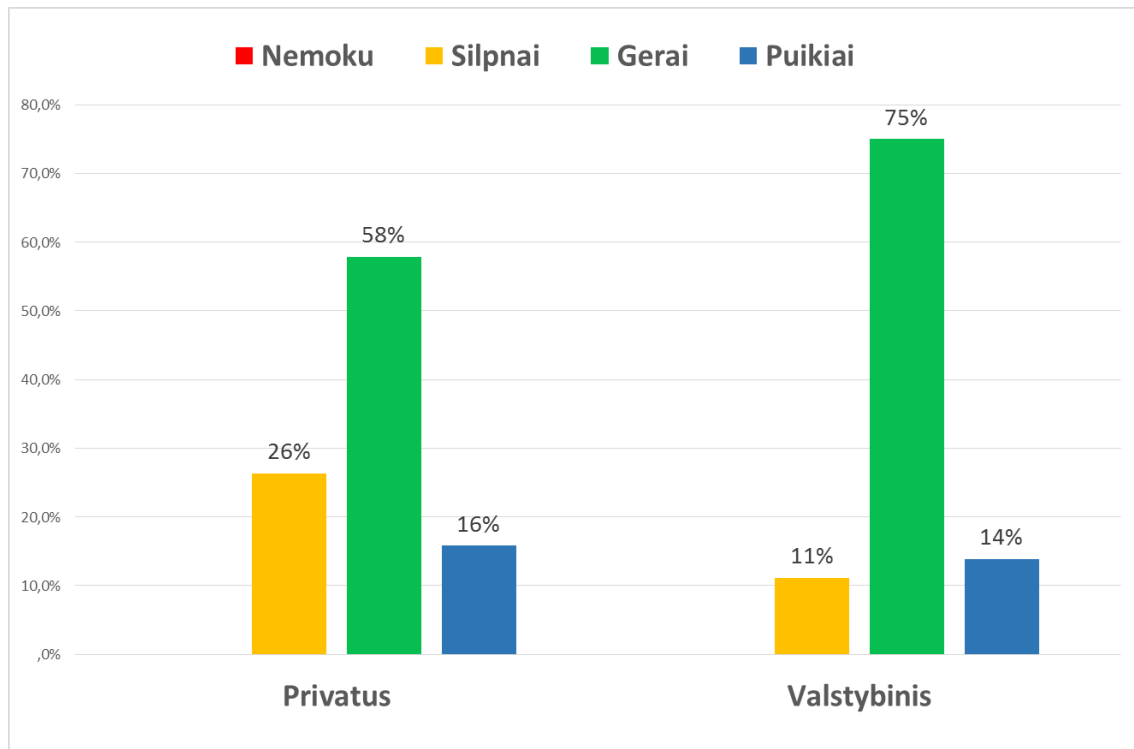
Vyresni nei 41 metų amžiaus, priešingai nei jaunesni, dažniau savo kompiuterinį raštingumą įvertina kaip silpną, taip pat nei vienas apklaustasis nuo 61 metų neįvertino savo kompiuterinį raštingumą kaip puikų.

Kompiuterinis gydytojų raštingumas atskirose įstaigose pateikiamas 33 paveiksle.



33 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas atskirose įstaigose

Vertinant kompiuterinį raštingumą atskirose įstaigose, nustatyta, kad geriausiai savo kompiuterinį raštingumą įvertino šeimos gydytojai dirbantys C įstaigoje – 73 proc. gerai ir 27 proc. puikiai. Daugiausiai (33 proc.) įvertinusių savo kompiuterinį raštingumą kaip silpną dirba – A įstaigoje. Kompiuterinio raštingumo vertinimas pagal sektorių pateikiamas 34 paveiksle.

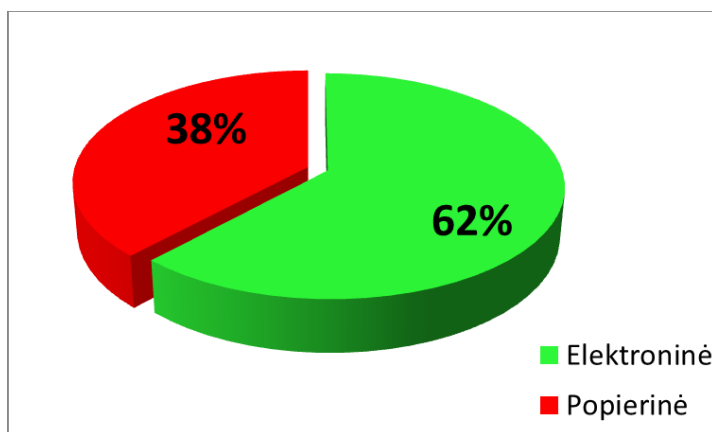


34 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas pagal sektorius

Remiantis gautais duomenimis, nustatyta, kad didžioji dalis, tiek valstybiniame (75 proc.), tiek privačiame (58 proc.) sektoriuose dirbančių šeimos gydytojų savo kompiuterinį raštingumą įvertino gerai. Tai pat privačiame sektoriuje dirba daugiau šeimos gydytojų, kurie įvertino savo kompiuterinį raštingumą kaip silpną – 26 proc. Gydytojų visai nemokančių naudotis kompiuteriu iš dalyvavusių apklausoje nepasitaikė.

Toliau tyrimu buvo siekiama nustatyti ar tokie veiksniai kaip šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas, lytis, amžius, sektorius, įstaiga kurioje dirba gali turėti įtakos dokumentų versijos pasirinkimui (elektroninė ar popierinė)

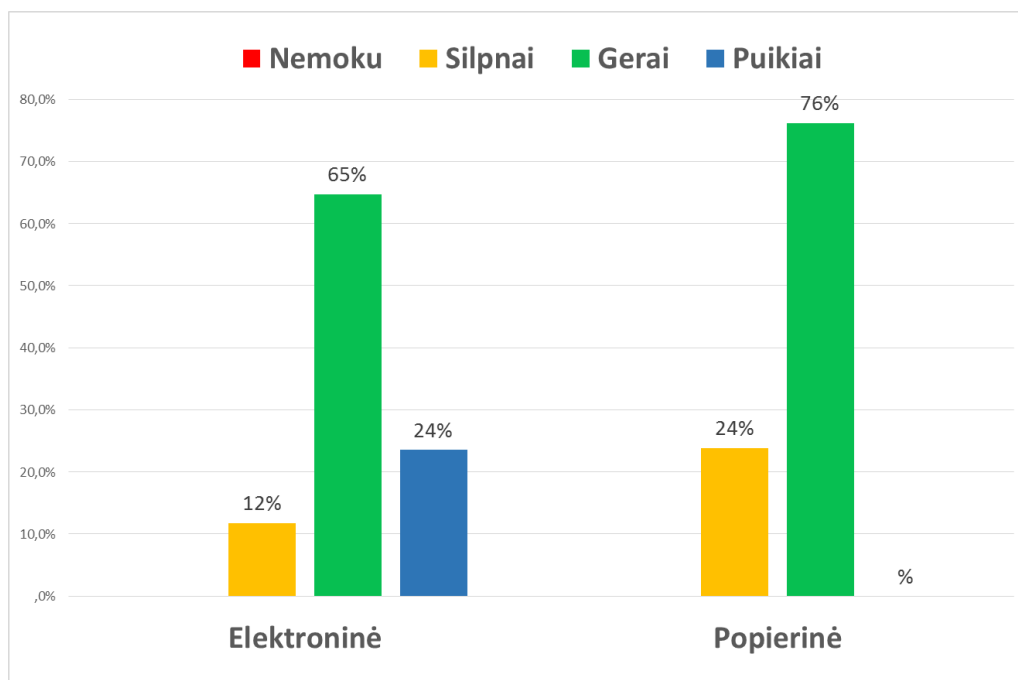
Tyrimo pradžioje sužinota, kad jeigu nereikalautų įstaigos administracija šeimos gydytojai sava-noriškai labiau rinktųsi elektroninę dokumentų versiją, taip atsakė 62 proc. visų apklaustųjų (žr. 35 pav.)



35 pav. Šeimos gydytojų pasirinkimas jei nereikalautų administracija

Tyrimo metu nustatyta, kad 80 proc. vyrų ir 58 proc. moterų rinktųsi elektroninę versiją.

