



# E. SVEIKATOS PLĖTROS INTEGRUOTOS TRANSFORMACIJOS: sinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Danguolė Jankauskienė, Birutė Mikulskienė,  
Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė, Aelita Skaržauskienė, Darius Štītīlis,  
Rasa Rotomskienė, Kęstutis Štaras, Monika Mačiulienė,  
Vaida Pukinaitė, Viktorija Stokaitė, Rūta Tamošiūnaitė

---

E. SVEIKATOS PLĖTROS  
INTEGRUOTOS TRANSFORMACIJOS:  
suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva

---

MONOGRAFIJA

Vilnius  
2015



Monografija parengta vykdant Europos socialinio fondo visuotinės dotacijos priemonės finansuojamą projektą „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suintesuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029).

*Recenzavo:*

prof. habil. dr. Vilius Grabauskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas  
prof. dr. Tadas Sudnickas, Mykolo Romerio universitetas  
prof. dr. Arūnas Andziulis, Klaipėdos universitetas

*Atsakingoji mokslinė redaktorė:*

prof. dr. Danguolė Jankauskienė

*Autoriai:*

prof. dr. Danguolė Jankauskienė – 4,0 autorinio lanko  
prof. dr. Birutė Mikulskienė – 5,0 autorinio lanko  
prof. dr. Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė – 3,8 autorinio lanko  
prof. dr. Aelita Skaržauskienė – 1,0 autorinio lanko  
prof. dr. Darius Štītis – 4,5 autorinio lanko  
dr. Rasa Rotomskienė – 3,8 autorinio lanko  
dr. Kęstutis Štaras – 1,2 autorinio lanko

*Doktorantės:*

Monika Mačiulienė – 1,0 autorinis lankas  
Vaida Pukinaitė – 2,0 autorinio lanko  
Viktorija Stokaitė – 1,8 autorinio lanko  
Rūta Tamošiūnaitė – 0,3 autorinio lanko

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų institutu 2015 m. kovo 19 d. posėdyje (protokolo Nr. 1PMI-6) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Tarybos 2015 m. kovo 27 d. posėdyje (protokolo Nr. 1PV-42) pritarta leidybai.

Mykolo Romerio universiteto mokslinių-mokomųjų leidinių aprobavimo leidybai komisijos 2015 m. balandžio 7 d. posėdyje (protokolo Nr. 2L-8) pritarta leidybai.

***Visos knygos leidybos teisės saugomos. Ši knyga arba kuri nors jos dalis negali būti dauginama, taisoma arba kitu būdu platinama be leidėjo sutikimo.***

ISBN 978-9955-19-737-9 (spausdinta versija)

ISBN 978-9955-19-736-2 (elektroninė versija)

© Mykolo Romerio universitetas, 2015

# TURINYS

SANTRUMPOS.....	13
SANTRAUKA .....	15
PADĖKA.....	19
ĮVADAS.....	20
<b>1. E. SVEIKATA IR TEISINIS REGULIAVIMAS.....</b>	<b>26</b>
1.1. E. sveikatos teisinis reguliavimas ES .....	26
1.1.1. Komunikatas „E. sveikata – sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas Europos gyventojams: veiksmų planas Europos e. sveikatos erdvei“ .....	29
1.1.2. E. sveikatos veiksmų 2012–2020 m. planas – inovatyvi sveikatos priežiūra XXI amžiuje.....	30
1.1.3. 2008 m. liepos 2 d. Europos Komisijos rekomendacija dėl tarpvalstybinio elektroninių sveikatos įrašų suderinimo (2008/594/EB) .....	32
1.1.4. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo .....	32
1.1.5. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 95/46/EB dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo bei 2014 m. kovo 12 d. Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas) .....	34
1.2. E. sveikatos teisinis reguliavimas kai kuriose užsienio valstybėse ...	48
1.2.1. E. sveikatos teisinis reguliavimas Jungtinėje Karalystėje.....	48
1.2.2. E. sveikatos teisinis reguliavimas Airijoje .....	50
1.2.3. E. sveikatos teisinis reguliavimas Estijoje.....	52
1.2.4. E. sveikatos teisinis reguliavimas Latvijoje.....	54
1.2.5. E. sveikatos teisinis reguliavimas Suomijoje .....	56
1.2.6. E. sveikatos teisinis reguliavimas Švedijoje.....	58
1.2.7. E. sveikatos teisinis reguliavimas Vokietijoje.....	59
1.2.8. E. sveikatos teisinis reguliavimas Lenkijoje .....	61
1.2.9. E. sveikatos teisinis reguliavimas Austrijoje .....	63
1.2.10. E. sveikatos teisinis reguliavimas Prancūzijoje .....	64
1.2.11. E. sveikatos teisinis reguliavimas Ispanijoje .....	65



1.2.12. E. sveikatos teisinis reguliavimas Norvegijoje.....	68
1.2.13. E. sveikatos teisinis reguliavimas Australijoje.....	69
1.2.14. E. sveikatos teisinis reguliavimas Kanadoje.....	70
1.2.15. E. sveikatos teisinis reguliavimas Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) .....	72
1.3. Lietuvos teisės aktų nuostatų e. sveikatos srityje analizė.....	74
1.3.1. E. sveikatos strateginis teisinis reguliavimas Lietuvoje .....	74
1.3.2. E. sveikata ir pamatinis teisinis reguliavimas Lietuvoje.....	82
1.4. E. sveikata ir pamatinis teisinis reguliavimas Lietuvoje privatumo ir asmens duomenų teisinės apsaugos srityje .....	84
1.5. Apibendrinimas ir pasiūlymai e. sveikatos teisiniam reguliavimui pagerinti.....	87
1.6. Atvejo studija: e. sveikatos įrašas ir teisinis reguliavimas .....	88
1.6.1. Elektroninis sveikatos įrašas ir strateginis e. sveikatos reguliavimas .....	90
1.6.2. Elektroninio sveikatos įrašo teisinės galios problema.....	96
1.6.3. Privatumo ir asmens duomenų teisinė apsauga.....	101
1.6.4. Apibendrinimas ir pasiūlymai e. sveikatos įrašo teisiniam reguliavimui pagerinti .....	107
Literatūros sąrašas .....	108
<b>2. EUROPINĖ PATIRTIS ĮGYVENDINANT IRT NACIONALINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIAUS LYGIU: EMPIRIŠKAI PAGRĮSTAS KONCEPCINIS ĮRANKIS IŠSAMIAI VYKDOMŲ PROCESŲ ANALIZEI ATSKIROSE VALSTYBĖSE .....</b>	<b>114</b>
2.1. Du pagrindiniai nacionalinio IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje modeliai: e. sveikatos plėtros procesas Velse ir Anglijoje.....	117
2.1.1. Anglijos nacionalinis IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesas iki 2011 m. ....	118
2.1.2. Velso nacionalinis IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesas .....	151
2.2. Velsietiškojo modelio stipriosios pusės: suinteresuotųjų pusių įtraukimo į veiklą ryšys su proceso sėkmės veiksniais.....	155
2.3. Bendrasis koncepcinis modelis išsamiai nacionalinio IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje proceso analizei .....	182
Literatūros sąrašas .....	185
<b>3. E. SVEIKATOS PROJEKTŲ LIETUVOJE ANALIZĖ.....</b>	<b>190</b>
3.1. E. sveikatos sistemos vystymas Lietuvoje: projektų kūrimo prielaidos ir kontekstas .....	195

3.2. E. sveikatos projektų finansavimas: pagrindiniai finansavimo šaltiniai ir ES reikšmė .....	205
3.3. E. sveikatos projektų nuo 2004-ųjų iki 2009-ųjų metų analizė .....	210
3.4. E. sveikatos sistemos Lietuvoje 2009–2015 m. plėtros projektų analizė .....	218
3.5. Apibendrinimas .....	230
3.6. Atvejo studija: suinteresuotųjų šalių dalyvavimas – Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikos patirtis kuriant ir diegiant slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninę paslaugą.....	232
3.6.1. Priežasčių, lėmusių Slaugos IS diegimą VŠĮ Centro poliklinikoje, analizė .....	238
3.6.2. Elektroninė interaktyvi slaugos paslaugų užsakymo paslauga.....	246
3.6.3. Paskyrimų slaugos paslaugoms formavimas.....	248
3.6.4. Paslaugų namuose teikimas .....	252
3.6.5. Mobilios slaugytojų darbo vietos .....	255
3.6.6. Atvejo studijos apibendrinimas.....	257
Literatūros sąrašas .....	260
<b>4. E. SVEIKATOS SISTEMOS NAUDOJIMAS LIETUVOJE VARTOTOJŲ POŽIŪRIU .....</b>	<b>265</b>
4.1. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo požiūris .....	267
4.1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų specialistų naudojimas e. sveikatos sistemomis .....	268
4.1.2. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo informuotumas apie e. sveikatą.....	270
4.1.3. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo pasitenkinimas e. sveikata.....	272
4.1.4. Sveikatos priežiūros įstaigų specialistų poreikiai e. sveikatos srityje .....	274
4.2. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų požiūris .....	282
4.3. Gyventojų požiūris.....	289
4.4. Apibendrinimas .....	298
Literatūros sąrašas .....	303
<b>5. KOKYBINIS TYRIMAS: E. SVEIKATOS DALYVIŲ VAIDMENYS IR PROBLEMOS .....</b>	<b>304</b>
5.1. Tyrimo metodika.....	305
5.1.1. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo ir analizės modelis ..	305
5.1.2. Tyrimo priemonės formavimas .....	307
5.1.3. Respondentų atranka ir interviu atlikimas .....	310

5.1.4. Interviu duomenų analizė .....	316
5.1.5. Tyrimo validumas.....	322
5.2. E. sveikatos dalyvių vaidmenys: savo ir kitų dalyvių vaidmenų suvokimas .....	323
5.2.1. Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo .....	326
5.2.2. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vaidmuo.....	330
5.2.3. Išorinių IT įmonių vaidmuo .....	332
5.2.4. Sveikatos priežiūros įstaigų specialistų vaidmuo .....	335
5.2.5. Medicinos personalo ir pacientų vaidmuo .....	337
5.2.6. Teorinio e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo ir respondentų požiūrio palyginimas .....	342
5.3. E. sveikatos sistemos kūrimo problemos e. sveikatos dalyvių požiūriu.....	345
5.3.1. E. sveikatos sistemos teisinio reguliavimo problemos.....	350
5.3.2. E. sveikatos suinteresuotųjų dalyvavimo, bendradarbiavimo ir komunikacijos problemos.....	366
5.3.3. Organizacijų vidinės problemos planuojant e. sveikatos priemonių kūrimą, diegimą ir plėtrą .....	374
5.3.4. Dizaino sprendimų ir sistemų architektūros problemiškumas .....	383
5.4. Apibendrinimas.....	393
Literatūros sąrašas .....	394
<b>6. E. SVEIKATOS PROJEKTŲ SUINTERESUOTŪJŲ VAIDMENYS: SOCIALINIŲ TINKLŲ ANALIZĖ.....</b>	<b>395</b>
6.1. Literatūros apžvalga: suinteresuotųjų įtrauktis į e. sveikatos kūrimo procesus ir jų poveikis veiklos valdymui.....	397
6.2. Metodologija .....	405
6.3. Socialinių tinklų analizė: suinteresuotųjų bendradarbiavimo raiška.....	410
6.4. Ryškiausi e. sveikatos sistemos kūrimo suinteresuotųjų vaidmenys: mediatorius ir visuomenė.....	421
6.5. E. sveikatos suinteresuotųjų įtraukimo rezultatyvumo vertinimo galimybės .....	422
6.6. Apibendrinimas.....	423
Literatūros sąrašas .....	425
<b>7. E. SVEIKATOS SUINTERESUOTŪJŲ BENDRADARBIAVIMO PLATFORMA .....</b>	<b>428</b>
7.1. Naujausios e. sveikatos plėtrą lemiančios sveikatos valdymo tendencijos .....	430

7.2. Teorinių vadybinių paradigų sąsajos, kuriant ir įgyvendinant e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos modelį.....	441
7.2.1. Žinių vadyba .....	443
7.2.2. Kolektyvinis intelektas .....	446
7.2.3. Suinteresuotųjų vadyba.....	451
7.2.4. Vaidmenų pasiskirstymo grupėje teorija.....	455
7.3. Teorinis suinteresuotųjų pusių išitraukimo ir dalyvavimo modelis .....	458
7.3.1. Suinteresuotųjų grupės .....	462
7.3.2. Bendradarbiavimo modelio elementas: e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasireiškimas.....	463
7.3.3. Kolektyvinio intelekto valdymo priemonės .....	464
7.3.4. Sąveikos ir žinių proceso hipotetinė simuliacija .....	465
7.4. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos modelis.....	468
7.4.1. Naujų principų poreikis kuriant interaktyvias bendradarbiavimo platformas .....	469
7.4.2. Interaktyvių bendradarbiavimo platformų pavyzdžiai.....	472
7.4.3. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos vadybinis modelis – idėjų kaupimo ir brandinimo ciklas.....	475
7.4.4. Platformos turinio elementai: įvesties ir išvesties sąsajos ....	481
7.4.5. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos suteikiamos naudos.....	484
7.5. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymas.....	486
7.5.1. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymo planas / metodologija .....	486
7.5.2. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymo eiga .....	489
7.5.3. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymo rezultatai.....	493
7.6. Apibendrinimas.....	497
7.7. Politinės organizacinės ir vadybinės priemonės.....	500
Literatūros sąrašas .....	504
<b>IŠVADOS.....</b>	<b>509</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>515</b>
<b>1 PRIEDAS. E. sveikatos SB išbandymo planas / metodologija.....</b>	<b>519</b>

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

<b>3.1 lentelė.</b>	E. sveikatos projekto profilio pavyzdys .....	194
<b>3.2 lentelė.</b>	Projektų pagal 2004–2006 m. PBD 1 prioriteto 1.4. priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ apibendrinimas.....	214
<b>3.3 lentelė.</b>	Pagrindinių nacionalinių e. sveikatos projektų profiliai .....	220
<b>3.4 lentelė.</b>	Trylikos nacionalinių e. sveikatos plėtros projektų dosjė .....	224
<b>3.5 lentelė.</b>	VšĮ Centro poliklinikoje slaugytojų pildomos popierinės formos prieš įdiegiant Slaugos IS ir jų užpildymo trukmė.....	245
<b>3.6 lentelė.</b>	Informacijos keitimosi efektyvumo padidėjimo įvertinimas įdiegus Slaugos IS.....	257
<b>4.1 lentelė.</b>	Gyventojų žinojimas ir naudojimasis kiekviena e. sveikatos paslaugos rūšimi.....	291
<b>4.2 lentelė.</b>	Dažniausios e. sveikatos paslaugos naudotojo charakteristika .....	298
<b>4.3 lentelė.</b>	Dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančio gyventojų apibūdinimas .....	298
<b>5.1 lentelė.</b>	Valdymo ciklo ir tiriamųjų klausimų ryšys .....	306
<b>5.2 lentelė.</b>	Klausimyno diagnostiniai blokai ir turinys .....	309
<b>5.3 lentelė.</b>	Bendras interviu respondentų sąrašas.....	312
<b>5.4 lentelė.</b>	Grupinio interviu poliklinikoje respondentai.....	315
<b>5.5 lentelė.</b>	Grupinio interviu privačioje SPI respondentai.....	315
<b>5.6 lentelė.</b>	Mišrios sudėties grupinio interviu respondentai.....	315
<b>5.7 lentelė.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmenį .....	327
<b>5.8 lentelė.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių nuomonė apie Sveikatos apsaugos ministerijos atliekamų vaidmenų spragas.....	329
<b>5.9 lentelė.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vaidmenį .....	331
<b>5.10 lentelė.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į IT įmonių vaidmenį.....	333
<b>5.11 lentelė.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų specialistų vaidmenį .....	336
<b>5.12 lentelė.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į medicinos personalo vaidmenį .....	340
<b>5.13 lentelė.</b>	Apibendrintas e. sveikatos sistemos dalyvių teorinių vaidmenų ir praktinio požiūrio palyginamas.....	343
<b>5.14 lentelė.</b>	Teisinės bazės ir e. sveikatos sistemos reguliavimo srities problemų turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį .....	347
<b>5.15 lentelė.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo ir komunikacijos srities problemų turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį.....	347

<b>5.16 lentelė.</b>	Vidinių organizacijos problemų planuojant e. sveikatos plėtrą srities turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį....	348
<b>5.17 lentelė.</b>	Informacinių e. sveikatos sistemų architektūros ir dizaino sprendimų problemų srities turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį.....	349
<b>5.18 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į ilgalaikio planavimo problemas.....	352
<b>5.19 lentelė.</b>	Respondentų pasisakymai dėl sureguliuotos teisinės bazės trūkumo.....	354
<b>5.20 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į biurokratinis mechanizmus ir dokumentų derinimą.....	356
<b>5.21 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į e. sveikatos valdymą valstybės lygiu.....	357
<b>5.22 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į interesų įtaką e. sveikatos plėtrą .....	359
<b>5.23 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į duomenų saugumą ir privatumo užtikrinimo problemas.....	361
<b>5.24 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į finansavimo problemas.....	363
<b>5.25 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į viešųjų pirkimų problemas .....	365
<b>5.26 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į komunikaciją su valstybinėmis organizacijomis arba tarp jų .....	368
<b>5.27 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į komunikaciją su sveikatos priežiūros įstaigomis arba tarp jų .....	370
<b>5.28 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į komunikaciją su IT įmonėmis arba tarp jų .....	373
<b>5.29 lentelė.</b>	Su personalu susijusios problemos .....	376
<b>5.30 lentelė.</b>	Dėl efektyvios vadybos trūkumo kylančios problemos .....	379
<b>5.31 lentelė.</b>	Su projektais susijusios problemos .....	380
<b>5.32 lentelė.</b>	Vidinio strateginio valdymo problemos .....	383
<b>5.33 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į poreikių suderinamumą, sprendimų priėmimą dėl IS dizaino ir suinteresuotųjų įtraukimą .....	386
<b>5.34 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į IS kūrimą, architektūrą ir dizainą .....	388
<b>5.35 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į galutinį produktą, popierinių ir skaitmeninių formų dermę .....	390
<b>5.36 lentelė.</b>	Respondentų požiūris į IS kūrimo ypatumus viešajame sektoriuje ir finansavimo ypatumus.....	392
<b>6.1 lentelė.</b>	2007–2013 m. e. sveikatos vykdytų projektų dalyvių sąrašas ir jų klasifikacija .....	407
<b>6.2 lentelė.</b>	Bendra 2007–2013 m. e. sveikatos sistemos plėtros projektų dalyvių vienmačio tinklo parametrų statistika .....	414
<b>7.1 lentelė.</b>	Pirmosios penkios problemos, sulaukusios didžiausio dalyvių dėmesio.....	490
<b>7.2 lentelė.</b>	Penkios mažiausiai aktualiomis pripažintos problemos.....	490
<b>7.3 lentelė.</b>	Antro etapo metu pasiūlytų problemų sprendimo alternatyvos.....	491

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

<b>2.1 pav.</b>	Nacionalinis IRT įgyvendinimo procesas Anglijoje.....	144
<b>2.2 pav.</b>	Angliškojo metodo analizė pagal suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją .....	146
<b>2.3 pav.</b>	Nacionalinis IRT įgyvendinimo procesas Velse .....	152
<b>2.4 pav.</b>	Velsietiškojo metodo analizė pagal suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją .....	154
<b>2.5 pav.</b>	Nacionalinės e. sveikatos plėtros sistemos koncepcija .....	184
<b>3.1 pav.</b>	E. sveikatos projektų analizės reikšmė.....	193
<b>3.2 pav.</b>	Iteratyvus duomenų analizės modelis.....	195
<b>3.3 pav.</b>	Šiuolaikinės sveikatos politikos pasiūlos ir paklausos problematika ir e. sveikatos vieta joje .....	196
<b>3.4 pav.</b>	Nacionalinės elektroninės sveikatos informacinės sistemos (NESS) raida Lietuvoje 2000–2010 metais .....	201
<b>3.5 pav.</b>	Apibendrinti e. sveikatos finansavimo etapai ir lėšos e. sveikatai kurti ...	209
<b>3.6 pav.</b>	E. sveikatos projektų pagal Lietuvos 2004–2006 metų BPD 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ apibendrinti tikslai ir rezultatai.....	215
<b>3.7 pav.</b>	Nacionalinių e. sveikatos projektų įgyvendinimo terminai.....	219
<b>3.8 pav.</b>	Sveikatos apsaugos ministerijos įgyvendinamų nacionalinių e. sveikatos projektų tikslai ir planuojami rezultatai.....	222
<b>3.9 pav.</b>	Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos paslaugos VšĮ Centro poliklinikoje.....	240
<b>3.10 pav.</b>	VšĮ Centro poliklinikoje paslaugų pacientams namuose organizavimo schema iki Slaugos IS įdiegimo .....	244
<b>3.11 pav.</b>	Paciento slaugos paslaugos namuose užsakymo supaprastinta schema, naudojantis VAIISIS (VIISP) autentifikavimo ir identifikavimo paslauga .....	247
<b>3.12 pav.</b>	Centro poliklinikos Paciento portalo ir slaugos paslaugos namuose užsakymo vizualizacija .....	248
<b>3.13 pav.</b>	Slaugos paslaugų paskyrimų formavimo Slaugos IS schema.....	249
<b>3.14 pav.</b>	Slaugos paslaugų ir medikamentų paskyrimų langų vizualizacija.....	251
<b>3.15 pav.</b>	Paslaugų namuose planavimo langai .....	252
<b>3.16 pav.</b>	Slaugytojų atliekamos paciento sveikatos būklės vertinimas Slaugos IS.....	253
<b>3.17 pav.</b>	Elektroninio asmens sveikatos (priežiūros namuose) įrašo vizualizacija ....	255
<b>3.18 pav.</b>	Mobilios slaugytojo darbo vietos vizualizacija ir nuotolinių matavimų duomenų atvaizdavimas Slaugos IS .....	256
<b>4.1 pav.</b>	Teikiamos e. sveikatos paslaugos gyventojams pagal gyvenamąją vietovę .....	269
<b>4.2 pav.</b>	Sužinojimas apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą pagal gyvenamąją vietą.....	271
<b>4.3 pav.</b>	Dažniausias e. sveikatos informacinių sistemų diegimo būdas.....	272

<b>4.4 pav.</b>	Įvykę pokyčiai įdiegus vieną ar kitą e. sveikatos technologinį sprendimą pagal gyvenamąją vietovę .....	273
<b>4.5 pav.</b>	Teigiami pokyčiai diegiant e. sveikatos sistemą.....	274
<b>4.6 pav.</b>	Neigiami pokyčiai diegiant e. sveikatos sistemą.....	274
<b>4.7 pav.</b>	E. sveikatos informacinių sistemų, technologinių sprendimų didžiausias trūkumas .....	275
<b>4.8 pav.</b>	Svarbiausi dalykai diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus, proc.....	276
<b>4.9 pav.</b>	E. sveikatos technologinių sprendimų vystymo galimybių aptarimas pagal gyvenamąją vietą.....	277
<b>4.10 pav.</b>	Modulių pasiūlymų teikimas .....	277
<b>4.11 pav.</b>	Siūlymų diegiant e. sveikatą panaudojimas .....	278
<b>4.12 pav.</b>	Naudojimasis e. sveikatos priežiūros paslaugomis per paskutinius dvejus metus, proc.....	290
<b>4.13 pav.</b>	Dažno naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis (6 ir daugiau kartų per metus) priklausomybė nuo amžiaus, proc.....	290
<b>4.14 pav.</b>	Respondentų, kurių klausta nuomonės dėl e. sveikatos paslaugų, proc. ....	297
<b>5.1 pav.</b>	E. sveikatos sistemos kūrimo valdymo tyrimo duomenų rinkimo ir analizės modelis.....	305
<b>5.2 pav.</b>	Kokybinės turinio analizės procesas.....	319
<b>5.3 pav.</b>	Kokybinio tyrimo temos ir kategorijos .....	321
<b>5.4 pav.</b>	Respondentų pasisakymų apie savo ir kitų e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS planavimo ir kūrimo procesų metu dažnis .....	324
<b>5.5 pav.</b>	Respondentų pasisakymų apie savo ir kitų e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS diegimo ir plėtros procesų metu dažnis.....	325
<b>5.6 pav.</b>	Respondentų pasisakymų apie e. sveikatos sistemos kūrimo, diegimo ir plėtros problemas dažnis.....	350
<b>5.7 pav.</b>	E. sveikatos teisinės bazės ir reguliavimo srities problemų turinio analizės struktūra .....	351
<b>5.8 pav.</b>	E. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo ir komunikacijos srities problemų turinio analizės struktūra.....	366
<b>5.9 pav.</b>	Vidinių organizacijos problemų turinio analizės struktūra.....	374
<b>5.10 pav.</b>	E. sveikatos informacinių sistemų architektūros ir dizaino sprendimų srities problemų turinio analizės struktūra.....	384
<b>6.1 pav.</b>	Struktūrizuota keturiais elementais grįšta e. sveikatos sistemos vertinimo schema.....	401
<b>6.2 pav.</b>	Dalyvavimu grįšto sprendimų priėmimo modelis.....	404
<b>6.3 pav.</b>	Dvimatis e. sveikatos sistemos plėtros 2007–2013 m. projektų ir dalyvių juose tinklas.....	411
<b>6.4 pav.</b>	Dvimačio 2007–2013 m. e. sveikatos sistemos plėtros projektų tinklo vizualizacija pagal pagrindinių komponentių analizės metodą.....	413
<b>6.5 pav.</b>	Vienmačio tinklo vizualizacija, pritaikius pagrindinių komponentų analizės metodą .....	416



<b>6.6 pav.</b>	Vienmačio tinklo vizualizacija, išryškinant tinklo mazgų centriškumo parametrus. Mazgo dydis atitinka centriškumo parametro vertės dydį.....	417
<b>6.7 pav.</b>	Vienmačio tinklo vizualizacija, išryškinant tinklo mazgų tarpininkavimo parametrus. Mazgo dydis atitinka tarpininkavimo parametro vertės dydį.....	419
<b>6.8 pav.</b>	Vienmačio tinklo vizualizacija, išryškinant tinklo mazgų artumo parametrus. Mazgo dydis atitinka artumo parametro vertės dydį.....	420
<b>6.9 pav.</b>	E. sveikatos suinteresuotųjų įtraukimo rezultatyvumo vertinimo modelis.....	423
<b>7.1 pav.</b>	Sveikatos priežiūros tendencijų tarpusavio sąveika ir e. sveikatos vieta sveikatos priežiūros strategijose.....	440
<b>7.2 pav.</b>	Sveikatos inovacijų hierarchija ir valdymo teorijų sąveika, skirta paaiškinti e. sveikatos sistemos kūrimo tendencijas, bei e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos prielaidas.....	442
<b>7.3 pav.</b>	Žinių valdymo etapai, kuriuos išgyvena kiekviena nauja idėja.....	445
<b>7.4 pav.</b>	Teorinis suinteresuotųjų pusių įsitraukimą skatinantis ir dalyvavimą palaikantis modelis.....	460
<b>7.5 pav.</b>	Teorinio suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo hipotetinis realizavimas: vaidmenų pasiskirstymas tarp e. sveikatos suinteresuotųjų žinių valdymo ciklą metu.....	467
<b>7.6 pav.</b>	E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma: vadybinis modelis (idėjų kaupimo ir brandinimo ciklas).....	478
<b>7.7 pav.</b>	E. sveikatos bendradarbiavimo platforma: investies / išvesties sąsajos (turinio elementai).....	483
<b>7.8 pav.</b>	E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos suteikiamos naudos.....	485
<b>7.9 pav.</b>	E. sveikatos BP eksperimento etapai.....	487
<b>7.10 pav.</b>	2 etapo e. platformos išbandymo temų ir problemų paskirstymas.....	489
<b>7.11 pav.</b>	Balsavimo už pasiūlytas alternatyvas rezultatai.....	492
<b>7.12 pav.</b>	Alternatyvių siūlymų Pareto analizė – problemų reitingavimas balsuojant.....	496

## SANTRUMPOS

Bendroji duomenų apsaugos direktyva – Europos Parlamento ir Tarybos direktyva dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir laisvo tokių duomenų judėjimo 95/46/EB

Bendrojo duomenų apsaugos reglamento projektas – 2014 m. kovo 12 d.

Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo

BPD – Bendrasis programavimo dokumentas

BV – bendradarbiavimui būtinų vaidmenų rinkinys

EK – Europos Komisija

ERPF – Europos regioninės plėtros fondas

ES – Europos Sąjunga

ESI - elektroninė sveikatos istorija<sup>1</sup>

E. sveikata – elektroninė sveikata

ESPBI IS – E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema

EMI – elektroninė medicininė istorija

HIS – (angl. *Hospital Information System*)

IKT – informacijos ir komunikacijos technologijos

IRT – informacijos ir ryšių technologijos

IS – informacinės sistemos

IT – informacinės technologijos

Įsitraukimo SP modelis – suinteresuotųjų pusių įsitraukimą skatinantis ir dalyvavimą palaikantis modelis

KI – kolektyvinis intelektas

MedVAIS – Medicininių vaizdų (rentgeno nuotraukų ir pan.) archyvo posistemė

MSI – minios sąlygotas intelektas

Pacientų teisių direktyva – Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo

<sup>1</sup> Iki 2010 m. vasario 19 d. galiojo strategijoje pateiktas elektroninio sveikatos įrašo apibrėžimas: elektroninis sveikatos įrašas (toliau – ESI) – integralus visuminis į pacientą orientuotas sveikatos įrašas, sudarantis e. sveikatos sistemos pagrindą. Kiti įrašai – elektroninis paciento įrašas (EPI), elektroninė ligos istorija (ELI), elektroninis medicininis įrašas (EMI) iš esmės reiškia dalinį elektroninį sveikatos įrašą, padarytą sveikatos priežiūros įstaigoje ar farmacijos įmonėje, vykdamt epizodinę sveikatos priežiūrą. Labiausiai paplitęs terminas tokiems daliniams įrašams apibūdinti – elektroninis medicininis įrašas (EMI). ESI remiasi principu „vienas gyventojas – vienas įrašas (VGVĮ)“. Profilaktikos ir prevencijos tikslais ESI apima gyventojų viso gyvenimo sveikatos duomenis ir jam nesant pacientu.

PST – privatumą skatinančios technologijos

NESS – Nacionalinė elektroninės sveikatos sistema

SBP – e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma

Slaugos IS – slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninė paslauga

SPI – sveikatos priežiūros įstaiga

SPMSPK – Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinika

VGVI – vienas gyventojas – viena istorija

VAIISIS – viešojo administravimo institucijų informacinių sistemų interoperabilumo sistemos

VIISP – valstybės informacinių išteklių sąveikumo platforma

VP – kolektyvinio intelekto valdymo priemonės

ŽVP – žinių valdymo procesas

## SANTRAUKA

---

E. sveikata yra vertintina kaip svarbiausia sveikatos sistemos valdymo inovacija, todėl susiduriama ne tik su techninėmis, bet ir su įvairiomis žmogiškojo faktoriaus problemomis, kurios būdingos diegiant naujoves. Tyrimai rodo, kad sveikatos apsaugos sektoriuje pasipriešinimas inovacijoms yra „reikšmingas, stiprus, įtakingas reiškinys, verčiantis priešintis naujovėms iš karto, dar iki pradėjus svarstyti inovacijos privalumus ir trūkumus“<sup>2</sup>.

Monografijoje pristatomo kompleksinio tyrimo **tikslas** – įvertinti e. sveikatos plėtros mastą ir tendencijas iš suinteresuotųjų pusių, kaip svarbiausio e. sveikatos diegimo sėkmės veiksnio, tinklinės perspektyvos siekiant inovatyvumo ir tvaros sveikatos sistemoje. **Uždaviniai** yra:

1. Išanalizuoti ir apibendrinti suinteresuotųjų pusių dalyvavimo, kaip vieno svarbiausio e. sveikatos diegimo sėkmės veiksnio, tarptautinius gerosios praktikos pavyzdžius;
2. Nustatyti ir charakterizuoti suinteresuotąsias puses nacionalinėje e. sveikatos sistemoje (taikant tinklinių socialinių ryšių analizę);
3. Ištirti e. sveikatos kūrėjų, diegėjų ir naudotojų (suinteresuotų pusių) įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas.
4. Sukurti integruotą e. sveikatos diegimo platformą, skatinančią tinklinę suinteresuotųjų pusių įsitraukimo ir dalyvavimo perspektyvą.
5. Išbandyti integruotą tinklinę e. sveikatos diegimo platformą ir nustatyti jos funkcionavimo trukdžius ir riziką;
6. Sukurti politines, organizacines, vadybines integruotos tinklinės e. sveikatos platformos įgyvendinimo priemonės siekiant inovatyvumo ir tvaros.

**Metodai.** Suinteresuotų pusių perspektyva šiame moksliniame darbe išryškinta remiantis inovatyvia tinkline socialinių ryšių teorija bei sisteminio mąstymo principais (bendroji sistemų teorija). Tyrime derinama

<sup>2</sup> Jasulaitis, A., Plenta, J., Justickis, V., Plentienė, J. (2012). Sveikatos apsaugos įstaigos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(4): 272-295.

lyginamoji analizė, kiekybiniai ir kokybiniai sociologinių tyrimų metodai, socialinių tinklų analizė bei (veiksmo) eksperimentinis tyrimas.

**Rezultatai.** Tarptautinėje praktikoje labiau išvystytas e. sveikatos sistemas turinčios šalys naudoja du modelius: Velso (Danija, Olandija, Suomija, Naujoji Zelandija) ir tradicinį angliškąjį. ES trūksta teisinio reguliavimo tarp šalių diegiant e. sveikatą. Vystant e. sveikatą Lietuvoje yra stebima teigiama tendencija lyginant su 2011 metais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atlikta analize. 2011 metais tik ketvirtadalis apklaustų įstaigų turėjo įsidięgusias e. sveikatos sistemas, o mūsų atlikti tyrimai rodo, kad šiuo metu jau 67 proc. sveikatos priežiūros įstaigų specialistų e. sveikatos informacinėmis sistemomis naudojasi kiekvieną dieną. Nustatyti suinteresuotieji e. sveikata dalyviai, kurie pagal savo interesus yra sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, slaugytojos, IT specialistai, laboratorijos ir kt. specialistai), pacientai, sveikatos politiką ir IT politiką formuojantys ir įgyvendinantys sprendimų priėmėjai, IT firmų darbuotojai. Socialinio tinklo centriniais mazgais (didžiausias centriškumo laipsnis ir tarpininkavimo laipsnis) yra projektus įgyvendinančios ligoninės ir poliklinikos, kurios tampa e. sveikatos produkto savininkais, nes jos geriausiu būdu gali susirinkti informaciją apie aktualiuosius e. sveikatos poreikius. Kuriant ir diegiant e. sveikatos sistemą kol kas beveik visiškai yra ignoruojamas pacientas. Jo vaidmuo daugiau teorinis, žinant, kad jie lyg ir reikalingi produktui kurti, bet praktiškai pastangų nededama tai realizuoti. Dabartiniu laikotarpiu e. sveikatos sistemoje Lietuvoje labiausiai išvystytos šios trys e. sveikatos paslaugos: išankstinė pacientų registracija el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu. Yra stebimi dideli tiek e. sveikatos sistemos išvystymo, diegimo ir prieinamumo, tiek gyventojų ir medikų naudojimosi jomis netolygumai. E. sveikatos paslaugos daugiausiai teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose ir mažose privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Tik nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankamas e. sveikatos informacinių sistemų spektras. Dažniausiai tiek vadovai, tiek specialistai, tiek gyventojai daugiausia minėjo tris paslaugas, kurių vis dar labiausiai trūksta: receptų formos pildymas el. būdu, elektroninė sveikatos istorija, išankstinė pacientų registracija el. būdu. Gyventojų informuotumas apie e. sveikatos paslaugas yra

nepakankamas. Viena pagrindinių priežasčių, kodėl vartotojai yra ir mažai informuoti, ir per mažai naudoja e. sveikatos sistemas bei yra nepatenkinti e. sveikatos diegimo procesu, yra ne vien e. sveikatos sistemos prieinamumas, bet ir suinteresuotųjų įtraukimas į sprendimų priėmimą bei į e. sveikatos paslaugų kūrimą, kad jos būtų priimtinos vartotojams. Nors naujoves medikai vertina labiau teigiamai, tačiau patį e. sveikatos diegimo procesą ir jo mastą vis dėlto neigiamai vertinančių medikų yra žymiai daugiau negu vertinančių teigiamai. Šalia finansavimo (ES struktūrines lėšas buvo gavę tik trečdalis apklausoje dalyvavusių įstaigų), žmogiškųjų resursų stygiaus (ypač mažose ir kaimo vietovių SPĮ), teisinio reguliavimo problemų aiškiai išryškėjo naujovių diegimo procesų valdymo problemos, pavyzdžiui, darbuotojų priešinimasis pokyčiams: tam tikros darbuotojų grupės (ypač vyresnių darbuotojų) vengimas naudotis įdiegta sistema. SAM vykdo per daug funkcijų e. sveikatos srityje ir per mažai jų tenka SPĮ. Tai iš dalies galima paaiškinti e. sveikatos naujumu ir pirmojo šios sistemos etapo klaidų įvertinimu, kai e. sveikatos sistemos kūrimo procesams trūko ministerijos vadovavimo ir koordinavimo. Vis dėlto šiuo metu pasigendama ryškesnio SPĮ lyderiavimo prisiimant formuotojo funkcijas.

Suinteresuotųjų įsitraukimą skatinantis ir dalyvavimą palaikantis modelis pradėtas kurti nuo būtinų vadybinių sąlygų ir vadybinių sąlygų tarpusavio ryšių, nulemiančių suinteresuotųjų įsitraukimą ir dalyvavimo palaikymą kuriant geriausius e. sveikatos sistemos sprendimus, aprašymo. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma sukurta remiantis sveikatos sistemos ir sveikatos priežiūros valdymo inovacijų (į žmogų orientuotos, jį įgalinančios, žmogaus sveikatinimo, integruotos sveikatos priežiūros, darbo komandoje strategijos), hierarchija ir valdymo teorijų sąveika. Modelyje žinių valdymas nusako kuriamos platformos tikslus (kaupiti ir analizuoti žinias), kolektyvinio intelekto valdymas nusako e. sveikatos bendradarbiavimo platformos veikimo paskirtį (sukurti sąveiką tarp suinteresuotųjų siekiant naujos kolektyvinių žinių kokybės), suinteresuotųjų vadyba apibrėžia e. sveikatos platformos naudotojus (kas yra e. sveikatos suinteresuotieji ir kaip juos pažinti), vaidmenų grupėje teorija padeda pažinti, kaip suinteresuotieji veikia kartu ir kokie trukdžiai veikimui drauge pasireiškia. Struktūriškai modelis yra grindžiamas penkiais elementais: dalyviai, bendradarbiavimui būtinų vaidmenų rinkinys (BV), kolektyvinio intelekto valdymo priemonės (VP), žinių valdymo procesas (ŽPV) bei jų sąveika. Mi-

nėtas modelis parodo dalyvavimo trimatę prigimtį. Žinių vadybos proceso ir sąveikos efektyvumas  $E$  ( $\check{Z}VP + S$ ) yra dinaminė funkcija, priklausanti nuo kolektyvinio intelekto valdymo priemonių (VP), nuo suinteresuotųjų rinkinio pilnumo, bendradarbiavimui būtinų vaidmenų (BV) pasireiškimo kokybės ir sąveikos efektyvumo:  $E(\check{Z}VP + S) = f(VP, BV, S)$ . E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos (SBP) modelis yra grindžiamas idėjos gyvavimo ciklu, kuriame pagrindinis valdymo objektas yra idėja, kuri išgyvena visus žinių valdymo ciklus, pradedant idėjų kaupimu ir baigiant idėjų brandinimu. **Nepaisant gana sudėtingo teorinio modelio pati platforma elektroninėje erdvėje praktiškai yra labai paprasta ir prieinama vartotojams (žr. <http://ehealth.lt>).** E. sveikatos bendradarbiavimo platforma sukuria šias e. sveikatos sistemai skirtas naudas: mokymąsi, dalijimąsi žinojimu dalyvavimo metu, pasitikėjimu grįstų tinklų kūrimąsi, žinių proceso skatinimą ir kūrimą, idėjų generavimą ir jų kaupimą. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymas parodė akivaizdų e. sveikatos bendradarbiavimo platformos poreikį. Jau eksperimento metu paaiškėjo, kad suinteresuotieji turi informacijos ir žinių apie e. sveikatos sistemos plėtrą ir problemas, bet taip pat jaučia informacijos atnaujinimo poreikį. Išbandymas atskleidė dalyvių patirtą pasitenkinimą dėl įtraukimo ir diskusijos galimybių. Balsavimas už alternatyvius siūlymus taip pat atspindėjo įsitraukimo ir didesnio dalyvavimo poreikį, kuris gali būti traktuojamas kaip motyvacijos plėtoti e. sveikatos sistemą vertybė.

E. sveikatos bendradarbiavimo platformoje dalyvių išskeltos problemos bei pasiūlyti jų sprendimo būdai tęstiniame procese pritaikant sukurtą modelį per sveikatos valdymo inovacijas ir socialinių technologijų galimybes, taip pat įgyvendinant valdymo teorijų sąveiką sukuria nuolatinį ir dabartiniame laike savaime besiatsinaujinantį politinių, organizacinių ir vadybinių priemonių dinaminį rinkinį, kuris yra vertingas priimant e. sveikatos vystymo sprendimus. Todėl sukurta suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma automatiškai pateikia ir atnauja politines organizacines ir vadybines priemones esamuoju laiku.

## PADEKA

---

Monografijos rengėjai nuoširdžiai dėkingi Sveikatos apsaugos ministerijos E. sveikatos koordinavimo ir įgyvendinimo skyriaus darbuotojams už suteiktas konsultacijas, sveikatos priežiūros įstaigų bei informacinių technologijų kompanijų vadovams ir jų personalui už apklausoms bei platformai išbandyti skirtą laiką ir pasidalijimą savo e. sveikatos sistemos vystymo išvalgomis.

Mykolo Romerio universiteto mokslininkų komanda dėkoja Lietuvos mokslo tarybai už paramą ir pagalbą vykdant Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę finansuojamą projektą „E-sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029).

Studijos autoriai pabrėžia, kad Sveikatos apsaugos ministerija ir Lietuvos mokslo taryba nėra atsakingos už šioje studijoje pateiktą turinį.



## IVADAS

---

Kaip teigiama moksliniame projekte „E-sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“, „nuolat modernėjančios technologijos veržiasi į kasdieninį socialinį-ekonominių gyvenimą turėdamos ir darydamos didelę įtaką jo kokybei. Sveikatos apsaugos sektorius vis labiau tampa priklausomas nuo informacinių ir ryšių technologijų, padedančių plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa buvo parengta siekiant subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ir ryšių technologijų diegimo galimybes, nacionalines bei globalias tendencijas, artimiausio ir tolimesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę“<sup>3</sup>.

***Praktinį tiriamos problemos aktualumą*** pabrėžia EK dokumentai šioje srityje ir vykstantys atitinkami procesai ES šalyse narėse. „2004 m. balandžio mėn. EK priėmė e. sveikatos veiksmų planą ir paragino ES šalis nares priimti nacionalines e. sveikatos plėtros strategijas bei jas lydinčius veiksmų planus siekiant efektyvaus jų įgyvendinimo. Netrukus plataus spektro e. sveikatos infrastruktūra ir e. sveikatos informacinės sistemos tapo vienu pagrindinių elementų strateginiuose sveikatos sektoriaus dokumentuose, o informacijos ir komunikacijos technologijų diegimas į sveikatos priežiūros sektorių pradėtas sieti su saugių, efektyviai teikiamų, aukštos kokybės ir į pacientą orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Tačiau nepaisant ambicingų planų ir su jais susijusių lūkesčių, nuo pat pradžių ši procesą dažnai lydi su kompleksinių IKT projektų žlugimu susijęs nusivylimas. Daugelis ES šalių narių susiduria su e. sveikatos plėtros nacionaliniame lygmenyje sunkumais, o retai pasitaikančios geros praktikos dar yra mažai analizuotos. Lietuva šiame kontekste taip pat nėra išimtis – kaip teigiama LR valstybės kontrolės ataskaitose (2008, 2011), nuo 2006 m. kuriama e. sveikatos sistema Lietuvoje neveikia. Panašias išvadas yra pateiku-

---

<sup>3</sup> Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.

sios ir kitų šalių viešuosius finansus prižiūrinčios valstybinės institucijos (pvz., Prancūzijos bei Anglijos), tuo tarpu pasiteisinę modeliai yra mažai analizuoti (pvz., Velso, Nyderlandų ar Danijos)<sup>4</sup>. Todėl nagrinėti šį procesą nūdienos perspektyvoje yra vertinga.