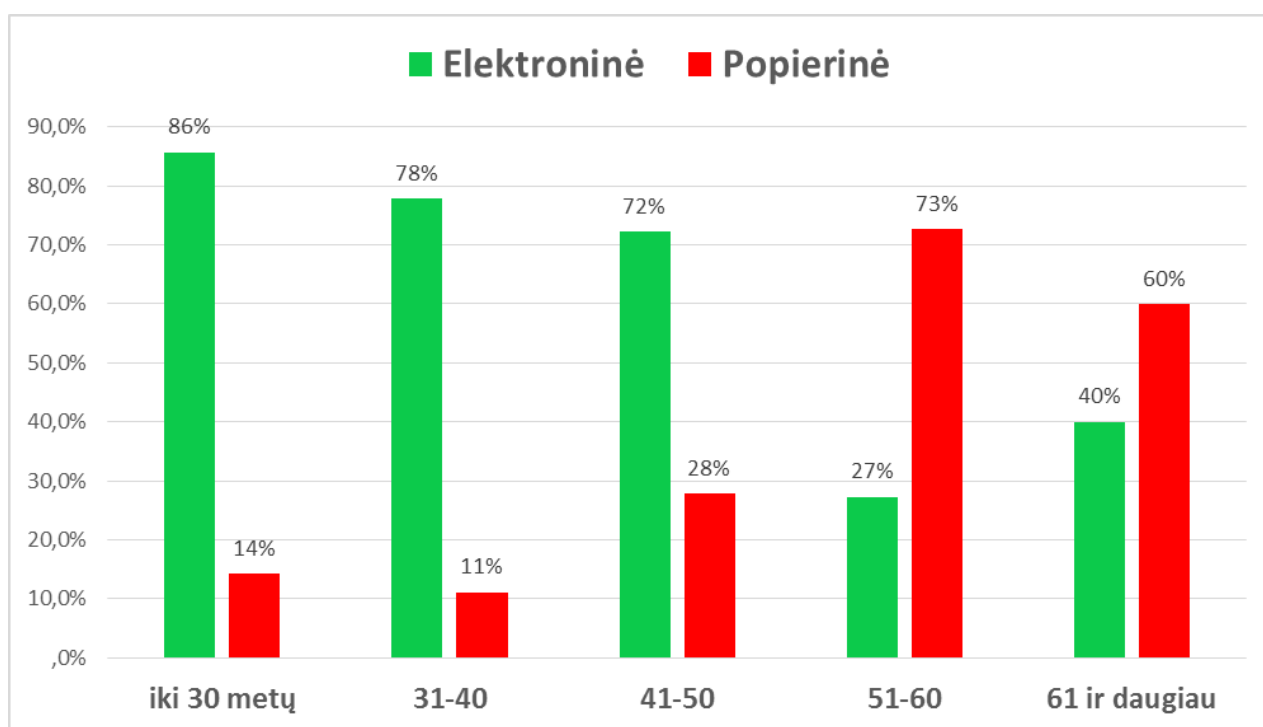
36 paveiksle parodyta, kaip dokumentų versijos pasirinkimas priklauso nuo apklaustųjų subjektyvaus kompiuterinio raštingumo lygio, nustatyta, kad apklaustieji, kurie nurodė, kad jų kompiuterinis raštingumo lygis yra puikus renkasi tik elektronines dokumentų versijas.



36 pav. Šeimos gydytojų kompiuterinis raštingumas ir dokumentų tipo pasirinkimas

Popierines dokumentų versijas labiau linkę pasirinkti šeimos gydytojai, kurie pasižymi silpnu (24 proc.) ir geru (76 proc.) subjektyviu kompiuterinio raštingumo lygiu, tuo tarpu elektroninę versiją dažniau renkasi šeimos gydytojai, kuriu subjektyvus kompiuterinis raštingumo lygis yra geras (65 proc.) ir puikus (24 proc.).

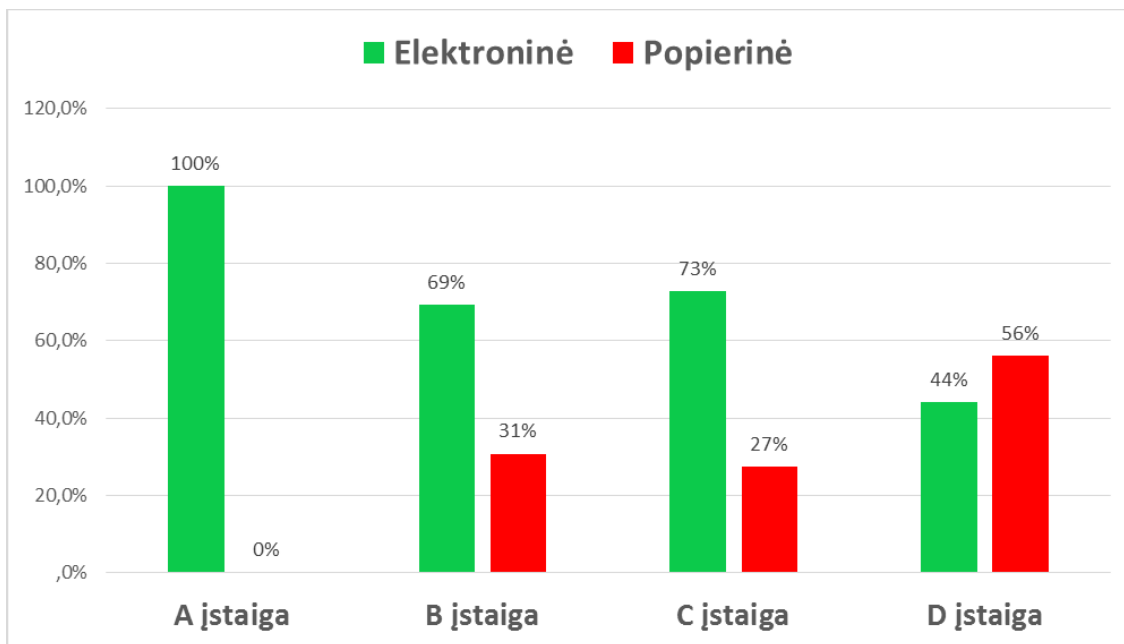
Analizuojamoje mokslinėje literatūroje, remiantis atliktais tyrimais rašoma, kad jaunesnio amžiaus gydytojai imlesni naujovėms negu vyresni, todėl norima patikrinti ar apklaustųjų amžius turi įtakos dokumentų versijos pasirinkimui analizuojamose įstaigose (žr. 37 pav.)



37 pav. Šeimos gydytojų amžiaus įtaka dokumentų tipo pasirinkimui

Nustatyta, kad vyresni nei 51 metų apklaustieji dažniau renkasi popierines dokumentų versijas, negu jaunesni šeimos gydytojai. Todėl kaip ir kompiuterinis raštingumo lygis amžius turi įtakos šeimos gydytojų nuomonei ir technologijų pasirinkimui.

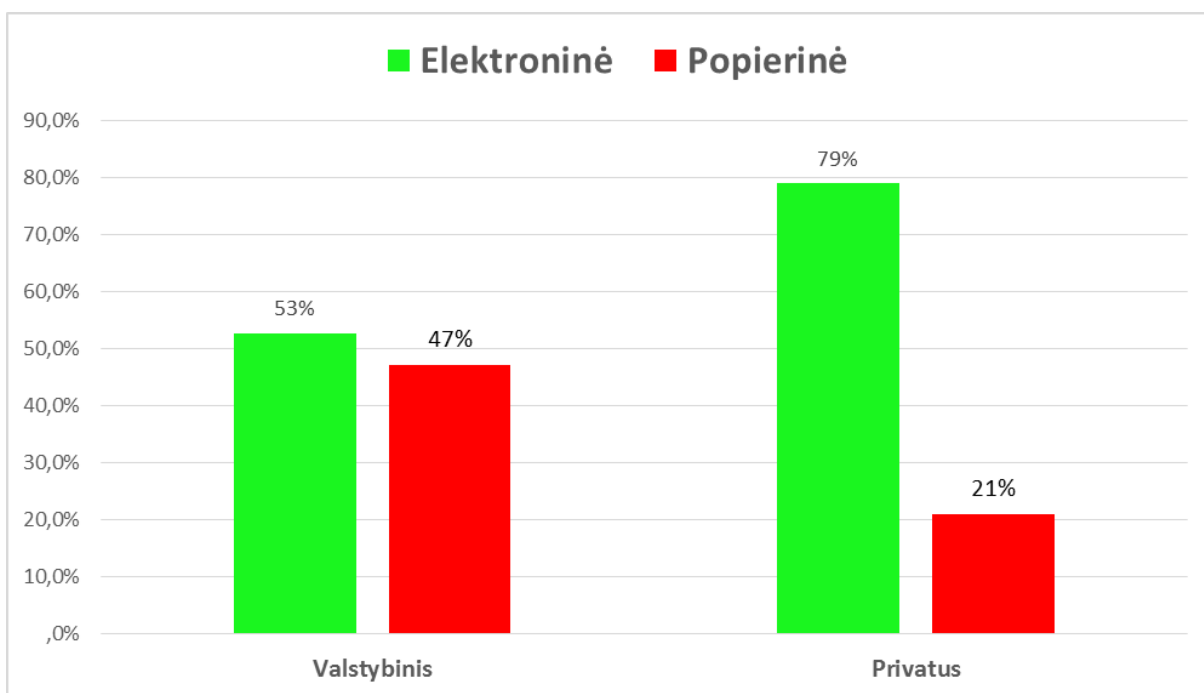
38 paveiksle parodyta kokias dokumentų versijas labiau renkasi šeimos gydytojai kiekvienoje iš analizuojamų įstaigų.



38 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal įstaigas ir dokumentų versijos pasirinkimą

Vertinant pagal įstaigas nustatyta, kad visi įstaigoje A dirbantys gydytojai 100 proc norėtų dirbti tik su elektroniniais dokumentais. D įstaigoje didžioji dalis (56 proc.) gydytojų rinktųsi popierinius dokumentus.

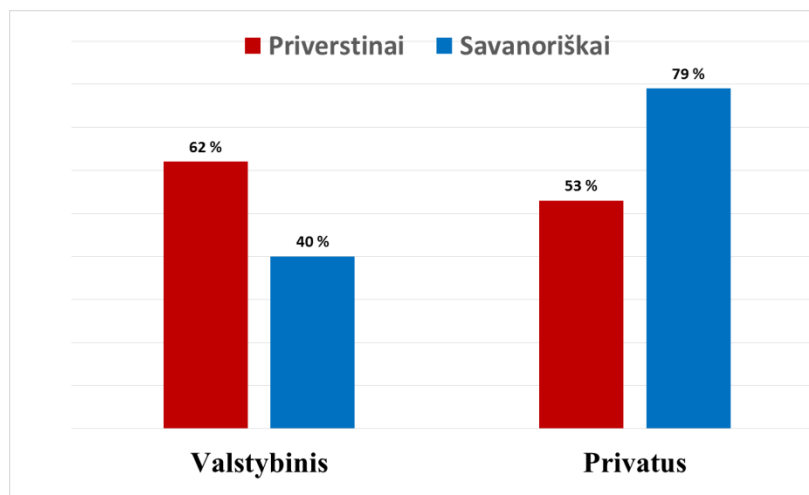
Analizuojant technologijos pasirinkimą pagal sektorius (žr. 39 pav.) nustatyta, kad privačiame daugiau (79 proc.) nei valstybiniame (53 proc.) apklaustųjų rinktųsi elektroninę dokumentų versiją.



39 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal sektorių ir dokumentų versijos pasirinkimą

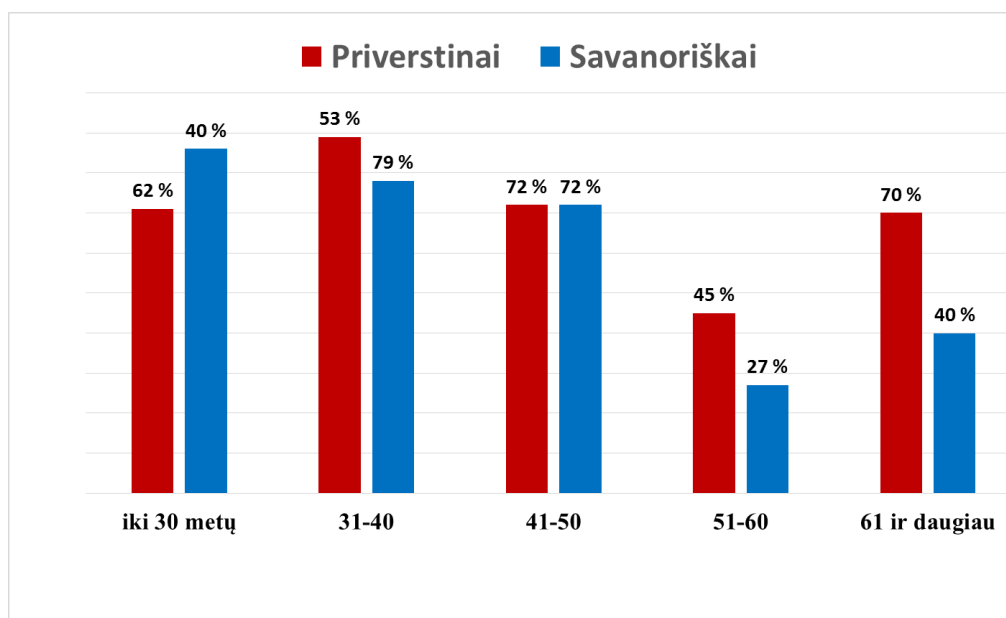
Toliau buvo siekiama palyginti rezultatus, kai yra administracijos reikalavimas naudotis e. sveikatos sistema ir kai šeimos gydytojai galėtų pasirinkti savanoriškai

Palyginus gautus rezultatus (žr. 40 pav.) nustatyta, kad jeigu šeimos gydytojai galėtų savanoriškai rinktis ar naudotis elektronine sistema ar pildyti popierinius dokumentus, valstybiniame sektoriuje naudojimas e. sveikatos sistema būtų 22 proc. mažesnis nei dabar, kai yra administracijos reikalavimas ja naudotis.



40 pav. E. sveikatos pasirinkimas sektoriuose priverstinis ir savanoriškas

Privačiame sektoriuje atvirkščiai naudojamumas e. sveikatos sistema, jeigu būtų savanoriškas pasirinkimas – padidētu nuo 53 proc. iki 79 proc.



41 pav. Elektroninės sistemos pasirinkimas priverstinai ir savanoriškai

Analizuojant pagal šeimos gydytojų amžių (žr. 41 pav.) nustatyta, kad jei nebūtų administracijos reikalavimo naudotis elektronine sistema 51 metų ir vyresni šeimos gydytojai šia sistema rinktųsi rečiau negu dabar.

Apibendrinant kiekybinio tyrimo rezultatus galima pabrėžti, kad visi tyrime dalyvavę šeimos gydytojai savo darbe aktyviai naudojami įstaigoje įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis (programomis). Šeimos gydytojų darbo patirtis su įdiegtomis e. sveikatos informacinėmis sistemomis, dažniausiai (49 proc.) yra iki 1 metų. Remiantis apklaustųjų nuomone nustatyta, kad visose analizuojamose įstaigose buvo organizuojami mokymai dirbti su elektronine sveikatos sistema. Valstybinėse įstaigose dažniau (78 proc.) nei privačiose (37 proc.) apklaustieji nurodė, kad įstaigos administracija reikalauja dirbti su elektronine sistema, tačiau nei valstybinėse, nei privačiose įstaigose nėra taikomi gydytojų skatinimo mechanizmai naudoti elektroninėmis sveikatos sistemomis. Valstybinėse įstaigose dirbantys šeimos gydytojai dažniau (62 proc.) renka elektroninius receptus nei privačiose įstaigose (40 proc.). Vertinant įgyvendintus ir naudojamus sistemos funkcionalumus, nustatyta, kad šeimos gydytojai elektroninėje sistemoje mato toje pačioje įstaigoje, atliktų tyrimų rezultatus (49 proc.), kitų specialistų konsultacijų atsakymus (24 proc.), pažiūri informaciją apie pacientams priklausančias prevencines profilaktines sveikatos programas (55 proc.), išrašo kitas elektronines pažymas (29 proc.)

Analizuojant problemas su kuriomis susiduria gydytojai dirbdami su įdiegtomis e. sveikatos sistemomis, nustatyta kad 24 proc. visų apklaustųjų nurodė, kad naudojama sistema nepatogi darbui, 95 proc. nurodė, kad sistema dažnai stringa, 69 proc. nurodė, kad pasitaiko problemų su elektroniniu parašu, kai negali parašu patvirtinti išrašytų vaistų.