**Teorinis problemos aktualumas** šioje mokslinėje monografijoje pirmiausia yra siejamas su didėjančiu skaičiumi mokslinių tyrimų, kurie analizuoja informacinių sistemų diegimą organizaciniame kontekste (Orlikowski ir Baroudi, 1991; Neumann et al., 1996; Scholl, 2004; Aubert, 2008 ir kt.). Viena vertus, pabrėžiama, kad IKT diegimas turi didelį potencialą gerinant sveikatos priežiūros įstaigų darbą (Neumann et al., 1996; Scholl, 2004 ir kt.), bet kartu pripažįstama, kad laukiama nauda gali būti pasiekama tik tuomet, jei diegiamos informacinės sistemos yra tinkamai sukurtos ir įdiegtos (Heeks et al., 1999; Scholl, 2004 ir kt.). „Tinkamumas“ šiame kontekste pirmiausia siejamas su dėmesio kreipimu į pokyčių vadybos organizacijose ypatumus (taip pat ir suinteresuotų pusių įtraukimo perspektyvą), kurių svarba sveikatos priežiūros sektoriuje, manoma, yra dar didesnė nei kituose sektoriuose (Cho et al., 2007; Butler ir Murphy, 2007).

Suinteresuotų pusių vaidmuo technologinių pokyčių vadybos organizaciniuose kontekstuose yra plačiai tyrinėjamas moksliniuose darbuose (pvz., Hirschheim ir Klein, 1989; Bravo, 1993; Lyytinen ir Robey, 1999; Gallivan ir Keil, 2003; Scholl, 2004; Chang, 2006 ir kt.), gerosios praktikos pavyzdžiai bei pasiteisinusią užsienio šalių e. sveikatos plėtros praktiniai procesai Lietuvoje taip pat pradėti analizuoti (Juciūtė, 2009; Rotomskienė, 2011, 2012, Štaras, 2013). Naujo **tyrimo poreikį** formuoja tai, kad iki šiol pateiktų tyrimų rezultatai, kuriuose vyravo techniniai ir ekonominiai aspektai, nepateikia atsakymų į visus su IKT diegimu organizaciniuose kontekstuose (ir ypač sveikatos priežiūros sektoriuje) klausimus, tokie projektai vis dar yra labai aukšto sėkmingo įgyvendinimo rizikos laipsnio (Scholl, 2004) ir dažnai veda prie neefektyvaus investicijų naudojimo ir nesėkmingai pertvarkytų darbo organizavimo procesų (Mustonen-Ollila ir Lyytinen, 2003). Poreikis naujų tyrimų, kurie kreiptų didesnę dėmesį į socialinių procesų modelius, šiandien yra nuolat pabrėžiamas mokslinėje literatūroje (Mingers, 2001, 2003, 2004; Mustonen-Ollila ir Lyytinen, 2003; Doolin, 2004; Boudreau, 2005; Choudrie, J. ir Dwivedi, Y. K., 2005 ir kt.).

---

<sup>4</sup> *Ibid.*

E. sveikatos sistemos plėtros gairės yra orientuotos į gyventojus, jų sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ankstyvą ligų diagnostiką bei savalaikį gydymą, teikiant jiems tiesiogines ir netiesiogines (per sveikatinimo veikloje dalyvaujančius sveikatos sistemos darbuotojus) paslaugas. Naujų technologijų diegimas didina sveikatos priežiūros institucijos darbo efektyvumą ir keičia jos darbo pobūdį bei suteikia galimybę elektroninės informacijos, susijusios su pacientų sveikata, judėjimą tarp organizacijų pagal nacionaliniu lygiu patvirtintus standartus.

Ši mokslo monografija remiasi **idėja**, kad „**suinteresuotų pusių įtraukimas į e. sveikatos plėtros procesus gali paskatinti efektyvesnę inovacijų sveikatos priežiūros srityje diegimą bei didesnę pasiektų pokyčių tvarą**“, o tai yra kritiškai svarbu inovatyvios sveikatos politikos vystymui. Suinteresuotų pusių įtraukimas nacionalinio e. sveikatos plėtros procese turi keletą lygių poveikio potencialą siekiant inovatyvumo ir pokyčių tvaros. Į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros organizavimas iš esmės reikalauja naujų darbo organizavimo ir paslaugų teikimo modelių. Būdai ir priemonės, kuriomis suinteresuotos pusės yra įtraukiamos į nacionalinį e. sveikatos plėtros procesą, yra labai svarbios, nes būtent nuo jų priklauso įtraukimo naudos efektyvumas. Pagrindą idėjai davė geroji užsienio ir Lietuvos praktika, taip pat atsirandantys mokslinių tyrimų įrodymai.

Monografijoje pristatomo kompleksinio tyrimo **tikslas** – įvertinti e. sveikatos plėtros mastą ir tendencijas iš suinteresuotųjų pusių, kaip svarbiausio e. sveikatos diegimo sėkmės veiksnio, tinklinės perspektyvos siekiant inovatyvumo ir tvaros sveikatos sistemoje.

**Uždaviniai** yra:

1. Išanalizuoti ir apibendrinti suinteresuotųjų pusių dalyvavimo, kaip vieno svarbiausio e. sveikatos diegimo sėkmės veiksnio, tarptautinius gerosios praktikos pavyzdžius.
2. Nustatyti ir charakterizuoti suinteresuotąsias puses nacionalinėje e. sveikatos sistemoje (naudojant tinklinių socialinių ryšių analizę).
3. Ištirti e. sveikatos kūrėjų, diegėjų ir naudotojų (suinteresuotų pusių) įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas.
4. Sukurti integruotą e. sveikatos diegimo platformą, skatinančią tinklinę suinteresuotųjų pusių įsitraukimo ir dalyvavimo perspektyvą.
5. Išbandyti integruotą tinklinę e. sveikatos diegimo platformą ir nustatyti jos funkcionavimo trukdžius ir riziką.

6. Sukurti politines, organizacines, vadybines priemones integruotos tinklinės e. sveikatos platformos įgyvendinimui siekiant inovatyvumo ir tvaros.

**Tyrimų objektas** – IKT diegimo procesas sveikatos priežiūros sektoriuje nacionaliniame lygmenyje ir suinteresuotųjų pusių vaidmuo siekiant inovacijų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo procese plėtojimo, nuolatinio paslaugų kokybės gerinimo bei su šiais procesais susijusių organizacinių pokyčių tvaros<sup>5</sup>.

**Mokslinio tyrimo išskirtinumas** remiasi idėja, kad IKT diegimas sveikatos priežiūros sektoriuje labiau yra socialinis organizacinis nei techninis procesas, nors pastarasis supratimas dažnai vyrauja tarp politikos formuotojų.

Monografiją sudaro septyni skyriai. **Pirmąjį skyrių „E. sveikata ir teisinis reguliavimas“** sudaro dvi pagrindinės dalys: poskyris apie e. sveikatos teisinį reguliavimą ES, kai kuriose užsienio valstybėse (išskiriant ES valstybes ir ne ES valstybes) bei Lietuvoje ir poskyris apie elektroninio sveikatos įrašo teisinį reguliavimą, pateikiamas kaip pavyzdys. Teisinė aplinka labai svarbi e. sveikatos sistemų vystymui ir paplitimui, tad e. sveikatos teisinio reguliavimo analizė bei atskiro elektroninio sveikatos įrašo (kaip savarankiško instituto) teisinių aspektų pristatymas įneša naudingą indėlį į tolesnius empirinius tyrimus ir monografijos rezultatus. Skyriaus poskyrių gale suformuluoti pasiūlymai padės tiems, kas ateityje prisidės prie e. sveikatos teisinės aplinkos Lietuvoje tobulinimo.

**Antrajame skyriuje „Užsienio šalių patirtis“** pristatoma kai kurie praktiniai sėkmingai plėtojamoms e. sveikatos pavyzdžiai. E. sveikatos įgyvendinimas ir jos turinys gana stipriai skiriasi tarp šalių. Labiausiai išsivysčiusių e. sveikatos sritį šalių grupė taiko vadinamąjį „Velso požiūrį“ (joms priskirtina Danija, Olandija, Suomija, Naujoji Zelandija, taip pat Velsas), kitos šalys taiko labiau tradicinį, vadinamąjį „angliškąjį požiūrį“.

**Trečiajame skyriuje „E. sveikatos projektų Lietuvoje analizė“** siekiama atskleisti suinteresuotuosius e. sveikata ir aplinką (kontekstą ir „realybę“), kurioje projektai formavosi. Pristatant e. sveikatos projektų tikslus,

<sup>5</sup> Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtos integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1–3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.

uždavinius, taip pat apibendrinant projektų tikslines grupes, jų vykdytojus, partnerius bei kitus suinteresuotuosius, pagrindinius projektų finansavimo šaltinius, IT kompanijų, laimėjusių viešuosius projektų įgyvendinimo pirkimus, pavadinimus, nagrinėjant projektų būklę ir įgyvendinimo terminus išryškėja pagrindinės e. sveikata suinteresuotosios grupės. Taip pat šiame skyriuje pateikiamas pavyzdys – viena „Atvejo studija: suinteresuotųjų šalių dalyvavimas – Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikos patirtis kuriant ir diegiant slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninę paslaugą“, kur pristatomas konkretus e. sveikatos plėtros Lietuvoje atvejis, IS kūrimas ir diegimas sveikatos priežiūros įstaigose bei parodoma, kiek jis reikalauja sudėtingų organizacinių priemonių, žmogiškųjų išteklių, įstaigos turimų IT bei tinkamos informacijos sklaidos IS kūrimo ir diegimo metu. Konkrečiu pavyzdžiu patvirtinama, kiek svarbu suinteresuotųjų sėkmingas dalyvavimas procese ir kaip sunku jį užtikrinti.

**Ketvirtajame skyriuje „E. sveikatos sistemos naudojimas Lietuvoje vartotojų požiūriu“** pristatomi trijų kiekybinių tyrimų rezultatai, kuriais nustatyta suinteresuotųjų pusių įtraukimo mastas ir tendencijos e. sveikatos plėtros procese Lietuvoje. E. sveikatos kūrėjų, diegėjų ir naudotojų sociologinių kiekybinių tyrimų analizės pagrindu įvertintas sveikatos priežiūros įstaigų personalo, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų bei gyventojų informuotumas apie e. sveikatos informacines technologijas, naudojimąsi technologijomis, e. sveikatos technologijų vertinimas Lietuvoje bei atitinkamoje sveikatos priežiūros įstaigoje, atskleisti e. sveikatos technologijų diegimo proceso ypatumai ir problemos.

**Penktajame skyriuje „Kokybinis tyrimas: e. sveikatos dalyvių vaidmenys ir problemos“** pristatoma empiriniame tyrime nuodugniau analizuota sveikatos informacijos skaitmeninimo ir keitimosi šia informacija elektroniniu būdu plėtra, analizuojamos plėtros neefektyvumo priežastys ir pagrindiniai kliuviniai kuriant e. sveikatos sistemą. Nagrinėjama, kaip respondentai suvokia savo ir kitų e. sveikatos sistemos dalyvių vaidmenis. Analizė pateikta pagal penkių suinteresuotųjų grupių vaidmenis: Sveikatos apsaugos ministerijos, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų, išorinių IT įmonių, sveikatos priežiūros įstaigų specialistų bei medicinos personalo ir pacientų.

Šeštajame skyriuje „E. sveikatos projektų suinteresuotųjų vaidmenys: socialinių tinklų analizė“ pristatomi dar vieno originalaus kokybinio tyrimo duomenys. Atliekant socialinių tinklų analizę, buvo keliamas tikslas

ištirti Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimo ir įgyvendinimo procese jau veikiančius suinteresuotuosius ir geriau pažinti, koks yra jų vaidmuo visoje e. sveikatos kūrimo grandinėje. Socialinių tinklų analizė leidžia rekonstruoti, kaip suinteresuotieji dalijasi vaidmenimis tinkle ir kaip tai atspindi įvairias įtraukimo praktikas.

**Septintasis skyrius vadinasi „E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma“.** Prieš tai atliktais tyrimais nustatyta, kad e. sveikatos sistemų vystymo sunkumus gali padėti spręsti suinteresuotųjų įtraukimo didinimo priemonės, tokios kaip įtraukimą ir bendradarbiavimą skatinanti elektroninė platforma, kuri būtų skirta e. sveikatos suinteresuotųjų sąveikai kurti ir e. sveikatos problemoms spręsti esamuoju laiku. Norėdami sukurti tokią platformą, aprašėme e. sveikatos sistemos vietą vyraujančių sveikatos inovacijų kontekste, parenkant suinteresuotųjų įsitraukimo platformai naujausias turimas technologijas. Taip pat buvo apžvelgtos vyraujančios vadybos mokslo paradigmos, galinčios pagrįsti geresnio įsitraukimo į e. sveikatos kūrimą platformos elementus. Apibrėžta ir suinteresuotųjų vaidmenų svarba, kuria remiantis buvo sukurtas ir išbandytas dalyvavimo ir įsitraukimo modelis. Šiuo modeliu yra grindžiama e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos struktūra. Ši įtraukimą ir bendradarbiavimą skatinanti elektroninė platforma ir yra mokslo įrodymais ir socialinėmis technologijomis pagrįsta pagrindinė politinių organizacijų ir vadybinių priemonių inovacija.

Esame dėkingi monografijos recenzentams prof. dr. Tadui Sudnickui, prof. habil. dr. Viliui Grabauskui, prof. dr. Arūnui Andziuliui už pastabas ir komentarus. Jie padėjo patobulinti ir išleisti monografiją, pristatančią autorių išvalgas, aktualią e. sveikatos srities profesionalams, tyrėjams ir studentams.

# 1. E. SVEIKATA IR TEISINIS REGULIAVIMAS

---

prof. dr. Darius Štītis

## 1.1. E. sveikatos teisinis reguliavimas ES

Kaip teigiama komunikate „E. sveikatos veiksµų 2012–2020 m. planas: inovatyvi sveikatos apsauga XXI a.“<sup>6</sup>, teisinių barjerų šalinimas yra kritiškai svarbus e. sveikatos vystymui Europoje. Todėl yra svarbu, kokių priemonių imasi pati ES tam, kad koordinuoti e. sveikatos teisinio reguliavimo sritį ES valstybėse. Taip pat svarbu, kaip atskirose ES valstybėse reglamentuojama e. sveikatos sritis. Palyginimui svarbu išanalizuoti ir kai kurias ne ES valstybes bei jose egzistuojančią e. sveikatos teisinę aplinką. Šios analizės kontekste nagrinėtinas ir e. sveikatos teisinis reguliavimas Lietuvoje.

### Tyrimų uždaviniai

1. Išanalizuoti e. sveikatos teisinį reguliavimą ES.
2. Išanalizuoti e. sveikatos teisinį reguliavimą kai kuriose ES valstybėse bei kai kuriose ne ES valstybėse.
3. Išanalizuoti e. sveikatos teisinį reguliavimą Lietuvoje.

### Metodai

Tyrimo uždaviniams pasiekti taikyti šie tyrimo metodai: lyginimo, dokumentų analizės, dedukcijos. Tiriant ES, atskirų užsienio valstybių bei Lietuvos teisės aktus e. sveikatos srityje, pasitelktas lyginimo metodas (lyginamos teisės normos, susijusios su bendruoju teisiniu e. sveikatos reguliavimu, sutikimo institutu tvarkyti asmens duomenis apie sveikatą ir kt.). Galiojančio e. sveikatos įrašo teisiniam reguliavimui nustatyti taikytas empirinis teisinių dokumentų analizės metodas. Šis metodas leidžia ištyrus oficialius dokumentus tiksliai nustatyti ir aprašyti galiojančią atitinkamo santykio teisinį reguliavimą. Naudojant mokslinės literatūros

---

<sup>6</sup> Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. EHealth Action Plan 2012-2020-Innovative healthcare for the 21st century. COM/2012/0736 final. Briuselis, 2012 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52012DC0736:EN:NOT>, 4.3 p.

šaltinius, taikytas dedukcijos metodas, leidžiantis daryti pakankamai patikimas išvadas.

### **Tyrimų rezultatai**

Tyrimas atskleidė, kad ES šiuo metu e. sveikatos srityje didžiąja dalimi kol kas formuojama e. sveikatos vizija, taip pat pradėtas reglamentuoti kai kurių procesų (gairių priėmimas ir kt.) inicijavimas. Tai vertintina daugiau kaip pradiniai veiksmai e. sveikatos srityje, kuriant regioninę bendrą e. sveikatos politiką. Kiek tai susiję su privalomais teisės aktais e. sveikatos srityje, Pacientų teisių direktyva 2011/24/ES tik inicijuoja kai kuriuos procesus e. sveikatos srityje (gairių rengimas ir kt.), tačiau kol kas nenumato e. sveikatos regioninės sistemos veiklos principų ir neužtikrina tokios sistemos praktinio veikimo nuo nurodytos datos.

Asmens duomenų apsauga e. sveikatos srityje ES reglamentuojama bendromis privatumo apsaugos normomis, tačiau šioje srityje pakankamai svarbi duomenų apsaugos reforma. Reglamento projekte daug dėmesio skiriama sutikimo tvarkyti duomenis apie sveikatą institutui. Tačiau šios reformos dokumentai dar galutinai nepriimti. Tvarkant asmens duomenis sveikatos sistemose taip pat svarbu atsižvelgti ir į Bendrosios duomenų apsaugos direktyvos 29 straipsnio darbo grupės nuomonę.

**E. sveikatos teisinis reguliavimas ES valstybėse šiuo metu sparčiai vystomas, tačiau vis dėlto matyti daug skirtumų, pasigendama vienos e. sveikatos teisinio reguliavimo politikos ir strategijos. Taikomi skirtingi elektroninio sveikatos įrašo modeliai. Labai skirtingai reglamentuojamas ir sutikimas tvarkyti asmens duomenis e. sveikatos tikslais. Be to, nacionalinės teisės normos nagrinėtose valstybėse nereglamentuoja e. sveikatos sistemų suderinamumo su kitose ES valstybėse esančiomis e. sveikatos sistemomis. Kiek tai susiję su teisine atsakomybe piktnaudžiaujant ar nerūpestingai tvarkant informaciją elektroniniuose sveikatos įrašuose, visose tirtose valstybėse taikoma bendroji atsakomybė, speciali atsakomybė nėra nustatyta.**

E. sveikatos srities teisinio reguliavimo procesai sparčiai vyksta ir kitose ne ES užsienio valstybėse. Paminėtina, kad teisinis reguliavimas visų pirma įvedamas pradėdant nuo pamatinių teisės normų (įstatymų) ir vėliau reglamentuojant lydimaiais teisės aktais. Vis dėlto pastebima daug skirtumų reglamentuojant e. sveikatą, tiek lyginant šias valstybes tarpusavyje,



ties su Europos valstybėmis (skirtingi reguliavimo instrumentai ir kt.).

Lietuvoje galioja tiek E. sveikatos plėtros strategija, tiek E. sveikatos sistemos plėtros programa, tiek E. sveikatos sistemos plėtros programos įgyvendinimo priemonių planas. Tačiau visi šie dokumentai numato tikslus ir priemones iki 2015 metų. Pamatiniame e. sveikatos teisiniame reguliavime kol kas nėra įtvirtinta svarbių nuostatų dėl elektroninio sveikatos įrašo / elektroninės sveikatos istorijos, o pamatinis teisinis reguliavimas, susijęs su pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimu, neatitinka šių dienų realijų. Asmens duomenų apsaugos klausimai e. sveikatos sistemose reglamentuojami bendrosiomis teisės normomis privatumo apsaugos srityje.

### ES dokumentai e. sveikatos srityje

Kaip nurodoma Pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo direktyvos preambulėje, sveikatos sistemos Europos Sąjungoje laikomos vienu iš pagrindinių socialinės apsaugos komponentų. Tai užtikrinti padeda atitinkamas teisinis reguliavimas<sup>7</sup>. Todėl svarbu išnagrinėti, kaip Europos Sąjungoje reglamentuojama ir unifikuojama ši visuomenei svarbi sritis. Be to, Europos Sąjungos teisės aktai, Lietuvai įstojus į ES, gana stipriai veikia ir Lietuvos nacionalinę teisę. Todėl ir Lietuvos kontekste svarbu apžvelgti, kokie teisiniai dokumentai yra priimti ES lygiu e. sveikatos srityje.

Nors šiuo metu Europos Sąjungoje nėra vienos už e. sveikatą atsakingos teisės aktų leidybos funkciją vykdančios institucijos<sup>8</sup>, vis dėlto Europos Sąjungoje gana aktyviai reglamentuojama e. sveikatos sritis. Taip pat paminėtina, kad šioje monografijoje nekeliamas tikslas išvardinti visus buvusius ir esamus teisės aktus ar kitokio pobūdžio dokumentus e. sveikatos srityje, apsiribojama tik pagrindinių teisės aktų ir dokumentų analize.

*Visų pirma*, paminėtini keli ES komunikatai, kurie, nors ir nėra teisiškai įpareigojantys dokumentai, tačiau nurodo ES matymą bei kryptį e. sveikatos srityje.

<sup>7</sup> Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“. Briuselis [žiūrėta 2014-12-04]. 2011 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>, preamb. 2–3 p.

<sup>8</sup> George, C., Whitehouse, D., Duquenoy, P. (2013). *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*. Berlin: Springer-Verlag, p. 7.

### 1.1.1. Komunikatas „E. sveikata – sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas Europos gyventojams: veiksmų planas Europos e. sveikatos erdvei“

Europos Komisija 2004 m. paskelbė ES strateginį dokumentą e. sveikatos klausimu – „E. sveikata: sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas Europos gyventojams – veiksmų planas Europos e. sveikatos erdvei“<sup>9</sup>. Šiame komunikate konstatuojama, kad e. sveikata yra trečia didžiausia Europos sveikatos sektoriaus sritis, pabrėžiamas e. sveikatos valdymo ir vadovavimo, sistemų ir elektroninių įrašų suderinamumo, pacientų katalogo, naujų technologijų ir metodų plėtros, investicijų subalansavimo, teisinės aplinkos ir bendros ES e. sveikatos erdvės kūrimo poreikis.

Nurodomi šie pagrindiniai e. sveikatos sistemų plėtros iššūkiai:

- a) sveikatos priežiūros įstaigų įsitraukimas ir lyderiavimas;
- b) e. sveikatos sistemų suderinamumas;
- c) e. sveikatos sistemų ir paslaugų pritaikymas vartotojų poreikiams;
- d) teisinio reguliavimo trūkumas ir e. sveikatos rinkos Europoje fragmentacija;
- e) konfidencialumo ir privatumo klausimai;
- f) pacientų mobilumas;
- g) europinių informacinių tinklų įsteigimas;
- h) vartotojų poreikiai ir interesai;
- i) visų prieiga prie e. sveikatos;
- j) bendras visų įsitraukusių pusių supratimas bei pastangos.

E. sveikatos teisiniams ir reguliavimo klausimams komunikate skiriama gana mažai dėmesio. Teigiama, kad ES turi būti įdiegti bendri e. sveikatos paslaugų kvalifikacijos standartai. Taip pat komunikate teigiama, kad yra pageidautina nustatyti aiškius e. sveikatos produktus ir atsakomybę už paslaugas teisės aktuose (ypač žalos pacientui atveju). Komunikate taip pat teigiama, kad tam tikras trukdis yra skirtingos nacionalinės teisinio reguliavimo sistemos, kurios turi būti unifikuojamos<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> 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. Brussels, 2004 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF>.

<sup>10</sup> Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. e-Health -

Dėl konfidencialumo ir privatumo komunikate akcentuojami etikos kodeksai privatumo ir asmens duomenų apsaugos srityje, kuriuos galėtų taikyti e. sveikatos sistemos dalyviai. Kitaip tariant, skatinami savireguliacijos mechanizmai.

### 1.1.2. E. sveikatos veiksmų 2012–2020 m. planas – inovatyvi sveikatos priežiūra XXI amžiuje

Kitas labai svarbus dokumentas – „E. sveikatos veiksmų 2012–2020 m. planas: inovatyvi sveikatos priežiūra XXI a.“<sup>11</sup> (toliau – E. sveikatos veiksmų 2012–2020 m. planas). 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. Šis naujasis veiksmų planas išskiria / patikslina e. sveikatos viziją Europoje. Šis planas pristato ir konsoliduoja veiksmus, kad atsirastų visos galimybės, kurias gali suteikti e. sveikata, taip pat apibrėžia ES vaidmenį šioje srityje ir skatina valstybes nares bei atitinkamus subjektus dirbti kartu siekiant užsibrėžtų tikslų.

E. sveikatos veiksmų 2012–2020 m. plano 2.3 punkte nurodomi konkretūs e. sveikatos vystymo trukdžiai. Vienas iš barjerų – teisinio aiškumo stoka, kiek tai susiję su mobiliomis sveikatos aplikacijomis, taip pat skaidrumo trūkumas utilizuojant duomenis, surinktus naudojant šias aplikacijas.

Teisiniams klausimams plane skirtas visas 4.3 punktas. Jame teigiama, kad teisinių barjerų šalinimas yra kritiškai svarbus e. sveikatos vystymui Europoje. Prie šio tikslo jau prisideda Pacientų teisių taikymo direktyva, kuri detalizuoja pacientų teises, susijusias su sveikatos priežiūra, kertančia valstybių sienas (angl. *cross border healthcare*).

Europos Komisijos darbinis dokumentas dėl egzistuojančio telemedicinos paslaugų ES reguliavimo taikymo detalizuoja ES teisės aktus, taikomus tokiems klausimams kaip apmokėjimas, atsakomybė, sveikatos priežiūros darbuotojų licencijavimas ir duomenų apsauga.

---

making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. COM/2004/356 final. Briuselis, 2004 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF>, 4.2.7 p.

<sup>11</sup> Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. EHealth Action Plan 2012-2020-Innovative healthcare for the 21st century. COM/2012/0736 final. Briuselis, 2012 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52012DC0736:EN:NOT>.

E. sveikatos veiksmų 2012–2020 m. plane, kiek tai susiję su teisinio reguliavimo problemomis, skiriamos dvi svarbios sritys:

a) duomenų apsaugos taisyklių peržiūra.

Efektyvi asmens duomenų apsauga yra svarbi užtikrinant pasitikėjimą e. sveikatos sistema. Duomenų apsauga taip pat yra esminis kriterijus vystant tarpvalstybinį e. sveikatos naudojimą.

Duomenų apsaugos klausimus taip pat reikia spręsti ir debesų kompiuterijos atžvilgiu, kadangi ši infrastruktūra gali būti naudojama teikiant e. sveikatos paslaugas.

Labai svarbus šioje srityje Komisijos pasiūlytas Duomenų apsaugos reglamento projektas<sup>12</sup>, jis šiuo metu yra svarstomas ir jam, tikėtina, artimiausiu metu bus pritarta.

b) teisinio aiškumo stoka, kiek tai susiję su mobilia sveikata (angl. *mHealth*).

Teigiama, kad pastaruoju metu mobilių aplikacijų kiekiai daugėja. Tokios aplikacijos suteikia didžiules galimybes e. sveikatos srityje. Po truputį nyksta riba tarp sveikatos paslaugų, kurias teikia sveikatos priežiūros įstaigos, ir savarankiškai gaunamų sveikatos paslaugų. Tinklo operatoriai, įrangos teikėjai, programinės įrangos gamintojai ir sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai – visi siekia aiškumo, kokią reikšmę turės teikiant mobilies sveikatos paslaugas.

Teigiama, kad tolesnis teisinis aiškumas reikalingas mobilios sveikatos srityje. Dabartinis teisinis režimas kelia daug klausimų, pavyzdžiui, duomenų, surinktų per mobiliąsias aplikacijas, naudojimas; ar tokie surinkti duomenys bus integruoti į e. sveikatos sistemas; duomenų kokybė, skaidrumas ir kt.

Europos Komisija planuoja priimti žaliają knygą, kiek tai susiję su mSveikata bei susijusiomis aplikacijomis.

ES valstybės narės turėtų atsižvelgti į šių komunikatų nuostatas ir savo nacionalinę teisę orientuoti taip pat ir sprendžiant komunikatuose paminėtas problemas.

<sup>12</sup> Commission proposes a comprehensive reform of the data protection rules. Brussels, 2012 [žiūrėta 2014-12-02]. [http://ec.europa.eu/justice/newsroom/data-protection/news/120125\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/newsroom/data-protection/news/120125_en.htm).

### 1.1.3. 2008 m. liepos 2 d. Europos Komisijos rekomendacija dėl tarpvalstybinio elektroninių sveikatos įrašų suderinimo (2008/594/EB)

Ši teisiškai neįpareigojanti, 2008 m. priimta, tačiau vis dar aktuali rekomendacija pateikia gaires, kaip kurti ir diegti suderinamas elektroninių sveikatos įrašų sistemas, suteikiančias galimybę teisėtai medicinos ar sveikatos priežiūros tikslais tarpvalstybinio lygmeniu keistis Bendrijoje pacientų duomenimis. Tokios elektroninių 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, ir jei nepažeidžiamos pagrindinės paciento teisės į privatumą ir duomenų apsaugą<sup>13</sup>.

Rekomendacijoje pateikiami siūlymai užtikrinti elektroninių sveikatos įrašų sistemų tarpvalstybinį suderinamumą ir imtis priemonių politiniu, organizaciniu, techniniu, semantiniu bei švietimo ir informavimo lygmeniu<sup>14</sup>. Be to, akcentuojama ir sertifikavimo bei asmens duomenų apsaugos užtikrinimo svarba.

Apibendrinant galima teigti, kad ES komunikatai formuoja viziją e. sveikatos srityje. Akcentuojamas e. sveikatos sistemos ES unifikavimas bei suderinamumas ir teisinio reguliavimo svarba. Vis dėlto šių komunikatų priėmimas vertinamas kaip pradiniai veiksmai e. sveikatos srityje.

*Antra*, be teisiškai neįpareigojančių dokumentų, ES yra priimtos kelios direktyvos, kurios Lietuvoje turi būti perkeltos į ES valstybių nacionalines teisės sistemas.

### 1.1.4. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo

Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo<sup>15</sup> (toliau – Pacientų teisių direktyva) nustatomos taisyklės, skirtos sudaryti

<sup>13</sup> Komisijos rekomendacija dėl tarpvalstybinio elektroninių sveikatos įrašų sistemų suderinamumo (EB/2008/594). Briuselis, 2008 [žiūrėta 2014-12-08]. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32008H0594&from=EN>, 1 p.

<sup>14</sup> *Ibid.*, 4a p.

<sup>15</sup> Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“. Briuselis, 2011 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:lt:PDF>.

palankesnes sąlygas pasinaudoti saugiomis ir aukštos kokybės tarpvalstybinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, o valstybės narės skatinamos bendradarbiauti sveikatos priežiūros srityje, visiškai pripažįstant nacionalinę kompetenciją sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo srityje. Šia direktyva taip pat siekiama paaiškinti jos ryšį su esama socialinės apsaugos sistemų koordinavimo tvarka, Reglamentu (EB) Nr. 883/2004), kad būtų įgyvendintos pacientų teisės<sup>16</sup>.

Jau direktyvos preambulėje, 57 punkte, teigiama, kad turi būti užtikrintas e. sveikatos sprendimų suderinamumas tarp valstybių narių. Nors ši nuostata yra preambulėje ir neturi būti įgyvendinama nacionaliniuose teisės aktuose, nuostata parodo ES kryptį, kokio rezultato bus siekiama ateityje.

E. sveikatai Pacientų teisių direktyvoje skirtas 14 straipsnis. Šio straipsnio 1 dalyje deklaruojama, kad yra remiamas valstybių narių bendradarbiavimas ir keitimasis informacija savanoriškame tinkle, vienijančiame valstybių narių paskirtas už e. sveikatą atsakingas nacionalines institucijas, ir tam sudaro palankias sąlygas.

Pagal Pacientų teisių direktyvą, e. sveikatos tinklo tikslai yra tokie:

- a) *„siekti užtikrinti Europos e. sveikatos sistemų ir paslaugų bei sąveikių taikomųjų programų tvarią ekonominę ir socialinę naudą, kad būtų užtikrintas aukštas patikimumo ir saugumo lygis, gerinamas priežiūros tęstinumas ir užtikrinta galimybė naudotis saugiomis ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis.*
- b) *parengti gaires dėl:*
  - *neišsamaus duomenų, kurie turi būti įtraukiami į pacientų duomenų santraukas ir kuriais sveikatos priežiūros specialistai gali keistis, kad būtų užtikrintas priežiūros tęstinumas ir pacientų sauga kitose valstybėse, sąrašo;*
  - *veiksmingų metodų, kuriais sudaromos sąlygos naudoti medicinos informaciją visuomenės sveikatos ir mokslinių tyrimų tikslais.*
- c) *padėti valstybėms narėms rengti bendras identifikavimo ir autentifikavimo priemones, kad būtų sudarytos palankesnės sąlygos perduoti duomenis teikiant tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas.“<sup>17</sup>*

<sup>16</sup> Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“. Briuselis, 2011 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:lt:PDF>, 1 str. 1 p.

<sup>17</sup> *Ibid.*, 14 str. 2 d.

Tikslų, kurie nurodyti b ir c punktuose, pagal Pacientų teisių direktyvą, turi būti siekiama deramai laikantis duomenų apsaugos principų, kaip nustatyta visų pirma direktyvose 95/46/EB ir 2002/58/EB.

Paminėtina, kad pagal Pacientų teisių direktyvos 4 straipsnį, gydymo valstybė narė turi užtikrinti, kad „*siekiant užtikrinti gydymo tęstinumą, pacientai, kuriems buvo suteiktas gydymas, turėtų teisę į rašytinius arba elektroninius tokio gydymo medicininius dokumentus ir jiems turėtų būti suteikta teisė gauti bent šių dokumentų kopiją remiantis nacionalinėmis priemonėmis, įgyvendinančiomis Sąjungos nuostatas dėl asmens duomenų apsaugos, visų pirma – Direktyvas 95/46/EB ir 2002/58/EB, ir laikantis tų priemonių*“<sup>18</sup>. Taigi, direktyva skatina taip pat ir elektroninių medicininių dokumentų naudojimą teikiant gydymo paslaugas.

Galima konstatuoti, kad direktyva tik inicijuoja kai kuriuos procesus e. sveikatos srityje (gairių rengimas ir kt.), tačiau kol kas nenumato e. sveikatos regioninės sistemos veiklos principų ir neužtikrina tokios sistemos praktinio veikimo nuo nurodytos datos.

Direktyva į nacionalinių valstybių teisės aktus turėjo būti perkelta iki 2013 m. spalio 25 d. Į Lietuvos Respublikos nacionalinę teisės sistemą direktyva buvo perkelta nustatytais terminais, apie tai informuota Europos Komisija.

**1.1.5. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 95/46/EB dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo bei 2014 m. kovo 12 d. Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas)**

#### ***1.1.5.1. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 96/46/EB***

Vienintelis bendro pobūdžio įpareigojantis teisės aktas ES privatumo srityje – Europos Parlamento ir Tarybos direktyva dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir laisvo tokių duomenų judėjimo 95/46/EB (to-

<sup>18</sup> Directive of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, 95/46/EC. *Official Journal*, 1995/ L 281 [žiūrėta 2014-12-08]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:en:HT ML, 4 str., p. 0031–0050.>

liau – Bendroji duomenų apsaugos direktyva arba Direktyva). Ši direktyva taikoma, automatiniais būdais tvarkant asmens duomenis ištaisai arba dalimis ir neautomatiniais būdais tvarkant asmens duomenis, kai tie duomenys sudaro arba yra skirti sudaryti rinkmenų sistemos dalį, tarp jų ir sveikatos duomenims tvarkyti.

Bendrosios duomenų apsaugos direktyvos tikslas yra dvejopas. Viena vertus, direktyva siekiama saugoti pagrindines fizinių asmenų teises ir laisves, o ypač jų privatumo teisę tvarkant asmens duomenis. Kita vertus, direktyva nevaržo ir nedraudžia laisvo asmens duomenų judėjimo tarp valstybių narių dėl priežasčių, susijusių su asmens duomenų apsauga.

Galima skirti šiuos direktyvoje įtvirtintus reglamentavimo principus:

- 1) *Duomenų kokybė*. Asmens duomenys turi būti:
  - „tvarkomi teisingai ir teisėtai;
  - surinkti įvardintais, aiškiai apibrėžtais ir teisėtais tikslais, o po to tvarkomi su šiais tikslais suderintais būdais;
  - adekvatūs, susiję ir savo apimtimi neviršijantys tikslų, kuriems jie renkami ir (arba) vėliau tvarkomi;
  - tikslūs ir, jei būtina, nuolat atnaujinami; turi būti imtasi visų reikalingų priemonių, kad duomenys, kurie yra netikslūs ar neišsamūs, palyginti su tikslais, dėl kurių jie buvo surinkti ar po to tvarkomi, būtų ištrinti arba ištaisyti.
  - laikomi tokio pavidalo, kad duomenų subjektų tapatybes būtų galima nustatyti ne ilgiau, nei tai yra reikalinga tais tikslais, dėl kurių duomenys buvo surinkti arba po to tvarkomi.“<sup>19</sup>
- 2) *Teisėtas duomenų tvarkymas*. Asmens duomenis galima tvarkyti tik tuo atveju, jeigu:
  - „duomenų subjektas yra nedviprasmiškai davęs sutikimą;
  - tvarkyti reikia vykdant sutartį, kurią duomenų subjektas yra sudaręs kaip viena iš šalių, arba duomenų subjekto reikalavimu norint imtis priemonių prieš sudarant sutartį;
  - tvarkyti reikia vykdant teisinę prievolę, kuri privaloma duomenų valdytojui;

<sup>19</sup> Directive of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, 95/46/EC. *Official Journal*, 1995/ L 281 [žiūrėta 2014-12-08]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:en:HTML>, 6 str.



- tvarkyti reikia norint apsaugoti gyvybinius duomenų subjekto interesus;
  - tvarkyti reikia vykdant užduotį, atliekamą visuomenės labui, arba įgyvendinant oficialius įgaliojimus, suteiktus duomenų valdytojui arba trečiajai šaliai, kuriai atskleidžiami duomenys;
  - tvarkyti reikia dėl teisėtų interesų, kurių siekia duomenų valdytojas arba trečioji šalis (šalys), kurioms atskleidžiami duomenys, išskyrus atvejus, kai duomenų subjekto teisės ir laisvės yra viršesnės nei šie interesai.<sup>20</sup>
- 3) *Ypatingi asmens duomenys*. Nustatomas draudimas tvarkyti asmens duomenis, kurie „atskleidžia rasiinę ar etninę kilmę, politines, religines ar filosofines pažiūras, priklausymą profesinėms sąjungoms, taip pat tvarkyti duomenis apie asmens sveikatą ar intymų gyvenimą“<sup>21</sup>, išskyrus tam tikrus atvejus.
- 4) *Duomenų subjekto teisės*. Direktyva suteikia duomenų subjektui, kurio asmens duomenys tvarkomi, tam tikras teises, pvz.:
- teisę gauti informaciją apie tvarkomus asmens duomenis;
  - teisę į informacijos ištrynimą bei ištaisymą;
  - teisę prieštarauti dėl asmens duomenų tvarkymo;
  - teisę į kompensaciją, kai neteisėtai tvarkomi asmens duomenys.
- 5) *Duomenų saugumas* (direktyvos 17 str.). Direktyva numato pareigą duomenų valdytojui įgyvendinti technines ir organizacines apsaugos priemones. Šios priemonės turi atitikti esamą situaciją ar riziką, kurią galėtų sukelti duomenų tvarkymas.
- 6) *Duomenų perdavimas trečiosioms valstybėms*. Direktyva nustato bendrą principą: asmens duomenys, kurie yra tvarkomi arba juos perdavus ketinama tvarkyti, gali būti perduodami į trečiąją šalį tik tuo atveju, jeigu nepažeidžiant nacionalinių nuostatų, priimtų pagal kitas šios direktyvos nuostatas, ši trečioji šalis užtikrina adekvatų apsaugos lygį. Šie principai taikomi ir tvarkant asmens duomenis e. sveikatos sistemose.

<sup>20</sup> Directive of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, 95/46/EC. *Official Journal*. 1995/ L 281 [žiūrėta 2014-12-08]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:en:HTML>, 7 str.

<sup>21</sup> *Ibid.*, 8 str.

Direktyvos 29 straipsnio darbo grupės<sup>22</sup> nuomonėje WP131 teigiama, kad duomenų valdytojai, tvarkantys sveikatos duomenis elektroniniuose sveikatos įrašuose, turi laikytis šių bendrųjų principų:

- naudojimo apribojimo principas (tikslų principas): šis principas, nustatytas direktyvos 6(1)(b), be kita ko, draudžia tolesnį duomenų tvarkymą, jei tai nesuderinama su tikslu, kuris buvo nustatytas renkant atitinkamus duomenis.
- Duomenų kokybės principas: šis principas reikalauja, kad asmens duomenys būtų aktualūs ir neišeitų už tikslų, kuriems buvo renkami, ribų. Taigi, bet kokie neaktualūs asmens duomenys neturi būti renkami, o jei tokie duomenys surinkti, jie turi būti sunaikinti (direktyvos 6(1)(c)). Taip pat reikalaujama, kad asmens duomenys būtų atnaujintini.
- Duomenų saugojimo principas: šis principas reikalauja, kad duomenys būtų saugomi ne ilgiau ne tai reikalinga tiems tikslams, kuriems duomenys buvo surinkti.
- Reikalavimų informacijai principas: pagal direktyvos 10 straipsnį, duomenų valdytojai, tvarkydami informaciją elektroninių sveikatos įrašų sistemose, turi duomenų subjektams pateikti tam tikrą informaciją, kaip informaciją, identifikuojančią duomenų valdytoją; informaciją apie duomenų tvarkymo tikslus; informaciją apie duomenų gavėjus bei informaciją apie prieigos teisę.
- Duomenų subjekto prieigos teisė: pagal direktyvos 12 straipsnį, duomenų subjektai turi teisę tikrinti duomenų aktualumą, taip pat tai, ar tvarkomi duomenys yra atnaujintini. Šios teisės visa apimtimi taikomos duomenų tvarkymui elektroninių sveikatos įrašų sistemose.
- Pareigos, susijusios su saugumu: direktyvos 17 straipsnis nustato pareigą duomenų valdytojams įdiegti ir taikyti atitinkamas technines ir organizacines priemones apsaugoti asmens duomenis nuo atsitiktinio ar neteisėto duomenų sunaikinimo ar neteisėto atskleidimo<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Article 29 Working Party [žiūrėta 2014-12-11]. [http://ec.europa.eu/justice/data-protection/article-29/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/data-protection/article-29/index_en.htm).

<sup>23</sup> Working Document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). 00323/07/EN, WP 131. Briuselis, 2007 [žiūrėta 2014-12-02]. [http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_en.pdf).

Direktyva skiria paprastus ir ypatingus asmens duomenis. Ypatingi asmens duomenys – duomenys, kurie atskleidžia „*rasinę ar etninę kilmę, politines, religines ar filosofines pažiūras, priklausymą profesinėms sąjungoms, taip pat duomenys apie asmens sveikatą ar intymų gyvenimą*“<sup>24</sup>. Direktyvos 29 straipsnio darbo grupės nuomone, visi elektroninių sveikatos įrašų sistemose tvarkomi asmens duomenys laikytini ypatingais asmens duomenimis su visomis iš to išplaukiančiomis pareigomis duomenų valdytojui<sup>25</sup>.

Direktyvos kontekste svarbūs šie asmens duomenų tvarkymo aspektai, susiję su e. sveikata: bendrasis draudimas tvarkyti asmens duomenis, susijusius su sveikata. Direktyvos 8 (1) straipsnis draudžia tvarkyti asmens duomenis, susijusius su sveikata – tai yra bendrasis draudimas. Tačiau yra šio bendrojo draudimo išimčių. Šios išimtys numatytos 8 (2) ir (3) straipsnyje ir 8 (4) straipsnyje:

a) 8 (2) a) straipsnis „Aiškiai išreikštas sutikimas“.

Direktyvos 8 (2) a) nurodyta, kad šio straipsnio 1 dalis netaikoma (t. y. netaikomas bendrasis draudimas tvarkyti sveikatos duomenis): „*duomenų subjektas davė aiškų sutikimą tvarkyti tokius duomenis, išskyrus, kai valstybės narės įstatymai numato, kad 1 dalyje nurodyto draudimo negalima panaikinti duomenų subjekto duotu sutikimu.*“

Taigi, pagrindas tvarkyti asmens duomenis, susijusius su sveikata, gali būti duomenų **subjekto sutikimas**. Toks sutikimas turi būti duodamas laisvai, aiškiai išreikštas, specialus ir turi būti atitinkama duomenų subjekto valios išraiška.