Tyrimo rezultatai patvirtina mokslinėje literatūroje sutinkamus teiginius, kad vyresnio amžiaus žmonių kompiuterinis raštingumas nepakankamai aukštas, lyginant su jaunesniais, nustatyta, kad dauguma jų vertina gerai – 69 proc., tačiau vyresni nei 41 metai šeimos gydytojai savo kompiuterinį raštingumą dažniau vertina – gerai (78 proc.) ir – silpnai (22 proc.), jaunesni nei 30 metų dažniau vertina – gerai (70 proc.) ir puikiai (30 proc.). Vyresni nei 51 metų šeimos gydytojai dažniau – 67 proc. rinkęsi popierinę dokumentų versiją, o jaunesni – 79 proc. rinkęsi elektroninę dokumentų versiją.

IŠVADOS

1. Lietuvoje, perimant kitų ES šalių patirtį, kuriama ir pastaruoju metu aktyviai įgyvendinama e. sveikatos sistema. Tokios sistemos padeda gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, saugumą. Atliktas tyrimas parodė, kad visose analizuojamose Kauno miesto PASP įstaigose yra įgyvendintos tam tikros elektroninės sveikatos informacinės sistemos pacientų duomenų tvarkymui, kurios susietos su centriniu branduoliu - ESPBI IS, tokiu būdu užtikrinant duomenų mainus tarp skirtingų įstaigų.

2. Analizuojamose įstaigose įgyvendintos tokios elektroninės informacinės sistemos kaip: išankstinės pacientų registracijos pas gydytoją sistema, elektroninė paciento kortelė, elektroninis receptas, elektroninis siuntimas, radiologinių vaizdų katalogas, peržiūrėti atliktų tyrimų ir konsultacijų atsakymai. Šie funkcionalumai labai priklauso nuo įstaigoje įdiegtos sistemos (programos), jos baigtumo. Tačiau ne visose įstaigose sistemų naudojimas vienodas, tai priklauso tiek nuo įstaigoje įdiegtos sistemos, tiek nuo administracijos reikalavimo ir pačių šeimos gydytojų suinteresuotumo.

3. Šeimos gydytojai aktyviai naudojami e. sveikatos sistema savo darbe, stengdamiesi teikti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas piliečiams. Gydytojai išrašo elektroninius receptus, siuntimus, peržiūri tyrimų rezultatus, tai patvirtina ne tik Valstybinės ligonių kasos pateikta e. receptų ir elektroninių sveikatos įrašų statistika, bet ir tyrimo metu gauti rezultatai. Tačiau visiškai atsisakyti popierinių receptų ir siuntimų iki šiol nepavyko.

4. Tyrimo metu nustatyta, kad dažniausia problema su kuria susiduria šeimos gydytojai dirbdami su elektronine sveikatos sistema – dažnas sistemos (ESPBI IS) strigimas dėl ko sklandus darbas su sistema būna neįmanomas. Tokiu būdu nukenčia ne tik recepto laiku negavęs pacientas, bet ir papildomai apkraunamas gydytojas.

5. Dabartiniai teisės aktai neįpareigoja šeimos gydytojų naudotis e. sveikatos sistema, tačiau tokį reikalavimą taiko šių įstaigų administracija, bet jokių paskatinimo ir motyvavimo priemonių analizuojamose įstaigose nėra. Tyrimo metu nustatyta, kad šis reikalavimas dažniausiai taikomas valstybinėse PASP įstaigose.

REKOMENDACIJOS

1. Sukurti ir taikyti šeimos gydytojų motyvavimo ir skatinimo priemones, kad kuo daugiau gydytojų būtų suinteresuoti naudotis elektronine sveikatos sistema.
2. Užtikrinti sklandų sistemos veikimą, tobulinant sistemos branduolį ir gerinant elektroninės sistemos pajėgumus, kad ateityje būtų išvengta sistemos strigimų.

INFORMACIJOS ŠALTINIAI

MOKSLO PUBLIKACIJOS:

1. Anderson, J. G. (2007). Social, ethical and legal barriers to E-health. *International Journal of Medical Informatics*, 76(5-6), 480-483.
2. Bernotas, V., Jurgutis, A. ir Razbadauskas, A. (2015). Informacinių technologijų įtaka vakarų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų valdymui. *Sveikatos mokslai*, 6(25), 98-104.
3. Bhanoo, S. N. (2010). Digital care: Denmark leads way. New York: Times.
4. Bielskytė, D., Jankauskienė, D. (2013) Teisumas kaip svarbiausias sveikatos sistemos finansavimo principas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5).
5. Brazienė, R., Merkys, G. (2015). Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso metodikos taikymas Lietuvoje. *Viešoji politika ir administravimas*, 14(1), 103-114.
6. Bubnienė, D. ir Ruževičius, J. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*, 5, 17-35.
7. Budžytė, A. (2016). *E. sveikatos sistemos Lietuvoje galimybių ir grėsmių analizė: magistro darbas (rankraštis)*. Kauno technologijos universitetas, Kaunas. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:15022667/datastreams/MAIN/content>
8. Caronkutė, E. ir Miklskienė, B. (2014). E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2(7), 31-47.
9. Čyvas, A. (2006). *Apsikeitimas paciento duomenimis, grįstas paslaugų architektūra: magistro darbas (rankraštis)*. Kauno technologijos universitetas, Kaunas. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:1919445/datastreams/MAIN/content>
10. Daniėlienė, R. (2010). *Intelektualaus kompiuterinio raštingumo testų konstravimo metodo tyrimas: daktaro disertacija (rankraštis)*. Vilniaus universitetas, Vilnius. [žiūrėta 2017-11-12]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:1742007/datastreams/MAIN/content>
11. Darulis, Ž. (2010). *Sveikatos informacija šeimos gydytojo praktikoje įgyvendinant e. sveikatos strategiją: daktaro disertacija (rankraštis)*. Kauno medicinos universitetas, Kaunas. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:2206774/datastreams/MAIN/content>
12. Diržytė, A. ir Patapas, A. (2013). Vartotojų pasitenkinimo viešojo sektoriaus paslaugomis ypatumai. *Viešoji politika ir administravimas*, 4(12), 557-566.
13. Eysenbach, G. (2001) What Is E-Health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(20). [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://www.jmir.org/2001/2/e20/>
14. Garuckas, R. ir Kazilūnas, A. (2008). E. valdžios ir viešojo sektoriaus sąveikos Lietuvoje analizė. *Viešoji politika ir administravimas*, 23, 59-67.

15. George, C., Whitehouse, D., & Duquenoy, P. (2012). *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*. Springer, Berlin: Heidelberg, 35-40.
16. Gudžinskas, L. (2012). Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai. *Politologija*, 3(67), 62-74.
17. Guthrie, M.B. (2001). Get Real: What will Draw Physicians to the Web? *Physician Exec*, 27(2), 36-40.
18. Jakubynaitė, I. Ir Kaselienė, S. (2016). Ambulatorines paslaugas teikiančių gydytojų specialistų požiūris į pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimą. *Visuomenės sveikata*, 1(72), 29-36.
19. Jankauskienė, D. (2007). Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 metais. *Medicinos teorija ir praktika*, 2(13), 152-159.
20. Jankauskienė, D. ir Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 80-98.
21. Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V. ir Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
22. Jankauskienė, D., Mikulskienė, B., Pitrenaitė-Žilėnienė, B., Skaržauskienė, A., Štītis, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R. (2015). *E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
23. Janušonis, V. (2011). Įrodymais pagrįstas sveikatos priežiūros organizacijų valdymas. *Tiltai*, 4(57), 1-10.
24. Juciūtė, R. (2009). „Elektroninės sveikatos“ plėtros iššūkiai: Ko galime pasimokyti iš Anglijos ir Velso? *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(1), 44-57.
25. Juodaitė-Račkauskienė, A. (2008). Informacinių technologijų diegimas įstaigoje ir medicinos darbuotojų požiūris į jas. *Visuomenės sveikata*, 1(40), 79-86.
26. Kierkegaard, P. (2013). eHealth in Denmark: A Case Study. *Journal of Medical Systems*, 6(37), 1-10.
27. King, G., O'Donnell, C., Boddy, D., Smith, F., Heaney, D., & Mair, F. S. (2012). Boundaries and e-health implementation in health and social care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12(100), 1-11.
28. Lewis, W., Agarwal, R., & Sambamurthy, V. (2003). Sources of influences on beliefs about information technology use: an empirical study of knowledge workers. *MIS Quarterly*, 27, 657-678.
29. Marcinkevičius, G. ir Pociūtė, G. (2015) Vartotojų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis pokyčiai Baltijos jūros regiono šalyse. *Tiltas į ateitį*, 67-71.
30. Maziliauskienė, R. (2017). *Lietuvos e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos įgyvendinimo įvertinimas: magistro darbas (rankraštis)*. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Kaunas. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:22688081/datastreams/MAIN/content>
31. Maxwell, R. J. (1992). Dimensions of Quality Revisited: from thought to Action. *Quality Health Care*, 1, 171-177.
32. Naujikienė, R. (2013). E. sveikatos administravimo sistemos komunikacijos rodikliai ir jų reikšmingumo vertinimas. *Socialinės technologijos*, 3(1), 104-114.

33. Pilgrimienė, Ž. Ir Bučiūnienė, I. (2008). Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible? *Engineering Economics*, 1(56), 104-111.
34. Pitrenaitė-Žilėnienė, B. ir Mikulskienė, B. (2014) Suinteresuotųjų požiūrio į e. sveikatos elementus kokybinė diagnostika. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 99-115.
35. Plieskis, M. (2005). *Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste: daktaro disertacija (rankraštis)*. Kauno medicinos universitetas, Kaunas. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:2081933/datastreams/MAIN/content>
36. Podichetty, V. K., & Biscup, R. S. (2003). e-Health: A New Approach in Healthcare Practice. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 1(2), 1-4.
37. Račkauskienė, A. (2008). *Medicinos personalo ir pacientų pasiruošimas informacijos sistemų diegimui ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose: daktaro disertacija (rankraštis)*. Vilniaus universitetas, Vilnius.
38. Romanovskaja, J. (2015). *Elektroninės sveikatos reglamentavimas nacionalinėje ir pasaulinėje praktikoje: magistro darbas (rankraštis)*. Mykolo Romerio universitetas, Vilnius. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:8363538/datastreams/MAIN/content>
39. Rotomskienė, R. (2011). Koncepcinis nacionalinio e-sveikatos plėtros proceso modelis. *Socialinės technologijos*, 1(2), 415-426.
40. Silber, D. (2003). *The case for eHealth* [online report]. European Commission's first highlevel conference on eHealth. [žiūrėta 2017-11-10]. Prieiga per internetą http://www.academia.edu/4755206/THE_CASE_FOR_eHealth
41. Staponkienė, J. (2008). Naujosios viešosios vadybos elementų identifikavimas. *Viešojoji politika ir administravimas*, 13, 83-91.
42. Štaras K., Mačiūlienė M. ir Stokaitė V. (2013). Informacinių ir komunikacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5), 148-166.
43. Štaras, K. (2008). Informacinių technologijų vaidmuo didinant sveikatos paslaugų efektyvumą: viešosios įstaigos Centro poliklinika patirtis. *Socialinis darbas*, 7(3), 48-65.
44. Štaras, K. (2011). *Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas: daktaro disertacija (rankraštis)*. Mykolo Romerio universitetas, Vilnius. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą <http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:1902623/datastreams/MAIN/content>
45. Štilis, D. (2014). Elektroninis sveikatos įrašas ir teisinė aplinka: esama situacija bei problemos. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 63-79.
46. Thompson, A. T. (2008). A Proposed Framework of Test Administration Methods. *Journal of Applied Testing Technology*, 9(5), 1-17.
47. Tylienė, J. (2014). *Elektroninės sveikatos paslaugų naudojimas, poreikis bei veiklos pokyčių vertinimas: magistro darbas (rankraštis)*. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Kaunas. [žiūrėta 2017-10-04]. Prieiga per internetą

<http://talpykla.elaba.lt/elaba-fedora/objects/elaba:2214537/datastreams/MAIN/content>

48. Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. F. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478.

KITI ŠALTINIAI:

49. Ayuso, P. (2013) 2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui. Pranešimas. Europos parlamentas.
50. Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions., e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. COM (2004) 356 final.
51. E-health in Estonia. FACTSHEET [žiūrėta 2017-10-07].
Prieiga per internetą <https://www.eu2017.ee/sites/default/files/2017-07/E-health%20factsheet.pdf>
52. eHealth in Sweden. [žiūrėta 2017-10-07]. Prieiga per internetą <https://www.ehalsomyndigheten.se/other-languages/english/>
53. eHealth makes people healthier: Denmark's national health portal [žiūrėta 2017-10-07].
Prieiga per internetą <http://www.smartandhealth.com/index.php/homepage-2/96-expert/366-ehealth-denmark-national-health-portal-sundhed>
54. ES Sveikatos priežiūros daugiametė programa (2014–2020 m.). [žiūrėta 2017-10-07].
Prieiga per internetą http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0017_lt.htm
55. Estonian Health Services Organisation Act – Rūgi Teataja. [žiūrėta 2017-10-07]. Prieiga per internetą <https://www.ruigiteataja.ee/en/eli/ee/512122013005/consolide>
56. Europos Komisija (2005 m. sausio 6 d.). i2010 – Europos informacinė visuomenė augimui ir užimtumui skatinti. *Komisijos komunikatas tarybai, europos parlamentui, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui*. Briuselis.
57. Europos Komisija (2012 m. gruodžio 6 d.). 2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui. *Komisijos komunikatas Europos parlamentui, tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui*. Briuselis.
58. Europos Komisija. Europos teismo tinklo glosarijus. [žiūrėta 2017-10-15]. Prieiga per internetą http://ec.europa.eu/civiljustice/glossary/glossary_lt.htm
59. Europos Parlamento Ir Tarybos Direktyva., 2011/24/ES., 2011 m. kovo 9 d., dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo. Europos Sąjungos oficialusis leidinys.
60. Europos Sąjungos statistikos tarnyba (Eurostatas) [žiūrėta 2017-10-20]. Prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/eurostat>
61. Griškevičius, J. ir Kizlaitis, R. J. (2012). Informacinės sistemos medicinoje: mokomoji knyga. Vilnius: VGTU leidykla.

62. Higienos institutas (2012). Švedijoje mokslininkai aptarė e-sveikatos sistemos diegimo naudą bei problemas. [žiūrėta 2017-09-27].
Prieinama per internetą <http://www.hi.lt/uploads/pdf/pranesimai%20spaudai/2012/14.%20e-sveikata.pdf>
63. Kardelis, K. (2002). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: LKKA.
64. Kauno teritorinė ligonių kasa. Statistika ir tyrimai. [žiūrėta 2017-10-31]. Prieiga per internetą <http://www.ktlk.lt/istaigoms/statistika-ir-tyrimai/>
65. Lietuvos e. sveikatos portalas [žiūrėta 2017-09-07]. Prieiga per internetą <http://www.esveikata.lt>
66. Lietuvos Respublikos 17 Vyriausybės programa. *TAR*, 2016, Nr. 28737.
67. Lietuvos Respublikos Konstitucija. *Žin.*, 1992, Nr. 33-1014.
68. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Žin.*, 1996, Nr. 102-2317; 2009, Nr. 145-642.
69. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 387 „Dėl Informacinės sveikatos sistemos plėtros programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2002, Nr. 79-3364.
70. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. *Žin.*, 2005, Nr. 143-5205; 2016, Nr. V-930.
71. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 16 d. įsakymas Nr. V-836 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos reguliavimo sričiai priskirtų registru ir informacinių sistemų sąveikos schemos patvirtinimo“. *Žin.*, 2007, Nr. 109-4470.
72. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811. „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. *Žin.*, 2007, Nr. 108-4430.
73. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151. „Dėl E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2010, Nr. 23-1079.
74. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. kovo 28 d. įsakymas Nr. V-294 „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelio patvirtinimo“. *Žin.*, 2011, Nr. 38-1834.
75. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 8 d. įsakymas Nr. V-761 „Dėl elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos saugaus elektroninės informacijos tvarkymo taisyklių patvirtinimo“. *Žin.*, 2012, Nr. 95-4882.
76. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 26 d. įsakymas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *TAR*, 2014, Nr. 9403.
77. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 26 d. įsakymas Nr. V-657. „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *TAR*, 2015, Nr. 8275.
78. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. V-878 „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programos patvirtinimo“. *TAR*, 2017, Nr. 12345.

79. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė (2017). Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas. Valstybinio audito ataskaita. [žiūrėta 2017-10-04].
Prieiga per internetą <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3707>
80. Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymas. *Žin.*, 1994, Nr. 94-1833; 2007, Nr. 12-488.
81. Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymas. *Žin.*, 1999, Nr. 60-1945; 2006, Nr. 77-2975.
82. Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymas. *Žin.*, 1996, Nr. 68-1633; 2004, Nr. 25-752.
83. Lietuvos statistikos departamentas [žiūrėta 2017-10-20]. Prieiga per internetą <http://www.stat.gov.lt/>

1 priedas

INTERVIU KLAUSIMAI

1. Ar Jūsų įstaigoje naudojama elektroninė sveikatos informacinė sistema?
2. Kaip vadinasi naudojama sistema (programa)?
3. Kiek metų įdiegta sistema (programa)?
4. Sistema (programa) piršta iš įstaigos lėšų, ar įdiegta pagal projektus gavus ES finansavimą?
5. Kokie sistemos funkcionalumai naudojami? (pvz.: e. receptas, išankstinė elektroninė pacientų registracija, elektroninė sveikatos istorija, diagnostinių / laboratorinių tyrimų atsakymų formavimas / peržiūra ir kt.)
6. Ar buvo organizuojami darbuotojų mokymai dirbti su šia sistema?
7. Ar įstaigos administracija reikalauja naudotis šia sistema ar kaip nors skatina darbuotojus?
8. Su kokiomis problemomis susiduriama naudojantis sistema?

2 priedas

Interviu (pilnas):

A įstaiga (interviu atliktas 2017.11.20)

E1 (Vadovas)

„Įstaigoje naudojama IcMED sistema e. receptų išrašymui, elektroninės paciento kortelės nėra.

Naudojami informacinių sistemų - programų „blokai“. Veikia internetinė pacientų registracijos sistema, rentgenologinių vaizdų katalogas, elektroninio recepto sistema IcMED. Dabar darome toliau, planuojama diegti ir kitus IT sprendimus.

Aš beveik 100 procentų įsitykinęs, kad tą nukels, kadangi jie patys nesusitvarko su branduoliu. Dabar išrašoma tik pusė kompensuojamų e. receptų Lietuvoje, o jeigu visos gydymo įstaigos pradės dirbti tik su elektronine sistema, visa e. sveikatos sistema užlūžtų.

Gydytojai labiau renkasi elektroninę sistemą. Bendrai gydytojų kompiuterinis raštingumas žemas, gydytojai nėra pažengę vartotojai, kurie gali tiksliai nurodyti kur problema ir kodėl sistema neišduoda recepto, neveikia. Visi įstaigos gydytojai nori rašyti elektroniniu tačiau negali nes sistema tinkamai neveikia.

Gydytojai, kai nepavyksta išduoti ar pasirašyti recepto sako, kad neveikia įstaigos programa nors didžioji problema iš tikrųjų yra ne įstaigos taikomoji programa bet serverio – branduolio. Problema yra branduolio.

IcMED naudojamas tam, kad būtų patogiau dirbti, nes per portalą esveikata.lt nepatogu“.

E2 (Šeimos gydytoja)

„Taip, sistema vadinasi "IcMED". Naudojam sistemą receptų išrašymui, siuntimų nerašom, nes sistema padaryta ant senos platformos ir neatsidaro kitose įstaigose. Rašome tik receptus. Sistema striginėja, kompai seni“.

B įstaiga (interviu atliktas 2017.11.20)

E3 (Administratorė)

„Įstaiga neseniai perėjo ant Foxus sistemos, pirkė iš savo pinigų, prieš tai naudojo POLIS nuo 2011 metų. Sistema integruota į e. sveikatą. Administracija nereikalauja. Buvo mokymai, tačiau per vieną dieną gali tik susipažinti. Pati direktorė šeimos gydytoja ir aktyviai rašo. Statusus pradėjome rašyti elektroninius, Foxe iškart galima pažymėti 10 receptų ir pasirašyti. POLIS sistemoje to nebuvo. Su Foxus rašo el. siuntimus bet ji atsispausdina ir duoda pacientams į rankas. E. Sveikata ir ligonių kasų Sveidra (APAP) labai nepatogios, turi eiti paspausti, grįžti, uždaryti. Foxus yra brangesnė, rašom programuotojams pageidavimus, kad tobulintų sistemą.

Tyrimų atsakymų Foxe dar nemato. Veikia internetinė pacientų registracija.

Polis taiko darbo vietos mokestį (kiek vienu metu prisijungia sesijų) apie 1000 litų pradinis (tiek buvo litais) + abonentas. Foxus mokestis už darbo vietų etatus abonentas.

Sistemą pasirinko pati direktorė, iš atsiliepimų, nes patogi.

E. sveikata nepatogi, pildant paciento kortelę, daug laukų. Branduolys dažnai stringa, neįmanoma pasirašyti vaistų“.

E4 (Šeimos gydytoja)

„Naudojama Foxus sistema, porą savaitių, prieš tai buvo kita. Visi rašo elektroninius receptus, administracija tiesiogiai nereikalauja, bet norėtų. Sistema patogi, gali greitai išrašyti vaistus, bet būna problemų su e. receptų pasirašymu“.

C įstaiga (interviu atliktas 2017.11.24)

E5 (Vadovas)

„HIS sukurtas Klinikų. Nelabai sukūrė. Receptai ir statusai privalomi elektroniniai, receptai 1,5 metų, įrašą 1 metui. Pacientai gali registruotis internetu. Jei stringa visai sistema ir labai reikia, gydytojai grįžta prie popieriniu receptų su lipdukais.

Geriausiai rašantiems 2016 m. prieš Kalėdas buvo premijos. Radiologų atsakymai matosi HIS sistemoje. Laboratorija jau 3 mėnesius prijungta.

HIS nerodo nei profilaktinių, nei skiepijimų. Foxas rodo profilaktines programas“.

E6 (Šeimos gydytoja)

„Visus siuntimus rašome per kompiuterį bet atspausdinam A4 lapus ir duodam į rankas, nes net Klinikose specialiai nemato. Receptus rašome elektroninius. Vaistus kiekvieną pasirašome atskirai. E. sveikata online lengviau nei HIS, bet nesugeneruoja normalių įrašų-statusų, neina suformatuoti teksto. Su HIS viskas gražiau, bet jei stringa branduolys receptų

išrašyti neina. Turėtų būti vartotojui „friendly“ aplinka ir ESPBI ir HIS, nes dabar to nėra, reikia konkrečiai žinoti ką daryti. E. sveikata neaiškus „tutorial“ net žmogui, kuris puikiai naudojami kompiuteriu tiek su Windows tiek MAC OS.

Popierinius rašyti greičiau, nes daug užpildyti reikia statusą ypač HIS. E. sveikatoji greičiau. Abi nerodo profilaktinių programų.

Sistema dažnai veikia lėtai, nepasitvirtina gydymo išrašas tada visai negali pradėti rašyti vaistų. Arba neleidžia patvirtinti vaistų. Yra statuso šablonas, pasirinkimas, tonziles pakitusios/nepakitusios ir panašiai sužymim varnelėmis.

Viską noriu rašyti elektroniniu būdu, ir norėčiau, kad greičiau pagerėtų, nes gydytojui svarbu pamatyti visą gydymo ir apsilankymų istoriją. Būtų patogiau. Bet tai labai sunku nes reikia daug jungtis, per įstaigą. Spausdiname popierines korteles, statistinius pildome atskirai. Tyrimus užsakyti ir matyti per HIS negali. Mirties liudijimus rašome per HIS. Arba per e. sveikatą. Mokymai su sistema buvo organizuojami grupėmis ir individualiai, jei neaišku gali skambinti į „supportą“.

HIS jei neveikia branduolys parodo ženkliuką. Dėl branduolio strigimų dažnai negalima išrašyti vaistų, todėl pacientui arba reikia laukti arba ateiti kitą dieną. Sunku pamatyti iki kada galioja kompensuojamieji vaistai, kad ta sužinoti reikia ilgai ieškoti tiek e. sveikata tiek HIS.

HIS irgi tobulinama pagal gydytojų pageidavimus, bet turi būti vartotojui draugiška, logiškesnė, bei orientuota į gydytojus-vartotojus“.