Sutikimo „specialumas“ reiškia, kad sutikimas negali būti bendrai tvarkyti asmens duomenis ateityje. Sutikimas turi būti išreiškiamas konkrečioms duomenų tvarkymo veiksmams.

Prieš duodant sutikimą, duomenų subjektas turi būti informuojamas apie visas esmines duomenų tvarkymo sąlygas (informuotas sutikimas).

<sup>24</sup> Directive of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, 95/46/EC. *Official Journal*. 1995/ L [žiūrėta 2014-12-08]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:en:HTML>, 8 str. 1 d.

<sup>25</sup> Working Document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). 00323/07/EN/WP 131. Briuselis, 2007 [žiūrėta 2014-12-02]. [http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_en.pdf).

„Aiškiai išreikštas sutikimas“ tvarkyti ypatingus duomenis apie sveikatą taip pat reiškia, kad turi būti taikomi *opt-in* sprendimai, o *opt-out* sprendimai neatitinka direktyvos reikalavimų.

b) 8 (2) c) straipsnis „Esminiai duomenų subjekto interesai“.

Ypatingų sveikatos duomenų tvarkymas gali būti pateisinamas, jei reikia apsaugoti esminius duomenų subjekto interesus, jei duomenų subjektas fiziškai ar teisiškai negali duoti sutikimo. Tačiau tai turi būti išimtiniai atvejai ir tokia išimtimi negalima pateisinti visų sveikatos duomenų tvarkymo atvejų.

c) 8 (3) straipsnis „Medicinos priežiūros institucijų darbuotojų vykdomas asmens duomenų tvarkymas“.

Pagal 8 (3) straipsnį, „Šio straipsnio 1 dalis netaikoma, kai duomenis reikia tvarkyti teikiant profilaktines medicinos, medicininės diagnostikos, medicinos priežiūros, gydymo, sveikatos apsaugos paslaugas ir kai tokius duomenis tvarko sveikatos apsaugos darbuotojas, kuriam pagal nacionalinius įstatymus arba nacionalinių kompetentingų institucijų nustatytas taisykles galioja profesinės paslapties saugojimo pareiga, arba kitas asmuo, kuriam irgi galioja lygiavertė paslapties saugojimo prievolė.“

Pagal nuomonę, ši išimtis neturėtų būti taikoma tolesniam duomenų tvarkymui, kuris nėra būtinas gydymo paslaugoms teikti (pvz., moksliniai tyrimai ir kt.).

d) 8 (4) straipsnis „Esminio viešo intereso išimtis“.

Direktyvoje numatyta: „*Dėl svarbių visuomenės interesų valstybės narės greta šio straipsnio 2 dalyje išdėstytų išimčių nacionaliniais įstatymais ar priežiūros institucijų sprendimais gali numatyti kitas išimtis, bet turi užtikrinti tinkamas apsaugos priemones.*“

Valstybė apie pasinaudojimą šia išimtimi turi pranešti Komisijai. Be to, tokią išimtį reikia numatyti specialiai teisės aktuose ir taikyti bei užtikrinti specialias apsaugos priemones.

Labai svarbu paminėti, kad direktyvos 29 straipsnio darbo grupės nuomone, elektroninių sveikatos įrašų sistemų įdiegimas galėtų būti prilyginamas svarbiam visuomenės interesui. Todėl turėtų būti galimybė praktikoje pasinaudoti šia išimtimi.

Direktyvos 29 straipsnio darbo grupė skiria 11 temų, susijusių su privatumo ir asmens duomenų apsauga ir elektroniniais sveikatos įrašais,

kurios reikalauja didelio dėmesio, siekiant garantuoti pacientų ir individų duomenų apsaugos teises<sup>26</sup>:

1) Asmens galimybė spręsti dėl asmens duomenų tvarkymo.

Jei net elektroninio sveikatos įrašo sistemos neparemtos asmens sutikimu (kaip teisėtu duomenų tvarkymo kriterijumi), asmens teisė spręsti dėl asmens duomenų tvarkymo turi turėti didelę reikšmę:

- duomenų subjektas turėtų turėti galimybę priskirti asmens duomenis skirtingiems lygiams;
- duomenų subjektas turėtų turėti galimybę užkirsti kelią atskleisti duomenis;
- duomenų subjektas turėtų turėti galimybę atsisakyti elektroninio sveikatos įrašo paslaugų.

2) Pacientų ir sveikatos priežiūros institucijų darbuotojų identifikavimas bei autentifikavimas.

Patikimas pacientų identifikavimas elektroninio sveikatos įrašo sistemoje yra ypač svarbus. Tiesiog neleistina situacija, kad vieno asmens sveikatos duomenys būtų naudojami kitam asmeniui ar teisių neturintis asmuo pamatytų ne jam priklausančius sveikatos duomenis.

Tinkamai asmens identifikacijai ir autentifikacijai e. sveikatos sistemoje gali padėti medicininės kortelės ar išmaniosios kortelės.

Todėl praktikoje turi būti išvystytos sistemos, kurios leidžia saugų identifikavimą.

3) Prieigos prie elektroninio sveikatos įrašo autorizacija, turint tikslą skaityti ir koreguoti elektroninį sveikatos įrašą.

Bendrasis principas pagal direktyvą turėtų būti toks, kad tik tiek medicinos priežiūros įstaigų darbuotojai, kurie tiesiogiai susiję su teikiamomis paslaugomis, turėtų turėti prieigą prie elektroninio sveikatos įrašo. Turėtų būti ryšys tarp aktualaus gydymo ir besijungiančio gydytojo.

Be to, papildomai galėtų būti įdiegta prieigos teisių gradacija gydytojams.

Taip pat pacientas turėtų turėti teisę uždrausti tam tikrą prieigą prie jo elektroninio sveikatos įrašo. Tam būtina sąlyga – išankstinis paciento informavimas apie dėl prieigos besikreipiantį gydytoją.

<sup>26</sup> Working Document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). 00323/07/EN/WP 131.Briuselis, 2007 [žiūrėta 2014-12-02]. [http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_en.pdf).

Gali kilti klausimas, ar pacientams gali būti leidžiama koreguoti savo elektroninį sveikatos įrašą. Apskritai tokia teisė gali būti suteikiama, tačiau pačiame įrašė gali būti atskirai nustatoma informacija, kurios pacientas keisti negali.

4) Elektroninio sveikatos įrašo naudojimas kitiems tikslams.

29 straipsnio darbo grupės nuomone, traktuojant direktyvą, kitais nei gydymo tikslais naudoti elektroninį sveikatos įrašą iš principo turėtų būti draudžiama. Statistikos ir kitais panašiais tikslais elektroninius sveikatos įrašus galima būtų naudoti tik anonimizavus turimus asmens duomenis.

5) Elektroninio sveikatos įrašo organizacinė struktūra.

Centralizuotos duomenų sistemos direktyvos požiūriu kelia didesnę riziką, todėl tokių sistemų atžvilgiu turėtų būti imamasi didesnių saugumo ir kitų priemonių.

6) Elektroniniame sveikatos įrašė saugomų duomenų kategorijos.

Į elektroninį sveikatos įrašą turėtų būti vedama tik tiesiogiai susijusi informacija. Duomenų elektroniniame sveikatos įrašė turi būti ne per daug.

Elektroniniame sveikatos įrašė galėtų būti kuriami skirtingi duomenų moduliai su skirtingomis prieigos teisėmis.

7) Tarptautinis medicininių įrašų perdavimas.

Jei yra galimybė, į trečiąsias šalis sveikatos duomenys turėtų būti perduodami anonimizuoti. Ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas duomenų saugumo klausimams.

8) Duomenų saugumas.

Neautorizuotų asmenų prieiga prie e. sveikatos sistemų apskritai turėtų būti draudžiama. Taip pat turėtų būti taikomos privatumą skatinančios technologijos.

Be to:

- e. sveikatos sistemose turėtų būti dokumentuojami visi vykdomi veiksmai;
- turėtų būti daromos atsarginės duomenų kopijos;
- duomenys turėtų būti šifruojami;
- turėtų būti sudaromos aiškios ir suprantamos instrukcijos teisėtiems vartotojams naudotis sistema;
- asmenų, prieinančių prie e. sveikatos sistemos, funkcijos ir galimybės turėtų būti difersifikuojamos;

- turėtų būti atliekami reguliarūs vidiniai ir išoriniai auditai.

9) Skaidrumas.

Turėtų būti įgyvendintas skaidrumas, kiek tai susiję tiek su e. sveikatos sistemų turiniu, tiek su tokių sistemų funkcionavimu.

10) Atsakomybės klausimai.

Turėtų būti įgyvendinta atsakomybė už privatumo pažeidimus, įskaitant padarytos žalos atlyginimo mechanizmus.

11) Duomenų tvarkymo elektroniniame sveikatos įrašė kontrolės mechanizmai.

Turėtų būti nustatyta speciali ginčų sprendimo dėl naudojimosi e. sveikatos sistemomis procedūra. Turėtų būti paskirta viena už e. sveikatos sistemas atsakinga institucija, kuri, be kita ko, valdytų ir prieigos prašymus. Taip pat turėtų būti nustatyta procedūra informuoti duomenų subjektus, kas domėjosi jų duomenimis.

Taigi, e. sveikatos sistemose užtikrinant privatumą / asmens duomenų apsaugą, turi būti laikomasi bendrųjų duomenų apsaugos reguliavimo nuostatų. Taip pat, tvarkant asmens duomenis sveikatos sistemose, svarbu atsižvelgti ir į Bendrosios duomenų apsaugos direktyvos 29 straipsnio darbo grupės nuomonę.

*1.1.5.2. 2014 m. kovo 12 d. Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo (Bendrojo duomenų apsaugos reglamento projektas)*

2012 m. sausio 25 d. Europos Komisija pasiūlė visapusišką 1995 m. ES asmens duomenų taisyklių reformą, kad sustiprintų teises į privatumą internete ir paskatintų Europos skaitmeninės ekonomikos augimą.

Dėl technologinės pažangos ir globalizacijos labai pasikeitė tai, kaip duomenys renkami, naudojami, kaip su jais galima susipažinti. Be to, 27 ES valstybės narės skirtingai įgyvendino 1995 m. taisyklės, dėl to jos buvo taikomos skirtingai.

Komisijos siūlymu atnaujinami ir modernizuojami Bendrojoje duomenų apsaugos direktyvoje įtvirtinti principai – ateityje užtikrinti teises į privatumą, įskaitant ir e. sveikatos sistemas. Priimtas politinis komunikatas, kuriame nustatyti Komisijos tikslai, ir du teisėkūros pasiūlymai:

reglamento<sup>27</sup>, kuriuo nustatoma bendra ES duomenų apsaugos sistema, ir direktyvos dėl asmens duomenų apsaugos, tuos duomenis tvarkant nusi-  
kalstamų veikų prevencijos, nustatymo, tyrimo ar traukimo baudžiamojo  
atsakomybėn už jas ir susijusios teisminės veiklos tikslais<sup>28</sup>.

**Pagrindiniai pakeitimai, numatyti Reglamente, galiosiantys ir svei-  
katos apsaugos sistemoje:**

- visoje ES taikomos vienodos duomenų apsaugos taisyklės. Bus pašalinti nereikalingi administraciniai reikalavimai, pvz., taikomi reikalavimai pranešti apie duomenų tvarkymą. Tai reiškia, kad ir e. sveikatos sistemų valdytojai neturės pareigos pranešinėti apie sveikatos duomenų tvarkymą.
- Įmonės ir organizacijos privalo kuo greičiau (jei įmanoma, per 24 val.) pranešti nacionalinei priežiūros institucijai apie šturkščius duomenų pažeidimus. Praktikoje reikės pranešti ir apie sveikatos duomenų pažeidimus.
- Organizacijos turės bendrauti tik su viena nacionaline duomenų apsaugos institucija toje ES šalyje, kurioje yra organizacijos pagrindinė buveinė. Asmenys taip pat galės kreiptis į savo šalies duomenų apsaugos instituciją net ir tuomet, kai jų duomenis tvarkys ES nepriklausančioje šalyje esanti įmonė. Aiškiai nustatoma, kad sutikimas tvarkyti duomenis, kai jo reikia, turi būti aiškus, o ne tariamas.
- Asmenys galės lengviau susipažinti su savo duomenimis ir lengviau perduoti asmens duomenis iš vieno paslaugos teikėjo kitam (teisė į duomenų perkeliamumą). Ši teisė galbūt bus taikoma ir e. sveikatos sistemų atveju.
- „Teisė būti pamirštam“ padės žmonėms geriau valdyti interneto keliamas grėsmes duomenų apsaugai. Jie galės ištrinti savo duomenis, jeigu nebus teisinio pagrindo jų saugoti. Ši teisė turėtų galioti ir e. sveikatos sistemų atžvilgiu, tačiau su atitinkamomis išimtimis.

<sup>27</sup> Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the protection of individuals with regards to the processing of personal data and on free movement of such data (General Data Protection Regulation). COM(2012) 11 final, 2012 [žiūrėta 2014-12-02]. [http://ec.europa.eu/justice/data-protection/document/review2012/com\\_2012\\_11\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/data-protection/document/review2012/com_2012_11_en.pdf).

<sup>28</sup> Toliau direktyva aptarinėjama nebus, kadangi direktyvos veikimo sritis menkai susijusi su sveikatos apsauga.



- Įvedamas „*privacy by design*“ principas, kuris reiškia naują privatumo apsaugos kategoriją, įkūnijančią 7 apsaugos principus, kuriais siekiama aukščiausių globalių privatumo apsaugos standartų. Šio principo esmė, kad kuriant bet kokią e. sveikatos sistemą privatumo klausimai turi būti svarstomi jau nuo pačios pradinės stadijos; skatina naudoti privatumą skatinančias technologijas (PST).
- ES taisyklės turi būti taikomos, jeigu asmens duomenis užsienyje tvarko ES rinkoje aktyviai veikiančios ir ES piliečiams savo paslaugas teikiančios įmonės. E. sveikatos sistemų atveju šios normos bus taikomos užsienyje įsisteigusiems sveikatos paslaugų teikėjams, veikiančiams Lietuvoje (jei tokių teikėjų ateityje bus).
- Nepriklausomos nacionalinės duomenų apsaugos institucijos bus sustiprintos, kad savo šalyje galėtų geriau užtikrinti ES taisyklių laikymąsi. Jos galės nubausti įmones ar organizacijas, pažeidžiančias ES duomenų apsaugos taisykles. Baudos galės siekti iki 1 mln. EUR arba 2 proc. metinės apyvartos.

Toliau paminėtinos Reglamento projekto nuostatos, susijusios su duomenų apie sveikatą tvarkymu.

Jau Reglamento projekto konstatuojamosios dalies 42 punkte reglamentuojama, kad „*netaikyti draudimo tvarkyti ypatingų kategorijų duomenis turėtų būti leidžiama, jei tai numatyta įstatyme ir taikomos tinkamos asmens duomenų ir kitų pagrindinių teisių apsaugos priemonės, kai galima pateisinti viešojo intereso pagrindais, visų pirma kai tai susiję su sveikatos klausimais, įskaitant visuomenės sveikatos ir socialinės apsaugos užtikrinimą ir sveikatos priežiūros paslaugų administravimą, ypač siekiant, kad sveikatos draudimo sistemoje taikomos prašymų dėl išmokų ir paslaugų nagrinėjimo procedūros būtų kokybiškos ir nereikalautų daug sąnaudų, arba kai duomenys tvarkomi istoriniais, statistiniais ir mokslinių tyrimų tikslais*“<sup>29</sup>. Šiame preambulės punkte iš esmės nurodoma, kad ypatingi duomenys, kiek tai susiję su sveikatos duomenimis, galės būti tvarkomi, jei tai bus numatyta

<sup>29</sup> Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl fizinių asmenų apsaugos duomenų tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas) COM/2012/0011. Strasbūras, 2014 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2014-0212+0+DOC+XML+V0//LT>, 142 d.

nacionaliniuose įstatymuose ir jei bus taikomos tinkamos apsaugos priemonės. Taigi, sveikatos sričiai norima numatyti išimtį iš bendro ypatingų duomenų tvarkymo draudimo.

Gana svarbios Reglamento projekto konstatuojamosios dalies 122a<sup>30</sup> nuostatos. Šiame punkte reglamentuojama, su kokiais duomenimis turėtų dirbti atitinkamas sveikatos specialistas: „*jei įmanoma, su sveikata susijusius asmens duomenis tvarkantis specialistas turėtų gauti anoniminius ar pseudoniminius duomenis, o asmens tapatybę turėtų žinoti tik bendrosios praktikos gydytojas ar tokius duomenis sutvarkyti prašęs specialistas.*“<sup>31</sup>

Reglamento projekto 123 konstatuojamojoje dalyje nustatyta, kad „*dėl viešojo intereso priežasčių visuomenės sveikatos srityje tvarkyti asmens sveikatos duomenis gali prireikti ir be duomenų subjekto sutikimo*“. Šia nuostata nurodoma, kad nereikės gauti duomenų subjekto sutikimų (kuriems nustatomi atitinkami reikalavimai), norint tvarkyti duomenis apie sveikatą. Beje, pagal šią dalį, „*sąvoka „visuomenės sveikata“ turėtų būti aiškinama taip, kaip ji apibrėžta Europos Parlamento ir Tarybos reglamente (EB) Nr. 1338/200844b, ir apimti visus elementus, susijusius su sveikata, kaip antai sveikatos būklė, įskaitant sergamumą ir neįgalumą, veiksniai, darantys poveikį šiai sveikatos būklei, sveikatos priežiūros poreikiai, sveikatos priežiūrai skirti išteklių, sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir jų visuotinis prieinamumas, sveikatos priežiūros išlaidos ir jos finansavimas, taip pat mirtingumo priežastys*“<sup>32</sup>.

Be to, Reglamento projekto 4 straipsnyje pateikiamas duomenų, susijusių su sveikata, apibrėžimas. Sveikatos duomenys – **asmens duomenys, susiję** su fizine ar psichine asmens sveikata arba su asmeniui teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis<sup>33</sup>. Šis apibrėžimas yra labai platus ir gali iš esmės apimti bet kurią informaciją apie pacientą<sup>34</sup>. Reglamento projekte

<sup>30</sup> Šis punktas siūlomas kaip naujas punktas, kurio nebuvo pirminiame Reglamento projekto variante.

<sup>31</sup> Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas) COM/2012/0011. Strasbūras, 2014 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2014-0212+0+DOC+XML+V0//LT>, 122a d.

<sup>32</sup> *Ibid.*

<sup>33</sup> *Ibid.*, 4 str. 12 p.

<sup>34</sup> LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011.

sveikatos duomenų tvarkymui skiriamas ir atskiras straipsnis – 81 straipsnis „Sveikatos duomenų tvarkymas“.

Pagal naujausius siūlomus šio straipsnio pakeitimus, straipsnis formuluojamas taip:

*„Remiantis šiame reglamente išdėstytomis taisyklėmis, ypač 9 straipsnio 2 dalies h punktu, asmens sveikatos duomenų tvarkymas turi būti grindžiamas Sąjungos teisės aktais arba valstybės narės teisės aktais, kuriuose nustatytos tinkamos, nuoseklios ir specialios priemonės duomenų subjekto interesams ir pagrindinėms teisėms apsaugoti, kad duomenų tvarkymas būtų būtinas ir proporcingas, duomenų subjektas galėtų numatyti jo poveikį ir kad jis būtų atliekamas:*

- a) *teikiant profilaktinės ar darbo medicinos, medicininės diagnostikos, medicininės priežiūros ar gydymo paslaugas arba sveikatos priežiūros valdymui ir jeigu tokius duomenis tvarko sveikatos priežiūros specialistas, kuriam taikoma pareiga saugoti profesinę paslaptį, arba kitas asmuo, kuriam taip pat taikoma lygiavertė konfidencialumo pareiga pagal valstybės narės teisės aktus arba nacionalinių kompetentingų institucijų nustatytas taisykles, arba*
- b) *dėl viešojo intereso priežasčių visuomenės sveikatos srityje, kaip antai siekiant apsaugoti nuo rimtų tarpvalstybinių grėsmių sveikatai arba užtikrinti aukštus kokybės ir saugos standartus, be kita ko, susijusius su mediciniais produktais arba mediciniais prietaisais, ir jei duomenis tvarko konfidencialumo pareigos saistomas asmuo, arba*
- c) *dėl kitų viešojo intereso priežasčių tokiose srityse, kaip socialinė apsauga, ypač siekiant užtikrinti, kad sveikatos draudimo sistemoje prašymų dėl išmokų ir paslaugų nagrinėjimo procedūros ir teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos būtų kokybiškos ir nereikalautų daug sąnaudų. Asmens duomenų, susijusių su sveikata, tvarkymas dėl viešojo intereso priežasčių neturėtų lemti duomenų tvarkymo kitais tikslais, nebent duomenų subjektui davus sutikimą arba pagal Sąjungos ar valstybės narės teisės aktus.*

*1a. Kai 1 dalies a–c punktuose nurodytus tikslus galima pasiekti nenaudojant asmens duomenų, šie duomenys minėtiems tikslams nenaudojami, nebent duomenų subjektui davus sutikimą arba pagal Sąjungos ar valstybės narės teisės aktus.*

*1b. Jei norint išskirtinai visuomenės sveikatos tyrimų tikslais tvarkyti*

*medicininius duomenis būtinas duomenų subjekto sutikimas, sutikimą galima duoti vienam ar daugiau konkrečių ir panašių tyrimų. Tačiau duomenų subjektas gali bet kuriuo metu atšaukti savo sutikimą.*

*1c. Sutikimo dalyvauti mokslinių tyrimų veikloje atliekant klinikinius tyrimus tikslais taikomos atitinkamos Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2001/20/EB 48c nuostatos.*

*2. Asmens sveikatos duomenų tvarkymas, būtinas istoriniais, statistiniais arba mokslinių tyrimų tikslais, leidžiamas tik gavus duomenų subjekto sutikimą, ir tokiam tvarkymui taikomos 83 straipsnyje nurodytos sąlygos ir apsaugos priemonės.*

*2a. Valstybių narių teisės aktais gali būti numatytos reikalavimo gauti sutikimą 2 dalyje nurodytiems moksliniams tyrimams išimtis, taikomos moksliniams tyrimams, atitinkantiems svarbų viešąjį interesą, jeigu tų mokslinių tyrimų neįmanoma atlikti kitaip. Atitinkami duomenys paverčiami anoniminiais arba, jei to neįmanoma padaryti mokslinių tyrimų tikslais, taikant aukščiausius techninius standartus šie duomenys paverčiami pseudoniminiais duomenimis ir imamasi visų reikiamų priemonių, kad nebūtų galima iš naujo nustatyti duomenų subjektų tapatybės. Tačiau duomenų subjektas pagal 19 straipsnį turi teisę bet kuriuo metu nesutikti.*

*3. Komisijai pagal 86 straipsnį suteikiami įgaliojimai, paprašiusi Europos duomenų apsaugos valdybos nuomonės, priimti deleguotuosius aktus ir jais išsamiau nustatyti viešąjį interesą visuomenės sveikatos srityje, kaip nurodyta 1 dalies b punkte, ir svarbų viešąjį interesą mokslinių tyrimų srityje, kaip nurodyta 2a dalyje.*

*3a. Kiekviena valstybė narė vėliausiai iki 91 straipsnio 2 dalyje nurodytos datos praneša Komisijai apie teisės aktų nuostatas, kurias ji priima pagal 1 dalį, ir nedelsdama praneša apie visus vėlesnius su tomis nuostatomis susijusius pakeitimus.<sup>35</sup>*

Apibendrinant galima konstatuoti, kad reglamento projekte daug dėmesio skiriama sutikimo institutui. Reglamentuojama, kokiais atvejais galima tvarkyti duomenis apie sveikatą be sutikimo ir kokiais su išankstiniu

<sup>35</sup> Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas) COM/2012/0011 [interaktyvus]. Strasbūras, 2014 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2014-0212+0+DOC+XML+V0//LT>, 82 str.

sutikimu. Toks numatomas reguliavimas vertintinas kaip nuoseklios priemonės, siekiant užtikrinti duomenų subjekto interesus tvarkant duomenis apie sveikatą.

Duomenų apsaugos reglamentas bei direktyva turėtų įsigaliooti po dvejų metų nuo jų priėmimo. Šiuo metu Komisijos pasiūlymai svarstomi. Teigiama, kad dėl šio projekto kilusios diskusijos yra didžiausios per visą ES teisės aktų priėmimo istoriją. Kadangi dėl Reglamento nuostatų vyksta daug diskusijų, Reglamento galutinis tekstas dar gali keistis.

## **1.2. E. sveikatos teisinis reguliavimas kai kuriose užsienio valstybėse**

Kaip jau minėta anksčiau, e. sveikatos teisinis reguliavimas tam tikra dalimi koordinuojamas ir regioniniu lygiu – Europos Sąjungoje. Toliau bus nagrinėjamos pasirinktos Europos Sąjungai priklausančios ir kitos užsienio valstybės. Teigiama (C. George, D. Whitehouse, P. Duquenois), kad Europoje taikomi skirtingi elektroninio sveikatos įrašo modeliai: decentralizuotas požiūris, centralizuotas modelis ir su pacientu susijęs centralizuotas modelis. Šie modeliai atspindi skirtingus pasirinkimus, kiek tai susiję su saugojimu, prieiga ir įrašų valdymu<sup>36</sup>. Kaip šie ir kiti e. sveikatos klausimai reglamentuojami konkrečių ES valstybių teisės aktuose?

### **1.2.1. E. sveikatos teisinis reguliavimas Jungtinėje Karalystėje**

Teigiama, kad Anglijoje kol kas nėra specialaus elektroninio sveikatos įrašo teisinio reguliavimo<sup>37</sup>. Tačiau tam tikri teisės aktai reglamentuoja medicininius įrašus ar kitus elektroninius e. sveikatos aspektus. Pavyzdžiui, 2007 m. Sveikatos departamentas ir kitos institucijos išleido Jungtines gaires dėl IT įrangos ir prieigos prie pacientų duomenų. Šiame dokumente pabrėžiamas poreikis laikytis konfidencialumo, kuris yra reguliuojančių institucijų, valdančių registruotus sveikatos profesionalus, elgesio kodekso dalis. Dokumente taip pat atkreipiamas dėmesys į kitas dvi gaires, išleistas Sveikatos departamento: 2003 m. Konfidencialumo bei 2005 m. Priežiūros

<sup>36</sup> George, C., Whitehouse, D., Duquenois, P. (2013). *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*. Berlin, Springer-Verlag, p. 37.

<sup>37</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for United Kingdom (England). Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_united\\_kingdom\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_united_kingdom_en.pdf), p. 3.

įrašų garantijų. Šiuose dviejuose dokumentuose pabrėžiama paciento teisė gauti prieigą prie jo sveikatos įrašų, kitų subjektų prieigos kontrolės teisė, galimybė pacientams apriboti tolesnę prieigą, prieigos teisė ekstremalios situacijos atveju.

Paminėtina, jog Jungtinėse gairėse buvo cituojami trys bendro pobūdžio teisės aktai:

- 1998 m. Žmogaus teisių įstatymas;
- 1998 m. Duomenų apsaugos įstatymas;
- Bendrosios konfidencialumo teisės įstatymas.

Sveikatos departamentas taip pat išleido Gairės dėl įrašų valdymo. Pirmoji dalis išleista 2006 m., o antroji – 2009 m. Kaip pavyzdys, Gairės nustato minimalius terminus, kuriais vadovaujantis turi būti laikomi sveikatos įrašai.

Asmenų demografiniai ir sveikatos duomenys Jungtinėje Karalystėje yra saugomi centralizuotai, „Spine“ sistemoje. Tiesioginė prieiga prie „Spine“ ar prie paslaugų, kuriomis naudojantis prieinama prie atitinkamų duomenų, kontroliuojama Prieigos kontrolės struktūros. Organizacijų prieiga prie sistemos organizuojama per Registracijos institucijas. Prisijungti fiziniai asmenys gali tik pasinaudoję išmaniąja kortele (angl. *smartcard*). Šioje kortelėje jos išdavimo metu įdiegiamos prisijungimo teisės ir jų apribojimai<sup>38</sup>.

Tam tikrų pakeitimų teisės aktuose Anglijoje reikėjo dėl e. receptų. Tradiciškai receptai buvo išrašomi popierine forma ir pasirašomi tradiciniu parašu. Tačiau 2005 m. Nacionalinių sveikatos priežiūros paslaugų reglamentas nustatė, kad jei pacientas sutinka, sveikatos paslaugų teikėjai taip pat gali išrašyti receptus elektroniniu būdu.

Reikia paminėti, kad Jungtinėje Karalystėje elektroninio sveikatos įrašo ir elektroninių receptų paslaugos yra visiškai integruotos, jos prieinamos per vieną sistemą<sup>39</sup>. Taigi, taikomas centralizuotas elektroninio sveikatos įrašo modelis.

<sup>38</sup> Whitehouse, D., Giest, S. Country Brief: England. e-Health Strategies Report, 2010. [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/England\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/England_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

<sup>39</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for United Kingdom (England) p. 5. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_united\\_kingdom\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_united_kingdom_en.pdf).

Pacientų teisės, kiek tai susiję su sveikatos duomenimis, yra nustatytos įvairiuose Anglijos teisės šaltiniuose. Iš specialių teisės aktų paminėtinas Priegios prie sveikatos įrašų įstatymas. Pacientas turi teisę kreiptis dėl priegios prie jo duomenų arba už užmokestį pareikalauti duomenų kopijos. Pacientas taip pat turi teisę gauti informaciją, kas ir kada priėjo prie jo sveikatos duomenų<sup>40</sup>.

Jungtinėje Karalystėje, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, labai svarbūs yra konfidencialumo bei sutikimo institutai. Kaip pavyzdys galėtų būti sveikatos priežiūros įrašas. Anglijoje yra nustatytas iš anksto numanomo sutikimo modelis. Pacientas yra informuojamas raštu, kad bus kuriamas paciento sveikatos priežiūros įrašas, nebent pacientas per tam tikrą nustatytą laiką su tuo nesutiktų (dažniausiai tai būna dviejų-trijų mėnesių laikotarpis). Pacientas gali pridėti papildomą demografinę informaciją į savo sveikatos įrašą bei kitą neklinikinę informaciją. Klinikinės informacijos pacientas teisės keisti neturi, tačiau gali paprašyti ištaisyti klaidas. Nacionalinė informacijos valdymo taryba Anglijoje yra nustačiusi Gaires, reglamentuojančias reikalavimus keisti sveikatos ir socialinius įrašus. Šios Gairės buvo patvirtintos 2010 m.

Ateityje pacientas galės pareikalauti, kad tam tikra informacija būtų užslaptinta. Tačiau paciento sveikatos įrašė turės būti pažymėta, kad tam tikra informacija yra užslaptinta.

Nagrinėjamoje valstybėje nėra specialiai reglamentuojama atsakomybė už piktnaudžiavimą ar aplaidumą tvarkant duomenis elektroniniame sveikatos įrašė. Tokiais atvejais taikoma bendra nustatyta atsakomybė, kadangi elektroniniai sveikatos įrašai ir popieriniai dokumentai apie sveikatą traktuojami vienodai<sup>41</sup>.

### 1.2.2. E. sveikatos teisinis reguliavimas Airijoje

Airijoje e. sveikatos sritį turėtų reglamentuoti Sveikatos informacijos įstatymas (angl. *Health information bill*). Tokio įstatymo būtinybė buvo

<sup>40</sup> Whitehouse, D., Giest, S. Country Brief: England. e-Health Strategies Report, 2010 [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/England\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/England_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

<sup>41</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for United Kingdom (England) [interaktyvus]. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_united\\_kingdom\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_united_kingdom_en.pdf), p. 46.

numatyta dar 2001 m. Nacionalinėje sveikatos strategijoje ir 2004 m. Nacionalinėje sveikatos informacijos strategijoje. Tačiau šis įstatymas dar tik rengiamas.

Projekte numatyti pagrindiniai įstatymo tikslai yra šie:

- nustatyti teisės normas, įgalinančias naudoti informaciją, pagerinant sveikatos priežiūrą ir pacientų saugumą;
- skatinti informacinių technologijų naudojimą, gerinant paslaugas pacientams;
- nustatyti efektyvią sveikatos sistemos informacijos valdymo struktūrą.

Šis įstatymas taip pat nustatys pacientų teises priėti prie informacijos – prie elektroninių sveikatos įrašų.

Nors teigiama, kad Airijoje nėra specialaus teisinio reguliavimo, susijusio su elektroniniu sveikatos įrašu<sup>42</sup>, tačiau Airijos 2004 m. nacionalinėje sveikatos informacijos strategijoje<sup>43</sup> elektroniniam sveikatos įrašui skiriamas atskiras skyrius. Strategijoje aptariamam elektroninio sveikatos įrašo samprata ir pateikiamos koncepcinės elektroninio sveikatos įrašo prielaidos. Strategijoje nurodoma, kad turint omenyje elektroninio sveikatos įrašo sąveikumą, reikalingas nacionalinis, koordinuotas ir integruotas požiūris. Atskirų sveikatos priežiūros įstaigų informacinės sistemos turi būti pakeistos, atsižvelgiant į nacionalinį aspektą<sup>44</sup>.

2014 m. Airijoje buvo priimtas Sveikatos identifikatorių įstatymas. Vienodo identifikatoriaus nebuvimas buvo vertinamas kaip vienas iš pagrindinių sveikatos informacijos infrastruktūros trūkumų Airijoje. Manoma, kad individualūs sveikatos identifikatoriai padės užtikrinti, kad su atitinkamu asmeniu atitinkamu laiku bus susieta tinkama informacija, išvengiant informacijos dubliavimo ir pan.

Įstatymas taip pat saugo individų privatumą ir yra suderintas su duomenų apsaugos teisės aktų reikalavimais Airijoje<sup>45</sup>.

<sup>42</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Ireland. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_ireland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_ireland_en.pdf), p. 3.

<sup>43</sup> Health Information: a National Strategy. Ireland, 2004 [žiūrėta 2014-12-01]. <http://www.dohc.ie/publications/pdf/nhis.pdf?direct=1>.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 58.

<sup>45</sup> Gantly, D. Law to bring in individual health identifiers enacted. *Irish Medical Times*, 2014-07-15 [žiūrėta 2014-12-02]. <http://www.imt.ie/news/latest-news/2014/07/law-to-bring-in-individual-health-identifiers-enacted.html>.



Paminėtina, kad Airijoje nėra specialių teisės normų, reglamentuojančių sutikimą, susijusį su informacijos tvarkymu elektroniniame sveikatos įrašė. Šiuo atveju taikomi bendrieji duomenų apsaugos reikalavimai. Pagal šiuos reikalavimus, turi būti gaunamas sutikimas tvarkyti medicinos duomenims, išskyrus nustatytas išimtis. Taip pat pacientas turi būti informuojamas apie duomenų valdytoją ir tikslus, kuriais remiantis tvarkomi asmens duomenys<sup>46</sup>.

Taip pat kaip ir Jungtinėje Karalystėje, Airijoje nėra specialiai reglamentuojama atsakomybė už piktnaudžiavimą ar aplaidumą tvarkant duomenis elektroniniame sveikatos įrašė. Taikomos bendros atsakomybės nuostatos (įskaitant ir privatumo apsaugos sritį)<sup>47</sup>.

### 1.2.3. E. sveikatos teisinis reguliavimas Estijoje

Estija laikoma viena lyderiaujančių valstybių e. sveikatos srityje<sup>48</sup>. Estijos nacionaliniame sveikatos plane<sup>49</sup> užsimenama, kad Estija palaiko inovatyvius sprendimus medicinoje. Nurodoma, kad Estijoje bus įdiegta nacionalinė e. sveikatos informacijos sistema: skaitmeninės pacientų istorijos, skaitmeniniai įrašai bei skaitmeniniai receptai<sup>50</sup>.

Už sveikatos sistemos reguliavimą ir priežiūrą Estijoje atsakinga Socialinių reikalų ministerija. Sveikatos teisės aktai (įstatymai) yra įgyvendinami Vyriausybės ar ministerijos poįstatyminių teisės aktų. Socialinių reikalų ministerija taip pat vysto sveikatos programas (strateginius planus), kurie turi būti kuriami pagal Finansų ministerijos nustatytas gaires bei turi būti patvirtinti vyriausybės, kad gautų atitinkamą finansavimą iš biudžeto.

2007 m. gruodžio 20 d. Estijos parlamentas priėmė įstatymą dėl sveikatos paslaugų organizavimo pakeitimo (angl. *Amending the Health Services*

---

<sup>46</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Ireland. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_ireland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_ireland_en.pdf), p. 16.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 26.

<sup>48</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for the Republic of Estonia. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_estonia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_estonia_en.pdf), p. 3.

<sup>49</sup> National Health Plan 2009-2020. Estonia [žiūrėta 2014-12-04]. <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsest.pdf>.

<sup>50</sup> National Health Plan 2009-2020. Estonia [žiūrėta 2014-12-04]. <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsest.pdf>, p. 6.

*Organisation Act*). Šis įstatymas numatė teisinius pagrindus vystyti e. sveikatos projektus, tokius kaip Elektroninė sveikatos kortelė (angl. *Electronic health Record*), Skaitmeninis atvaizdas (angl. *Digital image*), Skaitmeninis registravimas (angl. *Digital Registration*). Naujojo įstatymo tikslas yra unifikuoti informacines sistemas į vieną centrinę Sveikatos informacinę sistemą.

Pagrindinė šio įstatymo idėja yra įgalinti skirtingų medicinos dokumentų apdorojimą elektronine forma. Popierinius dokumentus planuojama pakeisti skaitmeniniais dokumentais.

Įstatymo 59–2 straipsnyje numatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo teikti duomenis į elektroninę sveikatos kortelę. Reglamentuojama, kad tik tas sveikatos priežiūros darbuotojas, tiesiogiai prižiūrintis pacientą ir koordinuojantis gydymą, gali prieiti ir analizuoti šio paciento sveikatos duomenis. Domėtis paciento sveikatos duomenimis ne gydymo tikslais draudžiama.

Elektroniniai paciento sveikatos įrašai Estijoje yra sukuriami automatiškai, nebent pacientas tam prieštarautų. Pacientui yra suteikiama prieiga prie jo elektroninių sveikatos duomenų įrašų. Tačiau jam neleidžiama daryti jokių savo sveikatos istorijos įrašų pakeitimų. Sveikatos paslaugų teikimo organizavimo įstatymas numato, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas gali nustatyti duomenų įkėlimo į Sveikatos informacijos sistemą terminą. Per šį terminą pacientas savo sveikatos duomenis gali sužinoti tik iš sveikatos priežiūros specialisto. Svarbu pažymėti, kad paciento prieiga prie sveikatos duomenų, saugomų Sveikatos informacijos sistemoje, gali būti apribota ne daugiau nei 6 mėnesiams, ir tik tuo atveju, jei sveikatos paslaugų teikėjas mano, kad tai yra būtina, norint apsaugoti paciento gyvybę ar sveikatą. Tokia tvarka siekiama, kad pacientas negalėtų susipažinti su Sveikatos informacijos sistemoje esančia informacija prieš gydytojui turint galimybę paaiškinti jam šios informacijos prasmę<sup>51</sup>.

Pagal įstatymą, pacientai gali naudoti Pacientų portalą tam, kad įgyvendintų savo teisę apriboti prieigą prie sveikatos duomenų. Sistema dažniausiai išpėja tokius pacientus, kurių veiksmai apribojant naudojamą informaciją gali būti žalingi pirmiausia pačiam pacientui (kadangi gydytojai nematys tam tikros esminės informacijos). Vis dėlto pacientas pagal įstatymą prisiima visą atsakomybę už duomenų prieigos apribojimą (netgi

<sup>51</sup> LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011, p. 44.

ekstremalių situacijų atveju, pacientui uždraudus prieigą, prieiga prie duomenų nebus suteikta)<sup>52</sup>.

Pagrindiniai klausimai dėl pacientų teisių ir teisės aktų, kuriais diskutuojama šiuo metu Estijoje, įvardintini šie:

- pacientų prieiga;
- piktnaudžiavimas duomenimis;
- duomenų ištrynimasis;
- šeimos gydytojų prieiga (ypatingai kai tai susiję su psichiatriniais susirgimais);
- duomenų naudojimo apribojimas.

Teigiama, kad Estijoje yra poreikis naujo įstatymo, kuris reglamentuotų medicininių duomenų rinkimą, ypačingai kiek tai susiję su elektroninėmis sveikatos kortelėmis. Taip pat manoma, kad būtini ir pakeitimai įstatymuose, reglamentuojančiuose asmens duomenų apsaugą.

Kiek tai susiję su atsakomybe už piktnaudžiavimą ar nerūpestingumą tvarkant asmens duomenis elektroniniame sveikatos įrašė, Estijos teisės aktai nenustato specifinės atsakomybės – yra taikomos bendrosios atsakomybės nuostatos<sup>53</sup>.

#### 1.2.4. E. sveikatos teisinis reguliavimas Latvijoje

Teisiniai pagrindai Nacionalinei sveikatos paslaugai nustatyti Latvijos medicininio gydymo įstatyme, 14 skyriuje<sup>54</sup>. Šiuo metu Latvijoje taip pat kuriami lydimieji teisės aktai, įgyvendinantys minimą pamatinį teisinį reguliavimą.

Latvijoje atskiri įstatymai ir teisės aktai reglamentuoja šias sritis, susijusias su e. sveikata: asmens duomenų apsauga, telekomunikacijos, elektroniniai parašai ir atsakomybė už sveikatos IT produktus. Papildomai planuojama priimti teisės aktus, reglamentuosiančius regionines / nacionalines pacientų duomenų sistemas ir pasikeitimą šiais duomenimis. Planuoja-

<sup>52</sup> Overview of Estonian Electronic Health Record (EHR) System. 2010 [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.e-tervis.ee/index.php/en/news-and-articles/432-overview-of-estonian-electronic-health-record-ehr-system>.

<sup>53</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for the Republic of Estonia. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_estonia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_estonia_en.pdf), p. 37.

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 3.

ma, kad duomenys bus saugomi centralizuotai, tačiau kai kurie duomenys liks sveikatos priežiūros teikėjų sistemose. Planuojama reglamentuoti, kas konkrečiai atsakingas už duomenų administravimą<sup>55</sup>.

Specialusis teisinis reguliavimas e. sveikatos srityje kol kas Latvijoje yra ribotas. Kol kas trūksta teisės normų elektroninių sveikatos įrašų bei telemedicinos. Taip pat kol kas dar Latvijoje neįteisintos telemedicinos paslaugų teikimo akreditacijos schemos. Tačiau 2006 m. priimtos teisės normos e. receptų srityje.

Iki 2009 m. Latvijoje taip pat nebuvo specialaus pacientų teisių teisinio reguliavimo. Pacientų teisės ir pareigos buvo reguliuojamos bendrųjų įstatymų: Medicininės priežiūros įstatymo (angl. *Medical treatment act*) bei Medicininio praktikavimo įstatymo (angl. *Medical Practitioner Act*). 2009 m. buvo priimtas Pacientų teisių įstatymas. Įstatymas numato šias pacientų teises:

- teisę į informaciją;
- teisę į medicininį gydymą;
- teisę sutikti arba atsisakyti gydymo;
- laisvo pasirinkimo teisę;
- teisę į medicininę informaciją<sup>56</sup>.

Tačiau naujasis Pacientų teisių įstatymas specialiai nereglamentuoja naujų medicinos technikų, pavyzdžiui, telemedicinos, elektroninių sveikatos įrašų ar elektroninių receptų<sup>57</sup>.

Bendras principas Latvijoje dėl sutikimo tvarkyti duomenis medicinos tikslais yra tas, kad išankstinis paciento sutikimas nereikalaujamas. Duomenų valdytojas taip pat nėra įpareigotas informuoti duomenų subjektą apie jo sveikatos duomenų tvarkymą, nebent pacientas tokios informacijos reikalauja<sup>58</sup>.

<sup>55</sup> Šitcs, M., Giest, S., Dumortier, J., Artmann, J. Country Brief: Latvia. e-Health Strategies Report, 2010 [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Latvia\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Latvia_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

<sup>56</sup> Health Systems in Transition (HiT) profile of Latvia, *The Health Systems and Policy Monitor*. [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.hspm.org/countries/latvia08052014/living-hit.aspx?Section=2.9%20Patient%20empowerment&Type=Secton>.

<sup>57</sup> Šitcs, M., Giest, S., Dumortier, J., Artmann, J. Country Brief: Latvia. e-Health Strategies Report, 2010. [žiūrėta 2014-12-01]. [http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Latvia\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Latvia_CountryBrief_eHStrategies.pdf), p. 24–25.

<sup>58</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Latvia. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. <[http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_latvia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_latvia_en.pdf)>, p. 16.

Latvijos įstatymai taip pat nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašais<sup>59</sup>.

### 1.2.5. E. sveikatos teisinis reguliavimas Suomijoje

Pagrindinis teisės aktas, reguliuojantis elektroninius sveikatos įrašus Suomijoje, yra Elektroninio sveikatos įrašo įstatymas, kurio naujausi pakeitimai įsigaliojo nuo 2014 m. balandžio 1-osios<sup>60</sup>. Papildomai elektroninį sveikatos įrašą reglamentuoja ir Dekretas dėl nacionalinės elektroninio sveikatos įrašo paslaugų.

Suomijoje yra keletas kitų svarbiausių teisės aktų, susijusių su e. sveikatos sritimi:

- 1999 m. Asmens duomenų įstatymas;
- 2001 m. Pacientų duomenų saugojimo dekretas;
- 2007 m. Klientų duomenų įstatymas;
- 2007 m. E. recepto naudojimo teisės aktas.

Pagal Asmens duomenų įstatymą yra laikoma, kad sveikatos apsaugos padalinys (institucija) ar sveikatos apsaugos darbuotojas tvarko asmens duomenis sveikatos apsaugos tikslais. Įstatymas nustato informacijos (t. y. pacientų duomenų) apsaugos tarp skirtingų registrų savininkų sąlygas, taip pat nustato informacijos saugojimo duomenų failų pavidalu reikalavimus. Vienas iš straipsnių teigia, kad ypatingi asmens duomenys turi būti ištrinami iš karto, kai tik nebelieka priežasties juos tvarkyti. Priežastis tvarkyti tokius duomenis turi būti įvertinama ne rečiau kaip kas penkerius metus<sup>61</sup>.

2001 m. Pacientų duomenų saugojimo dekretas reglamentuoja medicinių įrašų (laboratorinių tyrimų) valdymą. Dekretas gana detalai reglamentuoja pacientų duomenų saugojimo sistemų kūrimą ir vystymą, teisę prieiti prie dokumentų, teisę daryti pakeitimus dokumentuose, minimalų kiekį informacijos, registruojamos apie konkretų pacientą, ligos bei gydymo laiko įrašus ir t. t.

2007 m. klientų duomenų įstatymas reglamentuoja archyvavimo, kodavimo bei sertifikavimo paslaugas, taip pat pacientų prieigos duomenis.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 25.

<sup>60</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Finland [interaktyvus]. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_finland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_finland_en.pdf), p. 3.

<sup>61</sup> Doupi, P., Renko, E., Hamalainen, P., Makela, M., Giest, S., Dumortier, J. (2010). Country Brief: Finland. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Finland\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Finland_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

Šis įstatymas reglamentuoja pacientų teisę į medicininius įrašus, kurie turi būti atsakingai atnaujinami bei saugiai saugomi. Medicininiai įrašai turi būti saugomi elektronine forma. Nuo 2011 m. įstatymas nustato reikalavimus tiek privačioms medicinos įstaigoms, tiek valstybinėms medicinos įstaigoms, kurios nenaudoja popierinių archyvų, naudoti elektronines archyvavimo sistemas. Įstatymo 11 straipsnis reglamentuoja, kad medicininį įrašą sudaro bendrasis medicininis įrašas (angl. *General Medical Record*) ir paciento sutikimo įrašas. Vienas bendrasis medicininis įrašas turi būti skirtas kiekvienam pacientui (įrašą kuruoja bendrosios praktikos gydytojas). Įstatymas taip pat numato, kad nacionalinė e. archyvavimo paslauga, skirta elektroniniams pacientų įrašams, turi būti palaikoma Socialinio draudimo institucijos (*Kela*). Individualiai turi būti suteikta prieiga prie savo kaip paciento duomenų, įskaitant ir prie prieigos prie sveikatos priežiūros įrašų logų, bei daryti jų kopijas<sup>62</sup>.

Pagal įstatymą, duomenys tvarkomi KANTA sistemoje. Tai reiškia, kad Suomija pasirinko centralizuotą elektroninio sveikatos įrašo sistemą<sup>63</sup>. Centralizuotam sveikatos duomenų tvarkymui nereikia paciento išankstinio sutikimo. Tačiau kai duomenų valdytojas prisijungia prie centralizuotos duomenų tvarkymo sistemos, pacientui apie tai pranešama<sup>64</sup>.

Pagal E. recepto naudojimo teisės aktą ir 2008 m. Socialinių reikalų ir sveikatos ministro dekretą, yra įteisinami elektroniniai receptai. Taip pat nustatoma, kad *Kela* turi tvarkyti centrinę nacionalinę elektroninių receptų duomenų bazę. Nors nereikalaujama paciento sutikimo elektroniniam receptui, vis dėlto pacientas turi teisę atsisakyti elektroninio recepto ir gauti popierinį receptą.

Suomijos įstatymai nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašais. Piktnaudžiavimo ar aplaidumo atvejais taikomos bendrosios nuostatos dėl atsakomybės už neteisėtus veiksmus<sup>65</sup>.

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> Dumortier, J., Verhenneman, G. (2011). Legal Regulations on Electronic Health Records: A Prerequisite or an Unavoidable By-Product? - The Legal Aspects of Electronic Health Records in Europe and the US Analysed. *ICRI Research Paper*, (5) [žiūrėta 2014-12-03]. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1975758](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1975758).

<sup>64</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Finland. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_finland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_finland_en.pdf), p. 15.

<sup>65</sup> *Ibid.*, p. 22.

### 1.2.6. E. sveikatos teisinis reguliavimas Švedijoje

2008 m. Pacientų duomenų įstatymas yra vienas aktualiausių teisės aktų e. sveikatos apsaugos srityje Švedijoje. Viena vertus, šis įstatymas įgalina medicinos srities darbuotojus elektroniniu būdu prieiti prie pacientų elektroninės ligos istorijos bei nustato nacionalines lokaliai saugomos informacijos sklaidos galimybes. Kita vertus, įstatymas stiprina pacientų dalyvavimą, įgalinant pacientus nustatyti apribojimus, kas gali prieiti prie jų medicininės informacijos, taip pat įgalina pamatyti paciento medicininės informacijos peržiūros istoriją.

Laikoma, kad šis įstatymas reglamentuoja ir elektroninius sveikatos įrašus. Visi duomenys, esantys elektroniniuose sveikatos įrašuose (įskaitant e. receptus), turi būti tvarkomi pagal šį įstatymą. Specifiniams klausimams yra priimti specialūs teisės aktai, tačiau jie turi atitikti šį įstatymą<sup>66</sup>.

Įstatymo III skyriaus 5 dalyje teigiama, kad paciento žurnale gali būti tik tokie asmens duomenys, kurių reikia tikslams, paminėtiems įstatyme<sup>67</sup>. Tuo tarpu, IV skyriaus 1 dalyje reglamentuojama, jog sveikatos sistemos darbuotojai gali prieiti prie dokumentuotų įrašų apie pacientą, tik jei jie dalyvauja paciento gydyme arba dėl kitų svarbių priežasčių, jei informacija reikalinga darbiniam tikslams. Paminėtina, kad kitos medicinos įstaigos prieiga prie paciento medicininį duomenų galima tik turint paciento sutikimą. Be to, pacientas gali pasirinktinai blokuoti duomenis, kad prie šių duomenų niekas negalėtų prieiti<sup>68</sup>. Norint užblokuoti tam tikrus duomenis, turi būti atlikta rizikos analizė, kurios metu pacientui pateikiama informacija apie galimas informacijos užblokavimo pasekmes<sup>69</sup>.

Įstatymas nustato, kad elektroniniai medicininiai įrašai turi būti tvarkomi visų prižiūrimų pacientų atžvilgiu<sup>70</sup>. Elektroniniuose sveikatos

<sup>66</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Sweden. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_sweden\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_sweden_en.pdf), p. 3.

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>68</sup> Doupi P., Renko, E., Giest, S., Heywood, J., Dumortier, J. Country Brief: Sweden - e-Health Strategies Report, 2010 [žiūrėta 2014-12-01]. [http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Sweden\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Sweden_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

<sup>69</sup> Patient Data Act for safer care, *Landstinget Sormland* [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/International/Patient-Data-Act-for-safer-care/Patient-Data-Act-for-safer-care/>.

<sup>70</sup> *Ibid.*

įrašuose duomenys tvarkomi privalomai ir toks tvarkymas nereikalauja išankstinio sutikimo<sup>71</sup>. Jei tam tikri duomenys yra neteisingi, asmens duomenų atstovas turi pareigą pakoreguoti, pašalinti ar užblokuoti duomenis kiek įmanoma greičiau, jei tai neprieštaruja kitiems teisės aktams. Vis dėlto laikoma, kad Švedijoje nėra centrinės elektroninio sveikatos įrašo sistemos<sup>72</sup>.

Asmens duomenys Švedijoje nacionalinėje e. receptų duomenų bazėje saugomi remiantis Receptų duomenų bazių teisės aktu, kuris galioja jau nuo 1997 metų<sup>73</sup>. Šis teisės aktas papildoma Asmens duomenų teisės aktą bei 2001 m. Elektroninio parašo teisės aktą.

Švedijos įstatymai nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašais. Piktnaudžiavimo ar aplaidumo atvejais taikomos bendrosios nuostatos dėl atsakomybės už neteisėtus veiksmus<sup>74</sup>.

### 1.2.7. E. sveikatos teisinis reguliavimas Vokietijoje

2003 m. Vokietijos Viešojo sveikatos draudimo pakeitimo įstatymas numatė pagrindines normas modernizuoti informacijos apdorojimą Vokietijos sveikatos sistemoje. Buvo nuspręsta įsteigti priskirtą infrastruktūrą sveikatos telematikai Vokietijoje. Vienos iš pagrindinių nuostatų susijusios su elektronine sveikatos kortele<sup>75</sup>.

Kiek tai liečia bendrąsias teisės normas, elektroninė sveikatos kortelė federaliniu lygiu reglamentuojama V Socialiniame kodekse. Pagal įstatymą, kortelė yra kaip priemonė ar įrankis valdyti asmeninius medicininius duomenis. Atitinkami duomenys kortelėje gali būti tvarkomi privalomai ar pasirinktinai. Privačių asmens duomenų apsaugojimo tikslu įstatymas nustato asmenų teises. Piliečių teisės ir duomenų privatumas teisiškai užtikrinamas gaunant piliečio sutikimą (kuris turi būti dokumentuojamas elektroninėje sveikatos kortelėje). Šiame sutikime nurodoma, kas gali ir kas negali prieiti prie paciento duomenų, taip pat informacija apie priėjimų informa-

<sup>71</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Sweden [interaktyvus]. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_sweden\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_sweden_en.pdf), p. 19.

<sup>72</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>75</sup> Kuri Vokietijoje traktuojama kaip bendresnis institutas nei elektroninis sveikatos įrašas.



cijos saugojimą (mažiausiai 50 prieigų informacija turi būti saugoma)<sup>76</sup>. Šis įstatymas taip pat reglamentuoja visą gyvenimą galiojančią paciento identifikatorių, kuris sveikatos priežiūros tikslais identifikuoja pilietį, nepaisant draustas jis ar ne.

Vis dėlto įstatymas kritikuojamas dėl per daug abstrakčių elektroninės sveikatos kortelės nuostatų<sup>77</sup>. Tačiau laikoma, kad toks abstraktumas gali suteikti reikiamą lankstumą praktikoje.

E. sveikatos duomenims tvarkyti Vokietijoje reikia paciento sutikimo. Paciento sutikimas elektroniniu būdu įtvirtinamas paciento kortelėje prieš pacientui pradėdant teikti e. sveikatos paslaugas<sup>78</sup>.

Vokietijos Medicinos profesionalų kodekso 10 straipsnyje nurodyta, kad gydytojai visus reikalingus dokumentus turi tvarkyti popieriniu arba skaitmeniniu būdu. Jei pasirinkama informaciją tvarkyti elektroniniu būdu, turi būti laikomasi tam tikrų šiame kodekse bei Vokietijos medicinos asamblėjos nustatytų gairių reikalavimų. Šie reikalavimai apima reikalavimus apsaugoti duomenis nuo neautorizuoto modifikavimo ar sunaikinimo, taip pat šie reikalavimai įpareigoja naudoti elektroninius parašus su laiko žyma<sup>79</sup>.

Taip pat Vokietijoje galioja ir bendrosios teisės normos, susijusios su privatumo apsauga, telekomunikacijomis, elektroniniais parašais ir kt. Taip pat Vokietijoje pradėtos diskusijos dėl tolesnio pacientų teisių specifikavimo.

Vokietijos įstatymai nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašais. Piktnaudžiavimo ar aplaidumo atvejais taikomos bendrosios nuostatos dėl atsakomybės už neteisėtus veiksmus<sup>80</sup>.

<sup>76</sup> Stroetmann, K. A., Artmann, J., Giest, S. (2010). Country Brief: Germany. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Germany\\_CountryBrief\\_eHS\\_12.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Germany_CountryBrief_eHS_12.pdf).

<sup>77</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Germany. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_germany\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_germany_en.pdf), p. 3.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p. 22.

<sup>79</sup> Dumortier, J., Verhenneman, G. (2011). Legal Regulations on Electronic Health Records: A Prerequisite or an Unavoidable By-Product? The Legal Aspects of Electronic Health Records in Europe and the US Analysed, *ICRI Research Paper*, (5) [žiūrėta 2014-12-03]. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1975758](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1975758).

<sup>80</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Germany. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_germany\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_germany_en.pdf), p. 29.

### 1.2.8. E. sveikatos teisinis reguliavimas Lenkijoje

Lenkijoje nauji teisės aktai e. sveikatos srityje proveržį padarė 2011 m. – tais metais patvirtintas Lenkijos informacinių sistemų viešojoje sveikatos priežiūroje įstatymas<sup>81</sup>. Įstatymas įsigaliojo nuo kitų metų pradžios. Teisės reforma buvo būtina, pavyzdžiui, dėl telemedicinos ar elektroninių receptų, – egzistuojantis teisinis reguliavimas Lenkijoje reikalavo rašytinės formos. Įstatymas dėl informacinių sistemų viešojoje sveikatos priežiūroje reglamentuoja:

- elektroninius medicininius įrašus;
- elektroninius parašus ir informacines sistemas, kai tai susiję su tam tikromis sveikatos priežiūros sritimis.

Pagrindinis iš esmės naujas dalykas, kurį nustatė įstatymas, – tai Medicininė informacinė sistema (angl. *Medical informatikon system*), kuri suteikia prieigą prie atitinkamo paciento duomenų, įskaitant suteiktą bei planuojamą sveikatos priežiūrą. Šie duomenys apdorojami ir teikiami elektronine forma.

Įstatymo skyriai tokie:

- Bendrosios taisyklės;
- IRT sistemos, palaikančios informacines sistemas;
- Medicininė informacinė sistema;
- Medicinos registrai;
- Specialios IRT sistemos;
- Taisyklės, kaip perkelti duomenis į informacinę sistemą, bei tokių duomenų skelbimas;
- Informacinių sistemų ir duomenų bazių priežiūra ir kontrolė;
- Egzistuojančių teisės aktų pakeitimai;
- Galutinės nuostatos<sup>82</sup>.

Įstatymas detaliam reglamentuoja, kad elektroniniai medicininiai įrašai gali būti naudojami: dalinantis bei renkant duomenis, atnaujinant medicininius įrašus bei padarant įrašus prieinamus sveikatos priežiūros įstaigoms, atitinkamai pagal suteiktas specifines juridines teises. Nustatoma platfor-

<sup>81</sup> Poland: Act On The National Healthcare Information System Signed. *Information Policy*, 2011-07-07 [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.i-policy.org/2011/07/poland-act-on-the-national-healthcare-information-system-signed.html>.

<sup>82</sup> Turowec, A. Giest, S., Dumortier, J., Artmann, J. (2010). Country Brief: Poland.e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Poland\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Poland_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

ma, kurioje duomenys yra prižiūrimi Nacionalinio informacinių sistemų centro, kuris taip pat atsakingas už duomenų saugumą ir integralumą.

Asmens duomenys, saugomi elektroniniame mediciniame įrašė, yra tokie:

- vardas, pavardė;
- lytis, tautybė, šeimyninis statusas, išsilavinimas;
- (el. pašto) adresas;
- socialinio saugumo numeris, mokesčių identifikacinis numeris;
- ID kortelės numeris;
- neįgalumo lygis;
- teisė gauti sveikatos priežiūros paslaugas;
- identifikacinis numeris, priskirtas sveikatos paslaugų teikėjo.

Įrašė saugomi medicininiai duomenys yra tokie:

- planuotos ir atliktos sveikatos paslaugos;
- diagnozė;
- (mirties data).

Dėl pacientų teisių Lenkijoje planuojamas taikyti *opt-out* modelis, pagal kurį elektroninis paciento įrašė sukuriamas, jei pacientas tam neprieštarauja. Sukūrus tokį įrašė, pacientams suteikiamos tokios teisės:

- teisė reikalauti ištrinti duomenis iš elektroninio sveikatos įrašė;
- teisė apriboti tam tikrų sveikatos priežiūros įstaigų prieigą prie elektroninio sveikatos įrašė;
- teisė užslaptinti tam tikrą informaciją, saugomą elektroniniame sveikatos įrašė<sup>83</sup>.

Tačiau paminėtina, kad dėl nepakankamo pasirengimo pereiti prie e. sveikatos sistemos, įstatymo taikymas atidėtas iki 2017 m. rugpjūčio<sup>84</sup>.

Lenkijoje taip pat priimtas dokumentas, kuris nustato politikos e. sveikatos sistemoje 2014–2020 m. gaires.

Lenkijos įstatymai nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašėis. Piktnaudžiavimo ar aplaidumo atvejais taikomos bendrosios nuostatos dėl atsakomybės už neteisėtus veiksmus<sup>85</sup>.

<sup>83</sup> Turowec, A., Giest, S., Dumortier, J., Artmann, J. (2010). Country Brief: Poland. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Poland\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Poland_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

<sup>84</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Poland. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_poland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_poland_en.pdf), p. 3.

<sup>85</sup> *Ibid.*, p. 26.

### 1.2.9. E. sveikatos teisinis reguliavimas Austrijoje

Austrijoje nacionalinė elektroninio sveikatos įrašo schema patvirtinta Federaliniu duomenų saugumo priemonių naudojant asmens duomenis elektroniniuose sveikatos įrašuose įstatymu (2012 m. Sveikatos telematikos įstatymu)<sup>86</sup>. Laikoma, kad nuo 2012 m. Austrijoje prasidėjo naujas e. sveikatos laikotarpis, nes įstatymas įteisino elektroninių duomenų tvarkymą sveikatos įstaigose. Šie duomenys tvarkomi nacionalinėje ELGA sistemoje. Nors privatumas yra įvardijamas kaip vienas iš pagrindinių aspektų tvarkant elektroninius sveikatos įrašus, paminėtina, kad sveikatos duomenų tvarkymui šioje sistemoje taikomas *opt-out* principas, kuris reiškia, kad paciento duomenys įtraukiami į sistemą be sutikimo, tačiau pacientas vėliau gali prieštarauti tokiam duomenų tvarkymui<sup>87</sup>.

Sveikatos telematikos įstatymas reglamentuoja apskaitimą sveikatos duomenimis, taip pat saugumo priemones (nors jos jau reglamentuotos Duomenų apsaugos įstatyme). Įstatyme yra dvidešimt straipsnių, kuriuose reglamentuojama: terminai, funkcijos, tapatybės, konfidencialumas, integralumas, dokumentavimas ir e. sveikatos direktorija. Manoma, kad tolesnis elektroninių pacientų įrašų vystymasis priklausys nuo šio įstatymo nuostatų<sup>88</sup>.

Sveikatos telematikos įstatymas numato maksimalų 10 metų sveikatos duomenų archyvavimo terminą. Suėjus šiam terminui, duomenys turi būti ištrinti<sup>89</sup>.

Konstatuojama, kad pacientai Austrijoje turi tokias teises:

- teisė pareikalauti ištrinti duomenis iš sveikatos įrašo;
- teisė pareikalauti ištrinti visą sveikatos įrašą;
- teisė apriboti tam tikriems sveikatos priežiūros subjektams teisę prieiti prie sveikatos įrašo;
- teisė užslaptinti tam tikrą informaciją sveikatos įrašė;

<sup>86</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Austria. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_austria\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_austria_en.pdf), p. 3.

<sup>87</sup> *Ibid.*, p. 4.

<sup>88</sup> Pfeiffer, K. P., Giest, S., Dumortier, J. (2010). Country Brief: Austria. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Austria\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Austria_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

<sup>89</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Austria. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_austria\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_austria_en.pdf), p. 5.

- teisė turėti prieigą prie sveikatos įrašo, pasižyminčia galimybe tik skaityti informaciją.

Kaip vienas iš pagrindinių trūkumų nurodoma tai, kad Austrijos e. sveikatos sistemos neturi suderinamumo su kitų ES valstybių narių e. sveikatos sistemomis. Be to, Austrijoje kol kas neplanuojama pereiti prie elektroninių receptų<sup>90</sup>.

Kiti e. sveikatos sritį reglamentuojantys teisiniai dokumentai Austrijoje:

- 2004 m. E. valdžios įstatymas;
- 2000 m. Duomenų saugumo įstatymas.

Austrijos įstatymai nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašais. Piktnaudžiavimo ar aplaidumo atvejais taikomos bendrosios nuostatos dėl atsakomybės už neteisėtus veiksmus<sup>91</sup>.

#### 1.2.10. E. sveikatos teisinis reguliavimas Prancūzijoje

Prancūzijos elektroninio sveikatos įrašo sistema priklauso vadinamajam prancūziškam „Dossier Médical Personnel“ (DMP) modeliui, kai pacientas pasirenka sveikatos paslaugų teikėją, kad tvarkytų jo asmeninį sveikatos įrašą<sup>92</sup>. Rašytinio paciento sutikimo jo sveikatos duomenims tvarkyti nereikia, tačiau turi būti gautas sutikimas kitomis priemonėmis<sup>93</sup>.

Bendroji taisyklė, numatyta Prancūzijos viešosios sveikatos kodekse, nustato, kad bet kokios rūšies sveikatos informacija gali būti tvarkoma sveikatos priežiūros įstaigos tik turint išankstinį paciento sutikimą. Konfidencialios ir su sveikata susijusios informacijos saugojimą Prancūzijoje reglamentuoja 2006 m. dekretas dėl su sveikata susijusių duomenų bei dar vienas 2007 m. dekretas. Pirmasis dekretas nustato „hostinimo“ paslaugų teikėjų sertifikavimo sąlygas. Šiame dekrete išvardintos pagrindinės pareigos dėl konfidencialumo ir privatumo. Antrasis dekretas reglamentuoja

<sup>90</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Austria. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_austria\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_austria_en.pdf), p. 5.

<sup>91</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>92</sup> Artmann, J., Giest, S. (2010). Country Brief: France. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/France\\_Country-Brief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/France_Country-Brief_eHStrategies.pdf).

<sup>93</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for France. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_france\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_france_en.pdf), p. 26.

informacinėse sistemose saugomos medicininės informacijos konfidencialumą, taip pat detalizuoja atitikties saugumo standartams reikalavimus, medicinos darbuotojų teises ir kt.

Pacientų teisės Prancūzijoje reglamentuojamos 2002 m. Pacientų teisių ir sveikatos apsaugos sistemos kokybės įstatyme. Šis įstatymas į Viešosios sveikatos kodeksą įvedė du naujus skirsnius: dėl asmenų teisių ir dėl sveikatos sistemos naudotojų dalyvavimo. Įstatymu siekiama įtvirtinti vadinajamą „sveikatos demokratiją“, kai kiekvienas asmuo aktyviai dalyvauja tiek svarstant savo sveikatos klausimus, tiek sveikatos sistemoje. Dėl to asmuo įgyja ne tik atitinkamas teises, bet ir pareigas. Tai apima naujas teises ir pareigas, tokias kaip teisė į sveikatos apsaugą, teisė į sveikatos apsaugos kokybę, teisė į privatumą bei pareigos mokėti mokesčius bei bendradarbiauti<sup>94</sup>.

Teisė į informaciją ir prieigą prie paciento failų nėra išsamiai reglamentuojamos Pacientų teisių bei sveikatos apsaugos sistemos kokybės įstatyme. Tačiau galima teigti, kad šios teisės reglamentuojamos Prancūzijos duomenų apsaugos įstatyme bei kituose teisės aktuose.

Apskritai duomenų apsaugos įstatymas numato pacientams teisę prieiti prie jų sveikatos duomenų tiesiogiai ar netiesiogiai. Sveikatos priežiūros atstovai gali prieiti prie sveikatos duomenų tik įstatyme nustatytais atvejais.

Austrijos įstatymai nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su asmeniniais sveikatos įrašais (DMP). Piktnaudžiavimo ar aplaidumo atvejais taikomos bendrosios nuostatos dėl atsakomybės už neteisėtus veiksmus<sup>95</sup>.

### 1.2.11. E. sveikatos teisinis reguliavimas Ispanijoje

Paminėtini trys Ispanijos įstatymai:

- 1999 m. Asmens duomenų apsaugos įstatymas;
- 2002 m. Įstatymas, reglamentuojantis pacientų teises bei pareigas, taip pat klinikinius įrašus;
- 2003 m. Įstatymas dėl nacionalinės sveikatos sistemos kokybės bei sanglaudos.

<sup>94</sup> Artmann, J., Giest, S. (2010). Country Brief: France. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/France\\_Country-Brief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/France_Country-Brief_eHStrategies.pdf).

<sup>95</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for France. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_france\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_france_en.pdf), p. 35.

Ispanijos duomenų apsaugos įstatymas yra panašus į ES reguliavimą ir bendrąją duomenų apsaugos direktyvą bei jos nuostatas. Tačiau kiek tai susiję su sveikatos duomenų apdorojimu, įstatymas išskiria atvejus, kai duomenų subjekto sutikimas nebūtinai, t. y. atvejus, kai užtenka *opt-out* vietoj *opt-in*. Tarp šių atvejų paminėtinas ir atvejis, kai sveikatos duomenys reikalingi Nacionalinei socialinės sveikatos priežiūros sistemai, net kai duomenų perdavimas atliekamas elektroniniu būdu<sup>96</sup>.

Kitas teisinio reguliavimo elementas Duomenų apsaugos įstatyme – įpareigojimas sveikatos duomenis ir elektroninius klinikinis įrašus saugoti decentralizuotu būdu. Šis įpareigojimas taip pat pakartotas Pacientų autonomijos įstatyme. Pastarajame įstatyme yra skiriami trijų tipų sveikatos duomenys:

- medicininiai ir klinikiniai duomenys, susiję su pacientų specifinės priežiūros epizodais;
- pacientų medicininiai įrašai, kuriuose yra informacija apie paciento medicininę eigą ir statusą viso medicininės priežiūros proceso metu;
- medicininė ar klinikinė informacija apie asmens psichinę ar medicininę būklę, turint tikslą asmeniui suteikti geresnę priežiūrą<sup>97</sup>.

Decentralizuotai saugomi duomenys paskirstomi per Centrinę sveikatos sistemą. Yra užtikrinama, kad sveikatos apsaugos darbuotojai gali gauti tik tą informaciją, kuri yra reikalinga konkrečiu atveju.

Ispanijoje sveikatos apsaugos teikėjų ir pacientų teises reglamentuoja Sveikatos įstatymas 14/86. Įstatymas numato tokias teises kaip: teisę į informaciją, teisę pasirinkti gydymo alternatyvas ir kt. Norint sukurti elektroninį sveikatos įrašą, reikalingas aiškiai išreikštas asmens sutikimas. Tai numato Sveikatos įstatymas ir Duomenų apsaugos įstatymas. Papildomai pacientai gali reikalauti ištrinti duomenis iš elektroninio sveikatos įrašo ir / arba gali užslaptinti tam tikrą informaciją. Be to, pacientai, kiek tai susiję su elektroniniais sveikatos duomenimis, gali reikalauti, kad prie tam tikros informacijos (kuri laikoma asmenine sritimi) prieitų tik asmeninis gydytojas<sup>98</sup>.

<sup>96</sup> Corbellini, A. M., Giest, S., Artmann, J., Heywood, J. D. (2010). Country Brief: Spain. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain_CountryBrief_eHStrategies.pdf).

<sup>97</sup> *Ibid.*

<sup>98</sup> *Ibid.*

Prieigos kontrolei didesnis dėmesys buvo skirtas tik priėmus įstatymą Nr. 41/2002, kadangi šis įstatymas nustatė pagrindines teises ir pareigas dėl elektroninės sveikatos informacijos ir klinikinų dokumentų. Įstatyme nustatyti saugumo mechanizmai, pavyzdžiui, turi būti užtikrinama saugi prieiga savininkui (pacientui) bei atitinkamiems jo teisiniams atstovams (jei tokių yra).

Be įstatymų, paminėtinas Karališkasis dekretas 4/2010, reglamentuojantis Nacionalinę suderinamumo sistemą, kuri reikalauja laikytis Nacionalinių saugumo taisyklių naudojant elektroninius dokumentus. Tokios informacinės sistemos turi būti reguliariai (kas dvejus metus) audituojamos.

Ispanijos teisė nereikalauja išankstinio aiškiai išreikšto sutikimo tvarkyti sveikatos duomenis elektroniniu būdu. Laikoma, kad pacientas duoda sutikimą kreipdamasis į gydytoją<sup>99</sup>.

Ispanijos įstatymai nenustato specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašais. Piktnaudžiavimo ar aplaidumo atvejais taikomos bendrosios nuostatos dėl atsakomybės už neteisėtus veiksmus<sup>100</sup>.

Taigi, e. sveikatos teisinis reguliavimas ES valstybėse šiuo metu sparčiai vystomas. Dažniausiai reglamentuojami klausimai: e. sveikatos įrašai (nors taikomi skirtingi modeliai), taip pat elektroniniai receptai. Vyrauja tendencija šiuos institutus reglamentuoti pamatinėmis teisės normomis. Daug dėmesio nagrinėtų valstybių nacionaliniuose teisės aktuose skiriama privatumo apsaugai e. sveikatos sistemose. Tačiau vis dėlto matyti daug skirtumų, pasigendama vienodos e. sveikatos teisinio reguliavimo politikos ir strategijos. E. sveikatos sritis reglamentuojama labai skirtingai ir skirtingo lygio teisės aktais. Labai skirtingai reglamentuojamas ir sutikimas tvarkyti asmens duomenis e. sveikatos tikslais: vienais atvejais reikia išankstinio sutikimo, kitais atvejais toks duomenų tvarkymas preziumuojamas ir išankstinio sutikimo nereikia. Be to, nacionalinės teisės normos nagrinėtose valstybėse nereglamentuoja e. sveikatos sistemų suderinamumo su kitų ES valstybių e. sveikatos sistemomis. Manytina, kad tai vienas iš pagrindinių trūkumų. Visose tirtose valstybėse už piktnaudžiavimą ar aplaidumą tvarkant elektroninius sveikatos įrašus taikoma bendroji atsakomybė,

<sup>99</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Spain. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_spain\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_spain_en.pdf), p. 4.

<sup>100</sup> *Ibid.*, p. 51.



specifinės atsakomybės, susijusios su elektroniniais sveikatos įrašais, nėra nustatyta.

Kaipgi e. sveikatos klausimai reglamentuojami ne ES valstybėse? Šiuo tikslu pateikiami kelių valstybių pavyzdžiai.

### 1.2.12. E. sveikatos teisinis reguliavimas Norvegijoje

Norvegijos įstatymuose nėra minimas elektroninis paciento medicininis įrašas. Tačiau 2001 m. Asmens sveikatos duomenų pildymo sistemos įstatymas (Sveikatos registro įstatymas) nustato, kad asmens sveikatos duomenų pildymo sistemos gali būti tvarkomos elektroniniu būdu<sup>101</sup>.

Išskiriami kiti pagrindiniai teisės aktai, kiek tai susiję su sveikatos duomenų saugojimu ir pacientų teisėmis:

- 2000 m. Duomenų apsaugos įstatymas;
- 1999 m. Pacientų teisių įstatymas (atnaujintas 2006 m.);
- 2003 m. Elektroninių ryšių įstatymas (Telemedicina);
- 2004 m. Elektroninių ryšių viešajame administravime teisės aktas;
- 2000 m. Duomenų apsaugos teisės aktas.

2000 m. duomenų apsaugos įstatymas, pakeitęs nuo 1978 m. galiojusį Duomenų registrų įstatymą, visiškai atitinka 95/46/EB direktyvos reikalavimus. Teigiama, kad šis įstatymas nustato netgi griežtesnes privatumo apsaugos taisykles nei pati direktyva. Nors bendram sveikatos duomenų tvarkymui taikomas informavimo reikalavimas, tačiau sutikimui dėl tolesnio duomenų skleidimo taikomi *opt-in / opt-out* principai<sup>102</sup>.

1999 m. Pacientų teisių įstatymo tikslas – apriboti prieigą prie sveikatos informacijos. Ši pareiga taikoma sveikatos paslaugų teikėjams. Įstatymas draudžia bendrą prieigą prie sveikatos informacijos, galima tik suteikta prieiga. Deja, pačiame įstatyme<sup>103</sup> nėra išskirti elektroniniai sveikatos įrašai – tiek pacientų teisės, tiek kiti aspektai reglamentuojami bendrai.

Norvegijoje kiekviena sveikatos institucija tvarko vieną paciento, kuris gavo ar gauna sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos įrašą. Duomenys

<sup>101</sup> Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Norway [interaktyvus]. Briuselis, 2014 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://ec.europa.eu/health/ehhealth/docs/laws\\_norway\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehhealth/docs/laws_norway_en.pdf), p. 4.

<sup>102</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>103</sup> The Act of 2 July no. 63 relating to Patients' Rights [žiūrėta 2014-12-03]. [http://home.broadpark.no/~wkeim/patients\\_rights\\_act.htm](http://home.broadpark.no/~wkeim/patients_rights_act.htm).

saugomi 10 metų po paskutinio įrašo atlikimo dienos. Po to šie duomenys perduodami nacionaliniams archyvams.

Pacientas turi teisę apriboti prieigą prie visos ar dalies sveikatos informacijos. Tačiau gali būti taikoma prioriteto taisyklė, jei nustatoma, kad tam tikra informacija yra esminė, kad būtų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos.

2000 m. Duomenų apsaugos teisės akte nustatomos detalios duomenų apsaugos taisyklės, ypačiai dėl duomenų saugos.

### 1.2.13. E. sveikatos teisinis reguliavimas Australijoje

Australijoje nuo 2012 m. liepos 1 d. įsigaliojo teisės aktų paketas, vadinamas PCEHR paketu (angl. *personally-controlled e-Health record*). PCEHR teisės aktai reglamentuoja, kaip vystyti Australijos e. sveikatos programą<sup>104</sup>.

Vienas iš svarbiausių teisės aktų – Asmeniškai kontroliuojamų elektroninių sveikatos įrašų įstatymas<sup>105</sup>. Įstatymas nustato prieigos prie elektroninių sveikatos įrašų sistemą bei reglamentuoja susijusius santykius. Įstatymo objektas apibrėžiamas taip: įgalinti laisvanoriškos nacionalinės sistemos, susijusios su vartotojų prieiga prie sveikatos informacijos, įkūrimą ir vystymą, o ypač:

- pašalinti sveikatos informacijos fragmentaciją;
- pagerinti sveikatos informacijos prieinamumą ir kokybę;
- sumažinti pasikartojančių medicininių įvykių skaičių, taip pat dubliuojamo gydymo atvejų skaičių;
- pagerinti skirtinų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų vartotojams teikiamų paslaugų kokybę ir koordinavimą.

Supaprastinta įstatymo struktūra yra tokia:

- antroje įstatymo dalyje nustatytos sąvokos ir įvadinės nuostatos.
- (3) reglamentuojamas e. sveikatos sistemos operatorius, šio operatoriaus funkcijos, patariamojo komiteto statusas.
- (4) reglamentuojamas vartotojų registracijos procesas.

<sup>104</sup> Sweeney, S. Australia passes new e-Health law. *Asia Pacific Futuregov*, 2012-06-28 [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.futuregov.asia/articles/2012/jun/27/australia-passes-new-e-health-law/>.

<sup>105</sup> Personally Controlled Electronic Health Records Act No. 63, 2012 [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2012A00063>.

- (5) numatomos sankcijos už neteisėtą sveikatos duomenų rinkimą bei neteisėtą sveikatos informacijos naudojimą ar atskleidimą.
- (6) reglamentuojamos sveikatos duomenų rinkimo, naudojimo ir atskleidimo autorizacijos.
- (7) nustatoma, kad šio įstatymo pažeidimai taip pat gali būti tiriami pagal 1988 m. Privatumo įstatymą.
- (8) nustatomos papildomos sankcijos už e. sveikatos sistemos integralumo pažeidimą.
- (9) nustatoma sankcijų skyrimo procedūra.
- (10) reglamentuojami bendrieji aspektai, tokie kaip sprendimų peržiūrėjimas, metinės ataskaitos, e. sveikatos sistemos taisyklės ir kt.

Norint prisijungti prie nacionalinės e. sveikatos įrašo sistemos organizacijos turi atitikti technines specifikacijas ir reikalavimus, nustatytus 2012 m. PCEHR taisyklėse.

PCEHR teisės aktų sistema Australijoje taip pat nustato taisykles, kas gali prieiti prie e. sveikatos informacijos bei kas gali perskaityti ar pakeisti tokią informaciją. Be kitų nuostatų – nuostatos dėl pacientų teisių prieiti prie savo e. sveikatos įrašų. Pagal nustatytą teisinį reguliavimą pacientai taip pat gali sekti, kas domėjosi konkrečia atitinkamo paciento e. sveikatos informacija<sup>106</sup>.

Pacientai gali nusistatyti privatumo nustatymus, atitinkančius jų asmeninius poreikius. Tik gydytojams ar tik kitam nustatytam medicinos personalui leidžiama kurti medicinines pastabas paciento e. sveikatos įrašo faile.

PCEHR teisės aktų sistema Australijoje nustato OPT-IN sistemą.

Paminėtina, kad nacionalinė e. sveikatos institucija Australijoje – HENTA – yra patvirtinta kaip valdanti institucija Australijos PCEHR programą. Ši institucija veikia Sveikatos departamento vardu.

#### 1.2.14. E. sveikatos teisinis reguliavimas Kanadoje

Kanadoje šiuo metu egzistuoja trys elektroninio sveikatos įrašo reglamentavimo būdai<sup>107</sup>:

<sup>106</sup> Sweeney, S. Australia passes new e-Health law. *Asia Pacific Futurego*, 2012-06-28 [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.futuregov.asia/articles/2012/jun/27/australia-passes-new-e-health-law/>.

<sup>107</sup> Goodman, P. Electronic health records regulation in Canada: what the patients experience reveals about the pursuit of legislative harmonization. *Doctoral thesis, University*

- 1) elektroninis sveikatos įrašas reglamentuojamas specifiniais teisės aktais;
- 2) elektroninis sveikatos įrašas reglamentuojamas sveikatos apsaugai taikomu specialiu asmens duomenų apsaugos reguliavimu;
- 3) elektroninis sveikatos įrašas specialiai teisės aktuose nereglamentuojamas.

Vis dėlto tai daugiau susiję su teisiniu reguliavimu atskirose teritorijose. Tuo tarpu Kanadoje egzistuoja ir bendrai taikomi įstatymai.

Kanadoje 2008 m. buvo priimtas Asmens sveikatos informacijos įstatymas (angl. *E-Health (Personal health informatikon and protection of privacy) act*)<sup>108</sup>. Įstatymas nustato taisykles, kaip valdyti asmeninės sveikatos informacijos rinkimą, naudojimą ir atskleidimą, taip pat nustato individų teisę priėti prie asmeninės sveikatos informacijos bei teisę reikalauti, kad informacija būtų pakoreguota (jei tai yra būtina).

Įstatymas taip pat detalai reglamentuoja, kaip konkrečiai sveikatos informacija gali būti renkama ir kas tai gali atlikti; kaip sveikatos informacija gali būti naudojama organizacijos viduje; kaip sveikatos informacija turi būti apsaugota konkrečioje organizacijoje; kam gali būti atskleidiama sveikatos informacija ir kokiomis aplinkybėmis; kaip individai gali priėti prie savo sveikatos informacijos; kaip sprendžiami individų skundai dėl sveikatos informacijos tvarkymo ir kokia yra apeliacijų tvarka. Taip pat individas gali sužinoti, kas domėjosi jo sveikatos duomenimis<sup>109</sup>.

Reglamentuojant asmeninės informacijos rinkimą, Kanados E. sveikatos įstatyme nevartojamas žodis „sutikimas“. Apskritai įstatymo tekste „sutikimas“ pavartotas šešis kartus: keturis kartus jis susijęs su individo asmeniniu sutikimu atskleisti duomenis esant tam tikroms aplinkybėms (pvz., planavimas ar tyrimas); kitais dviem kartais žodis „sutikimas“ yra dalis blanketinės normos, susijusios su Sveikatos priežiūros įstatymu ar

---

of Western Ontario, 2012 [žiūrėta 2014-12-12]. <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2055&context=etd>, p. 30.

<sup>108</sup> e-Health (Personal Health Information Access and Protection of Privacy) Act SBC/2008 [žiūrėta 2014-12-03]. [http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/00\\_08038\\_01\\_3.sk](http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/00_08038_01_3.sk).

<sup>109</sup> New Legislation to Protect Personal Health Information [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2008/health/0520n03.htm>.

Sveikatos infrastruktūros įstatymu. Taigi, E. sveikatos įstatymas nereikalauja asmens sutikimo renkant asmeninius duomenis apie sveikatą<sup>110</sup>.

Tačiau įstatymas neapibrėžia elektroninio sveikatos įrašo, nors buvo priimtas specialiai šiam institutui reglamentuoti<sup>111</sup>. Vietoj to šis įstatymas mini sveikatos informacijos bankus. Pagal įstatymą, sveikatos informacijos bankai yra duomenų bazės, tvarkomos įstatymo 4 skyriuje paminėtais tikslais ir yra kontroliuojamos sveikatos priežiūros įstaigos<sup>112</sup>.

Kanadoje egzistuoja federaliniu lygiu finansuojama, nepriklausoma, ne pelno siekianti institucija „Infoway“, kuri atsakinga už šalyje vykstančius e. sveikatos projektus. Per šią instituciją Kanados vyriausybė tiekia atitinkamą finansavimą ir nustato e. sveikatos nacionalinius prioritetus<sup>113</sup>.

### 1.2.15. E. sveikatos teisinis reguliavimas Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV)

Skirtingai nuo Europos valstybių, JAV daugiausia dėmesio buvo skirta privataus sektoriaus vykdomam elektroninių sveikatos įrašų vystymui, akcentuojant daugiau pacientą nei sveikatos paslaugų teikėją<sup>114</sup>. 2009 m. vasarį JAV Kongresas priėmė pamatinį teisinį reguliavimą, padedantį pamatus elektroniniam sveikatos įrašui. Šis teisinis reguliavimas yra žinomas kaip ARRA (angl. *American Recovery and Reinvestment Act*)<sup>115</sup>. Pagal šį teisės aktą e. sveikatos sistemų naudojimo skatinimui skiriama 19 mlrd. JAV dolerių. Subjektai, įdiegę elektroninio sveikatos įrašo sistemas, gali gauti tam tikras išmokas.

Šis ARRA yra finansavimo teisės aktas ir nereglamentuoja e. sveikatos sistemos. Tačiau šiuo įstatymu paskatintas tokių institucijų / struktūrų kūrimas:

<sup>110</sup> Goodman, P. Electronic health records regulation in Canada: what the patients experience reveals about the pursuit of legislative harmonization. *Doctoral thesis, University of Western Ontario*, 2012 [žiūrėta 2014-12-12]. <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2055&context=etd>, p. 69.

<sup>111</sup> *Ibid.*, p. 67.

<sup>112</sup> e-Health (Personal Health Information Access and Protection of Privacy) Act SBC/2008 [žiūrėta 2014-12-03]. [http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/00\\_08038\\_01\\_38](http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/00_08038_01_38) sk.

<sup>113</sup> Canada Health Infoway [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.health.gov.bc.ca/ehealth/infoway.html>.

<sup>114</sup> George, C., Whitehouse, D., Duquenois, P. (2013). *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*. Berlin, Springer-Verlag, p. 51.

<sup>115</sup> *Ibid.*, p. 42.