E7 (Šeimos gydytojas)

„Klinikų kurta sistema, nuosava, nekomercinė kaip kitos. Sistema patogi. Visus receptus elektroninius išrašom. Su ESPBI neįmanoma dirbti, įstaigos veikia normaliai bet ESPBI nepavelka serveriai ir neišsiunčiami duomenys, tada neįmanoma dirbti. Stringa ne įstaigos sistema. Pati sistema apie 2,5 metu, buvo testuojama, tobulinama. Vietinės sistemos problemas surašome IT specialistams, kurie pasižiūri, suprogramuoja.

Klinikų sistema dirba ne online, o siunčia paketus kai reikia, info kaupiama vidinei sistemai. Kitos sistemos labiau susietos su ESPBI yra kaip viršelis.

ESPBI daug ką reikia keisti, formas, nepatogus laukai. Rašome laiškus plėtros atsakingsiems į ministeriją pasiūlymus ką keisti, ką daryti. Registrų centro serveriai nepavelka. Ateityje, kai dirbs visi bus dar blogiau, sistema stringa nuo 11 val. beveik kasdien.

Kai paleido sistemą, buvo mokymai ir įsakymas visiems skyriams pradėti naudoti“.

D įstaiga (interviu atliktas 2017.11.20)

E8 (Direktorius)

„ELI Santariškių kurta sistema, finansuota ministerijos. Dainava pasiėmė tiek kiek buvo sukurta, daugelį funkcijų, kuriu reikėjo būtent poliklinikai, o ne stacionarui pakeitė, tobulino savo jėgomis, daugelis funkcionalumo padaryta papildomai. Iš sistemos duomenys eina i buhalterinės apskaitos, darbo užmokesčio apskaitos, kiek gydytojas ar seselė dirbo, kiek konkrečiai uždirbo. Už šią sistemą mokėti nereikia. Receptai rašomi per Softdento posistemę, kuri integruota automatiškai, nes su ELI nepavyko. Yra galimybė matyti konsultacijų atsakymus iš Klinikų epikrizes gali pasižiūrėti. Nuo Naujų metų, kai bus sujungtos 5 poliklinikos bus įdiegtas VPN tinklas ir vyks apsikeitimas duomenimis, tyrimais, rentgenologiniai tyrimai iš vienos vietos būtų aprašomi. Radiologinių vaizdų ir tyrimų sistemos integruotos, šeimos gydytojai mato atsakymus, bet tai nėra ELI dalys.

Kitose Kauno poliklinikose Polis sistema. Sistemos pasirinkimas: kadangi spaudžia laikas 1) labai svarbu, kad būtų greitai susitvarkyti ir protingais kaštais naudoti viena sistema visoms poliklinikoms 2) „servi ce level“ tiekėjo patikimumas, ar neužsilenks. POLIS palaiko 2 žmonės, ELI 50 Santariškėse, FOXUS – 12. Taip pat svarbus sistemos patogumas vartotojams. Šilainių ir Kalniečių poliklinikose naudojama POLIS, tačiau ELI pasiekta daugiau.

ESPBI jau dabar stringa nuo per didelio krūvio, o bus dar daugiau domeny, receptai, forma 025 - statistinė kortelė, epizodo aprašymas, bus dar daugybė domeny, todėl manau kad nelabai realu, ne dėl to kad poliklinikos ir gydytojai negali ir nenori ta daryti bet sistemos resursai nepakankami.

Įstaiga visą IT ir kompiuterinę įrangą įsigyja iš savo pinigų. Nepriklausomai vystyti e. sistemą buvo naudingiau, pasiekėm geresnę funkcionalumą“.

E9 (Šeimos gydytoja)

„Mažiau laiko atima elektroniniai kompensuojami receptai, nes pratęsti pažymi tik varneles ir kokius 5-6 vaistus ir tik pasirašyti, tas užtrunka tik apie minute. O ranka daug rašliavos. Nekompensuojamus ranka rašom. Siuntimai pas mus tik popieriniai. Sistema įdiegė nuo 2016 lapkričio, ir pasakė galit rašyti galit ne. Reikalavimo griežtai naudotis nebuvo. Sistema striginėja kokius 2 kartus per mėnesį, labai retai 1 kartą per 3 mėnesius pastringa visai, tada rašom popierinius receptus“.

ANKETA

Gerb. Šeimos Gydytojai/-a,

Esu Kauno Technologijos universiteto magistrantūros studentas. Rengiu magistrinį darbą, kurio tikslas „E. sveikatos“ įgyvendinimo analizė pirminėje sveikatos priežiūroje. Šis tyrimas padės įvertinti šeimos gydytojų nuomonę, problemas ir poreikius naudojantis elektronine sveikatos sistema. Tyrimo duomenys bus naudojami tik moksliniais tikslais. Anketos klausimynas yra anoniminis.

Maloniai prašau Jūsų atidžiai perskaityti ir atsakyti į kiekvieną klausimą (pažymėkite Jums tinkanti atsakymą (-us) arba įrašykite, kur prašoma).

Jūs sugaišite tik apie 5 minutes.

Atsakymą žymėkite X.

1. Jūsų lytis:	<input type="checkbox"/> Moteris	<input type="checkbox"/> Vyras			
2. Jūsų amžius:	<input type="checkbox"/> iki 30 metų	<input type="checkbox"/> 31 – 40 metai	<input type="checkbox"/> 41 – 50 metai	<input type="checkbox"/> 51 – 60 metai	<input type="checkbox"/> 61 ir daugiau
3. Kiek metų dirbate šioje darbovietėje?	<input type="checkbox"/> iki 1 metų <input type="checkbox"/> nuo 1 iki 3 metų <input type="checkbox"/> nuo 3 iki 5 metų <input type="checkbox"/> nuo 5 iki 10 metų <input type="checkbox"/> 10 ir daugiau				
4. Ar darbe naudojate elektronines sveikatos informacines sistemas paciento duomenų suvedimui (istorijos/kortelės pildymui, elektroninių receptų ar siuntimų išrašymui)? (Pavyzdžiui: POLIS, ELI, FOXUS, MED.I.S. ir kitos)	<input type="checkbox"/> Taip		<input type="checkbox"/> Ne		
(toliau 6 klausimas)			(toliau 5 klausimas)		
5. Paaškindite kodėl nesinaudojate? (galite pažymėti keletą variantų)	<input type="checkbox"/> Įstaiga neturi elektroninės sistemos <input type="checkbox"/> Niekas nereikalauja <input type="checkbox"/> Kabinete nėra kompiuterio <input type="checkbox"/> Nemoku dirbti kompiuteriu <input type="checkbox"/> Nėra paskatinimo <input type="checkbox"/> Nepatogi sistema (ilgai užtrunka pildymas) <input type="checkbox"/> Nemoku naudotis šia sistema <input type="checkbox"/> Kita (įrašyti savo) _____				
6. Kaip vadinasi Jūsų įstaigoje įdiegta elektroninė informacinė sistema (programa)? (Įrašyti) _____					
7. Kiek metų Jūs dirbate su šia sistema (programa)?	<input type="checkbox"/> iki 1 metų <input type="checkbox"/> nuo 1 iki 3 m. <input type="checkbox"/> nuo 3 iki 5 m. <input type="checkbox"/> 5 ir daugiau				
8. Ar Jūsų įstaigoje buvo organizuoti mokymai dirbti su šia sistema?	<input type="checkbox"/> Taip		<input type="checkbox"/> Ne		
9. Kokius NE kompensuojamus receptus išrašote dažniau?	<input type="checkbox"/> Popierinius		<input type="checkbox"/> Elektroninius		
10. Kokius kom pensuojamus receptus išrašote dažniau?	<input type="checkbox"/> Popierinius		<input type="checkbox"/> Elektroninius		
11. Kokie receptai atima mažiau laiko (išrašant pirmą kartą)?	<input type="checkbox"/> Popieriniai		<input type="checkbox"/> Elektroniniai		
12. Kokie receptai atima mažiau laiko (išrašant pakartotinai)?	<input type="checkbox"/> Popieriniai		<input type="checkbox"/> Elektroniniai		
13. Kokius siuntimus išrašote dažniau?	<input type="checkbox"/> Popierinius		<input type="checkbox"/> Elektroninius		
14. Jeigu naudotis šia sistema nereikalautų įstaigos administracija ką rinktumėtės?	<input type="checkbox"/> Popierinius		<input type="checkbox"/> Elektroninius		