- Sveikatos informacinių technologijų politikos komitetas (*HIT policy committee*), kuris Nacionaliniam koordinatoriui teikia rekomendacijas dėl nacionalinės sveikatos informacinės infrastruktūros.
- Sveikatos IT standartų komitetas, kuris Nacionaliniam koordinatoriui teikia rekomendacijas dėl standartų e. sveikatos srityje.
- Nacionalinis sveikatos statistikos komitetas.

Paminėtina JAV nacionalinio sveikatos ir IT koordinatoriaus institucija<sup>116</sup>. Tai federalinė struktūra, atsakinga už pastangas įdiegti informacines technologijas sveikatos srityje bei atsakinga už elektroninį sveikatos informacijos apsikeitimą. Ši struktūra buvo sukurta 2004 m. remiantis tuo pačiu ARRA, kuris dar vadinamas ir Sveikatos informacinių technologijų, skirtų ekonomikai ir sveikatai (*HITECH*), įstatymu<sup>117</sup>.

Pažymėtina, kad, skirtingai nei ES, JAV e. sveikatos sistemų vystymas vyriausybės lygmeniu daug mažiau koordinuojamas, paliekant viso proceso eigą industrijai ir e. sveikatos sistemų vystytojams<sup>118</sup>.

Taip pat paminėtina, kad reguliavimas JAV daugiau nukreiptas ne į elektroninių sveikatos įrašų turinio reglamentavimą, o į standartizaciją e. sveikatos srityje. Kaip pavyzdys paminėtini HIPAA standartai. JAV tradiciškai naudoja šiek tiek kitus reguliavimo įrankius nei Europa – standartizaciją, gaires ir savireguliaciją. Ne išimtis ir e. sveikatos sritis<sup>119</sup>.

Paciento informacijos konfidencialumo koncepcija yra fundamentali medicinos praktikoje. Tačiau paciento teisė į privatumą numatyta keliuose šaltiniuose. Visų pirma, yra JAV Aukščiausiojo Teismo praktika, kuri pripažįsta konstitucinę teisę į privatumą (pvz., byla *Griswold v. Connecticut*). Taip pat privatumas medicinos srityje saugomas federaliniais bei valstijų įstatymais<sup>120</sup>.

<sup>116</sup> The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) [žiūrėta 2014-12-03]. <http://www.healthit.gov/newsroom/about-onc>.

<sup>117</sup> Index for Excerpts from the American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA) [žiūrėta 2014-12-03]. [http://www.healthit.gov/sites/default/files/hitech\\_act\\_excerpt\\_from\\_arra\\_with\\_index.pdf](http://www.healthit.gov/sites/default/files/hitech_act_excerpt_from_arra_with_index.pdf).

<sup>118</sup> Dumortier, J., Verhenneman, G. (2011). Legal Regulations on Electronic Health Records: A Prerequisite or an Unavoidable By-Product? - The Legal Aspects of Electronic Health Records in Europe and the US Analysed. *ICRI Research Paper*, (5) [žiūrėta 2014-12-03]. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1975758](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1975758).

<sup>119</sup> George, C., Whitehouse, D., Duquenois, P. (2013). *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*. Berlin, Springer-Verlag, p. 35.

<sup>120</sup> Grady, A. (2012). Electronic health records: how the united states can learn from french dossier medical personnel. *Wisconsin International Law Journal*, (2) 30 [žiūrėta 2014-12-04]. <http://hosted.law.wisc.edu/wordpress/wilj/files/2013/01/Grady.pdf>, p. 15.

Apibendrinant pasakytina, kad e. sveikatos srities teisinio reguliavimo procesai sparčiai vyksta ir kitose ne ES užsienio valstybėse. Paminėtina, kad teisinis reguliavimas visų pirma įvedamas pradėdant nuo pamatinių teisės normų ir vėliau reglamentuojant lydimaisiais teisės aktais. Vis dėlto nagrinėtose ne ES valstybėse e. sveikatos srities teisinio reguliavimo praktika labai skirtinga tiek lyginant tarpusavyje, tiek su Europos valstybėmis (skirtingos reguliavimo priemonės ir kt.).

### 1.3. Lietuvos teisės aktų nuostatų e. sveikatos srityje analizė

#### 1.3.1. E. sveikatos strateginis teisinis reguliavimas Lietuvoje

##### 1.3.1.1. E. sveikatos plėtros 2007–2015 m. strategija

2007–2015 m. laikotarpiu Lietuvoje galioja E. sveikatos plėtros 2007–2015 m. strategija<sup>121</sup> (Strategija). Jau pačiame Strategijos pavadinime yra nurodyta, kad strategija yra susijusi vien tik su e. sveikata.

Šios Strategijos rengimo tikslas – „subalansuoti esamas ir naujai atsi-randančias informacinių ir komunikacinių technologijų galimybes, nacionalines bei globalines tendencijas, artimiausio ir tolesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė e. sveikatos sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę kiekviename Strategijos įgyvendinimo etape“<sup>122</sup>.

Strategijoje vartojamos kelios su e. sveikatos sistema susijusios sąvokos:

- e. sveikata;
- elektroninė sveikatos istorija.

E. sveikata<sup>123</sup> – sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos visuma, užtikrinama diegiant informacines ir ryšių technologijas, organizacines veiklos naujoves ir naujus įgūdžius ir skirta

<sup>121</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430.

<sup>122</sup> *Ibid.*, 2 p.

<sup>123</sup> Iki 2010 m. vasario 19 d. galiojo toks strategijoje pateiktas e. sveikatos apibrėžimas: E. sveikata – nauja sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sritis, skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją interneto ir panašių skaitmeninių technologijų priemonėmis.

sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją<sup>124</sup>.

Elektroninė sveikatos istorija<sup>125</sup> (toliau – 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. Į pacientą orientuota ESI yra e. sveikatos sistemos pagrindas ir remiasi principu „vienas gyventojas – viena istorija“ (toliau – VGVĮ). Profilaktikos ir prevencijos tikslais ESI apima asmens viso gyvenimo sveikatos duomenis<sup>126</sup>.

Strategijoje aiškiai išskirti du pagrindiniai tikslai:

- „kurti ir palaikyti evoliucionuojančią, suderintą, saugią ir patikimą e. sveikatos priežiūros paslaugų informacinę infrastruktūrą;
- kurti ir plėtoti e. sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, pacientams, specialistams ir įstaigoms.“<sup>127</sup>

Strategija įgyvendinama šiomis pagrindinėmis kryptimis:

Pirmoji – kurti ir plėtoti e. sveikatos sistemos pagrindą – elektroninę sveikatos istoriją (ESI).

Strategijoje teigiama, kad „paciento elektroninė sveikatos istorija apima jo sveikatos informaciją ir praktiškai realizuoja esminę koncepciją – e. sveikatos sistemos architektūros orientavimą į pacientą bei jo poreikius, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą ir kokybę. ESI yra nacionalinių e. sveikatos sistemų centre. Pagal jo naudojimo laipsnį sprendžiama apie ša-

<sup>124</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430, 3 p.

<sup>125</sup> Iki 2010 metų vasario 19 d. galiojo strategijoje pateiktas elektroninio sveikatos įrašo apibrėžimas: Elektroninis sveikatos įrašas (toliau – ESI) – integralus visuminis į pacientą orientuotas sveikatos įrašas, sudarantis e. sveikatos sistemos pagrindą. Kiti įrašai – elektroninis paciento įrašas (EPI), elektroninė ligos istorija (ELI), elektroninis medicininis įrašas (EMI) iš esmės reiškia dalinių elektroninių sveikatos įrašų, padarytą sveikatos priežiūros įstaigoje ar farmacijos įmonėje, vykdančią epizodinę sveikatos priežiūrą. Labiausiai paplitęs terminas tokiems daliniams įrašams apibūdinti – elektroninis medicininis įrašas (EMI). ESI remiasi principu „vienas gyventojas – vienas įrašas (VGVĮ)“. Profilaktikos ir prevencijos tikslais ESI apima gyventojų viso gyvenimo sveikatos duomenis ir jam nesant pacientu.

<sup>126</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430, 3 p.

<sup>127</sup> *Ibid.*, 31 p.



*lies pažangą šioje srityje, nes ESI įgyvendinimas reikalauja vieningo paciento identifikavimo, informacijos integravimo ir apskaitimo galimybių, saugos užtikrinimo ir kitų funkcijų, kurių visuma sudaro e. sveikatos sistemą*<sup>128</sup>.

Pagal strategiją, „ESI pagrindas – duomenų apskaitimas ir informacijos sauga. Duomenų apskaitimui skiriama labai daug dėmesio, nes nuo jo priklauso ESI ir visos e. sveikatos sistemos funkcionavimas. Pereinama nuo lokalių informacinių sistemų prie nacionalinių e. sveikatos sistemų, kurios užtikrina lokalių informacinių sistemų integravimą, kad virtualiai galėtų bendrauti visos sveikatos priežiūros įstaigos, specialistai ir administratoriai. Didėjant pacientų informacijos, esančios kompiuterinėse laikmenose, apimtims ir iškilus informacijos saugumo problemai, kuriamos autorizavimo, autentifikavimo ir sertifikavimo priemonės, kurios rūpestingai testuojamos. Analizei naudojami duomenys depersonalizuojami, t. y. klinikiniai ir statistiniai duomenys atsiejami nuo personalinių duomenų.“<sup>129</sup>

Apsikeičiant duomenimis pirmiausia reikia susitarti dėl bendrų standartų ir minimalių duomenų rinkinių. „Sparčiai plėtojantis e. sveikatos sistemoms, aktualėja standartizavimo problema ir didėja sistemų „nesusikalbėjimo“ pavojus. Ši problema turi būti išspręsta trimis suderinamumo lygiais: semantiniu (terminų, sąvokų, informacijos modelių, archetipų, ontologijų), duomenų (įrašų, dokumentų) bei technologiniu (duomenų bazių, protokolų ir pan.). Tam tikslui kuriami ir įgyvendinami duomenų apskaitimo standartai, kuriamos priemonės duomenų, esančių atskirose informacinėse sistemose, taip pat ir plėtojamose pagal tarptautinius susitarimus, integravimui, tariamasi dėl standartizuotų minimaliai būtinų duomenų rinkinių kiekvienam Europos gyventojui.“<sup>130</sup>

Paminėtina, kad ESI šioje monografijoje skiriamas atskiras skyrius, kuriam nagrinėjamas ESI institutas bei asmens duomenų apsaugos ir kiti aspektai.

Antroji Strategijos įgyvendinimo kryptis – kurti ir diegti esminius e. sveikatos sistemos taikymus, maksimaliai išnaudojant jos privalumus.

Pagrindinė e. sveikatos sistemos panaudojimo perspektyva – „sprendimų palaikymo sistemų kūrimas ir naudojimas. Tai viena perspektyviausių e. sveikatos plėtros tendencijų. Informacija, sukaupta e. sveikatos sistemoje,

<sup>128</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430, 32.1 p.

<sup>129</sup> *Ibid.*, 32.1 p.

<sup>130</sup> *Ibid.*, 32.1 p.

apdorojama siekiant iš jos išgauti žinias, reikalingas priimti klinikiniams ir administraciniais sprendimams (profilaktikai, diagnostikai, vaistų išrašymui, gydymo metodams ir taktikai), taip pat sprendimams paciento lygmeniu (paslaugų pasirinkimui, paslaugų užsakymui). Ryškėja tendencija nuo bendro pobūdžio rekomendacijų, taisyklių, priminimų taikymo pereiti prie individualizuotos sprendimų palaikymo koncepcijos, kai detalaus informacijos, esančios didelėse duomenų bazėse, apdorojimo pagrindu gydytojui yra siūlomas sprendimas konkretaus paciento atžvilgiu. Medicininių klaidų skaičių galima sumažinti apie 20–30 proc., panaudojant e. sveikatos technologijas, įskaitant klinikinių sprendimų palaikymo sistemas.<sup>131</sup>

Siekiant Strategijos tikslų ir laikantis pagrindinių plėtros kryptių, nustatomi šie uždaviniai<sup>132</sup>:

1. NESS kūrimas, palaikymas ir plėtra.
2. Paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas ir plėtra.
3. Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų – nacionalinės e. sveikatos sistemos komponentų (posistemų) kūrimas, diegimas, palaikymas ir plėtra.
4. Duomenų kokybės ir patikimumo užtikrinimas.
5. Klinikinių sprendimų palaikymo priemonių diegimas.
6. Medicininių vaizdų valdymo ir telemedicinos priemonių diegimas.
7. Valdymo, statistikos ir atsiskaitymo ataskaitų, analizės priemonių diegimas.
8. E. sveikatos sistemos galimybių viešinimas ir vartotojų mokymas.

Taigi, Strategijoje gana smulkiai išdėstomi ir aprašomi su e. sveikatos sistema susiję tikslai, kryptys ir uždaviniai. Strategija implikuoja pasirinktą Estijos modelį diegiant e. sveikatos sistemą ir elektroninį sveikatos įrašą. Strategijos tikslais, kryptimis ir uždaviniais nustatomas maksimaliai įmanomas klausimų, kurie turi būti sprendžiami diegiant e. sveikatos sistemą Lietuvoje, ratas. Tačiau Strategija galioja tik 2007–2015 m. laikotarpiu.

<sup>131</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430, 32.2 p.

<sup>132</sup> *Ibid.*, 31 p.

### 1.3.1.2. E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa

2009–2015 m. laikotarpiu Lietuvoje galioja ir „E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa“<sup>133</sup>. Jau pačiame Programos pavadinime yra nurodyta, kad programa yra susijusi vien tikrai su e. sveikata. Programa parengta „įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 3 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. 64-1842), Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų strategiją, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-811 (Žin., 2007, Nr. 108-4430)“<sup>134</sup> bei daugeliu europinių dokumentų.

Ši Programa parengta „siekiant subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ryšių technologijų diegimo galimybes, nacionalines bei globalias tendencijas, artimiausio ir tolimesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę“<sup>135</sup>.

Programoje vartojamos su e. sveikatos sistema susijusios sąvokos:

- e. sveikata;
- elektroninė sveikatos istorija;
- elektroninė medicininė istorija;
- e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema;
- e. sveikatos plėtros koordinacinė taryba.

Programoje teigiama, kad „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 (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją“<sup>136</sup>.

Kaip ir Strategijoje, elektroninė sveikatos istorija apibrėžiama kaip elektronine forma kaupiami duomenys apie ankstesnę bei dabartinę pacien-

<sup>133</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.

<sup>134</sup> *Ibid.*, 1 p.

<sup>135</sup> *Ibid.*, 2 p.

<sup>136</sup> *Ibid.*, 3 p.

to fizinę ir psichinę sveikatos būklę, užtikrinantys galimybę lengvai gauti šiuos duomenis teikiant sveikatinimo paslaugas ir kitiems glaudžiai susijusiems tikslams. Į pacientą orientuota ESI yra e. sveikatos sistemos pagrindas ir remiasi VGVFI Profilaktikos ir prevencijos tikslais. ESI apima asmens viso gyvenimo sveikatos duomenis<sup>137</sup>.

Elektroninė medicininė istorija (toliau – EMI) – vienoje sveikatinimo įstaigoje elektronine forma kaupiami klinikiniai duomenys apie paciento ankstesnę bei dabartinę fizinę ir psichinę sveikatos būklę<sup>138</sup>.

Pažymėtina, kad e. sveikatos sąvokos Strategijoje ir Programoje nuo 2010 m. vasario 19 d. buvo suvienodintos, nors iki šio laikotarpio sąvokos skyrėsi, pavyzdžiui, Strategijoje buvo vartojama elektroninio sveikatos įrašo sąvoka, tuo tarpu Programoje – elektroninė sveikatos istorija bei elektroninė medicininė istorija. Toks neatitikimas tarp sąvokų taip pat nebuvo gera praktika reglamentuojant e. sveikatą strateginiuose dokumentuose.

Pagrindiniai Programos įgyvendinimo principai<sup>139</sup>:

1. E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros įgyvendinimo principai:

- „*sprendimai, skirti bendram sveikatos priežiūros sektoriaus dalyvių naudojimui ir bendradarbiavimui tarp sveikatos priežiūros sektoriaus dalyvių, kuriami e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros aplinkoje;*

- *vienai prieigai prie sveikatos sektoriaus informacinių išteklių: registru, klasifikatorių ir terminologijų, e. sveikatos istorijos (ESI), įdiegti naudojama e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra;*

- *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra kuriama remiantis sprendimais, sudarančiais sąlygas techniniam ir semantiniam sistemų sąveikumui bei suderinamumui nacionaliniu ir tarptautiniu mastu;*

- *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros aplinkoje tvarkomas E. sveikatos paslaugų katalogas yra „vienas prieigos taškas“ prie e. sveikatos paslaugų gyventojams ir specialistams;*

- *viena prieiga prie viešojo administravimo informacinių išteklių ir e. valdžios paslaugų įgyvendinant sąveiką tarp e. sveikatos paslaugų ir bendra-*

<sup>137</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079, 3 p.

<sup>138</sup> *Ibid.*, 3 p.

<sup>139</sup> *Ibid.*, 35 p.

*darbiavimo infrastruktūros ir Viešojo administravimo institucijų informacinių sistemų interoperabilumo sistemos (VAIISIS);*

*- įgyvendinamos e. sveikatos paslaugos, kurių kūrimui ir vystymui skiriamos Programoje numatytos ES struktūrinės paramos bei valstybės biudžeto lėšos, turi būti kuriamos remiantis atvirais standartais.*<sup>140</sup>

2. E. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams įgyvendinimo principai:

*- „esamos ir naujai diegiamos SPĮ ir kitų institucijų e.sveikatos paslaugos prijungiamos prie vieno elektroninės prieigos taško – e. sveikatos paslaugų gyventojams katalogo, esančio e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros aplinkoje, taip suteikiant galimybę gyventojams ir pacientams pasiekti ir lengvai surasti e. sveikatos paslaugas vienoje vietoje bei užtikrinant VGVI principo įgyvendinimą;*

*- naujos tarpinstitucinės (teikiamos dviejų ir daugiau sveikatos priežiūros įstaigų ir institucijų) e. sveikatos paslaugos gyventojams diegiamos naudojant e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros komponentus arba tokias e. sveikatos paslaugas tiesiog įgyvendinant e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros aplinkoje.*<sup>141</sup>

Siekiant Programą įgyvendinti pagal (1) prioritetinius Lietuvos sveikatos programos aspektus ir tikslus, keliamus (2) gyventojų (paciento) ir (3) sveikatos priežiūros įstaigos atžvilgiu, tolesnei bendro naudojimo e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros, kuri yra būtina Programos tikslams ir uždaviniams įgyvendinti, plėtrai keliami šie tikslai<sup>142</sup>:

1. Suteikti vieningą ir patogią prieigą prie e. sveikatos paslaugų gyventojams;
2. Sudaryti sąlygas bendradarbiauti sveikatos priežiūros sektoriaus dalyviams;
3. Mažinti e. sveikatos sprendimų įgyvendinimo ir eksploatavimo sąnaudas, įgyvendinimo nesėkmės ir nesuderinamumo riziką.

<sup>140</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079, 35 p.

<sup>141</sup> *Ibid.*, 35 p.

<sup>142</sup> *Ibid.*, 31 p.

### 1.3.1.3. E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planas

E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planas<sup>143</sup> patvirtintas 2010 m. birželio 18 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-570.

Plane numatytos konkrečios priemonės pagal Programos uždavinius, šių priemonių įgyvendinimas, laukiami rezultatai ir terminai, taip pat atsakingi vykdytojai, finansavimo šaltinis ir lėšų poreikis. Pavyzdžiui, plane numatyta, jog projektas „e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“<sup>144</sup> turi būti įgyvendintas iki 2015 m., už tai atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija.

Konkrečios priemonės numatytos pagal kiekvieną plano uždavinį.

Apibendrinant paminėtina, kad Strategijos ir Programos nuostatos dubliojasi. Pageidautinas aiškesnis šių dokumentų atskyrimas, ne tik atskirais sveikatos ministro įsakymais, bet ir turiniu. Be to, tiek Strategija, tiek Programa numatytos iki 2015 m. Jau šiuo metu turi būti pradėta kurti nauja strategija ir programa. Rengiant šių dokumentų projektus turi būti vengiama nuostatų dubliavimo ir užtikrinamas sisteminis teisinis reguliavimas, taip pat atsižvelgiama į ES strateginius dokumentus.

<sup>143</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2010 m. birželio 18 d. Nr. V-570 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 74-3763.

<sup>144</sup> Sukurtas e. sveikatos portalas pacientams. Sukurtos priemonės, užtikrinančios gyventojams saugią prieigą prie asmeninės e. sveikatos istorijos (toliau – ESI) ir kitos asmens sveikatos informacijos. Nustatyta ir įteisinta bazinė ESI struktūra. Sukurta bazinė ESI taikomoji informacinė sistema ir patikima jos bazinė techninė infrastruktūra. Parengti ir įteisinti sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – SPĮ) prisijungimo prie e. Sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos ir ESI duomenų teikimo skatinimo modeliai. Nustatytos ir įteisintos techninės ir organizacinės e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros tvarkytojo funkcijos. Sukurta internetu pasiekiamo saugios ESI duomenų peržiūros ir duomenų teikimo į ESI priemonė, skirta sveikatos priežiūros specialistams (SPĮ, neturintioms informacinių sistemų). Parengti ir patvirtinti teisės aktai, reikalingi e. sveikatos sistemos plėtrai.

### 1.3.2. E. sveikata ir pamatinis teisinis reguliavimas<sup>145</sup> Lietuvoje

#### 1.3.2.1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas

Elektroninė sveikatos sistema Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme<sup>146</sup> reglamentuojama III skyriuje. Tam skirtas atskiras 13<sup>1</sup> straipsnis „Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos valdymas“.

Visų pirma, straipsnio pirmojoje dalyje nustatyta, kad Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos įgyvendinimą koordinuoja ir prižiūri Sveikatos apsaugos ministerija. Taigi, įstatymu paskirta viena už elektroninės sveikatos sistemos įgyvendinimą atsakinga institucija.

Įstatyme paaiškinama, kas yra laikoma elektroninės sveikatos sistema: „Elektroninė sveikatos sistema (e. sveikatos sistema) – priemonių, skirtų sveikatinimo veiklai, pasitelkiant informacines ir ryšių technologijas, visuma.“<sup>147</sup>

Antra, pagal 13<sup>1</sup> straipsnio antrąją dalį, „įgyvendinant Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos priemones, steigiama valstybės elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema. Šios informacinės sistemos valdytoja yra Sveikatos apsaugos ministerija. Valstybės elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatus tvirtina ir tvarkytojus skiria Vyriausybė.“<sup>148</sup> Tai reiškia, kad įstatymo lygmeniu įtvirtintas centralizuotas elektroninės sveikatos modelis, o Vyriausybei pavedama nustatyti detales tokio modelio sąlygas.

Trečia, straipsnio trečiojoje dalyje įtvirtinama pareiga naudotis valstybės elektronine sveikatos paslaugų sistema: „visi LNSS sveikatinimo veiklos valdymo ir vykdomieji subjektai, sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys ar gaunantys asmenys ir kiti asmenys, vykdydami teisės aktuose nustatytas funkcijas ar teikdami su sveikatinimo veikla susijusias paslaugas, privalo naudotis valstybės elektronine sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacine sistema ir teisės aktų nustatyta tvarka teikti ir gauti duomenis.“<sup>149</sup>

Ketvirta, įstatymo straipsnio ketvirtoje dalyje nustatyti finansavimo principai: valstybės elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo

<sup>145</sup> T. y. įstatymo lygmeniu.

<sup>146</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552. *Valstybė žinios*.1994, Nr. 63-1231.

<sup>147</sup> *Ibid.*, 2 str. 18 p.

<sup>148</sup> *Ibid.*, 13 prim str. 2 d.

<sup>149</sup> *Ibid.*, 13 prim str.

infrastruktūros informacinė sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinių fondų, taip pat kitų teisės aktuose nustatytų finansavimo šaltinių. Tačiau įstatyme nėra įtvirtintų svarbių nuostatų dėl elektroninio sveikatos įrašo / elektroninės sveikatos istorijos. Pagrindiniai elektroninės sveikatos sistemos požymiai, struktūra ir kiti svarbūs aspektai nėra įtvirtinti, paliekant tai padaryti Vyriausybei. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad tokie pamatiniai dalykai turi būti reglamentuoti įstatymu. Todėl manytina, kad šio įstatymo normos turėtų būti papildytos naujais aspektais, įtvirtinančiais pamatinius e. sveikatos sistemos principus, struktūrą bei nustatančiais esminio e. sveikatos elemento – elektroninio sveikatos įrašo / elektroninės sveikatos istorijos institutą<sup>150</sup>.

### *1.3.2.2. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas*

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme<sup>151</sup>, be kitų institutų, yra numatytos bendrosios paciento teisės: teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą; teisė į informaciją; teisė nežinoti; teisė susipažinti su įrašais savo medicininuose dokumentuose; teisė į privataus gyvenimo neliečiamumą; teisė į anoniminę sveikatos priežiūrą.

Reikia paminėti, kad šios teisės reglamentuojamos remiantis senąja sveikatos sistema, kai duomenys apie sveikatą buvo tvarkomi medicininuose dokumentuose. Įstatymo 7 straipsnyje reglamentuojama paciento teisė susipažinti su įrašais savo medicininuose dokumentuose. Šio straipsnio 1-ame punkte nurodyta: „*paciento pageidavimu jam turi būti pateikti jo medicinos dokumentai.*“ 5-ame punkte nurodyta: „*Pateikus asmens tapatybę patvirtinančius dokumentus, pacientui pageidaujant, jo lėšomis sveikatos priežiūros įstaiga privalo padaryti ir išduoti sveikatos priežiūros įstaigos patvirtintas paciento medicinos dokumentų kopijas, taip pat išduoti diagnozės ir gydymo aprašymus.*“<sup>152</sup> Pažymėtina, kad nei šios nuostatos, nei kitos įstatymo normos nenumato elektroninio sveikatos įrašo galimybės bei apskritai nepritaikytos elektroninės sveikatos sistemai. Toks pats šiandienos rea-

<sup>150</sup> Daugiau apie elektroninio sveikatos įrašo teisinį reguliavimą – kitame monografijos skyriuje.

<sup>151</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.

<sup>152</sup> *Ibid.*, 7 str. 5 p.



lijų neatitinkantis teisinis reguliavimas įstatyme numatytas ir dėl paciento sutikimo (įstatymo III skyrius).

Kaip rodo užsienio valstybių teisinio reguliavimo praktika, pacientų teisės dažnai adaptuojamos elektroniniams sveikatos įrašams, reglamentuojant atitinkamose pamatinėse teisės normose. Todėl šiame įstatyme reikalingi atitinkami pakeitimai.

#### **1.4. E. sveikata ir pamatinis teisinis reguliavimas Lietuvoje privatumo ir asmens duomenų teisinės apsaugos srityje**

Bendrąją duomenų apsaugos direktyvą Lietuvoje įgyvendina Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas<sup>153</sup>. Bendrasis įstatymo tikslas – ginti žmogaus privataus gyvenimo neliečiamumo teisę ryšium su asmens duomenų tvarkymu. Įstatymas reglamentuoja santykius, kurie atsiranda tvarkant asmens duomenis automatinio būdu, taip pat neautomatinio būdu tvarkant asmens duomenų susistemintas rinkmenas: sąrašus, kartotekas, bylas, sąvadus ir kita<sup>154</sup>. Įstatymas taikomas ir tvarkant duomenis sveikatos apsaugos tikslais.

Įgyvendindamas Bendrąją duomenų apsaugos direktyvą, įstatymas tuo tikslu nustato panašius asmens duomenų teisėto tvarkymo kriterijus bei asmens duomenų tvarkymo principus.

Pagal Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 2 straipsnio 8 punktą, *ypatingi asmens duomenys* – duomenys, susiję su fizinio asmens rasine ar etnine kilme, politiniais, religiniais, filosofiniais ar kitais įsitikinimais, naryste profesinėse sąjungose, sveikata, lytiniu gyvenimu, taip pat informacija apie asmens teistumą. Taigi, asmens duomenys apie sveikatą priskiriami ypatingų asmens duomenų kategorijai.

Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu draudžiama tvarkyti ypatingus asmens duomenis, išskyrus atvejus, kai:

„1) duomenų subjektas duoda sutikimą;

2) toks tvarkymas yra būtinas darbo ar valstybės tarnybos tikslais duomenų valdytojo teisėms ir prievolėms darbo teisės srityje įgyvendinti įstatymų nustatytais atvejais;

<sup>153</sup> Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas Nr. I-1374. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 63-1479.

<sup>154</sup> *Ibid.*, 1 str. 2 d.

3) reikia apsaugoti duomenų subjekto arba kito asmens esminius interesus, kai duomenų subjektas nepajėgia duoti sutikimo dėl fizinės negalios arba yra neveiksnius;

4) asmens duomenis tvarko savo veikloje fondas, asociacija ar kita nepelno organizacija politiniais, filosofiniais, religiniais ar su profesinėmis sąjungomis susijusiais tikslais, jei tvarkomi asmens duomenys yra susiję tik su šios organizacijos nariais arba su asmenimis, kurie nuolat kitaip dalyvauja jos veikloje dėl šios organizacijos siekiamų tikslų. Šie asmens duomenys negali būti teikiami trečiajam asmeniui be duomenų subjekto sutikimo;

5) duomenų subjektas asmens duomenis paskelbė viešai;

6) įstatymų nustatytais atvejais būtina užkirsti kelią nusikalstamoms ar kitoms neteisėtoms veikoms arba būtina jas tirti;

7) jie yra reikalingi bylai nagrinėti teisme;

8) įstatymai įpareigoja duomenų valdytoją tvarkyti tokius duomenis.<sup>155</sup>

Tačiau dėl asmens duomenų apie sveikatą, įstatymas atskirai reglamentuoja, kad „Duomenys apie asmens sveikatą taip pat gali būti tvarkomi šio įstatymo 10 straipsnyje ir sveikatos sritį reglamentuojančių įstatymų nustatytais tikslais ir tvarka“<sup>156</sup>.

Įstatymo 7 straipsnis nustato asmens kodo naudojimo reikalavimus. Pagal minimo straipsnio 2 d., naudoti asmens kodą tvarkant asmens duomenis galima tik gavus duomenų subjekto sutikimą. 3 dalyje nustatyti atvejai, kai asmens kodą galima naudoti be duomenų subjekto sutikimo:

- „jei tokia teisė numatyta įstatymuose;

- atliekant mokslinį arba statistinį tyrimą;

- valstybės registruose ir informacinėse sistemose, jeigu jie yra įteisinti teisės aktų nustatyta tvarka;

- juridiniams asmenims, kurių veikla susijusi su paskolų teikimu ir skolų išieškojimu, draudimu ar nuomos verslu, taip pat sveikatos apsaugos ir socialinio draudimo bei kitų socialinės globos institucijų ir švietimo įstaigų, mokslo ir studijų institucijų veikloje bei įstatymų nustatytais atvejais tvarkant įslaptintus duomenis.<sup>157</sup>

<sup>155</sup> Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas Nr. I-1374. Valstybės žinios. 1996, Nr. 63-1479, 5 str. 2 d.

<sup>156</sup> *Ibid.*, 5 str. 3 d.

<sup>157</sup> *Ibid.*, 7 str.

Įstatymas nustato specialius reikalavimus, jei asmens duomenys tvarkomi specialiais nustatytais tikslais, tarp jų ir sveikatos apsaugos tikslais (įstatymo 10 str. „Asmens duomenų tvarkymas sveikatos apsaugos tikslais“):

1 d. *„Asmens duomenis apie asmens sveikatą (jos būklę, diagnozę, prognozę, gydymą ir kt.) gali tvarkyti įgaliotas sveikatos apsaugos sistemos darbuotojas. Asmens sveikatos paslaptis turi būti saugoma pagal Civilinį kodeksą, pacientų teises reglamentuojančius įstatymus ir kitus teisės aktus.“*

2 d. reglamentuoja, kad *„Asmens duomenys mokslinio medicininio tyrimo tikslais tvarkomi vadovaujantis šiuo ir kitais įstatymais“.*

3 d. nustatyta, jog *„Asmens duomenys apie asmens sveikatą automatiškai būdu, taip pat mokslinio medicininio tyrimo tikslais gali būti tvarkomi tik pranešus Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai. Šiuo atveju Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija privalo atlikti išankstinę patikrą.“*

Atkreiptinas dėmesys, kad tvarkant asmens duomenis e. sveikatos sistemose, reikia vadovautis ne tik šio straipsnio nuostatomis, tačiau ir daugeliu kitų įstatymo nuostatų. Pavyzdžiui, sprendžiant asmens duomenų tvarkymo kriterijaus klausimą, reikia vadovautis Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 5 straipsniu ir pan.

Vienuoliktasis įstatymo skirsnis skirtas atsakomybės klausimams reglamentuoti. Pagal įstatymo 53 straipsnį, duomenų valdytojams, duomenų tvarkytojams ir kitiems asmenims, pažeidusiems įstatymą, taikoma Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta atsakomybė. Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodekso 214–14 straipsnyje „Neteisėtas asmens duomenų tvarkymas“ nustatyta atsakomybė už pažeidimus, susijusius su neteisėtu asmens duomenų tvarkymu, pažeidžiant Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymą. Už šį pažeidimą taikomos sankcijos – bauda iki 1000 Lt, pakartotinai – bauda iki 2000 Lt. Duomenų subjekto teisių, numatytų Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme, pažeidimas, užtraukia administracinę atsakomybę pagal Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodekso 214–16 straipsnį. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos pareigūnų teisėtų nurodymų nevykdymas yra baudžiamas pagal Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodekso 214–17 straipsnį.

Įstatymą detalizuoja nemažai poįstatyminių teisės aktų. Nemažą jų dalį sudaro Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimai. Kaip pavyzdį galima paminėti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. vasario 20 d.

nutarimą Nr. 262 „Dėl Asmens duomenų valdytojų valstybės registro reorganizavimo, šio registro nuostatų ir asmens duomenų valdytojų pranešimo apie duomenų tvarkymą automatinio būdu tvarkos patvirtinimo“. Šiuo nutarimu nustatyta asmens duomenų valdytojų pranešimo apie duomenų tvarkymą automatinio būdu tvarka bei patvirtinti asmens duomenų valdytojų valstybės registro nuostatai. Valstybinė duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus įsakymais taip pat yra patvirtinti:

- rekomenduojama pranešimo apie duomenų tvarkymą forma,
- reikalavimai duomenų apsaugos priemonių aprašui,
- išankstinės patikros taisyklės ir pan.

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, be privalomų poįstatyminių teisės aktų, leidžia ir rekomendacijas, kurios nėra privalomojo pobūdžio. Visos inspekcijos rekomendacijos skelbiamos inspekcijos tinklapyje <http://www.ada.lt>.

Galima apibendrinti, kad Lietuvoje privatumo ir asmens duomenų apsaugos bei e. sveikatos srityje taikomas bendrasis pamatinis teisinis reguliavimas, papildytas tik vienu savarankišku 10 straipsniu. Galima teigti, kad e. sveikatos duomenų tvarkymui iš principo taikoma ES bendroji duomenų apsaugos direktyva ir jos nustatytas duomenų apsaugos režimas. Lietuva neturi papildomo pamatinio e. sveikatos duomenų teisinio reguliavimo mechanizmo, nes įstatymo 10 straipsnis nenustato kažkokių esminių papildomų nuostatų.

### **1.5. Apibendrinimas ir pasiūlymai e. sveikatos teisiniam reguliavimui pagerinti**

ES valstybės narės turėtų atsižvelgti į komunikatų e. sveikatos srityje nuostatas ir savo nacionalinę teisę orientuoti taip pat ir sprendžiant komunikatuose paminėtas problemas.

Kadangi Pacientų teisių direktyva 2011/24/ES tik inicijuoja kai kuriuos procesus e. sveikatos srityje (gairių rengimas ir kt.), tolesni veiksmai reglamentuojant e. sveikatos procesus ES turėtų būti susiję su e. sveikatos regioninės sistemos veiklos principų įdiegimu ir tokios sistemos praktinio veikimo užtikrinimu nuo nurodytos datos.

ES turėtų priimti duomenų apsaugos reglamentą, kuris vertintinas kaip pažangus teisinio reguliavimo pavyzdys ir tikėtina labiau saugotų pa-

cientų teisę į privatumą bei užtikrintų asmens duomenų apsaugą tvarkant duomenis apie sveikatą.

Siūlytina jau dabar pradėti kurti naujas Lietuvos e. sveikatos strategiją ir programą. Rengiant šių dokumentų projektus turi būti vengiama nuostatų dubliavimo ir užtikrinamas sisteminis teisinis reguliavimas, taip pat atsižvelgiama į ES strateginius dokumentus.

Lietuvoje reikėtų priimti naujas pamatines teisės normas, įtvirtinančias e. sveikatos sistemos principus, struktūrą bei nustatančias esminio e. sveikatos elemento – elektroninio sveikatos įrašo – institutą. Taip pat siūlytina koreguoti Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatas, siekiant užtikrinti atitiktį šios dienos realijoms (duomenų apie sveikatą tvarkymą elektroninėmis priemonėmis).

## 1.6. Atvejo studija: e. sveikatos įrašas ir teisinis reguliavimas

Atskirai nagrinėtinas vienas svarbiausių e. sveikatos institutų – sveikatos paslaugų teikimas elektroninėje erdvėje. Elektroninis sveikatos įrašas (angl. *electronic health record*)<sup>158</sup> – tai besivystanti koncepcija, apibrėžiama kaip elektroninės sveikatos informacijos rinkimas apie individualų pacientą ar tam tikrą grupę žmonių<sup>159</sup>.

Atsirandantys elektroninio sveikatos įrašo modeliai kelia nemažai iššūkių sveikatos priežiūros sistemoms, gydytojams ir įstatymų leidėjams. Vieni iš didžiausių iššūkių – teisei sistemai, kadangi įstatymų leidėjams kyla būtinybė keisti ar pildyti tradicinį esamą sveikatos teisinį reguliavimą, suteikiant teisę tvarkyti elektroninius sveikatos įrašus, išrašyti elektroninius receptus ir pan. Elektroninės sveikatos įrašas vertinamas kaip pagrindinis e. sveikatos elementas, nuo kurio priklauso e. sveikatos funkcionavimas valstybėje. Todėl elektroninio sveikatos įrašo teisinė aplinka – vienas iš svarbiausių institutų sveikatos priežiūrai konverguojant į elektroninę erdvę. Lietuvoje šie procesai dar tik prasideda, todėl Lietuvai svarbu įšvertinti esamą teisinio reguliavimo situaciją ir, esant poreikiui, perimti gerąją elektroninių sveikatos įrašų teisinio reguliavimo praktiką

<sup>158</sup> Sąvoka „elektroninis sveikatos įrašas“ vartojama kaip sąvokos „elektroninė sveikatos istorija“ sinonimas.

<sup>159</sup> Gunter, T. D., Terry, N. P. (2005). The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia: Models, Costs, and Questions. *Journal of Medical Internet Research*. 7(1).

iš ES bei šioje srityje lyderiaujančių ir nemažą patirtį sukaupusių atitinkamų ES valstybių.

Užsienyje pastaraisiais metais pasirodė nemažai mokslinių publikacijų apie elektroninius sveikatos įrašus. Šią temą nagrinėjo nemažai užsienio mokslininkų (T. D. Gunter, N. P. Terry, P. Kierkegaard, D. F. Sitti, H. Singh ir kiti). Kai kuriuose šių mokslininkų straipsniuose vienu ar kitu aspektu aptariami teisiniai elektroninio sveikatos įrašo aspektai, tačiau tai daroma fragmentiškai, trūksta sisteminimo ir apibendrinimų. Tuo tarpu Lietuvos mokslininkų darbuose elektroninis sveikatos įrašas kaip institutas nebuvo nagrinėtas. Teisiniai instituto aspektai taip net nebuvo analizuoti.

### **Tyrimų uždaviniai**

1. Išanalizuoti elektroninio sveikatos įrašo teisinį reguliavimą, kiek tai susiję su strateginiais bei pamatiniais teisės aktais.
2. Išanalizuoti elektroninio sveikatos įrašo teisinį reguliavimą privatumo apsaugos srityje.

### **Metodai**

Taikyti keli skirtingi tyrimo metodai: tirdamas elektroninio sveikatos įrašo teisinį reguliavimą ir atitinkamas susijusias teisės normas, autorius pasitelkė lyginamąjį metodą. Galiojančio elektroninio sveikatos įrašo teisiniam reguliavimui nustatyti taikytas empirinis teisinių dokumentų analizės metodas. Šis metodas leidžia ištyrus oficialius dokumentus tiksliai nustatyti ir aprašyti galiojančių teisinį atitinkamo santykio reguliavimą. Naudojant mokslinės literatūros šaltinius, taikytas dedukcijos metodas, leidžiantis daryti gana patikimas išvadas. Sąvokoms tirti pasitelkta naujausia mokslinė literatūra.

### **Tyrimų rezultatai**

Tyrimas atskleidė, jog tiek ES, tiek užsienio valstybių strateginiuose e. sveikatos srities dokumentuose reglamentuojamas elektroninis sveikatos įrašas. Lietuvoje ši praktika taip pat egzistuoja: Lietuvos e. sveikatos strateginiuose dokumentuose elektroniniam sveikatos įrašui skiriama nemažai dėmesio, taip sukuriant pagrindą tolesniam teisiniam reguliavimui pamatinėmis ir kitomis normomis.

Europoje yra taikomi trys skirtingi elektroninio sveikatos įrašo modeliai. Nagrinėtų pasirinktų užsienio valstybių įstatymuose, nepaisant pasirinkto modelio, elektroninis sveikatos įrašas yra įteisintas kaip atskiras institutas.

Pamatinėse teisės normose Lietuvoje e. sveikatos sistemai skiriamas vienas straipsnis, kuris nustato kai kuriuos esminius e. sveikatos sistemos pagrindus. Lietuvoje pasirinktas centralizuotas e. sveikatos sistemos modelis, kuris dar vadinamas skandinaviškuoju modeliu. Tačiau pamatinėse teisės normose Lietuvoje elektroninis sveikatos įrašas specialiai nereglamentuojamas.

Lietuvos Respublikos teisės aktai (kurie įgyvendina ES duomenų apsaugos direktyvą Nr. 95/46/EB), kiek tai susiję su privatumo teisine apsauga, užtikrina tinkamą teisinę elektroninio sveikatos įrašo aplinką. Tačiau teisės normos dėl identifikavimo elektroninėse duomenų sistemose įtvirtintos tik lydumuosiuose teisės aktuose.

ES duomenų apsaugos direktyva numato draudimą tvarkyti asmens duomenis apie sveikatą. Vis dėlto elektroninių sveikatos įrašų sistemų įdiegimas ir naudojimas galėtų būti prilyginamas svarbiam visuomenės interesui (bendrojoje duomenų apsaugos direktyvoje nurodyta išimtis).

Be išnagrinėtų elektroninio sveikatos įrašo teisinių problemų, aktualūs ir šie teisinio reguliavimo klausimai: elektroninių sveikatos įrašų saugumo (duomenų pažeidimų, informavimo apie duomenų pažeidimus, skirtingų saugumo lygių), elektroninių sveikatos įrašų laikymo (angl. *retention*), pacientų e. teisių į elektroninius sveikatos įrašus, elektroninių sveikatos įrašų teikimo į kitas valstybes, elektroninių sveikatos įrašų gavimo iš kitų valstybių teisinio reguliavimo klausimai.

### 1.6.1. Elektroninis sveikatos įrašas ir strateginis e. sveikatos reguliavimas

P. Kierkegaardas teigia, kad, be elektroninio sveikatos įrašo sąvokos, dažnai alternatyviai vartojama ir elektroninio medicininio įrašo sąvoka. Tačiau šie terminai iš principo skiriasi ir neturėtų būti maišomi. Elektroniniame medicininiam įrašė, kaip įprasta, atitinkamos medicininės priežiūros įstaigos saugoma paciento informacija, tuo tarpu elektroniniame sveikatos įrašė saugoma informacija apie pacientą iš visų sveikatos priežiūros įstaigų<sup>160</sup>. Toliau bus remiamasi Kierkegaardo pateikta pozicija dėl elektroninio sveikatos įrašo ir elektroninio medicininio įrašo atskyrimo.

Vis dėlto kaip yra apibrėžiamas elektroninis sveikatos įrašas? 2008 m. patvirtintoje Europos Komisijos rekomendacijoje dėl tarpvalstybinio elekt-

<sup>160</sup> Kierkegaard, P. (2011). Electronic health record: wiring Europe's healthcare. *Computer law & security review*, 27 [žiūrėta 2013-11-28]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0267364911001257>, p. 503.

roninių sveiktos įrašų sistemų suderinamumo „elektroninis sveikatos įrašas“ apibrėžiamas kaip išsamus elektroninės formos medicininis įrašas ar panaši elektroninės formos dokumentacija apie praeities ir esamą individo sveikatos būklę, kai užtikrinama šių duomenų prieiga medicininio gydymo ir kitais susijusiais tikslais<sup>161</sup>. Identiškai elektroninį sveikatos įrašą apibrėžia ir Bendrosios duomenų apsaugos direktyvos 29 straipsnio darbo grupė<sup>162</sup>.

Mokslinėje literatūroje autoriai T. D. Gunteris ir N. P. Terry elektroninį sveikatos įrašą apibrėžia kaip elektroninės sveikatos informacijos rinkimą apie individualų pacientą ar tam tikrą grupę žmonių<sup>163</sup>.

Įvairiuose kituose šaltiniuose elektroninio sveikatos įrašo apibrėžimai skiriasi, tačiau jų esmė vienoda – tai renkama ir saugoma elektroninė informacija apie pacientą bei jo sveikatą, nustatyta tvarka elektroniniu būdu prieinama tiek sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams, tiek pačiam pacientui.

Viena iš aktualiausių pastarųjų metų teisinio reguliavimo problemų, susijusių su elektroniniais sveikatos įrašais, yra ta, kad tradicinis sveikatos srities teisinis reguliavimas nenumatė elektroninio sveikatos įrašo instituto. Istorškai buvo reglamentuojama, kad sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tradiciniu būdu, o informacija apie pacientą saugoma atitinkamoje sveikatos įstaigoje tradiciniuose rašytiniuose dokumentuose. Toks teisinis reguliavimas ilgą laiką buvo taikomas tiek Europoje, tiek JAV<sup>164</sup>. Tuo tarpu elektroninis sveikatos įrašas iš principo keičia informacijos apie pacientą bei jo sveikatą rinkimo bei saugojimo mechanizmus, atsiranda vienas elektroninės informacijos saugojimo formatas, kuris potencialiai turėtų būti vienodas ne tik atitinkamoje valstybėje, bet ir visoje Europos Sąjungoje.

<sup>161</sup> Commission Recommendation of 2 July 2008 on crossborder interoperability of electronic health record systems [žiūrėta 2014-12-05]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:190:0037:0043:EN:PDF>, 3 c).

<sup>162</sup> Working document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). WP 131, 2007 [žiūrėta 2014-12-05]. [http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_en.pdf), p. 4.

<sup>163</sup> Gunter, T. D., Terry, N. P. (2005). The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia: Models, Costs, and Questions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1): 1.

<sup>164</sup> Dumortier, J.; Verhenneman, G. (2011). Legal regulations of electronic health record: a prerequisite or an unavoidable by-product? – The legal aspects of electronic health records in Europe and the US analysed. *ICRI Research Paper*, 5 [žiūrėta 2014-12-04]. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1975758](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1975758), p. 3.



Taigi, tradiciniam sveikatos teisiniam reguliavimui, atsirandant elektroniniam sveikatos įrašui, tenka iššūkis ir kartu naujos galimybės.

Vienas iš pagrindinių atitinkamos srities teisinio reguliavimo dokumentų – strategijos. Tai kertiniai teisės aktai, kurių pagrindu plėtojama atitinkamos srities įstatymų bazė. E. sveikatos srityje strateginiai dokumentai – strategijos taip pat labai svarbūs<sup>165</sup>.

ES elektroninio sveikatos įrašo institutas pradėtas minėti būtent strateginiuose dokumentuose. Šie dokumentai davė impulsą elektroninio sveikatos įrašo teisinio reguliavimo iniciatyvoms nacionaliniu lygmeniu.

2011/24/ES direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, kaip teigia P. Kierkegaardas, pirmą kartą Europos istorijoje nustato e. sveikatos teisinio reguliavimo modelį, taip skatindama vystyti ir pavirtinti elektroninius pacientų įrašus visoje Europoje<sup>166</sup>. Nors reikia paminėti, kad direktyvoje tiesiogiai elektroniniai sveikatos įrašai neminimi – direktyvoje pasisakoma už e. sveikatos sistemų ir paslaugų sąveiką: „siekti užtikrinti Europos e. sveikatos sistemų ir paslaugų bei sąveikių taikomųjų programų tvarią ekonominę ir socialinę naudą, kad būtų užtikrintas aukštas patikimumo ir saugumo lygis, gerinamas priežiūros tęstinumas ir užtikrinta galimybė naudotis saugiomis ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis.“<sup>167</sup>

2012 m. gruodžio 6 d. Europos Komisija patvirtino komunikatą dėl e. sveikatos veiksmų plano 2012-2020 – Inovatyvi sveikatos priežiūra 21 amžiuje<sup>168</sup>. Nors komunikate tiesiogiai elektroniniai sveikatos įrašai neminimi, tačiau nurodoma, jog „Siekiant Europoje diegti e. sveikatos

<sup>165</sup> Štītīlis, D. (2014). Elektroninis sveikatos įrašas ir teisinė aplinka: esama situacija ir problemos. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 66.

<sup>166</sup> Kierkegaard, P. (2011). Electronic health record: wiring Europe's healthcare. *Computer law & security review*, 27 [žiūrėta 2013-11-28]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0267364911001257>, p. 505.

<sup>167</sup> Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo [žiūrėta 2013-11-28]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:lt:PDF>, 14 str. 2 d. a).

<sup>168</sup> Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions „eHealth Action Plan 2012-2020 – Innovative healthcare for the 21st century. Brussels, 6.12.2012, COM(2012) 736 final [žiūrėta 2014-12-05]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0736:FIN:LT:PDF>.

sistemas, labai svarbu pašalinti teisinės kliūtis. Direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo tą tikslą padės pasiekti, nes joje išaiškinamos pacientų teisės gauti tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą, įskaitant nuotoliniu būdu (naudojantis telemedicinos paslaugomis).<sup>169</sup>

Taip pat paminėtina, kad dar 2008 m. patvirtintoje Europos Komisijos rekomendacijoje dėl tarpvalstybinio elektroninių sveikatos įrašų sistemų suderinamumo<sup>170</sup> numatomi etapai, kurių šalys narės turi imtis, siekiant įkurti elektroninių sveikatos įrašų sistemas, suderinamas visoje Europos Sąjungoje. Šios rekomendacijos tikslas – užtikrinti visos ES e. sveikatos sistemų suderinamumą iki 2015 m. galo<sup>171</sup>. Rekomendacija skatina priimti atitinkamus teisės aktus, reglamentuojančius visose valstybėse narėse suderinamus elektroninius sveikatos įrašus. Priimant tokius teisės aktus, vertėtų atkreipti dėmesį į asmens duomenų, susijusių su sveikata, jautrumą bei užtikrinti atitinkamus saugiklius, susijusius su vienos iš pagrindinių žmogaus teisių – teisės į privatumą – apsauga<sup>172</sup>.

Kai kuriose Europos valstybėse elektroninio sveikatos įrašo „įteisinimas“ ir reguliavimas buvo skatinamas nacionalinių vyriausybių<sup>173</sup>, elektroninis sveikatos įrašas buvo pradėtas minėti ir strateginiuose dokumentuose.

Airijos 2004 m. nacionalinėje sveikatos informacijos strategijoje<sup>174</sup> elektroniniam sveikatos įrašui skiriamas atskiras skyrius. Strategijoje aptariama elektroninio sveikatos įrašo samprata ir pateikiamos koncepcinės elektroninio sveikatos įrašo prielaidos. Strategijoje nurodoma, kad, turint omenyje elektroninio sveikatos įrašo sąveikumą, reikalingas nacionalinis, koordinuotas ir integruotas požiūris. Atskirų sveikatos priežiūros įstaigų

<sup>169</sup> Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions „eHealth Action Plan 2012-2020 – Innovative healthcare for the 21st century. Brussels, 6.12.2012, COM(2012) 736 final, *supra* note 9, p. 9.

<sup>170</sup> Commission Recommendation of 2 July 2008 on crossborder interoperability of electronic health record systems, *supra* note 3.

<sup>171</sup> *Ibid.*, preambulės p. 9.

<sup>172</sup> Kierkegaard, P. (2011). Electronic health record: wiring Europe's healthcare. *Computer law & security review*, 27 [žiūrėta 2013-11-28]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0267364911001257>, p. 506.

<sup>173</sup> Dumortier, J.; Verhenneman, G., *supra* note 1, p. 2.

<sup>174</sup> Health Information: a National Strategy. Ireland, 2004 [žiūrėta 2014-12-04]. <http://www.dohc.ie/publications/pdf/nhis.pdf?direct=1>.

informacinės sistemos turi būti pakeistos, atsižvelgiant į nacionalinį aspektą<sup>175</sup>.

Estijos nacionaliniame sveikatos plane<sup>176</sup> elektroninis sveikatos įrašas taip detalai kaip Airijos atveju neregamentuojamas, nepaisant to plane užsiimenama, kad Estija palaiko inovatyvius sprendimus medicinoje. Nurodoma, kad Estijoje bus įdiegta nacionalinė e. sveikatos informacijos sistema: skaitmeninės pacientų istorijos, skaitmeniniai įrašai bei skaitmeniniai receptai<sup>177</sup>.

Nuo 1990 m. Danija naudojo nacionalines IT strategijas tam, kad nukreiptų šalį link transformacijos procesų, panaudojant IT teikiant aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Geriausias to pavyzdys tas, kad Danijos vyriausybė nustatė privalomą elektroninių sveikatos įrašų naudojimą<sup>178</sup>.

Pateikti pavyzdžiai, susiję su nacionalinėmis sveikatos strategijomis, kaip parodė atliktas užsienio valstybių sveikatos strategijų tyrimas, liudija, kad tiek ES, tiek užsienio valstybių strateginiuose dokumentuose dėmesys skiriamas ir elektroniniam sveikatos įrašui. Nors tai nėra visas be išimties užsienio valstybes apimanti praktika, elektroninių sveikatos įrašų reglamentavimas strateginiuose dokumentuose įvardintinas kaip siektinas pavyzdys, inicijuojantis atitinkamo teisinio reguliavimo, susijusio su elektroniniais sveikatos įrašais, įtvirtinimą ir kituose nacionaliniuose teisės aktuose, reglamentuojant jau konkrečius su elektroniniu sveikatos įrašu susijusius aspektus (teisinę galią, privatumo apsaugą, saugumą, prieigą, identifikavimą ir kt.).

Lietuva priklauso toms valstybėms, kurios savo strateginiuose dokumentuose mini elektroninį sveikatos įrašą. Kaip jau minėta anksčiau, Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijoje<sup>179</sup> tarp sąvokų išskiriamas ir elektroninis sveikatos įrašas. Elektroninis sveikatos įrašas strategijoje

<sup>175</sup> Health Information: a National Strategy. Ireland, 2004 [žiūrėta 2014-12-04]. <http://www.dohc.ie/publications/pdf/nhis.pdf?direct=1>, p. 58.

<sup>176</sup> National Health Plan. Estonia [žiūrėta 2014-12-04]. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_229581\\_EN\\_EE\\_Rahvastiku\\_tervise\\_arengukava\\_2009-2020.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_229581_EN_EE_Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf).

<sup>177</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>178</sup> Kierkegaard, P. eHealth in Denmark: A Case Study. *Journal of Medical Systems*, 2013, October [žiūrėta 2014-12-04]. [http://download.springer.com.skaitykla.mruni.eu/static/pdf/56/art%253A10.1007%252Fs10916-013-9991-y.pdf?auth66=1385807911\\_a0f9c2f3f540a719a82390f3871c7440&text=.pdf](http://download.springer.com.skaitykla.mruni.eu/static/pdf/56/art%253A10.1007%252Fs10916-013-9991-y.pdf?auth66=1385807911_a0f9c2f3f540a719a82390f3871c7440&text=.pdf), p. 5.

<sup>179</sup> Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategija. 2007 m. spalio 9 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-811. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 108-4430.

vadinamas „elektronine sveikatos istorija“ ir apibrėžiamas kaip 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. Į pacientą orientuota ESI yra e. sveikatos sistemos pagrindas ir remiasi principu „vienas gyventojas – viena istorija“ (toliau – VGVI)<sup>180</sup>. Strategijoje numatyta viena iš strategijos įgyvendinimo pagrindinių krypčių – kurti ir plėtoti e. sveikatos sistemos pagrindą – elektroninį sveikatos įrašą.

Lietuvos e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programoje<sup>181</sup> elektroniniam sveikatos įrašui taip pat skiriama nemažai dėmesio. Šis įrašas programoje vadinamas elektronine sveikatos istorija. Programoje elektroninė sveikatos istorija apibrėžiama kaip 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<sup>182</sup>. Be elektroninės sveikatos istorijos, programoje minima ir elektroninė medicininė istorija, kuri suprantama kaip vienoje sveikatos įstaigoje elektroniniu būdu kaupiami sveikatos duomenys.

Šioje programoje deklaruojamas tikslas diegti e. sveikatos paslaugas, kurios apima ir elektroninio sveikatos įrašo įteisinimą ir diegimą. Paminėtina programos nuostata, pagal kurią „*e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra turi būti kuriama remiantis sprendimais, sudarančiais sąlygas techniniam ir semantiniam sistemų sąveikumui bei suderinamumui nacionaliniu ir tarptautiniu mastu*“<sup>183</sup>.

Taigi, viena iš strateginių sveikatos srities dokumentų nuostatų – dėl elektroninio sveikatos įrašo. Tokia praktika paplitus tiek ES, tiek užsienio valstybių strateginiuose dokumentuose, Lietuvoje ši praktika taip pat egzistuoja. Lietuvos e. sveikatos strateginiuose dokumentuose elektroniniam sveikatos įrašui skiriama nemažai dėmesio, taip sukuriant pagrindą tolesniam teisiniam reguliavimui pamatinėmis ir kitomis normomis.

<sup>180</sup> Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategija. 2007 m. spalio 9 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-811. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 108-4430, 3 p. 2 papunktis.

<sup>181</sup> E. sveikatos sistemos plėtros 2009–2015 metų programa. Lietuvos Respublikos sveikatos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079.

<sup>182</sup> *Ibid.*, 3 p. 2 papunktis.

<sup>183</sup> *Ibid.*, 35.1.3.

### 1.6.2. Elektroninio sveikatos įrašo teisinės galios problema

D. F. Sittigas bei H. Singh'as teigia, kad vienos iš aktualiausių problemų dėl elektroninių sveikatos įrašų – teisinės problemos<sup>184</sup>. Autoriaus nuomone, elektroninio sveikatos įrašo teisinės galios problematika – viena iš aktualesnių teisinių problemų sričių. Galima pasitelkti analogiją su elektroniniu parašu. Kaip elektroninis parašas buvo įteisintas technologijų nepripažinusiose teisinėse sistemose, taip ir elektroninis sveikatos įrašas turėtų būti įtvirtinamas teisinėse sistemose. Elektroninis parašas daugelio valstybių teisės aktuose buvo įtvirtinamas pamatinių teisės normų lygiu, t. y. įstatymuose. Ne išimtis ir Lietuva – 2000 m. buvo priimtas Lietuvos Respublikos elektroninio parašo įstatymas. Tuo tarpu vienos iš svarbiausių įstatymo normų – susijusios su elektroninio parašo teisine galia plačiąja prasme – Lietuvos Respublikos elektroninio parašo įstatymo projekto paaiškinamajame rašte teigiama, kad „projekto centrinė dalis yra 8 straipsnis „Elektroninio parašo teisinė galia“<sup>185</sup>. Svarbu paminėti, kad šioje monografijoje nesilaikoma pozicijos, jog elektroninio sveikatos įrašo teisinė galia turėtų būti įtvirtinta atskirame įstatyme (kaip kad elektroninio parašo atveju), šio tyrimo kontekste svarbus pats teisinės galios įtvirtinimo pamatinė teisės normose faktas.

Kaip elektroninio sveikatos įrašo teisinės galios klausimai sprendžiami užsienio valstybėse? Paminėtina, kad Europoje yra taikomi trys skirtingi elektroninio sveikatos įrašo modeliai<sup>186</sup>:

- centralizuoti elektroniniai sveikatos registrai, kai įkuriamas centrinis registras. Šis modelis vadinamas skandinaviškuoju modeliu. Jį yra įgyvendinusi ir Estija.
- Decentralizuotas elektroninių sveikatos įrašų modelis, kai sveikatos duomenys ir toliau tvarkomi atskirai kiekvieno sveikatos paslaugų teikėjo, tačiau sistemos yra sujungtos su nacionaliniu apsikeitimų tašku. Per šį apsikeitimų tašką sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas gali pasiekti kitus sveikatos įrašus.

<sup>184</sup> Sittig, D. F., Singh, H. (2011). Legal, Ethical, and Financial Dilemmas in Electronic Health Record Adoption and Use. *Pediatrics*, 127(4) [žiūrėta 2014-12-05]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065078/>, p. 1.

<sup>185</sup> Lietuvos Respublikos elektroninio parašo įstatymo projekto paaiškinamasis raštas [žiūrėta 2014-12-25]. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=101575](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=101575).

<sup>186</sup> Dumortier, J.; Verhenneman, G., *supra* note 6, p. 10-13.

- Prancūziškas „Dossier Médical Personnel“ modelis, kai pacientas pasirenka sveikatos paslaugų teikėją tam, kad tvarkytų jo asmeninį sveikatos įrašą.

Viena iš labiausiai e. sveikatos teisiniame reguliavime pažengusių valstybių – Estija, ji, kaip jau minėta, yra pasirinkusi centralizuotą elektroninio sveikatos įrašo modelį. 2007 m. gruodžio 20 d. Estijos parlamentas priėmė įstatymą dėl sveikatos paslaugų organizavimo pakeitimo (angl. *Amending the Health Services Organisation Act*<sup>187</sup>). Šis įstatymas numatė teisinius pagrindus vystyti e. sveikatos projektus, tokius kaip Elektroninė sveikatos kortelė (angl. *Electronics Health Record*), Skaitmeninis atvaizdas (angl. *Digital image*), Skaitmeninis registravimas (angl. *Digital Registration*). Naujojo įstatymo tikslas yra unifikuoti informacines sistemas į vieną centrinę Sveikatos informacinę sistemą. Pagrindinė šio įstatymo idėja yra įgalinti skirtingų medicinos dokumentų apdorojimą elektronine forma. Įstatymas numato, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo teikti duomenis į elektroninę sveikatos kortelę. Toks duomenų teikimas pagal įstatymą yra privalomas<sup>188</sup>.

Kita užsienio valstybė, turinti didelę e. sveikatos teisinio reguliavimo praktiką, – Vokietija. Dar 2003 m. Vokietijos Viešojo sveikatos draudimo pakeitimo įstatymas numatė pagrindines normas modernizuoti informacijos apdorojimą Vokietijos sveikatos sistemoje. Buvo nuspręsta įsteigti priskirtą infrastruktūrą sveikatos telematikai Vokietijoje. Nors Vokietijoje yra pasirinktas decentralizuotas modelis, vienos iš pagrindinių teisės aktų nuostatų susijusios su elektronine sveikatos kortele. Elektroninė sveikatos kortelė federaliniu lygiu reglamentuojama V Socialiniame kodekse. Pagal įstatymą, kortelė yra kaip priemonė valdyti asmeninius medicininius duomenis. Atitinkami duomenys kortelėje gali būti tvarkomi privalomai ar pasirinktinai. Privačių asmens duomenų apsaugojimo tikslu įstatymas nustato asmenų teises. Piliečių teisės ir duomenų privatumas teisiškai užtikrinamas gaunant piliečio sutikimą (jis turi būti dokumentuojamas Elektroninėje sveikatos kortelėje). Šiame sutikime nurodoma, kas gali ir kas negali prieiti prie paciento duomenų, taip pat informacija apie priėjimų informacijos saugojimą (mažiausiai 50 prieigų informacija turi būti saugoma)<sup>189</sup>.

<sup>187</sup> Estonian Health Services Organisation Act [žiūrėta 2014-12-05]. <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/512122013005/consolide>.

<sup>188</sup> Dumortier, J.; Verhenneman, G., *supra* note 6, p. 12.

<sup>189</sup> Country Brief Germany. eHealth Strategies Report. October, 2010 [žiūrėta 2014-12 02]. <http://ehealth-strategies.eu/database/germany.html>.

Airijoje e. sveikatos sritį reglamentuoja Sveikatos informacijos įstatymas (angl. *Health information bill*). Tokio įstatymo būtinybė buvo numatyta dar 2001 m. Nacionalinėje sveikatos strategijoje. Pagrindiniai nustatyti įstatymo tikslai yra šie:

- nustatyti teisės normas, įgalinančias naudoti informaciją, pagerinant sveikatos priežiūrą ir pacientų saugumą;
- skatinti informacinių technologijų naudojimą, gerinant paslaugas pacientams;
- nustatyti efektyvią sveikatos sistemos informacijos valdymo struktūrą.

Šis įstatymas taip pat nustato pacientų teises prieiti prie elektroninių sveikatos įrašų informacijos. Šis įstatymas taip pat reglamentuoja visą gyvenimą galiojančią paciento identifikatorių, kuris sveikatos priežiūros tikslais identifikuoja pilietį, nepaisant draustas jis ar ne. Pagal įstatymą, asmenys bet kokiaje e. sveikatos įrašo sistemoje identifikuojami pagal vieną identifikatorių<sup>190</sup>.

Daugelio iš užsienio valstybių teisės aktai pakeisti, turint tikslą adaptuoti sveikatos duomenų tvarkymą elektronine forma<sup>191</sup>. Kaip vienas iš pavyzdžių paminėtina Danija, kuri tokius pakeitimus padarė 2007 metais. Buvo patikslintas sveikatos įstatymas, kuris istoriškai reglamentavo, kad sveikatos duomenys tvarkomi ne elektroniniu, o popieriniu būdu. Į įstatymą buvo įvestas naujas 42a straipsnis, reglamentuojantis elektroninių medicininių duomenų tvarkymą, taip pat konfidencialumą bei prieigos teises.

Taigi, nagrinėtų užsienio valstybių įstatymuose elektroninis sveikatos įrašas įtvirtintas kaip atskiras institutas. Be to, pastebima tendencija elektroninį sveikatos įrašą reglamentuoti pamatinėmis teisės normomis.

Nagrinėtina teisinio reguliavimo situacija Lietuvoje. Vienas iš pagrindinių įstatymų – Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas<sup>192</sup>, kuriame elektroninė sveikatos sistema reglamentuojama III skyriuje. Tam skirtas atskiras 13<sup>1</sup> straipsnis „Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos valdymas“.

Visų pirma, straipsnio pirmojoje dalyje nustatyta, kad Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos įgyvendinimą koordinuoja ir

<sup>190</sup> Country Brief Ireland. eHealth Strategies Report. October, 2010, *supra* note 29.

<sup>191</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>192</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-123.

priziūri Sveikatos apsaugos ministerija. Taigi, įstatymu už elektroninės sveikatos sistemos įgyvendinimą paskirta viena atsakinga institucija.

Paaškinama, kas yra laikoma elektroninės sveikatos sistema: „*Elektroninė sveikatos sistema (e. sveikatos sistema) – priemonių, skirtų sveikatinimo veiklai, pasitelkiant informacines ir ryšių technologijas, visuma.*“<sup>193</sup>

Antra, pagal minimo straipsnio antrąją dalį, „įgyvendinant Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos priemones, steigiama valstybės elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema. Šios informacinės sistemos valdytoja yra Sveikatos apsaugos ministerija. Valstybės elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatus tvirtina ir tvarkytus skiria Vyriausybė.“<sup>194</sup> Tai reiškia, kad įstatymu įtvirtintas centralizuotas elektroninės sveikatos modelis, o Vyriausybei pavedama nustatyti detalias tokio modelio sąlygas.

Trečia, straipsnio trečiojoje dalyje įtvirtinama pareiga naudotis valstybės elektronine sveikatos paslaugų sistema: „*visi LNSS sveikatinimo veiklos valdymo ir vykdomieji subjektai, sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys ar gaunantys asmenys ir kiti asmenys, vykdydami teisės aktuose nustatytas funkcijas ar teikdami su sveikatinimo veikla susijusias paslaugas, privalo naudotis valstybės elektronine sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacine sistema ir teisės aktų nustatyta tvarka teikti ir gauti duomenis.*“<sup>195</sup>

Ketvirta, įstatymo straipsnio ketvirtoje dalyje nustatyti finansavimo principai: „*valstybės elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinių fondų, taip pat kitų teisės aktuose nustatytų finansavimo šaltinių.*“<sup>196</sup>

Tačiau įstatyme nėra įtvirtintų svarbių nuostatų dėl elektroninio sveikatos įrašo. Pagrindiniai elektroninės sveikatos sistemos požymiai, struktūra ir kiti svarbūs aspektai nėra įtvirtinti, paliekant tai padaryti Vyriausybei. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad tokie pamatiniai dalykai turi būti

<sup>193</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-123, 2 str. 18 p.

<sup>194</sup> *Ibid.*, 2 str. 18 d.

<sup>195</sup> *Ibid.*, 13 prim str. 3 d.

<sup>196</sup> *Ibid.*, 13 prim str. 4 d.



reglamentuoti įstatymu. Įstatymu reguliuojami svarbiausi visuomeniniai santykiai. Visuomeninių santykių „svarbumo“ kriterijus – individualios žmogaus teisės. Įstatymais reguliuojama žmogaus teisių ir laisvių patvirtinimas, jų turinio apibrėžimas, apsaugos bei gynimo teisinės garantijos, leistinas jų apribojimas<sup>197</sup>. Kadangi teisė į sveikatos apsaugą apibrėžiama kaip konstitucinė vertybė<sup>198</sup>, manytina, kad minimo įstatymo normos turėtų būti papildytos naujais aspektais, įtvirtinančiais pamatinius e. sveikatos sistemos principus, struktūrą bei nustatančiais esminio e. sveikatos elemento – elektroninio sveikatos įrašo institutą<sup>199</sup>.

Lietuvoje galioja ir dar vienas svarbus įstatymas – Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas<sup>200</sup> – kuriame, be kitų institutų, yra numatytos bendrosios paciento teisės: teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą; teisė į informaciją; teisė nežinoti; teisė susipažinti su įrašais savo medicininiuose dokumentuose; teisė į privataus gyvenimo neliečiamumą; teisė į anoniminę sveikatos priežiūrą.

Įstatymo 7 straipsnyje reglamentuojama paciento teisė susipažinti su įrašais savo medicininiuose dokumentuose. Šio straipsnio 1-ame punkte nurodyta: „*paciento pageidavimu jam turi būti pateikti jo medicinos dokumentai*“. 5-ame punkte nurodyta: „*Pateikus asmens tapatybę patvirtinančius dokumentus, pacientui pageidaujant, jo lėšomis sveikatos priežiūros įstaiga privalo padaryti ir išduoti sveikatos priežiūros įstaigos patvirtintas paciento medicinos dokumentų kopijas, taip pat išduoti diagnozės ir gydymo aprašymus.*“ Pažymėtina, kad nei šios nuostatos, nei kitos įstatymo normos nenumato elektroninių sveikatos įrašų galimybės bei apskritai nepritaikytos elektroninei sveikatos sistemai.

Toks pats šiandienos realijų neatitinkantis įstatyme numatytas ir paciento sutikimo (įstatymo III skyrius) teisinis reguliavimas.

Kaip rodo užsienio valstybių teisinio reguliavimo praktika, pacientų teisės dažnai adaptuojamos elektroniniams sveikatos įrašams, reglamen-

<sup>197</sup> Baublys, L. et al. (2010). *Teisės teorijos įvadas*. Vilnius: MES, p. 259.

<sup>198</sup> Birmontas, V. (2013). Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip konstitucinė vertybė. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(5): 42.

<sup>199</sup> Štitalis, D. (2014). Elektroninis sveikatos įrašas ir teisinė aplinka: esama situacija ir problemos. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1 (6): 71.

<sup>200</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Nr. I-1562. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.

tuojančias atitinkamosse pamatinėse teisės normose. Todėl šiame įstatyme reikalingi atitinkami pakeitimai.

### 1.6.3. Privatumo ir asmens duomenų teisinė apsauga

2013 m. Valstybinio audito ataskaitoje „Automatiniu būdu tvarkomų asmens duomenų apsauga“ Nr. VA-P-90-3-21 nurodomos sritys, kuriose turėtų būti daugiausiai dėmesio skiriama asmens duomenų apsaugai. Tarp nurodytų sričių trečioje vietoje sveikatos priežiūros veikla<sup>201</sup>. Dar aktualesnė ši sritis taps, kai Lietuvos Respublikoje bus daug plačiau pradėta naudoti elektroninius sveikatos įrašus. Siekiant užtikrinti tinkamą asmens duomenų apsaugą sveikatos sistemoje, ypač tvarkant asmens duomenis elektroniniu būdu, analizuotina, kaip dabartinis teisinis reguliavimas atitinka reikalavimus e. sveikatos sistemoms.

Reikia paminėti, kad siekiant panaikinti privatumo teisinės apsaugos reguliavimo skirtumus nacionalinėse valstybėse, ES ši sritis unifikuojama – taikoma Bendroji duomenų apsaugos direktyva Nr. 95/46/EB<sup>202</sup>. Taigi, tiek visoje ES, tiek ir Lietuvoje reguliavimas iš principo turėtų būti panašus. Vis dėlto konstatuojama, kad netgi įgyvendinus Bendrąją duomenų apsaugos direktyvą išliko tam tikrų nacionalinio reguliavimo skirtumų.

2008 m. patvirtintoje Europos Komisijos rekomendacijoje dėl tarpvalstybinio elektroninių sveikatos įrašų sistemų suderinamumo labai detaliai nurodoma, kokius požymius turi atitikti atitinkami teisės aktai<sup>203</sup>:

- a) turi būti garantuotas asmens apsisprendimas, leidžiantis pacientui autonomiškai ir laisvai priimti sprendimą dėl asmens duomenų saugojimo elektroniniuose sveikatos įrašuose.
- b) Elektroninių sveikatos įrašų sistemos turi būti kuriamos ir vystomos kaupiant kuo mažiau asmenų identifikuojančių duomenų.

<sup>201</sup> Automatiniu būdu tvarkomų asmens duomenų apsauga. Valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-3-21 2003 [žiūrėta 2014-12-08]. <http://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3088>, p. 20.

<sup>202</sup> Europos Parlamento ir Tarybos direktyva dėl asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo Nr. 95/46/EB, 1995 [žiūrėta 2014-12-]. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1995L0046:20031120:LT:PDF>.

<sup>203</sup> Commission Recommendation of 2 July 2008 on crossborder interoperability of electronic health record systems, *supra* note 3, 14 p. a-1).

- c) E. sveikatos atveju, tvarkant asmens duomenis, iki elektroninio sveikatos įrašo sistemos įgyvendinimo turi būti vykdomas informacijos saugumo rizikų vertinimas ir įtaka asmens duomenų saugumui.
- d) Turi būti aiškiai nustatyta asmens duomenų, prieinamų elektroniniu būdu arba *online*, apimtis. Genetinių duomenų tvarkymas *online* būdu turi būti apribotas, nebent būtų nustatytos specialios prieigos kontrolės priemonės.
- e) Asmens duomenų tvarkymą elektroniniuose sveikatos įrašuose ir atitinkamose sistemose turi vykdyti tik sveikatos priežiūros darbuotojai, įpareigoti išlaikyti asmens duomenų slaptumą.
- f) Turi būti įgyvendintas patikimas pacientų ir sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų identifikavimas.
- g) Turi būti nustatytos teisėtos prieigos prie sveikatos duomenų sąlygos.
- h) Turi būti užtikrinta, kad pacientai būtų informuoti apie tvarkomus jų sveikatos duomenis ir apie elektroninio sveikatos įrašo struktūrą. Informacija pacientams turi būti lengvai suprantama ir aiški.
- i) Turi būti užtikrinta, kad sveikatos duomenys būtų saugomi jurisdikcijoje, kurioje veikia Bendroji duomenų apsaugos direktyva 95/46/EB.

Toliau bus analizuojama, kaip esamas privatumo teisinis reguliavimas atitinka anksčiau minėtas Europos Komisijos rekomendacijas.

Asmens duomenų tvarkymą sveikatos apsaugos tikslais reglamentuoja Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas. Šiame įstatyme išskirtinas 10 straipsnis „Asmens duomenų tvarkymas sveikatos apsaugos tikslais“. Jame reglamentuojami įgaliojimai tvarkyti asmens duomenis apie sveikatą, taip pat pareiga pranešti Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai apie asmens duomenų apie sveikatą tvarkymą bei pareigą atlikti išankstinę patikrą prieš tvarkant tokius duomenis. Visais kitais atvejais asmens duomenų apie sveikatą tvarkymą reglamentuoja bendrosios šio įstatymo normos.

Bendrosios teisės normos taikomos ir sutikimui tvarkyti asmens duomenis apie sveikatą. Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme nustatyta, jog sutikimas – savanoriškas duomenų subjekto valios pareiškimas tvarkyti jo asmens duomenis jam žinomu tikslu. Sutikimas tvarkyti ypatingus asmens duomenis turi būti išreikštas aiškiai – rašytine, jai pri-

lyginta ar kita forma, neabejotinai įrodančia duomenų subjekto valią<sup>204</sup>. Nors reikalavimai sutikimui e. sveikatos srityje ir nėra atskirai išskirti, bendrieji reikalavimai asmens sutikimui užtikrina apsisprendimo savanoriškumą. Bendrosios duomenų apsaugos direktyvos 29 straipsnio darbo grupės nuomonėje teigiama, kad *opt-out*<sup>205</sup> sprendimai neatitinka reikalavimų, nustatytų sutikimui, įskaitant ir sutikimą tvarkyti asmens duomenis elektroninių sveikatos įrašų sistemose<sup>206</sup>. Tai reiškia, kad praktikoje gaunant atitinkamus sutikimus tiek visoje ES, tiek ir Lietuvoje turi būti taikomos *opt-in* sistemos<sup>207</sup>.

Tačiau paminėtina, kad pagal bendrąją duomenų apsaugos direktyvą, sutikimas nėra vienintelė išimtis, taikoma bendrajam draudimui tvarkyti su sveikata susijusius asmens duomenis. Taip pat taikomos ir šios išimtys: esminių duomenų subjekto interesų išimtis; medicinos įstaigų darbuotojų vykdomo duomenų tvarkymo išimtis; esminio viešojo intereso išimtis. Elektroninio sveikatos įrašo atvejui labai svarbi pastaroji išimtis, kuri, pagal direktyvos 29 straipsnio darbo grupės nuomonę, galėtų būti taikoma: „elektroninių sveikatos įrašų sistemų įdiegimas galėtų būti prilyginamas svarbiam visuomenės interesui“<sup>208</sup>. Pagal Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymą, norint pasiremti viešojo intereso išimtimi, reikėtų taikyti įstatymo 6 straipsnio 1 dalies 6 punkto nuostatas.

E. sveikatos duomenų kaupimą reglamentuoja įstatyme nustatyti asmens duomenų tvarkymo reikalavimai. Vienas iš reikalavimų – asmens duomenys turi būti tik tokios apimties, kuri būtina jiems rinkti ir toliau tvarkyti<sup>209</sup>. Šiuo reikalavimu įgyvendinamas vienas iš duomenų kokybės principų, nustatytų ir Bendrojoje duomenų apsaugos direktyvoje Nr. 95/46/EB. Taigi, galima teigti, kad yra užtikrinamas reikalavimas e. sveikatos sistemoje kaupti kuo mažiau asmens duomenų.

<sup>204</sup> Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas Nr. I-1374. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 63-1479, 2 str., 12 p.

<sup>205</sup> *Opt-out* sistema reiškia, kad sutikimas yra numanomas ir asmens duomenys įtraukiami į sistemą preziumuotai, nebent duomenų subjektas išreiškia prieštaravimą.

<sup>206</sup> Working document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). WP 131, *supra* note, 4, p. 9.

<sup>207</sup> *Opt-in* sistema reiškia, kad prieš įtraukiant asmens duomenis į sistemą, reikalingas išankstinis duomenų subjekto sutikimas.

<sup>208</sup> Working document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). WP 131, *supra* note 4, p. 13.

<sup>209</sup> Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas Nr. I-1374, *supra* note 40, 3 str. 1 d., 4 p.

Rizikų vertinimo ir įtakos asmens duomenų saugumui reikalavimą (iki elektroninio sveikatos įrašo sistemos įgyvendinimo) netiesiogiai nustato įstatymo nuostatos, įpareigojančios ypatingų asmens duomenų<sup>210</sup> atveju atlikti išankstinę patikrą. Atlikant išankstinę patikrą, vertinamos tiek rizikos, tiek įtaka asmens duomenų apie sveikatą saugumui. Tik atlikus išankstinę patikrą duomenų valdytojas gali naudoti atitinkamą informacinę sistemą ir tvarkyti ypatingus asmens duomenis.

Įstatymo 30 straipsnio 6 dalyje nustatyta, kad „*Duomenų valdytojo, duomenų tvarkytojo ir jų atstovų darbuotojai, kurie tvarko asmens duomenis, privalo saugoti asmens duomenų paslaptį, jeigu šie asmens duomenys neskirti skelbti viešai*“. Ši bendroji pareiga reiškia, kad asmens duomenų tvarkymą elektroniniuose sveikatos įrašuose ir atitinkamose sistemose gali vykdyti tik sveikatos priežiūros darbuotojai, įpareigoti išlaikyti asmens duomenų slaptumą.

Patikimas pacientų identifikavimas<sup>211</sup> ir autentifikavimas<sup>212</sup> elektroninių sveikatos įrašų sistemose yra kritiškai svarbus<sup>213</sup>. Nors Lietuvoje nėra privalomų pamatinių teisės normų, reglamentuojančių asmenų identifikavimą / autentifikavimą, paminėtina Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 30 straipsnio 2 dalis, kurioje nustatyta, kad „*Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija nustato bendruosius reikalavimus organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms*“. Bendruosius reikalavimus organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija patvirtino dar 2008 metais<sup>214</sup>. Šiuose reikalavimuose yra įtvirtinti trys saugumo lygiai, kuriems yra nustatyti reikalavimai organizacinėms ir techninėms saugumo priemonėms. Aukščiausias saugumo lygis trečiasis

<sup>210</sup> Asmens duomenys apie sveikatą pagal Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymą laikomi ypatingais asmens duomenimis. Jų tvarkymui yra taikomi griežtesni reikalavimai nei tvarkant paprastus asmens duomenis.

<sup>211</sup> Identifikavimas reiškia, kad asmuo gali būti apibūdinamas pagal identifikatorių, tokį kaip vardas, pavardė, gimimo data ir pan.

<sup>212</sup> Autentifikavimas reiškia įrodymą, kad asmuo, kuris siekia identifikavimo, yra būtent tas asmuo. Elektroninėje erdvėje autentifikavimas gali būti vykdomas naudojant elektroninį parašą.

<sup>213</sup> Working document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). WP 131, 2007, *supra* note 4, p. 14.

<sup>214</sup> Bendrieji reikalavimai organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2008 m. lapkričio 12 d. įsakymas Nr. 1T-71(1.12) [žiūrėta 2014-12-08]. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=331500&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=331500&p_tr2=2).

lygis – „šiam saugumo lygiui priskirtas organizacines ir technines duomenų saugumo priemonės turi užtikrinti duomenų valdytojai, automatiškai būdu tvarkantys ypatingus asmens duomenis duomenų bazėje (-se), prie kurios (-ių) yra prieiga per išorinius duomenų perdavimo tinklus“<sup>215</sup>. E. sveikatos sistemos atitinka šio trečiojo lygio požymius. Visiems lygiams yra nustatytas reikalavimas užtikrinti prieigos prie duomenų valdymą ir kontrolę:

- „prieiga prie asmens duomenų gali būti suteikta tik tam asmeniui, kuriam asmens duomenys yra reikalingi jo funkcijoms vykdyti;
- su asmens duomenimis galima atlikti tik tuos veiksmus, kuriems atlikti yra suteiktos teisės;
- užtikrintas slaptazodžių konfidencialumas juos suteikiant, pateikiant, reguliariai keičiant bei saugant, jeigu tapatybės patvirtinimas vykdomas naudojant slaptazodžius;
- turi būti užtikrintos organizacinės ir techninės duomenų saugumo priemonės, skirtos apsaugoti duomenų bazes nuo neteisėto prisijungimo elektroninių ryšių priemonėmis“<sup>216</sup>.

Galima teigti, kad šiais reikalavimais yra užtikrinamas e. sveikatos sistemos darbuotojų identifikavimas jungiantis prie e. sveikatos sistemų. Nors tiesiogiai identifikavimas nėra minimas, kai kurios sąlygos siejamos su identifikavimo bei autentifikavimo elementais.

Galima kelti klausimą, kiek identifikavimą elektroninėje erdvėje būtina reguliuoti specialiomis teisės normomis (atskirais teisės aktais). Už minimalius identifikavimo reikalavimus elektroninėje erdvėje pasisako ir autoriai D. Štītīlis, P. Pakutinskas, M. Laurinaitis, I. Dauparaitė mokslo monografijoje apie tapatybės vagystę elektroninėje erdvėje, teigdami, kad valstybė turėtų nustatyti minimalius identifikavimo elektroninėje erdvėje reikalavimus<sup>217</sup>. Manytina, kad valstybė turėtų reguliuoti identifikavimą elektroninėje erdvėje, įskaitant ir e. sveikatos sistemas, ir toks reguliavimas

<sup>215</sup> Bendrieji reikalavimai organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2008 m. lapkričio 12 d. įsakymas Nr. 1T-71(1.12) [žiūrėta 2014-12-08]. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=331500&p\\_tr2=2,7.3](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=331500&p_tr2=2,7.3) p.

*Ibid.*, 9,2 p.

<sup>216</sup> *Ibid.*, 9,2 p.

<sup>217</sup> Štītīlis, D., Pakutinskas, P., Laurinaitis, M., Dauparaitė, I. (2011). *Tapatybės vagystė elektroninėje erdvėje: socialiniai, elektroninio verslo ir teisinio reguliavimo aspektai*. Kolektyvinė mokslo monografija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 150.

turėtų būti ne įsakymu, o įstatymu arba (deleguojant) Vyriausybės nutarimu. Vis dėlto kol kas tokiu lygiu reguliavimo Lietuvoje nėra nustatyta.

Paminėtina, jog Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija yra patvirtinusi ir kitą poįstatyminį teisės aktą – Asmens tapatybės patvirtinimo elektroninėje erdvėje tvarkos aprašą<sup>218</sup>. Tačiau šio aprašo 1 punkte nustatyta, kad jis taikomas tik tuo atveju, kai elektroninių ryšių priemonėmis elektroniniai dokumentai pateikiami Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai. Taigi, aprašo taikymo sritis labai stipriai apribota.

Nors teisėtos prieigos prie sveikatos duomenų sąlygos taip pat nėra reguliuojamos Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme, tačiau jau minėtuose bendruosiuose reikalavimuose techninėms ir organizacinėms duomenų saugumo priemonėms trečiajam lygiui yra įtvirtintas ir toks reikalavimas – turi būti nustatyta prieigos teisių ir įgaliojimų tvarkyti asmens duomenis suteikimo, naikinimo ir keitimo tvarka. Taigi, poįstatyminiu teisės aktu duomenų valdytojai yra imperatyviai įpareigoti nustatyti teisėtos prieigos prie sveikatos duomenų sąlygas.

Duomenų subjekto informavimą apie tvarkomus sveikatos duomenis reglamentuoja Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 24 straipsnis „Duomenų subjekto informavimas apie jo duomenų tvarkymą“. Šiame straipsnyje detalai nustatytos duomenų subjekto informavimo sąlygos, kurios taikomos ir elektroninių sveikatos įrašų atveju.

Reikalavimai sveikatos duomenis saugoti ES jurisdikcijoje netiesiogiai nustatyti Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo aštuntajame skirsnyje, reglamentuojamas asmens duomenų teikimas į užsienio valstybes, ypač nesančias ES narėmis. Yra laikoma, kad ES asmens duomenys gali būti teikiami (įskaitant saugojimą) be apribojimų. Tačiau yra nustatyti duomenų teikimo į kitas valstybes apribojimai. Todėl galima teigti, kad Lietuvoje yra nustatytas režimas, apribojantis duomenų teikimą į trečiąsias valstybes.