15. Kas paskatino naudotis šia sistema? (<i>galite pažymėti keletą variantų</i>)		
<input type="checkbox"/> Man patogiau, greičiau (lieka daugiau laiko pacientui) <input type="checkbox"/> Administracijos nurodymas <input type="checkbox"/> Už tai gaunu piniginį priedą <input type="checkbox"/> Sistema padeda išvengti klaidų <input type="checkbox"/> Kita (<i>įrašyti</i>) _____		
16. Kokiomis sistemos funkcijomis naudojātės? (<i>galite pažymėti keletą variantų</i>)		
<input type="checkbox"/> Pildau paciento istoriją (kortelę) <input type="checkbox"/> Pildau epizodus <input type="checkbox"/> Išrašau siuntimus <input type="checkbox"/> Išrašau e. receptus <input type="checkbox"/> Peržiūriu tyrimų atsakymus (darytų savo įstaigoje) <input type="checkbox"/> Peržiūriu tyrimų atsakymus (iš kitų įstaigų) <input type="checkbox"/> Peržiūriu konsultacijų atsakymus (tik savo įstaigos) <input type="checkbox"/> Peržiūriu konsultacijų atsakymus (iš kitų įstaigų) <input type="checkbox"/> Matau kokios profilaktinės programos priklauso <input type="checkbox"/> Išrašau kitas e. pažymas <input type="checkbox"/> Kita (<i>įrašyti</i>) _____		
17. Su kokiomis problemomis susiduriate dirbdami su elektronine sistema? (<i>galite pažymėti keletą variantų</i>)		
<input type="checkbox"/> Įstaigos sistema nepatogi darbui <input type="checkbox"/> Kartais sistema lėtai veikia, užstringa <input type="checkbox"/> Nepriima elektroninį parašą (nepatvirtina) <input type="checkbox"/> Kita (<i>įrašyti</i>) _____		
18. Kaip vertinate savo gebėjimus naudotis kompiuteriu?		
<input type="checkbox"/> Nemoku <input type="checkbox"/> Silpnai <input type="checkbox"/> Gerai <input type="checkbox"/> Puikiai		
19. Kaip vertinate savo gebėjimus naudotis pagrindinėmis interneto paslaugomis (naršymas, paieška, el. paštas)?		
<input type="checkbox"/> Nemoku <input type="checkbox"/> Silpnai <input type="checkbox"/> Gerai <input type="checkbox"/> Puikiai		
20. Kaip vertinate savo gebėjimus paruošti tekstinę medžiagą?		
<input type="checkbox"/> Nemoku <input type="checkbox"/> Silpnai <input type="checkbox"/> Gerai <input type="checkbox"/> Puikiai		
21. Kokiomis elektroninėmis paslaugomis naudojātės? (<i>galite pažymėti keletą variantų</i>)		
<input type="checkbox"/> E .valdžios paslaugos (<i>pvz.: e. deklaracijos</i>) <input type="checkbox"/> Elektroninė bankininkystė <input type="checkbox"/> Elektroninės parduotuvės <input type="checkbox"/> Nesinaudoju <input type="checkbox"/> Kita (<i>įrašyti</i>) _____		
22. Ar naudojātės planšetiniu kompiuteriu?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
23. Ar bendraujate socialiniuose tinkluose (<i>pvz. facebook, twitter, vkontakte</i>)?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
24. Kur daugiau naudojātės kompiuteriu?	<input type="checkbox"/> Darbe	<input type="checkbox"/> Namie
25. Ar Jūs susirašinėjate elektroniniais laiškais su pacientais?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne

DĖKOJU UŽ ATSAKYMUS!

GRAŽIOS DIENOS IR SĖKMĖS DARBE!

4 priedas

ĮSTAIGŲ VADOVŲ SUTIKIMAI TYRIMO ATLIKIMUI

SERGEJ GAVRILOV

Kauno Technologijos universitetas
Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas
Viešosios politikos ir administravimo institutas
Viešojo administravimo magistrantūros studijos

Direktoriui

PRAŠYMAS

DĖL PLANUOJAMO TYRIMO LEIDIMO

2017-11-20

Kaunas

Prašau leidimo atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje magistro darbui tema „Elektroninės sveikatos įgyvendinimo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė“.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti ir įvertinti šeimos gydytojų nuomonę apie PASP įstaigoje įgyvendinamą elektroninės sveikatos sistemą, jos naudojimą, poreikį.

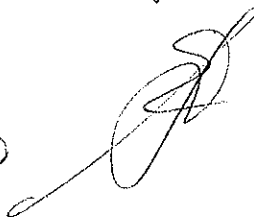
Tyrimo metu bus atliekama šeimos gydytojų anoniminė anketinė apklausa. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinus gautus rezultatus. *Įstaigos apklausoje rezultatai nebus skelbiami visai 5 m. nuo tyrimo atlikimo datos.*

Tyrėjas

 Sergej Gavrilov

*patvirtu nu tyrimo atlikimu įtraukiant
poštą:*

2017.11.20



SERGEJ GAVRILOV

Kauno Technologijos universitetas
Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas
Viešosios politikos ir administravimo institutas
Viešojo administravimo magistrantūros studijos

UAB Saulės šeimos medicinos centro
Direktorei Auđronei Urbonienei

PRAŠYMAS

DĖL PLANUOJAMO TYRIMO LEIDIMO

2017-11-20

Kaunas

Prašau leidimo atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje magistro darbui tema „Elektroninės sveikatos įgyvendinimo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė“.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti ir įvertinti šeimos gydytojų nuomonę apie PASP įstaigoje įgyvendinamą elektroninės sveikatos sistemą, jos naudojimą, poreikį.

Tyrimo metu bus atliekama šeimos gydytojų anoniminė anketinė apklausa. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinus gautus rezultatus.

Tyrėjas



Sergej Gavrilov



Direktorė
Auđronė Urbonienė

SERGEJ GAVRILOV

Kauno Technologijos universitetas
Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas
Viešosios politikos ir administravimo institutas
Viešojo administravimo magistrantūros studijos

LSMU Šeimos medicinos klinikos
Vadovui Prof. Dr. Leonui Valiui

PRAŠYMAS

DĖL PLANUOJAMO TYRIMO LEIDIMO

2017-11-24

Kaunas

Prašau leidimo atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje magistro darbui tema „Elektroninės sveikatos įgyvendinimo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė“.

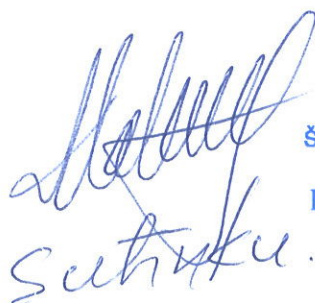
Tyrimo tikslas - išanalizuoti ir įvertinti šeimos gydytojų nuomonę apie PASP įstaigoje įgyvendinamą elektroninės sveikatos sistemą, jos naudojimą, problemas.

Tyrimo metu bus atliekama šeimos gydytojų anoniminė anketinė apklausa. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinus gautus rezultatus.

Tyrėjas



Sergej Gavrilov



Šeimos medicinos klinikos
vadovas
prof. Leonas Valius

SERGEJ GAVRILOV

Kauno Technologijos universitetas
Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas
Viešosios politikos ir administravimo institutas
Viešojo administravimo magistrantūros studijos

Sutinku:
Direktorius (vyr gydytojas)

VšĮ Kauno Dainavos poliklinikos
Direktoriui Pauliui Kibišai



Viešosios įstaigos
Kauno Dainavos poliklinikos
Direktorius
Paulius Kibiša

PRAŠYMAS

DĖL PLANUOJAMO TYRIMO LEIDIMO

2017-11-23

Kaunas

Prašau leidimo atlikti tyrimą Jūsų vadovaujamoje įstaigoje magistro darbui tema „Elektroninės sveikatos įgyvendinimo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose analizė“.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti ir įvertinti šeimos gydytojų nuomonę apie PASP įstaigoje įgyvendinamą elektroninės sveikatos sistemą, jos naudojimą, problemas.

Tyrimo metu bus atliekama šeimos gydytojų anoniminė anketinė apklausa. Tyrimo rezultatai bus skelbiami tik apibendrinus gautus rezultatus.

Tyrėjas



Sergej Gavrilov