Nepaisant dabar egzistuojančio teisinio reguliavimo privatumo ir asmens duomenų apsaugos srityje, paminėtina, kad 2012 m. sausio 25 d. Europos Komisija pasiūlė visapusišką 1995 m. ES asmens duomenų taisyklių reformą, kad sustiprintų teises į privatumą internete ir paskatintų Europos

<sup>218</sup> Asmens tapatybės patvirtinimo elektroninėje erdvėje tvarkos aprašas. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2011 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. 1T-33(1.12). *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 76-3714.

skaitmeninės ekonomikos augimą. Reformos ašis – Duomenų apsaugos reglamento projektas<sup>219</sup>. Paminėtinos reglamento projekto nuostatos, susijusios su duomenų apie sveikatą tvarkymu. Reglamento 123 konstatuojamojoje dalyje nustatyta, kad su sveikata susijusių duomenų, kuriems taikomi aukštesni apsaugos standartai, tvarkymas gali būti pateisinamas dėl įvairių teisėtų priežasčių, susijusių su asmens ir visos visuomenės interesais, ypač kai to reikia tarpvalstybinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tęstinumui užtikrinti. Taigi, reglamentas gali tiesiogiai nustatyti galimybę duomenis apie sveikatą rinkti ir be pacientų sutikimo (vadovaujantis teisėtais interesais).

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos Respublikos teisės aktai, kiek tai susiję su privatumo ir asmens duomenų teisine apsauga elektroninio sveikatos įrašo atveju, užtikrina tinkamą teisinę aplinką. Keltas klausimas tik dėl asmens identifikavimo teisinio reguliavimo perkėlimo į aukštesnės galios teisės aktus. Naujasis duomenų apsaugos reglamento projektas gali įvesti kelias naujoves e. sveikatos srityje, tačiau šis projektas kol kas nepatvirtintas, jo nuostatos nėra galutinės<sup>220</sup>.

#### 1.6.4. Apibendrinimas ir pasiūlymai e. sveikatos įrašo teisiniam reguliavimui pagerinti

Buvo išnagrinėti kai kurie pagrindiniai, tačiau ne vieninteliai elektroninio sveikatos įrašo teisinės aplinkos elementai. Tiek užsienio autorių darbuose, tiek atitinkamose studijose nagrinėjami elektroninių sveikatos įrašų saugumo (duomenų pažeidimų, informavimo apie duomenų pažeidimus, skirtingų saugumo lygių), elektroninių sveikatos įrašų laikymo (angl. *retention*), pacientų e. teisių į elektroninius sveikatos įrašus, elektroninių sveikatos įrašų teikimo į kitas valstybes, elektroninių sveikatos įrašų gavimo iš kitų valstybių teisinio reguliavimo klausimai.

Kadangi elektroninio sveikatos įrašo teisinė aplinka dar tik vystosi, ateityje tiek mokslinėje literatūroje, tiek praktinėse ir teorinėse studijose bus nagrinėjamas dar platesnis teisinio reguliavimo klausimų spektras. Tuo

<sup>219</sup> Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the protection of individuals with regards to the processing of personal data and on free movement of such data (General Data Protection Regulation). COM(2012)11 final, 2012 [žiūrėta 2014-12-05]. [http://ec.europa.eu/justice/data-protection/document/review2012/com\\_2012\\_11\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/data-protection/document/review2012/com_2012_11_en.pdf).

<sup>220</sup> Štitalis, D.(2014). Elektroninis sveikatos įrašas ir teisinė aplinka: esama situacija ir problemos. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1 (6): 76.



tarpu autorius kai kuriuos elektroninio sveikatos įrašo teisinės aplinkos papildomus elementus planuoja aptarti kituose moksliniuose darbuose.

Lietuvoje turėtų būti priimtos papildomos pamatinės teisės normos, reglamentuojančios elektroninį sveikatos įrašą. Elektroninis sveikatos įrašas Lietuvoje turėtų būti įteisintas kaip atskiras institutas. Lietuvoje galiojančios poįstatyminės nuostatos dėl identifikavimo elektroninėse duomenų sistemose turėtų būti perkeltos į įstatymo lygmenį (arba, deleguojant, reglamentuota Vyriausybės nutarimu). Diegiant elektroninių sveikatos įrašų sistemas reikėtų svarstyti galimybę pasinaudoti svarbaus visuomenės intereso išimtimi, numatyta Bendrojoje duomenų apsaugos direktyvoje. Ši išimtis sudaro galimybę diegti elektroninių sveikatos įrašų sistemas be išankstinio vartotojo sutikimo. Be abejo, turi būti užtikrinti duomenų apsaugos principai (skaidrumas, proporcingumas ir kt.). Lietuvos teisės aktuose turėtų būti sprendžiami ir šie klausimai: elektroninių sveikatos įrašų saugumo (duomenų pažeidimų, informavimo apie duomenų pažeidimus, skirtingų saugumo lygių), elektroninių sveikatos įrašų laikymo (angl. *retention*), pacientų e. teisių į elektroninius sveikatos įrašus, elektroninių sveikatos įrašų teikimo į kitas valstybes, elektroninių sveikatos įrašų gavimo iš kitų valstybių teisinio reguliavimo klausimai.

### Literatūros sąrašas

1. Artmann, J., Giest, S. (2010). Country Brief: France. e-Health Strategies Report. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/France\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/France_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
2. Asmens tapatybės patvirtinimo elektroninėje erdvėje tvarkos aprašas. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2011 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. 1T-33(1.12). *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 76-3714.
3. Baublys, L. et al. (2010). *Teisės teorijos įvadas*. Vilnius: MES.
4. Bendrieji reikalavimai organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2008 m. lapkričio 12 d. įsakymas Nr. 1T-71(1.12). [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=331500&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=331500&p_tr2=2).
5. Birmontas, V. (2013). Teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kaip konstitucinė vertybė. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(5)
6. Canada Health Infoway. <http://www.health.gov.bc.ca/ehealth/infoway.html>.
7. Commission proposes a comprehensive reform of the data protection rules. Briuselis, 2012. [http://ec.europa.eu/justice/newsroom/data-protection/news/120125\\_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/newsroom/data-protection/news/120125_en.htm).

8. Commission Recommendation of 2 July 2008 on crossborder interoperability of electronic health record systems. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:190:0037:0043:EN:PDF>.
9. 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. Brussels, 2004. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF>.
10. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. EHealth Action Plan 2012-2020-Innovative healthcare for the 21st century. COM/2012/0736 final. Brussels, 2012. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52012DC0736:EN:NOT>.
11. Corbellini, A. M., Giest, S., Artmann, J., Heywood, J. D. Country Brief: Spain. e-Health Strategies Report, 2010. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
12. Directive of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, 95/46/EC. *Official Journal*, 1995/ L 281. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:en:HTML>.
13. Doupi P., Renko, E., Giest, S., Heywood, J., Dumortier, J. (2010). Country Brief: Sweden - e-Health Strategies Report. [http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Sweden\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://ehealth-strategies.eu/database/documents/Sweden_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
14. Doupi, P., Renko, E., Hamalainen, P., Makela, M., Giest, S., Dumortier, J. (2010). Country Brief: Finland. e-Health Strategies Report. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Finland\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Finland_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
15. Dumortier, J., Verhenneman, G. (2011). Legal Regulations on Electronic Health Records: A Prerequisite or an Unavoidable By-Product? - The Legal Aspects of Electronic Health Records in Europe and the US Analysed. *ICRI Research Paper*. 5. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1975758](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1975758).
16. e-Health (Personal Health Information Access and Protection of Privacy) Act SBC/2008 [http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/00\\_08038\\_01](http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/00_08038_01).
17. Estonian Health Services Organisation Act. <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/512122013005/consolide>.
18. Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. kovo 9 d. direktyva 2011/24/ES „Dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“. Brussels, 2011. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>.
19. Gantly, D. Law to bring in individual health identifiers enacted. *Irish Medical Times*, 2014-07-15. <http://www.imt.ie/news/latest-news/2014/07/law-to-bring-in-individual-health-identifiers-enacted.html>.

20. George, C., Whitehouse, D., Duquenoy, P. (2013). *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*. Berlin: Springer-Verlag.
21. Goodman, P. (2012). Electronic health records regulation in Canada: what the patients experience reveals about the pursuit of legislative harmonization. *Doctoral thesis, University of Western Ontario*. <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2055&context=etd>.
22. Grady, A. (2012). Electronic health records: how the united states can learn from french dossier medical personnel. *Wisconsin International Law Journal*, (2)30. <http://hosted.law.wisc.edu/wordpress/wilj/files/2013/01/Grady.pdf>.
23. Gunter, T. D., Terry, N. P. (2005). The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia: Models, Costs, and Questions. *Journal of Medical Internet Research*. 7(1).
24. Health Information: a National Strategy. Ireland, 2004. <http://www.dohc.ie/publications/pdf/nhis.pdf?direct=1>.
25. Health Systems in Transition (HiT) profile of Latvia, The Health Systems and Policy Monitor. <http://www.hspm.org/countries/latvia08052014/livinghit.aspx?Section=2.9%20Patient%20empowerment&Type=Section>.
26. Index for Excerpts from the American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA). [http://www.healthit.gov/sites/default/files/hitech\\_act\\_excerpt\\_from\\_arra\\_with\\_index.pdf](http://www.healthit.gov/sites/default/files/hitech_act_excerpt_from_arra_with_index.pdf).
27. Kierkegaard, P. (2011). Electronic health record: wiring Europe's healthcare. *Computer law & security review*, (27). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0267364911001257>.
28. Komisijos rekomendacija dėl tarpvalstybinio elektroninių sveikatos įrašų sistemų suderinamumo (EB/2008/594). Briuselis, 2008. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32008H0594&from=EN>.
29. Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas Nr. I-1374. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 63-1479.
30. Lietuvos Respublikos elektroninio parašo įstatymo projekto paaiškinamasis raštas. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=101575](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=101575).
31. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2010 m. birželio 18 d. Nr. V-570 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 74-3763.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 108-4430.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079.

35. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552. *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231.
36. LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011. [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/ESFproduktai/2012\\_analize\\_kaip\\_diegiama\\_nacionaline\\_e\\_sveikatos\\_sistema.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_analize_kaip_diegiama_nacionaline_e_sveikatos_sistema.pdf).
37. National Health Plan 2009–2020. Estonia. <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pns-est.pdf>.
38. New Legislation to Protect Personal Health Information <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2008/health/0520n03.htm>.
39. Overview of Estonian Electronic Health Record (EHR) System. 2010. <http://www.e-tervis.ee/index.php/en/news-and-articles/432-overview-of-estonian-electronic-health-record-ehr-system>.
40. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for United Kingdom (England). Briuselis, 2014 [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_united\\_kingdom\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_united_kingdom_en.pdf).
41. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Ireland. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_ireland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_ireland_en.pdf).
42. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for the Republic of Estonia. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_estonia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_estonia_en.pdf).
43. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Latvia. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_latvia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_latvia_en.pdf).
44. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Finland. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_finland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_finland_en.pdf).
45. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Sweden. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_sweden\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_sweden_en.pdf).
46. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Germany. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_germany\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_germany_en.pdf).
47. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Poland. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_poland\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_poland_en.pdf).
48. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Austria. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_austria\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_austria_en.pdf).

49. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for France. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_france\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_france_en.pdf).
50. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Spain. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_spain\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_spain_en.pdf).
51. Overview of the national laws on electronic health records in the EU Member States. National Report for Norway. Briuselis, 2014. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws\\_norway\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/laws_norway_en.pdf).
52. Patient Data Act for safer care, Landstinget Sormland <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/International/Patient-Data-Act-for-safer-care/Patient-Data-Act-for-safer-care/>.
53. Personally Controlled Electronic Health Records Act No. 63, 2012 <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2012A00063>.
54. Pfeiffer, K. P., Giest, S., Dumortier, J. (2010). Country Brief: Austria. e-Health Strategies Report. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Austria\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Austria_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
55. Poland: Act On The National Healthcare Information System Signed. *Information Policy*, 2011-07-07. <http://www.i-policy.org/2011/07/poland-act-on-the-national-healthcare-information-system-signed.html>.
56. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the protection of individuals with regards to the processing of personal data and on free movement of such data (General Data Protection Regulation). COM(2012)11 final, 2012. [http://ec.europa.eu/justice/data-protection/document/review2012/com\\_2012\\_11\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/data-protection/document/review2012/com_2012_11_en.pdf).
57. Šitcs, M., Giest, S., Dumortier, J., Artmann, J. (2010). Country Brief: Latvia. e-Health Strategies Report [žiūrėta 2014-12-01]. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Latvia\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Latvia_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
58. Sittig, D. F., Singh, H. (2011). Legal, Ethical, and Financial Dilemmas in Electronic Health Record Adoption and Use. *Pediatrics*, 127(4). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065078/>.
59. Šttilis, D. (2014). Elektroninis sveikatos įrašas ir teisinė aplinka: esama situacija ir problemos. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6).
60. Šttilis, D., Pakutinskis, P., Laurinaitis, M., Dauparaitė, I. (2011). *Tapatybės vagystė elektroninėje erdvėje: socialiniai, elektroninio verslo ir teisinio reguliavimo aspektai*. Kolektyvinė mokslo monografija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
61. Stroetmann, K. A., Artmann, J., Giest, S. (2010). Country Brief: Germany. e-Health Strategies Report. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Germany\\_CountryBrief\\_eHS\\_12.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Germany_CountryBrief_eHS_12.pdf).
62. Sweeney, S. Australia passes new e-Health law. *Asia Pacific Futuregov*, 2012-06-28. <http://www.futuregov.asia/articles/2012/jun/27/australia-passes-new-e-health-law/>.

63. The Act of 2 July no. 63 relating to Patients' Rights <[http://home.broadpark.no/~wkeim/patients\\_rights\\_act.htm](http://home.broadpark.no/~wkeim/patients_rights_act.htm)>.
64. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). <http://www.healthit.gov/newsroom/about-onc>.
65. Turowec, A. Giest, S., Dumortier, J., Artmann, J. (2010). Country Brief: Poland.e-Health Strategies Report. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Poland\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Poland_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
66. Whitehouse, D., Giest, S. (2010). Country Brief: England. e-Health Strategies Report. [http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/England\\_CountryBrief\\_eHStrategies.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/England_CountryBrief_eHStrategies.pdf).
67. Working Document on the processing of personal data relating to health in electronic health records (EHR). 00323/07/EN, WP 131. Briuselis, 2007. [http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_en.pdf).

## 2. EUROPINĖ PATIRTIS ĮGYVENDINANT IRT NACIONALINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIAUS LYGIU: EMPIRIŠKAI PAGRĮSTAS KONCEPCINIS ĮRANKIS IŠSAMIAI VYKDOMŲ PROCESŲ ANALIZEI ATSKIROSE VALSTYBĖSE

dr. Rasa Rotomskienė

Informacinių ir ryšių technologijų (IRT) reikšmė žmogaus gyvenime neįnįčijamai auga: technologijos skverbiasi į viešosios politikos sritis, daro įtaką viešųjų paslaugų teikimui. Nacionaliniu mastu įdiegta elektroninės sveikatos infrastruktūra ir informacinės sistemos pastaruoju metu vertinamos kaip pagrindinės sąlygos, užtikrinančios saugią, veiksmingą, kokybišką, į pacientą orientuotą ir sklandžią sveikatos priežiūros sistemą. Kita vertus, naujausių technologijų diegimas sveikatos priežiūros sistemose nacionaliniame lygmenyje dažnai siejamas su kompleksinių IRT projektų žlugimu, o tai ne tik reiškia investicijoms išeikvotas ir prarastas viešąsias lėšas, bet ir nesėkmės našta sveikatos priežiūros srityje – aplinkoje, kurioje ypatingai jautriai reaguojama į riziką. Daugėja moksliniais tyrimais ir praktine IRT diegimo patirtimi paremtų įrodymų, leidžiančių teigti, kad IRT diegimas nacionalinės sveikatos sistemos mastu turėtų būti suvokiamas kaip procesas, kuris ne tik reikalauja atidžiai apgalvotų strategijų, pagal kurias pokyčiai būtų įgyvendinami skirtinguose sveikatos priežiūros organizavimo lygiuose, bet ir daug sudėtingesnių metodų ir strategijų, nei tie, kuriais tradiciškai yra remiamasi šiandien.

Europos Komisija dar 2004 m. E. sveikatos veiksmų plane nurodė valstybėms narėms reguliariai stebėti naujų technologijų diegimo sveikatos sektoriuje procesą, vertinti daromą pažangą kuriant ir įgyvendinant nacionalinius e. sveikatos planus, bei skatino dalyvauti keičiantis gerąja patirtimi. Panašūs įpareigojimai atsispindi ir viename pagrindinių šiandienos Europos Komisijos paskelbtų dokumentų „2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas“: „Komisija atidžiai stebės veiksmų plano įgyvendinimą ir informuos šalis nares apie pasiektą pažangą bei rezultatus.“<sup>221</sup>

<sup>221</sup> Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions,

Remiantis vienintele ataskaita, skirta nacionalinių e. sveikatos programų ir (arba) planų pažangai vertinti bei nacionaliniuose planuose numatytų tikslų įgyvendinimo apžvalgai, kurią 2011 m. EK paskelbė siekdama įgyvendinti jai priskirtą atsakomybę stebėti e. sveikatos strategijas, beveik visos ES valstybės narės jau tuomet buvo parengusios savo nacionalinius ar regioninius sveikatos planus<sup>222</sup>. Tačiau tiek šių dokumentų turinys, tiek įgyvendinimas ES valstybėse narėse labai skiriasi. Nevienodai paskirstoma ir atsakomybė už e. sveikatos strategijos kūrimą bei jos įgyvendinimo koordinavimą. Daugumoje šalių atsakomybę priskirta sveikatos apsaugos ministerijoms. Tačiau kai kuriais atvejais (pvz., Estijoje, Airijoje, Italijoje, Vengrijoje ar Nyderlanduose) ji paskirstyta kelioms ministerijoms ir (arba) agentūroms, atsakingoms už technologines inovacijas ir (arba) telekomunikacijas. Šalyse, kurioms būdinga decentralizuota sveikatos priežiūros sistema (pvz., Suomijoje, Italijoje ir Ispanijoje) arba kuriose atsakomybę paskirstyta kelioms ministerijoms (pvz., Belgijoje arba Italijoje), pastebima tendencija yra rengti vieną oficialią e. sveikatos strategiją, kurioje būtų numatyti bendri, tarp tokių institucijų suderinti tikslai<sup>223</sup>.

Šiuo metu, daugiau nei dešimtyje šalių Europos Sąjungoje yra įsteigti taip vadinami e. sveikatos plėtros kompetencijų centrai, dažnai turintys atskiro juridinio subjekto statusą, kuriems ne tik pavesta vykdyti nacionaliniame lygmenyje vykdomo e. sveikatos plėtros proceso planavimą bei strategavimą, o kai kuriais atvejais, ir koordinuoti patį diegimo procesą. Pagrindinis tokių organizacijų vaidmuo yra kurti, numatyti ir stebėti šalies strateginius tikslus ir (arba) įgyvendinti, valdyti e. sveikatos infrastruktūros bei taikomuosius projektus. Pavyzdžiui, Slovakijos Respublikoje veikian-

---

eHealth Action Plan 2012–2020 – Innovative Healthcare for the 21st Century. Brussels, 6.12.2012 COM(2012) 736. Available at [05.12.2014]. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52012DC0736>.

<sup>222</sup> European countries on their journey towards national eHealth infrastructures. Available at [05.12.2014]. [http://www.ehealth-strategies.eu/report/eHealth\\_Strategies\\_Final\\_Report\\_Web.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/report/eHealth_Strategies_Final_Report_Web.pdf).

The European Commission (2014) The Final Report on Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners. March 24, 2014. Available [06.12.2014.]. <http://www.open-evidence.com/final-report-benchmarking-deployment-of-ehealth-among-general-practitioners/>.

<sup>223</sup> The European Commission (2014) The Final Report on Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners. March 24, 2014. Available [06.12.2014.]. <http://www.open-evidence.com/final-report-benchmarking-deployment-of-ehealth-among-general-practitioners/>.



tis Nacionalinis sveikatos informacijos centras (NSIC) buvo įkurtas kaip e. sveikatos idėjų kalvė (angl. *think tank*). Panaši organizacija (vok. *gematik*) veikia ir Vokietijoje, tačiau jai atsakomybė už šalies mastu vykdomą e. sveikatos veiklą priskirta įstatymu. Panašu, kad šiuo metu daugelis vakarietiško nacionalinių sveikatos priežiūros tarnybų jau pripažįsta poreikį plėsti e. sveikatos infrastruktūrą kaip esminę sąlygą, ateityje užtikrinsiančią saugių, veiksmingų, kokybiškų ir į pilietį orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Šiame kontekste šiandien dažnai susiduriama su keliais pagrindiniais klausimais: kaip nacionaliniai IRT diegimo sveikatos srityje procesai yra valdomi valstybės narės viduje, kokie veiksniai daro įtaką nacionalinių e. sveikatos programų ir projektų įgyvendinimui bei kokie metodai ir gairės galėtų nukreipti ar įspėti valstybes nares, įgyvendinančias nacionalinius IRT procesus sveikatos priežiūros sektoriuje, siekiant sėkmingos šio proceso įgyvendinimo.

Jei nesigilinsime į nacionalinio konteksto ypatumus, iš tarptautinės ir europinės patirties analizės galima pastebėti šiuo metu besiformuojančius du pagrindinius e. sveikatos plėtros nacionaliniame šalių lygmenyje modelius. Panašu, kad šalyse, kuriose šis procesas yra sėkmingesnis, diegimo modelis turi daugiau taip vadinamojo „vėsietiškojo modelio“ bruožų (pvz., Danijoje, Nyderlanduose, Suomijoje ir kt.). Kitos valstybės renkasi jau tradiciniu šioje srityje tapusį – žemynkryptį (angl. *top-down*) e. sveikatos plėtros įgyvendinimo modelį, kuris šioje analizėje dar vadinamas „angliškuoju modeliu“ iki 2011 metų, nes nuo maždaug 2013 metų, kai aukščiausiu valstybės pareigūnų lygmeniu buvo pripažinta, kad šis modelis skatinant e. sveikatos plėtros procesus nacionaliniame šalių lygmenyje, kurie sukurtų tinkamas prielaidas efektyviam ir saugiam elektroninių sveikatos duomenų apsikeitimui ne tik vienos ar kitos sveikatos priežiūros įstaigos viduje, bet ir tarp jų ir tai pateisintų esminį e. sveikatos plėtros nacionaliniame lygmenyje tikslą, netinka. Remdamasi išsamia šių dviejų modelių analize, autorė sukūrė ir siūlo nacionalinių e. sveikatos procesų analizei naudoti integruotą analizės koncepcinį modelį. Tačiau būtina pastebėti, kad dėl proceso kompleksškumo ir manipuliacijų viešai prieinama informacija, patikimos išvados dažniausiai įmanomos tik tuo atveju, jei tyrėjas turi galimybę pažvelgti į situaciją iš vidaus ir moka šalies vietinę kalbą.

## 2.1. Du pagrindiniai nacionalinio IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje modeliai: e. sveikatos plėtros procesas Velse ir Anglijoje

Būtina paminėti, kad dėl Velse, Škotijoje ir Šiaurės Airijoje 1997–1998 m. įvykusių naujausių devoliucijos procesų bei konstitucinių pataisų 2002–2005 m. sveikatos priežiūros paslaugų teikimas buvo patikėtas pačioms Jungtinę Karalystę sudarančioms šalims, todėl buvo suformuotos keturios atskiros nacionalinės programos (arba jas įgyvendinančios organizacinės struktūros), užtikrinančios IRT diegimą kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sektoriuje: Anglijoje ši programa pavadinta „*Connecting for Health*“ (CfH), Velse – „*Informing Healthcare*“ (IHC), Škotijoje – „*Scottish Care Information*“ (SCI), o Šiaurės Airijoje – „*Health and Personal Social Services (HPSS) ICT Programme*“. Anglijoje programos „*Connecting for Health*“ įgyvendinimo metu buvo nuolat susiduriama su esminiais sunkumais, jau nekalbat apie pokyčių ilgalaikio tvarumo problemą. Priešinga situacija stebima Velse, kur nuo pat tenyškščio metodo užuomazgų ir veiklos įgyvendinimo pradžios gaunami tvarūs ir daug žadantys rezultatai. Užbėgant už akių verta paminėti, kad 2011 m. Nacionalinė sveikatos tarnybos (NHS) programa „*Connecting for Health*“ buvo nutraukta, pripažinus ją „nesėkmės istorija“, kainavusia mokesčių mokėtojams 11,4 milijardų svarų sterlingų<sup>224</sup>. O štai velsietiškoji programa ir IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesas nuo tų laikų išsiplėtė ir dabar yra koordinuojamas dar didesnės organizacijos: „*Informing Healthcare*“ išaugo į Nacionalinės sveikatos tarnybos Vello informatikos centrą, kuriame dirba beveik 500 specialistų. 2013 m. kovo 31 d. Anglijoje buvo įkurta nauja organizacija, atsakinga už sveikatos priežiūros sektoriaus aprūpinimą IRT. Šiuo metu Sveikatos ir socialinės priežiūros informacijos centru pavadintos organizacijos veiklos modelis labiau primena Vello pasirinktąjį, nei tą, kuriuo Anglija vadovavosi iki 2011 m.

<sup>224</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

### 2.1.1. Anglijos nacionalinis IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesas iki 2011 m.

#### Pagrindiniai įgyvendinimo proceso ypatumai

Toliau pateikiami pagrindiniai ypatumai, būdingi Anglijos nacionaliniam IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesui:

- žemynkryptis pokyčių įgyvendinimo metodas;
- technokratiškas požiūris į IRT grįstus organizacinius pokyčius;
- nesubalansuota didžiųjų IT tiekėjų, vadybos konsultantų ir Nacionalinės sveikatos tarnybos (NHS) įtaka;
- „didžiojo sprogimo“ metodas / „naikink sena ir pakeisk nauju“ strategija;
- nepakankamas suinteresuotųjų pusių įtraukimas.

Kalbant apie *žemynkryptį metodą*, nacionaliniam IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesui, kitaip nei buvo žadėta, vadovavo didžiosios IT kompanijos, nebuvo glaudaus koordinavimo su vyriausybe ar galutiniu kuriamų informacinių sistemų naudotoju – sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Remiantis liudinininkų pasakojimu<sup>225</sup>, esminiai viešieji konkursai buvo paskelbti, suorganizuoti, o sutartys su laimėtojais – pasirašytos per rekordiškai trumpą laiką: 2003 m. gegužę paraiškų pateikėjai gavo 500 psl. dokumento „Detalios nuo rezultatų priklausančios techninės sąlygos“ projektą ir penkias savaites, per kurias privalėjo parengti konkursinius pasiūlymus. Nepaisant to, kad didiesiems viešojo sektoriaus sandoriams paprastai skiriami 27 mėn., minėtos sutartys buvo sudarytos per metus, į kuriuos buvo įskaičiuotas ir laikas labai svarbiai užduočiai – išsiaiškinti, dėl ko konkrečiai susitariama. Vėliau, žlugusios programos IT iniciatyvų apžvalgos parodė, kad šiame procese turėjo aktyviai dalyvauti tie, kurie galiausiai būtų turėję sistemas naudoti<sup>226</sup>. Be to, įvairiomis progomis buvo ne kartą pasisakyta, kad sėkmingas IS įdiegimas labai priklauso nuo veiksmingo bendradarbiavimo tarp visų susijusių šalių, o vietos atstovų ir

<sup>225</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>226</sup> NAO (2006). Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Report by NAO. 16 June 2006, retrieved 3 September 2011. [http://www.nao.org.uk/publications/0506/department\\_of\\_health\\_the\\_nati.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0506/department_of_health_the_nati.aspx) and NAO (2011). Department of Health The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems. Report by the Comptroller and Auditor General HC 888 Session 2010–2012, 18 May 2011.

sveikatos specialistų įtraukimas buvo įvardijamas kaip vienas iš svarbiausių sėkmės garantų. Tačiau pagal nacionalinio proceso sąrangą, taip vadina- mos *Trust* (pagrindinės valstybės finansuojamo gydymo ligoninėje paslau- gas administruojančios įstaigos Jungtinėje Karalystėje, atsakingos už veiklą tam tikroje teritorijoje) neturėjo jokių oficialių sutartinių santykių su IT tiekėjais (t. y. jų vietiniais paslaugų teikėjais), todėl nebuvo įmanoma to- kių ryšių veiksmingai valdyti. Ši atsakomybė buvo priskirta pačioms *Trust*, todėl bendradarbiavimo sėkmė įvairiuose regionuose buvo skirtinga<sup>227</sup>. Be to, kadangi dauguma sutartis sudariusių IT tiekėjų susidūrė su esminiais sunkumais ir vėlavo perduoti kuriamus produktus net ir tais atvejais, kai buvo ženkliai sumažintos techninių sąlygų apimtys, atskiros tam tikroje te- ritorijoje tretinio lygio stacionarias paslaugas organizuojančios ir adminis- truojančios įstaigos (*Trust*), o ir visa NHS tapo teisiškai nesaugūs ir galėjo susilaukti baudų net ir tais atvejais, jei tam tikras tokių įstaigų skaičius būtų nusprendęs tokių naujai sukurtų, bet sutartinių sąlygų neatitinkančių infor- macinių sistemų atsisakyti (Bruce, 2010).

Įdomu atkreipti dėmesį į tai, kad tik vėliau įsigalėjusiam **technokra- tiškam požiūriui IRT diegimo procesą, dėmesys organizaciniams po- kyčiams** pirminiuose programos „*Connecting for Health*“ dokumentuose buvo numatytas: pranešime parlamentui dėl programos buvo jaučiamas akivaizdus laukiančių iššūkių suvokimas ir pabrėžta suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir komunikavimo su jomis svarba „įgyvendinant pokyčius itin decentralizuotoje NHS“<sup>228</sup>. Šiame dokumente taip pat pabrėžta, kad norint sėkmingai įdiegti naujas informacines technologijas sveikatos priežiū- ros sektoriuje, pakankamai dėmesio reikės skirti netechniniams klausimams, pavyzdžiui: reguliariam informavimui, kaip bus atliekamas darbas, darbuotojų skatinimui naudotis naujomis informacinėmis sistemomis ir darbo metodais bei mokymuisi iš patirties. Tuo labiau, kad su IT diegimu susijusių pokyčių valdymui skirtos organizacinės išlaidos turėjo sudaryti ne mažesnę dalį nei išlaidos pačioms IT, ir buvo tikimasi jas gauti iš NHS įstaigų. Sveikatos specialistų įtraukimas ir kitų suinteresuotųjų pusių daly- vavimas nacionalinės naujųjų informacinių ir ryšių technologijų diegimo programos sveikatos priežiūros sektoriuje įgyvendinimo procese buvo sie- jamas su žmonių poreikių tenkinimu, lyderystės vietiniu lygiu ir paramos

<sup>227</sup> *Ibid.*

<sup>228</sup> POST, February, 2004.

priimtiems sprendimams svarba bei skepticizmo, kilusio dėl ankstesnių IT projektų žlugimo, įveikimu. Tačiau pradėjus vykdyti programą, buvo pasiūlytas, o vėliau ir pasitelktas, visiškai priešingas požiūris: „tereikia, kad „prisijungtų“ dauguma didžiųjų IT įmonių ir „įdiegtų“ jau turimus sprendimus ir po poros metų NHS transformuosis į elektroninę sistemą“<sup>229</sup>. Šią išvadą patvirtina ir su programa „*Connecting for Health*“ dirbę specialistai, ir išoriniai stebėtojai. Pavyzdžiui, iš programos klinikinio vadovo pareigų atsistatydinęs prof. Peteris Huttonas vėliau apibendrinamas teigė: „Pačioje pradžioje tai buvo panašu į pavojingą milžiniško vilkiko lėkimą greitkeliu, kai visai nesvarbu, kur nukaksi, svarbu, kad ten patektum laiku. O ten nuvykęs, turėjai nueiti ir nupirkti kažkokį produktą, nors nebuvai visiškai tikras, ką turėjai išigyti. Tiesą pasakius, nemanau, kad jį siūlė žmonės žinojo, ko mums reikia.“<sup>230</sup> Kiti stebėtojai padarė panašias išvadas. Jų manymu, diegiant sveikatos informacines technologijas NHS, daugiausia dėmesio buvo skiriama ne pokyčių valdymui ar suinteresuotųjų pusių sutelkimu bendram tikslui, o techniniam aprūpinimui informacinėmis technologijomis<sup>231</sup>. Tad nebuvo sprendžiamos nei problemos, kilusios dėl nepakankamos vadybos, tiekėjų atskaitomybės, negebėjimo aktyviai komunikuoti, nei tokie papildomi klausimai, kaip kultūriniai pokyčiai, dėl kurių sužlugo ne vienas projektas<sup>232</sup>. Programa „*Connecting for Health*“ – ne išimtis. Nepriklausomos programos vadovybė, turinti patirties įgyvendinant didelio masto pokyčius atitinkamame sektoriuje, neištraukta į projekto techninį (veiklos) įgyvendinimą, bet vykdanči pokyčių įgyvendinimo planą ir prižiūrinti įgyvendinamų projektų eigą, buvo įvardinta kaip vienas iš veiksmų, galėjusių padėti išvengti ar bent jau apriboti technokratišką požiūrį į technologijų nulemtų pokyčių įgyvendinimą. Tačiau programos „*Connecting Health*“ atveju, IT tiekėjai konsultavo vyriausybę, todėl kontroliavo tiek programos turinį, tiek jos įgyvendinimo procesą bei padiktavo labai technokratišką požiūrį į organizacinius pokyčius. Prie tokio požiūrio prisidėjo ir programos centralizuotų viešųjų pirkimų įgyvendinimo metodas. Remiantis ekspertų nuomonėmis, programos komercinė vertė neturėjo būti nustatyta, kol nebuvo aiškūs konkretūs reikalavimai. Dėl šios klaidos ne tik kilo problemų vyk-

<sup>229</sup> Bruce S. NHS could still be penalised under NPfIT, 2010 [retrieved 12.12.2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6287>.

<sup>230</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>231</sup> Government & Public Sector Journal, July 2011.

<sup>232</sup> *Ibid.*

dant techninį programos diegimą, bet ir nukentėjo santykiškai tarp tiekėjų ir kliento<sup>233</sup>.

Remiantis naujausiais praktinio įgyvendinimo rezultatais, galima daryti išvadą, kad „net jei elektroninės ligos istorijų sistemos bus įdiegtos, dar nereiškia, kad jos atitiks sveikatos įstaigų specialistų lūkesčius. Atskirose *Trust* tokios sistemos dažniausiai suteikė administracinės naudos, o ne lauktos pagalbos sveikatos specialistams, pavyzdžiui išrašant ir paskirstant vaistus ligoninės pacientams“<sup>234</sup>.

***Nesubalansuota didžiųjų IT tiekėjų, vadybos konsultantų ir NHS*** įtaka – vienas iš pagrindinių bruožų, būdingų IRT įgyvendinimo procesui NHS. Kaip jau minėta, tai buvo galima išvelgti nuo pat pradžių: nedideliame didžiųjų tiekėjų skaičiui daugiau nei dešimčiai metų buvo patikėta NHS informacinių technologijų monopolija, o pažeidus sutartis vyriausybės laukė milžiniški ieškiniai dėl kompensacijų. Baigus viešuosius pirkimus dėl kelių milijardų svarų sutarties, liko penki didieji konkurso laimėtojai – vadina mieji „vietiniai paslaugų teikėjai“: „Accenture“, „Fujitsu“, „BT“ ir „Computer Science Corporation“ (CSC) iš JAV. Sudarytų sutarčių vertė bėgant metams augo. Remiantis liudininkais: „milžiniškos vertės sutarčių vykdymui pasirinktos didelės įmonės labai gerai atspindėjo savimi pasitikinčio R. Grangerio (sveikatos programos „*Connecting for Health*“ direktoriaus) požiūrį, jog „tereikia, kad „prisijungtų“ dauguma didžiųjų IT įmonių ir „išvystytų“ jau turimus sprendimus, ir po poros metų NHS transformuosis į elektroninę sistemą“<sup>235</sup>. Dėl šios priežasties, dalyvauti programoje buvo pakviestos tik įmonės, turinčios „finansinių galimybių“, mat Grangeris aiškino, kad mokėjimai bus daromi tik už rezultatus, o nesėkmės atveju jis joms „pasvilins padus“<sup>236</sup>. Tačiau savo ruožtu didieji rangovai buvo priklausomi nuo mažesnėse IT įmonėse dirbusių programinės įrangos specialistų, pavyzdžiui „iSoft“ įmonė, laimėjusi sutartį dėl programinės įrangos trims veiklos sritims, kuria turėjo naudotis didesnė pusė visų šalies ligoninių. Į šį paketą buvo

<sup>233</sup> Government & Public Sector Journal, July 2011.

<sup>234</sup> NAO. Report by the Comptroller and Auditor General, HC 888, SesSIon 2010–2012, 18 May, 2011. Department of Health, The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems. [retrieved 3 September 2014]. <http://www.nao.org.uk/publications/1012/npfit.aspx>.

<sup>235</sup> Bruce S. NHS could still be penalised under NPfIT, 2010, [retrieved 12.12.2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6287>.

<sup>236</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

įtrauka ir strateginė „Lorenzo“ programa – pagrindinė programinė įranga, skirta kertiniam programos tikslui – įdiegti elektronines ligos istorijas ir sukurti prielaidas tolesniems pokyčiams šimte (arba trijuose penktadaliuose) Anglijos ligoninių. Įmonė pažadėjo šį rezultatą pasiekti iki 2004 m. kovo, tačiau nesugebėjo to padaryti iki pat programos pabaigos 2011 m. Vietoj to, norėdama nors kiek pasistūmėti visą procesą, įmonė sveikatos priežiūros įstaigas buvo priverčiusi naudoti senąją „iSoft“ programinę įrangą, o „Lorenzo“ pristatymo data buvo perkelta pirmiausia į 2008 m., o vėliau ir į 2016 m.<sup>237</sup>. NHS *Turst* buvo priversti pradėti naudotis gerokai supaprastintomis informacinių sistemų versijomis, kurios, lyginant su ankstesnėmis, dažniausiai neturėjo visų žadėtų funkcijų, o kartais buvo ir visai netinkamos. Naujosios sistemos visai nepateisino nei kadaise ministrų išsakytų pažadų, nei Sveikatos departamento sutartinių finansinių įsipareigojimų atrinkti tinkamiausius tiekėjus. Situacija ėmė keistis tik 2010 m. pabaigoje, kuomet NHS informatikos skyriaus generalinis direktorius pareiškė, kad „Trusts, atsiskantys priimti „Lorenzo“ programą, gali elgtis savo nuožiūra ir už tai nebus baudžiamos, tačiau jei apskritai NHS tarnyba nesugebės užtikrinti, kad pakankamas *Trusts* skaičius įgyvendintų sutartį, ji – NHS – bus nubausta“<sup>238</sup>. Taigi, panašu, kad pagrindinis programos tikslas buvo pasirašyti sutartis ir laukti, kol produktai bus sukurti ir įdiegti sveikatos priežiūros organizacijose. Be to, tiekėjams grėsė didžiulės baudos už sutarčių neįvykdymą ar sutartinių sąlygų pažeidimą. Vėliau buvo pripažinta, kad didžiuliai vėlavimai susidarė dėl vienos iš pagrindinių priežasčių – tiekėjų bandymo nuslėpti kilusius sunkumus ir taip išvengti baudų bei neigiamos informacijos paviešinimo, galėjusio pakenkti įmonių reputacijai. Nei viena vyriausybė įstaiga (įskaitant ir Sveikatos departamentą bei Parlamentą) neturėjo galios, o tiksliau tariant, nesiėmė kontroliuoti proceso, tebuvo surengti keli viešieji svarstymai Bendruomenių rūmų Valstybės ataskaitų komitete. Tuo metu kritikai labai daug tikėjosi iš rengiamos Nacionalinio audito biuro – Parlamento vardu

<sup>237</sup> NAO. Report by the Comptroller and Auditor General, HC 888, SesSion 2010–2012, 18 May 2011. Department of Health, The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems. [retrieved 3 September 2014]. <http://www.nao.org.uk/publications/1012/npfit.aspx>; and eHealth Insider, 20 May 2008. NHS says Lorenzo won't be complete until 2016. [retrieved 3 September 2014]. <http://www.ghi.co.uk/news/ghi/3764>.

<sup>238</sup> Bruce S. NHS could still be penalised under NPfIT, 2010, [retrieved 12.12.2014]. <http://www.ghi.co.uk/news/ghi/6287>.

veikiančios įstaigos, atsakintos už valstybės išlaidų nagrinėjimą – ataskaitos, kuri turėjo pasirodyti 2006 m. pradžioje. Tačiau birželio mėn. publikuotas dokumentas nuvydė: jame dėmesio nesėkmėms beveik neskirta, nepaisyta ir fakto, kad programa atsilieka nuo numatytų terminų, kad neatsižvelgta į suinteresuotųjų pusių nuomones<sup>239</sup>. Po kelių savaičių nacionalinis transliuotojas „BBC“ atskleidė, kad programos vadovybė darė poveikį rengiamos ataskaitos turiniui. Galutinėje ataskaitos versijoje neliko išvadų, kad Sveikatos departamentas „vangiai ėmėsi aiškaus ir veiksmingo lyderio vaidmens, įtraukdamas į veiklą NHS organizacijas, o pačiai NHS stigo gebėjimų, kurie garantuotų sėkmingą tokios programos įgyvendinimą“<sup>240</sup>.

Remiantis Parlamento ir Bendruomenių rūmų Valstybės ataskaitų komiteto nario Richardo Bacono nuomone, toks viešųjų pirkimų modelis buvo tinkamas diegiant vaizdų archyvavimo bei perdavimo PACS sistemą ir NHS saugaus tinklo (N3) sprendimą, tačiau nepasiteisino diegiant kompleksines liginėms skirtas informacines sistemas. Pasirašius sutartis su išipareigojimus nesugebančiu vykdyti tiekėjais, NHS buvo neapdairiai įstumta į kampą: „krizė – tiesioginis rezultatas, kurį gavome dėl kvailo sprendimo, priimto ant sofos premjero rezidencijoje: leisti grupei vietinių paslaugų teikėjų ir jų pasirinktiems programinės įrangos tiekėjams paimti programą įkaite. Taip sulaukėme rezultato – sutarčių, kurios buvo pasirašytos vyriausybei net nespėjus susivokti, ką nori pirkti, o tiekėjams neišsiaiškinus, ko iš jų tikimasi. Kuriamos informacinės sistemos pristatymas dideliame ekrane dar nebūtinai įrodo, kad ji veiks naudojama gydytojų ir sveikatos sistemos darbuotojų, dirbančių su įvairiais kompiuteriais ir skirtinga programine įranga daugybėje NHS *Trusts* priklausančių ligininių“<sup>241</sup>.

Programos „*Connecting for Health*“ kontekste vadybos konsultantai buvo įvardijami kaip opi problema<sup>242</sup>. Kaip buvo rašyta JK Nacionalinio audito biuro (valstybės kontrolės) (NAO) ataskaitoje<sup>243</sup>, ši problema nebu-

<sup>239</sup> Informaticopia, 22 June, 2006.

<sup>240</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>241</sup> ComputerWeekly.com, 16 June 2008; eHealth Insider, 20 May 2008. NHS says Lorenzo won't be complete until 2016. [retrieved 3 September 2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/3764>.

<sup>242</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>243</sup> NAO, Central government's use of consultants and interims. Report by the Comptroller and Auditor General, H C 488, Session 2010–2011, 14 October 2010, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.nao.org.uk/publications/1011/use\\_of\\_consultants.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/1011/use_of_consultants.aspx).



vo būdinga tik vienam pavieniui atvejui: nors per pastaruosius metus vyriausybės įstaigų išlaidos samdomiems vadybos konsultantams sumažėjo, šių paslaugų vis dar perkama daug, o bendrosios tam skirtos išlaidos sudaro apie 1 milijardą svarų sterlingų per metus. Be to, vyriausybė už šiuos pinigus negauna pilnos vertės, kadangi jai neretai stinga informuotumo, įgūdžių ir strategijų, kaip tokius specialistus sėkmingai valdyti<sup>244</sup>. Pvz., vos kelios valstybinės įstaigos gali suteikti informacijos apie išlaidas pagal konsultacijų rūšį, pasamdytų laikinų specialistų skaičių, jų vaidmenį ar sutarčių trukmę. Taigi, jos dažniausia moka kainą, kuri apskaičiuojama remiantis projektui skirtu laiku, o ne iš anksto suderėtą užmokestį, ar atlygį už konkrečius pasiektus rezultatus. Dauguma departamentų nevertina konsultantų veiklos rezultatų ir nesidomi, ar atliktas darbas buvo naudingas, nors mokamas atlygis yra labai didelis<sup>245</sup>.

„*Didžiojo sprogimo*“ *metodas* / „*naikink sena ir pakeisk nauju*“ *strategija* taip pat minima tarp pagrindinių Anglijos programos „*Connecting for Health*“ ypatumų. Pasitelkus „didžiojo sprogimo“ metodą, perėjimas nuo senosios sistemos prie naujosios įvykdomas numatytą dieną, kai visa sistema pakeičiama iš karto. Nuo tos dienos visi vartotojai turi pradėti naudotis naująja sistema, o senosios – visiškai atsisakoma. Tai skiriasi nuo vadinamojo „palaiapsninio įgyvendinimo“ ar „paralelinio įgyvendinimo“, kurs arba vykdomas keliais etapais, arba vartotojai gali naudotis senąja sistema, kol pratinasi prie naujosios. Vykdamt programą „*Connecting for Health*“, neretai buvo pasitelkiamas rizikingesnis „didžiojo sprogimo“ metodas. Jis buvo naudojamas su „naikink sena ir pakeisk nauju“ strategija, todėl programos sėkmei iškilo dar didesnių pavojų. Reikia paminėti, kad kai kuriais atvejais tai buvo neišvengiama. Kaip teigiama NAO ataskaitoje<sup>246</sup>, kai kuriose *Trusts* senųjų sistemų kūrimo darbai truko ne vienerius metus, tačiau vis tiek neatitiko pagrindinių sveikatos programos tikslų, pavyzdžiui, sąveikumo (t. y. galimybės dalintis sveikatos priežiūros duomenimis su kitomis NHS įstaigomis), ir buvo netvarios ilguoju laikotarpiu. Tačiau taip buvo ne visur. Net žinant, kad naujos esminės sistemos diegimas visais atvejais reiškia pa-

<sup>244</sup> *Ibid.*

<sup>245</sup> *Ibid.*

<sup>246</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

pildomus iššūkius darbuotojams, kadangi dažniausiai iš esmės pasikeičia jų atliekamo darbo organizavimas, kai kuriais atvejais senosios sistemos buvo keičiamos naujomis net jei pastarosios arba turėjo mažiau funkcijų, arba jos neatitiko reikalavimų. *Trusts* tokios sistemos dažniausiai suteikė administracinės naudos, o ne lauktos pagalbos sveikatos specialistams, pavyzdžiui, išrašant ir paskirstant vaistus ligoninės pacientams<sup>247</sup>. Dėl to iškilo dar daugiau iššūkių, susijusių su suinteresuotųjų pusių įtraukimu, mat pagrindinė darbuotojų pritarimą lėmusi sąlyga buvo funkcionalumas, t. y. kad kuriama naujoji sistema juo turi bent prilygti ankstesniajai. Pavyzdžiui, vienoje *Trust* senoji, tačiau visiškai integruota administravimo ir klinikinės informacijos sistema turėjo būti pakeista naująja elektroninės ligos istorijos sistema ir keliomis neintegruotomis klinikinės informacijos sistemomis. Tokie pokyčiai labai neigiamai paveikė *Trust* galimybes įtraukti į veiklą sveikatos specialistus<sup>248</sup>. Be to, kai kurie darbuotojai susidūrė su psichologiniais nepatogumais, mat jautė netektį pereidami prie naujos sistemos, kurios tinkinimo galimybės buvo ribotos ir išžėstos laike<sup>249</sup>. Sveikatos departamentas pradėjo keisti požiūrį tik 2010 m., kai atsisakė pirminių ketinimų pakeisti visas sistemas, o vietoj to nusprendė plėtoti *Trusts* jau turimus sprendimus ir ieškoti būdų juos susieti bendram darbui<sup>250</sup>.

***Nepakankamas suinteresuotųjų pusių įtraukimas*** buvo ir išlieka pagrindiniu, visais atvejais būdingu veiksniu, prisidėjusiu prie Anglijos nacionalinio IRT įgyvendinimo NHS žlugimo. Nors pirmuosiuose pranešimuose buvo žadama, kad NHS IT bus keičiamos vadovaujantis „griežtais nacionaliniais standartais“, pasitelkus pagerintas viešųjų pirkimų procedūras, veiklos kontrolę patikėjus vietiniams sveikatos specialistams, o diegimą – vietiniams IT ekspertams, dirbsiantiems sveikatos priežiūros organizacijose<sup>251</sup>, į vykdomą procesą būsimieji sistemų vartotojai buvo beveik neįtraukti. Šiandien jau surinkta pakankamai įrodymų, kad oficialiose viešųjų pirkimų taisyklėse numatytas reikalavimas pažymėti langelį „su vartotojais

<sup>247</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>248</sup> *Ibid.*

<sup>249</sup> *Ibid.*

<sup>250</sup> *Ibid.*

<sup>251</sup> Department of Health, 2002.

pasikonsultuota“ varnele yra suvokiamas tik kaip formalumas. Pavyzdžiui, toliau analizuojant Anglijos atvejį, remiantis liudininkais, sveikatos programos direktorius nurodė „surasti grupę sveikatos specialistų“, kurie būtų matę ankstesnius dokumento projektus, todėl galėtų būti laikomi įtrauktais į viešųjų pirkimų procesą<sup>252</sup>. Kitą pastabą išsakė vienas iš IRT sveikatos programos dalyvių, teigusių, kad „nekantraudamas įgyvendinti Naujosios leiboristų partijos darbotvarkės tikslus, Grangeris ėmėsi visų priemonių, kad nepatogūs konsultavimosi reikalai nesudarytų jokių kliūčių“<sup>253</sup>. Be to, beveik kiekvienoje su sveikatos programa „*Connecting for Health*“ susijusioje ataskaitoje<sup>254</sup> vienaip ar kitaip minimas poreikis įtraukti sveikatos specialistus ir (arba) nepakankamas jų dalyvavimas. Pavyzdžiui, Nacionalinio audito biuro ataskaitoje teigiama, kad kuo anksčiau vartotojai ir jų organizacijos įtraukiami į veiklą ir kuo skaidresnė informacija apie programos eigą jiems teikiama, tuo daugiau paramos pokyčiams galima sulaukti ir užsitikrinti vartotojų pasitikėjimą teikiamais produktais, o tai didina sėkmingo programos įgyvendinimo tikimybę<sup>255</sup>.

Tačiau sveikatos programos „*Connecting for Health*“ atveju, platesnis NHS organizacijų įtraukimas ir mobilizacija neprasidėjo iki tol, kol sveikatos programos vadovybė nenusprendė, kad viešieji prikimai: „pasiekė pakankamą brandos lygį, kad apie jų rezultatus būtų galima kalbėti prasmingai ir veiksmingai“. Nepakankamas NHS organizacijų įtraukimas buvo siejamas su pokyčiais nacionaliniame už suinteresuotųjų pusių įtraukimą atsakingų lyderių lygmenyje bei „nepakankamais ištekliais, lėmusiais ribotas galimybes kuo ankstyvesnėms įtraukimo pastangoms“<sup>256</sup>. Tačiau pana-

<sup>252</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>253</sup> *Ibid.*

<sup>254</sup> NAO (2006). Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Report by NAO. 16 June 2006, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.nao.org.uk/publications/0506/department\\_of\\_health\\_the\\_nati.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0506/department_of_health_the_nati.aspx); Committee of Public Accounts, 2007.

<sup>255</sup> NAO (2006). Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Report by NAO. 16 June 2006, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.nao.org.uk/publications/0506/department\\_of\\_health\\_the\\_nati.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0506/department_of_health_the_nati.aspx).

<sup>256</sup> NAO (2006). Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Report by NAO. 16 June 2006, retrieved 3 September 2014, [http://www.nao.org.uk/publications/0506/department\\_of\\_health\\_the\\_nati.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0506/department_of_health_the_nati.aspx); NAO. Report by the Comptroller and Auditor General, HC 888, SesSIon 2010–2012, 18 May 2011. Department of Health, The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems. [retrieved 3 September 2014], <http://www.nao.org.uk/publications/1012/npfit.aspx>; and Committee of Public Accounts, House of Commons.

šias išvadas 2007 m. padarė ir Bendruomenių rūmų Valstybės ataskaitų komitetas. Sveikatos komitetas buvo raginamas gerinti komunikaciją su NHS darbuotojais, o ypač – medicinos specialistais. Tuo labiau, kad dėl rimtų problemų su diegiamomis sistemomis, rodos, pastarosios personalo grupės priešinimasis tik didėjo<sup>257</sup>. Į rekomendacijas buvo įtrauktas poreikis atlikti skubų įvertinimą, leisiantį suprasti sveikatos organizacijų dalyvavimo rengiant sistemų technines sąlygas mastą ir poveikio vertinimą tais atvejais, kai sveikatos specialistai buvo įtraukti<sup>258</sup>. Vėlesnėje ataskaitoje<sup>259</sup> pripažįstama, kad per porą paskutinių metų sveikatos organizacijų įtraukimo srityje buvo pasiekta šiokia tokia pažanga. Nepagailėta pagyrų trims aspektams, kurie buvo įvertinti kaip žadantys daugiau sėkmės, nei nuo sveikatos programos įgyvendinimo pradžios: paskirtam vyriausiajam programos pareigūniui klinikiniam klausimams, nacionalinio sveikatos įstaigų lyderių tinklo plėtrai ir platesnių galimybių kūrimui, kurios leistų įtraukti į veiklą medicinos specialistus ir kitus NHS darbuotojus. 2006 m., paskyrus vyr. programos pareigūną klinikiniam klausimams, buvo įkurtas jo biuras, kuriame įdarbinti 50 darbuotojų, įskaitant ir du nacionalinius direktorius klinikiniam klausimams, po vieną pirminei ir antrinei sveikatos priežiūros grandžiai. Šis biuras turėjo stiprinti lyderystę sveikatos programos klinikinėje srityje ir užtikrinti, kad pacientų saugos ir priežiūros gerinimo aspektai būtų įtvirtinti visose NHS sveikatos programos „Connecting for Health“ srityse. Be to, vyr. programos pareigūnas klinikiniam klausimams turėjo prižiūrėti sveikatos specialistus, pasamdytus dirbti sveikatos programoje, įskaitant ir nacionalinius klinικούς lyderius, kurie programoje dirbo tik dalį etato, o likusį laiką tęsė savo klinikinę praktiką. Remiantis ataskaita, per 2007–2008 m. vyr. programos pareigūno klinikiniam klausimams išlaidos

---

Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Twentieth Report of Session 2006–07 Report, together with formal minutes, oral and written evidence, HC 390 [Incorporating HC 1360-i of Session 2005–06]. Published on 11 April 2007 by authority of the House of Commons. London: The Stationery Office Limited [retrieved 3 September 2014], <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpubacc/390/390.pdf>.

<sup>257</sup> *Ibid.*

<sup>258</sup> The Committee of Public Accounts of the House of Commons, 2007.

<sup>259</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

sudarė 6 mln. svarų sterlingų, kai biudžete šiam laikotarpiui buvo numatyti 12,2 mln. Klinikinių lyderių tinklas, kurį 2004 m. sudarė septyni nariai, 2008 m. išplėstas iki penkiolikos. Jis sudarytas iš keturių profesinių grupių (bendrosios praktikos gydytojų, ligoninės gydytojų, slaugytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų) iš tokių įvairių sričių, kaip akušerija, patologijos, diabetu sergančių pacientų priežiūra, visuomenės sveikata, medikamentų valdymas, oftalmologija ir psichinė sveikata. Vienas nacionalinis klinikinis lyderis buvo paskirtas stebėti pacientų saugos klausimus ir užtikrinti naujų sistemų atitiktį šiems reikalavimams. Viešai skelbiamas klinikinių lyderių vaidmuo – „propaguoti IRT diegimą sveikatos priežiūros sektoriuje programą ir kurti sąlygas dvipusei komunikacijai tarp NHS programos „*Connecting for Health*“ personalo bei NHS sveikatos priežiūros darbuotojų, pavyzdžiui, organizuoti susitikimus su profesinėmis organizacijomis, skaityti pranešimus konferencijose ir kituose renginiuose bei rengti informacinius pranešimus“. Į jų pareigas taip pat įėjo darbas su Nacionalinėmis patarėjų grupėmis, įskaitant ir profesinių organizacijų bei karališkųjų kolegijų atstovus. Buvo imtasi veiksmų, kuriais siekta pritraukti medicinos specialistus ir kitus NHS darbuotojus į IS kūrimo procesą ir taip pakeisti plačiai paplitusias trumpalaikes *ad hoc* konsultacijas, „kurioms trūko tęstinumo, bei išskildavo sunkumų bendradarbiaujant su NHS *Trusts* dėl darbuotojų išleidimo dirbti sveikatos programoje“<sup>260</sup>. Tačiau buvo padaryta išvada, kad nepaisant priemonių, kuriomis siekta sustiprinti medicinos specialistų ir NHS darbuotojų įtraukimą, reikėjo dar nemažai nuveikti, kad visi darbuotojai patikėtų sveikatos programos nauda<sup>261</sup>. Tarp NHS siūlomų priemonių, skirtų pagerinti suinteresuotųjų pusių įsitraukimą, buvo paminėta ir atviresnė komunikacija apie sveikatos programą „*Connecting for Health*“, ir ankstyvesnis medicinos specialistų informavimas apie numatomus renginius, užtikrinantis didesnes dalyvavimo juose galimybes<sup>262</sup>.

<sup>260</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>261</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>262</sup> *Ibid.*

### „Angliškojo metodo“ rezultatai

Toliau išvardytos pagrindinės nacionalinio IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje metodo, taikyto vykdant sveikatos programą „*Connecting for Health*“, pasekmės:

- naudotojams perduotos informacinės sistemos buvo sudėtingos arba jų naudojimas buvo neįmanomas;
- priešinimasis pokyčiams;
- nepakankamas suinteresuotųjų pusių savininkiškumas ir įsipareigojimas;
- realistiškų lūkesčių ir terminų stygius;
- IT tiekėjai, bandantys nuslėpti juos ištikusius sunkumus;
- sumenkusios galimybės tapti „sumaniuoju užsakovu“ (angl. *intelligent client*);
- procesui vadovauja didžiosios IT bendrovės, jis nevyksta pagal NHS poreikius;
- nyksta vietiniu lygiu sukauptos žinios ir įgūdžiai;
- sumažėjusios NHS galimybės pasitelkti naujoves;
- paslaugos teikiamos fragmentiškai, nevyksta bendradarbiavimas, nėra integracijos;
- dėl žlugusių IT projektų nukentėjo pacientų sveikatos priežiūra;
- negauta vertės už sumokėtus pinigus.

Surinkta pakankamai įrodymų, kad daugybės **naudotojams perduotų sistemų** naudojimas buvo **sudėtingas (jei iš viso įmanomas)**. Pavyzdžiui, 2005 m. NHS trestas „Queen Mary’s Sidcup NHS Trust“ buvo vienas pirmųjų Londone, pradėjęs naudoti naują pacientų administravimo sistemą, gautą pagal sveikatos programą „*Connecting for Health*“. Tačiau šią teritoriją administruojanti *Trust* susidūrė ne tik su techniniais iššūkiais: generalinis direktorius sakė, kad dėl dalyvavimo sveikatos programoje „*Trust*“ taip pat patyrė finansinį spaudimą ir neteko apie 3 mln. svarų sterlingų pajamų<sup>263</sup>. Iš esmės *Trust* tokių padarinių susilaukė dėl diegiamų naujų sistemų, kurias gavo iš „BT“ – vietinio paslaugų teikėjo Londone, atrinkto aptarnauti sveikatos programą „*Connecting for Health*“: dėl naujos informacinės siste-

<sup>263</sup> ComputerWeekly.com, 07 November 2006. Trust feels pain of NHSIT roll-out. [retrieved 3 September 2014]. <http://www.computerweekly.com/Articles/2006/11/07/219625/Trust-feels-pain-of-NHS-IT-roll-out.htm>.

mos diegimo darbų pailgėjo pacientų laukimo eilėje laikas, todėl ligoninė nesugebėjo įvykdyti jai nustatytų metinių reagavimo į nelaimingus atsitikimus ir greitosios pagalbos tikslų. Pasirodo, kad įdiegta naujoji programinė įranga buvo arba nesuderinama su kitomis sistemomis, arba ja buvo sudėtinga naudotis: „BPG neturėjo galimybės perduoti informacijos apie specialistams siunčiamus pacientus; naujoji kodavimo sistema reikalavo daug daugiau laiko, dalis pacientų nebuvo suvesti į sistemą ir todėl *Trust* už juos nebuvo sumokėta (*ibid.*). Remiantis *Trust* vadovų nuomone, tokios pasekmės susidarė dėl sistemos prastovų, nepakankamo darbuotojų paruošimo ir naujosios vaidmenimis grįstos prieigos prie įdiegtos naujos programos“. Be to, tokias problemas *Trust* privalėjo spręsti savarankiškai, nors arba neturėjo jokių sukurtų teisinių priemonių, arba galėjo naudotis labai ribotomis galimybėmis reikalauti žalos atlyginimo nebūtinųjų išlaidų ar nuostolių atvejais. Kaip teigė *Trust* generalinis direktorius: „*Trust* turėjo susitaikyti su pasekmėmis, nors visiškai nedalyvavo priimant sprendimus, mat už juos buvo atsakingi sveikatos programos „*Connecting for Health*“ rangovai“, „sutartinių įsipareigojimų kontrolės nebuvimas – pagrindinis sveikatos programos trūkumas: jei dėl vėluojančių rangovų išaugdavo NHS organizacijos išlaidos, pastaroji neturėjo jokių teisinių galių žalą išsieškoti“. Be to, problemų sprendimas ilgai užtrukdavo dėl ilgos vadovavimo grandinės, o tai programos dalyviai įvardijo kaip probleminį darbo su „*Connecting for Health*“ ir vietiniais paslaugų teikėjais klausimą, būdingą visai *Trust*, o ne tik šiam konkrečiam atvejui. *Trusts* nebuvo pasiruošę tokio lygio organizaciniams pokyčiams, kurie jų laukė keičiant visas IT, kadangi „darbuotojai nesuvokė, kiek jų darbo ligoninėje veikla priklausė nuo IT ir kokie pokyčiai jų laukė“<sup>264</sup>.

Netrukus ištiko ir dar didesnės nesėkmės. Pavyzdžiui, Nafylido ortopedijos centre (NOC) dėl „Fujitsu“ diegiamos programinės įrangos susidarė „rimta situacija“, dėl kurios teko nedelsiant apie „sunkų nepageidaujamą įvykį“ informuoti Nacionalinę pacientų saugos agentūrą. Remiantis agentūros informacija, problemos kilo dėl „negalėjimo atspausdinti kvietimų atvykti į įstaigą ir neteisingai paskirtų datų pacientams, kuriuos būtina priimti iki tam tikro termino“<sup>265</sup>. Buvo atšaukiamos operacijos, o ligoninės valdyba informavo apie „didelius neaptarnautų ambulatorinių pacientų

---

<sup>264</sup> *Ibid.*

<sup>265</sup> BBC News, 14 March 2006.



skaičius“. Dėl šių problemų *Trust* neteko trijų žvaigždučių reitingo, kuris buvo pakeistas veiklos įvertinimu „prastai“<sup>266</sup>.

Įsiūtis kaupėsi ir toliau, kai *Trusts* buvo privestos pakeisti savo gerai veikusias specialiai pagal užsakymą sukurtas informacines sistemas naujosiomis, kurios vykdė tik dalį ankstesnių funkcijų. Ši būtinybė buvo grindžiama nuomone, kad vietinės sistemos gal ir atitinka konkrečius, esamuoju metu aktualius *Trust* poreikius, tačiau jų nepakanka sveikatos programos tikslams įgyvendinti.

Dėl susidariusios situacijos 2010 m. pradžioje, Sveikatos ministerija peržiūrėjo reikalavimus ir leido NHS *Trusts*, jei įmanoma, kurti naujas sistemas senųjų pagrindu, o sveikatos programos „*Connecting for Health*“ sistemų elementus parinkti tik toms veiklos sritims, kur jie labiausiai reikalingi<sup>267</sup>. Siekdamas užtikrinti sistemų sąveikumą, Sveikatos ministerija sukūrė privalomą standartų sistemoms rinkinį. Tačiau dėl didelės sistemų įvairovės padidėjo rizika, kad nebus užtikrintas pakankamas jų suderinamumas, todėl NHS nesugebės užtikrinti veiksmingos paramos vieningai sveikatos priežiūros sistemai.

**Priešinimasis pokyčiams** buvo ir vis dar tebėra viena didžiausių kliūčių sveikatos programos „*Connecting for Health*“ įgyvendinimui Anglijoje. Ši problema minima visose Nacionalinio audito biuro ataskaitose<sup>268</sup>, reguliariai aptariama nacionalinėje žiniasklaidoje, nagrinėjančioje įdiegtų, bet nenaudojamų informacinių sistemų bei programos „*Connecting for Health*“ sistemas atsisakančių priimti *Trusts* temas. Paaiškinimų būta daug ir didžioji jų dalis paremti „minkštaisiais“ arba su žmogiškuoju faktoriumi susijusiais organizacinių pokyčių aspektais. Viena iš galimų priežasčių yra tai, kad kai kuriose *Trusts* senųjų sistemų kūrimo procesas truko keletą metų, į jį buvo tiesiogiai įtraukti organizacijų darbuotojai. Sukurtosios sistemos atitiko jų konkrečius poreikius. Kai „*Connecting for Health*“ atstovai pareiškė, kad turimos sistemos neatitinka sveikatos prog-

<sup>266</sup> *Ibid.*

<sup>267</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>268</sup> *Ibid.* and NAO (2006). Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Report by NAO. 16 June 2006, retrieved 3 September 2014, [http://www.nao.org.uk/publications/0506/department\\_of\\_health\\_the\\_nati.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0506/department_of_health_the_nati.aspx).



ramos tikslų (pvz., galimybės dalintis sveikatos priežiūros duomenimis su kitomis sveikatos sistemos įstaigomis ir pan.), todėl ilginiui taps netvartos, daug darbuotojų pajuto netektį pereidami prie naujos sistemos, kurios tinkinimo galimybės buvo ribotos ir iššęstos laike<sup>269</sup>. Dar vienas svarbus veiksnys, turėjęs reikšmės darbuotojų nenorui priimti naujas sistemas, – siauresnis funkcionalumas. Kadangi dauguma naujųjų sistemų turėjo labai ribotas funkcines galimybes, sprendimas jas įdiegti arba neigiamai paveikė *Trusts* vadovų galimybes įtraukti į šį procesą medicinos specialistus, arba sukūrė palankią terpę, kurioje vadybai poreikius diktavo technologijos, o ne atvirkščiai. Be to, dėl įdiegtų naujų sistemų kilo rimtų problemų, padidinusių *Trusts* priklausančių sveikatos specialistų priešinimąsi, o išviešinta neigiama informacija atbaidė kitus NHS įstaigų darbuotojus. Yra ir kitų priežasčių, kurias įvairios suinteresuotosios pusės įvardijo skirtingu metu susidariusiose nevienodose situacijose. Pirmiausia, kadangi sveikatos programos „*Connecting for Health*“ sutartys buvo sudaromos centralizuotai, nebuvo atsižvelgta į regioninius ir vietinius NHS iššūkius bei poreikius; trūko vyriausio rango vadovų paramos priimtiems sprendimams, o kadangi nebuvo išnaudotos visos galimybės pasitelkti *Trusts* IT komandas, nebuvo užsitikrinta ir sveikatos įstaigų personalo parama; apskritai medicinos specialistai į veiklą buvo įtraukti nepakankamai; NHS *Trusts* nebuvo sudarytos pakankamos galimybės paveikti elektroninių ligos istorijų sistemų sandarą ir apsispręsti dėl pageidaujimų funkcijų; nepakankamas vartotojų įtraukimas bei tai, jog „NHS plane numatytus tikslus pasiekti būtina, tačiau to nepakaks, jei neužtikrinsime naudos pacientams; pokyčiai privalo būti daromi sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese, pasitelkus įgaliotus ir įgudusius pokyčių agentus: bandydami nepakitusioje organizacijoje įdiegti naują technologiją, gausite tik pabrangusią anksčiau buvusią organizaciją“ (dr. Peteris Homas, Anglijos NHS tresto „St Georges Healthcare NHS Trust“ generalinis direktorius).

Nestinga įrodymų ir dėl ***nepakankamo suinteresuotųjų pusių savininkiškumo ir išipareigojimo***. Tai ypač taikytina medicinos specialistams. Re-

<sup>269</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

miantis Valstybės ataskaitų komiteto nuomone<sup>270</sup>, sprendimą įsteigti sveikatos programą „*Connecting for Health*“ ir vykdyti centralizuotus, o ne vietinius viešuosius pirkimus, Sveikatos ministerija priėmė siekdamas išvengti ankstesnio nesisteminio požiūrio į IT įsigijimą, užsitikrinti vertę už pinigus ir sukurti integruotas sistemas. Tik vėliau buvo suvokta, kad programos įgyvendinimo iniciatyva turi kilti iš vietinio lygmens. Remiantis 2006 m. Nacionalinio audito tarybos ataskaita, tų metų rugpjūčio mėnesį dešimties strateginių sveikatos priežiūros valdymo institucijų generaliniai direktoriai buvo paskirti vyriausiais savininkais, atsakingais už sveikatos programos įgyvendinimą ir naudos savo NHS realizavimą. Be to, 2006 m. spalį Sveikatos departamentas iniciavo Nacionalinę IT savininkiškumo vietos lygiu programą, kurios tikslas – stiprinti vietinių įstaigų savininkiškumo jausmą ir valdymą, o sveikatos programą priskirti prie pagrindinės NHS veiklos. 2007 m. balandį atskaitomybė už sveikatos programos įgyvendinimą buvo oficialiai perduota vietinėms NHS. Po šių veiksmų, NHS sveikatos programa „*Connecting for Health*“ ir toliau liko atsakinga už sutartinius santykius su vietiniais paslaugų tiekėjais bei vykdė kitas funkcijas, tačiau Nacionalinė IT savininkiškumo vietos lygiu skatinimo programa sudarė sąlygas NHS suvaidinti reikšmingesnę vaidmenį kuriant sistemas, planuojant jų diegimo laiką bei bendradarbiaujant su vietiniais paslaugų teikėjais<sup>271</sup>. Dar vienas įvykis su NHS fondo *Trust* „Pennine Care NHS Foundation Trust“ rodo, kad teks dar nemažai nuveikti. Tresto vadovai nusprendė nepriimti „Lorenzo“ elektroninių ligos istorijų sistemos iš vietinio paslaugų teikėjo „CSC“, bet ieškoti rinkoje kitų sprendimų<sup>272</sup>. „Pennine“ turėjo tapti paskutiniu dalyviu iš „anksčiausiai įvaldžiusių“ *Trusts* grupės, perėmusios „Lorenzo“ iš „CSC“. Tai būtų padėję „CSC“, nors ir pavėluotai, bet įvykdyti sutartinius įsipareigojimus bei gauti tarpines išmokas, tačiau dėl vėluojančių psichikos sveikatai skirtų „Lorenzo“ funkcijų *Trust* nusprendė trauktis iš anksčiausiai „Lorenzo“ sistemą įvaldžiusių įstaigų programos. Nacionalinio audito biuro

<sup>270</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>271</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>272</sup> E-Health Industry, 15 April 2011; Hoeksma, 2011.

ataskaitoje<sup>273</sup> taip pat paminėti praktiniai savininkiškumo skatinimo vietos lygiu iššūkiai, būdingi itin decentralizuotai NHS.

Iki šiol trukusiam sveikatos programos „*Connecting for Health*“ įgyvendinimo procesui buvo būdingas *realistiškų lūkesčių ir terminų stygius*. Vienas pagrindinių sveikatos programos tikslų – sukurti integruotą elektroninių ligos istorijų sistemą, kuri padėtų atsisakyti popierinių dokumentų, užtikrintų visada prieinamą tikslesnę informaciją apie pacientus, ir sudarytų sąlygas greitai keistis informacija tarp skirtingų NHS įstaigų. Tačiau Detalios ligos istorijos projekto įgyvendinimui būtinos sistemos sukūrimas pasirodė daug sudėtingesnis nei tikėtasi. Sveikatos programos įgyvendinimo pradžioje buvo planuojama, kad iki 2007 m. detalios ligos istorijos sistema bus įdiegta visuose NHS trestuose ir BPG kabinetuose, o platesnėmis funkcinėmis galimybėmis ir sistemos integracija turėjo būti pasirūpinta vėliau, 2010 m., kai bus baigiamos kiekvieno NHS paciento elektroninės ligos istorijos.

Tačiau visose Nacionalinio audito biuro ir Valstybės ataskaitų komiteto ataskaitose rašoma apie programinės įrangos kūrimo ir pristatymo darbų vėlavimą, problemas dėl standartinių sistemų įgyvendinimo NHS bei ligos istorijų sistemų pristatymo ir įgyvendinimo datų nukėlimą į 2015–2016 metus<sup>274</sup>. Net sumažinus sistemų skaičių ir susiaurinus jų funkcionalumą, *Trusts* vis dar fiksuojami vėlavimai, perduotos naudoti vos 10 iš 97 sistemų, o psichikos sveikatos *Trusts* iki šiol neperduota naudoti nė viena iš 35 siste-

<sup>273</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>274</sup> NAO (2006). Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Report by NAO. 16 June 2006, [retrieved 3 September 2014], [http://www.nao.org.uk/publications/0506/department\\_of\\_health\\_the\\_nati.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0506/department_of_health_the_nati.aspx). The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

Committee of Public Accounts, House of Commons. Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Twentieth Report of Session 2006–07 Report, together with formal minutes, oral and written evidence, HC 390 [Incorporating HC 1360-I of Session 2005–06]. Published on 11 April 2007 by authority of the House of Commons. London: The Stationery Office Limited, [retrieved 3 September 2014]. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpubacc/390/390.pdf>.

mų<sup>275</sup>. Pavyzdžiui, galimybę elektroniniu būdu valdyti vaistų išrašymą ir skyrimą liginėse buvo planuota įgyvendinti vėlesnėse elektroninės sveikatos istorijos versijose. Be to, remiantis ta pačia ataskaita, jei Sveikatos ministerija programos pažangą vertintų pagal pirminius 23 sveikatos programos tikslus (kurie 2008 m. buvo pakeisti į vadinamąsias minimalias funkcionalumo technines sąlygas), bendrasis iki šiol įgyvendintas funkcionalumo lygis būtų dar žemesnis, gerokai nepatenkinantis Sveikatos ministerijos numatytų sutartinių sąlygų, nors ligos istorijų sistemų kaina išliko iš esmės nepakitusi.

Kai kuriose *Trusts* senosios sistemos privalėjo būti pakeistos skubiai, tad buvo kuriami tarpiniai sprendimai. Deja, bet tiekėjai nebuvo pasirengę užtikrinti sutartinius įsipareigojimus atitinkantį funkcionalumą iki galo. Sveikatos ministerija nemanė, kad tokios tarpinės sistemos atitinka sveikatos programos tikslus, todėl vėlesnės sutarties sąlygos numatė, kad ateityje jos turės būti pakeistos. Tačiau iki pat programos uždarymo liko neaišku, kas turėjo to imtis ir kokiomis sąlygomis turėjo vadovautis<sup>276</sup>.

Vėlavimai ir nesugebėjimas užtikrinti programos tikslų įgyvendinimo buvo būdingi jau pačioje projekto pradžioje priimtiems sprendimams: sutartyse neatsižvelgta į tikruosius NHS poreikius, finansinį spaudimą pajutę *Trusts* nenoromis įsipareigojo pakeisti savo IT sistemas urmu įsigytomis, be jokių garantijų, kad gaus geresnį sprendimą, o programinės įrangos galimybės buvo tiesiog nepakankamos<sup>277</sup>.

Taigi, 2009 m. rugsėjį Sveikatos ministerija paskelbė keičianti ankstesnį požiūrį, perleisdama daugiau iniciatyvos vietinėms NHS organizacijoms vykdyti mažesnio masto, lengviau suvaldomus pokyčius, atitinkančius jų kompetenciją ir vykdomos vietinės veiklos reikalavimus<sup>278</sup>. Sveikatos mi-

<sup>275</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>276</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>277</sup> *Ibid.*

<sup>278</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

nisterija atsisakė ketinimų pakeisti sistemas urmu. Šiuo metu siekiama tobulinti jau turimas kai kurių Trusts sistemas. Tačiau vėlesnėje Nacionalinio audito biuro ataskaitoje<sup>279</sup> taip pat teigta, kad ir šis požiūris turi savo iššūkių ir rizikų: „kuo mažiau sistemų tiekiamos centralizuotai ir kuo daugiau jų kuriamos tobulinant esamas, tuo didesnė jų tarpusavio nesuderinamumo rizika visos NHS mastu, taigi neužtikrinama veiksminga pagalba vieningai sveikatos priežiūrai“<sup>280</sup>.

Nestinga įrodymų, kad dėl įvairių priežasčių – žalos reputacijai, piniginių baudų, sankcijų ir kt. – tiekėjai stengėsi kuo ilgiau *slėpti juos ištikusius sunkumus*<sup>281</sup>.

Turint reikalų su IT tiekėjais, ypatingai svarbu būti „*sumaniu*“ užsakovu“. Vienoje ataskaitoje teigiama, kad įgyvendinant Anglijos sveikatos programą „*Connecting for Health*“ ypač stigo „sumanumo“: „BT“ ir „Fujistu“ iš JAV nupirktą programinę įrangą pasirodė esanti netinkama, nes buvo sukurta Jungtinių Valstijų sveikatos priežiūros sistemoms. Jų paskirtis – rinkti duomenis sąskaitoms už sveikatos priežiūros paslaugas, tad nebuvo galima gauti NHS valdymui reikalingos informacijos. Nacionalinė sveikatos programa rėmėsi ne NHS poreikiais, bet didžiųjų tiekėjų noru parduoti savo seniai sukurtą standartinį produktą“<sup>282</sup>.

Kitaip nei buvo teigiama nuo pat pradžių, *procesui* iš esmės *vadovavo didžiosios IT bendrovės*, jis nebuvo vykdomas atsižvelgiant į NHS ar sistemų vartotojų poreikius. Nors pradžioje buvo teigiama, kad „didžiąją dalį veiklos, kurią norime įgyvendinti, jau yra kažkas nuveikęs, tad reikia tik sujungti galus ir pasinaudoti gerąją patirtimi“, o tuo norėta pasakyti, kad „*Connecting for Health*“ komanda glaudžiai bendradarbiaus su NHS ir plačiai taikys sukauptas vietines žinias bei patirtį, realūs veiksmi bylojo apie visai kitokį požiūrį. Tarp šių pavyzdžių galima paminėti ir viešųjų pirkimų organizavimą, ir konkurso laimėtojų atranką, ribotą suinteresuotųjų pusių vaidmenį arba jo nebuvimą kuriant produktus, bei vėlesnį teisinį įpareigojimą įsidięgti netinkamus produktus.

<sup>279</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>280</sup> *Ibid.*

<sup>281</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>282</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

„Intellect“ asociacija, kuri santykiuose su vyriausybe ir verslu atstovauja savo nariams – daugiau nei 800 kompanijų, tarp kurių ir mažos bei vidutinės įmonės, ir tarptautinės bendrovės, 2010 m. taip pat pateikė savo nuomonę dėl konsultavimosi kuriant naująją NHS informacinę strategiją<sup>283</sup>. Joje teigiama, kad dėl *Trusts* nesugebėjimo įgyvendinti naująją strategiją galima kaltinti vietiniu lygiu sukauptų žinių ir įgūdžių nepaisymą bei mokymosi poreikį: „gali būti, kad vykdant sveikatos programą „*Connecting for Health*“ NHS mastu kai kurie *Trusts* buvo palikti be įgūdžių, reikalingų „informacinėje revoliucijoje“ numatytam pokyčiui įgyvendinti“<sup>284</sup>. Šiuo atveju buvo tikimasi, kad *Trusts* ir NHS organizacijos imsis vykdyti sudėtingas vadybines ir IT užduotis, tačiau „pagal programą „*Connecting for Health*“ iš *Trusts* nebuvo reikalaujama priimti rizikingais laikytų IRT sprendimų, todėl jie neįgijo patirties ir gebėjimų, reikalingų veiksmingai priimant tokius sprendimus, o tai galėjo nulemti neryžtingumą „vykdant reikalingus pokyčius“<sup>285</sup>. Ataskaitoje taip pat pabrėžta, kad būtina skirti daugiau dėmesio vietinių NHS informatikos komandų ar tarnybų profilavimui ir įgūdžiams, skatinant ir pripažįstant jas valdybos lygyje. Pavyzdžiui, IT skyrių vadovai turėtų būti įtraukti į vadovujančios komandos sudėtį, visa NHS turėtų „pademonstruoti darbuotojams informacijos ir sistemų vertę teikdama kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ir skirti didesnę išlaidų dalį IRT, o ne tik geresniems informacijos mainams“. Tuo tarpu, ilgą laiką IRT sprendimams skirta išlaidų dalis neatspindėjo informacijos vertės sveikatos priežiūros procesui.

Dėl centralizuoto „*Connecting for Health*“ įgyvendinimo susidarė ir dar viena svarbi pasekmė – **sumažėjo NHS galimybės pasitelkti naujoves**. 2011 m. NHS Konfederacijos ataskaitoje išsakyta kritika NHS technologijoms, kurios lyginamos su „priešindustrine amatų pramone“ („NHS Confederation“, 2011 m.). Ataskaitos autoriai kaltino, kad Nacionalinė NHS informacinių technologijų programa pasėjo abejones dėl technologijų galimybių sveikatos priežiūros srityje. Pasak jų, kadangi iniciatyvos buvo nuleistos iš

<sup>283</sup> Department of Health. An Information Revolution: a consultation on proposals. Launch date: 18 October 2010. Closing date: 14 January 2011. [retrieved 3 September 2014]. [http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH\\_120080](http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH_120080).

<sup>284</sup> e-Health Insider. NHS 'lacks skills' for info revolution, 13 January 2011. By Sarah Bruce, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6560/nhs\\_'lacks\\_skills'\\_for\\_info\\_revolutio](http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6560/nhs_'lacks_skills'_for_info_revolutio).

<sup>285</sup> *Ibid.*

viršaus, o vietinės suinteresuotosios pusės nebuvo pakankamai įtrauktos, dauguma jų žlugo pačioje pradžioje ar vėliau, todėl didžioji dalis specialistų dabartinę NHS informacinių technologijų situaciją vadina „įstrigusia“. Be to, ataskaitoje teigta, kad nemažas skaičius respondentų pabrėžė jautę nusivylimą dėl „didžiulės organizacijos, kuri centralizuotai sudarė vos kelias stambias sutartis didžiąjai daliai IT kūrimo darbų“. Tiriamieji taip pat tikino, kad nacionalinė programa užkirto kelią vystyti igūdžius, skatinti naujoves ir įgyvendinti vietines iniciatyvas būtinai lyderystei ugdyti. Dėl centralizuoto programos įgyvendinimo metodo vietinės organizacijos vengė eksperimentuoti ir investuoti į technologijas, bijodamos jų galimo nesuderinamumo su kokia nors nacionalinio modelio dalimi<sup>286</sup>. Tačiau naujausioms vyriausybės iniciatyvoms, pavyzdžiui, „Informacinei revoliucijai“ ir „NHS išlaisvinimo“ baltajai knygai, NHS Konfederacija nepagailėjo pagyrų už didesnę dėmesį technologijų svarbai politinėje darbotvarkėje<sup>287</sup>. Nepašyktėta komplimentų vyriausybei ir dėl „atsisakomo centralizuoto modelio, mat tai gali paskatinti naujovių diegimą“.

Paslaugų integracija, kurios tikslas – į pacientą orientuota sveikatos priežiūra, buvo įvardyta kaip vienas pagrindinių Anglijos sveikatos programos „*Connecting for Health*“ tikslų. Tačiau įgyvendinant programą *vietoj numatyto bendradarbiavimo* dažniau buvo pastebimas *fragmentuotas paslaugų teikimas*. Pasak stebėtojų, „vykdant vyriausybės sveikatos reformas, ligoninės buvo kiršinamos tarpusavyje“<sup>288</sup>.

Tačiau patys svarbiausi sveikatos programos „*Connecting for Health*“ įgyvendinimo metodo trūkumai atsiskleidė per žlugusius *IT projektus ir dėl to nukentėjusių pacientų sveikatos priežiūrą*. Pavyzdžiui, 2006 m. rugsėjį atliktas tyrimas parodė, kad 110 „pagrindinių klientų“, priskirtų „aukščiausiam sunkumo lygiui“ manė dėl programos patyrę „reikšmingą neigiamą poveikį didelės pacientų grupės sveikatos priežiūrai; arba reikšmingą nuostolį ir

<sup>286</sup> E-Health Insider, 24 January 2011. e-Health Insider. NPfIT failures have left NHS IT “stuck”, 24 January 2011, by Sarah Bruce, [retrieved 3 September 2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/EHI/6586/npfit-failureshave-left-nhs-it-“stuck”>.

<sup>287</sup> Department of Health. An Information Revolution: a consultation on proposals. Launch date: 18 October 2010. Closing date: 14 January 2011. [retrieved 3 September 2014]. [http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH\\_120080](http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH_120080).

<sup>288</sup> ComputerWeekly.com (07 November 2006). Trust feels pain of NHS IT roll-out., [retrieved 3 September 2014]. <http://www.computerweekly.com/Articles/2006/11/07/219625/Trust-feels-pain-of-NHS-IT-roll-out.htm>.



(arba) finansavimo sutrikimą<sup>289</sup>. Dauguma problemų kilo dėl žlugusių elektroninėms rentgenogramoms skirtų sistemų, tačiau keliais atvejais grėsmė buvo kilusi visos ligoninės pacientų administravimui. Vienas tipinis pavyzdys užfiksuotas Birmingemo vaikų ligoninėje, kai atnaujinant programinę įrangą dingo duomenys apie 800 suplanuotų ambulatorinių vizitų<sup>290</sup>. Tų pačių metų liepą sutrikus duomenų centro veiklai, į visišką chaosą pateko 80 Vakarų Midlandso ir Šiaurės Vakarų *Trusts*, įskaitant ir aštuonias tretinio lygmens ligonines, kur buvo įdiegtos tiekėjų IT sistemos. Pusė jų net keletą dienų dirbo neturėdamos visiškai jokios administravimo sistemos.

Netrukus ištiko ir dar didesnės nesėkmės. Pavyzdžiui, Nafylido ortopedijos centre (NOC) dėl „Fujitsu“ diegiamos programinės įrangos susidarė „rimta situacija“, dėl kurios teko nedelsiant apie „sunkų nepageidaujamą įvykį“ informuoti Nacionalinę pacientų saugos agentūrą. Remiantis agentūros informacija, problema kilo dėl „negalėjimo atspausdinti kvietimų atvykti į įstaigą ir neteisingai paskirtų datų pacientams, kuriuos būtina priimti iki tam tikro termino“<sup>291</sup>. Buvo atšaukiamos operacijos, o ligoninės valdyba informavo apie „didelį neaptarnautų ambulatorinių pacientų skaičių“. Dėl šių problemų *Trust* neteko trijų žvaigždučių reitingo, kuris buvo pakeistas veiklos įvertinimu „prastai“<sup>292</sup>.

Negana to, beveik 300 incidentų buvo užfiksuoti nuo 2005 m. iki 2008 m. vidurio, kai prasidėjo sistemingas pacientų saugos problemų, kilusių dėl NHS sveikatos programos „*Connecting for Health*“, registravimas. Reikia paminėti, kad tuo metu esminės „*Connecting for Health*“ sistemos dar nebuvo visiškai išvystytos<sup>293</sup>. Pasak stebėtojų, tokie atvejai tik įrodo pernelyg centralizuoto programos įgyvendinimo metodo nelogiškumą bei toliau keliamas grėsmes (*ibid.*).

Be to, neproporcingai didelės įtakos turėję tiekėjai netrukus ėmė piktnaudžiauti savo galiomis. Nebuvo įmanoma įrodyti, kad už programai išleistas lėšas gaunama atitinkama vertė. Net atvirkščiai, buvo akivaizdu, kad

<sup>289</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>290</sup> *Ibid.*

<sup>291</sup> BBC News, 14 March 2006.

<sup>292</sup> The Private Eye, 6 March 2007.

<sup>293</sup> ComputerWeekly.com, 25 April 2008. By Tony Collins on April 25, 2008, 290 patient safety incidents reported under NPfIT scheme. [retrieved 3 September 2014]. <http://www.computerweekly.com/blogs/public-sector/2008/04/290-patient-safety-incidents-r.html>.



*už pinigų negaunama jokios vertės.* Pasak liudininko, IT atnaujinimo savo organizacijose siekė NHS *Trust* direktoriai dar 2003 m. „vadovavosi valstybės sekretoriaus rekomendacija sudaryti sutartis pasitelkus nacionalinę IT programą, mat buvo teigiama, kad tokiu būdu bus gaunama geriausia vertė už pinigų“ („The Private Eye“, 2007 m. kovo 6 d.). Tačiau „faktiškai, dėl sutarčių tuo metu dar nebuvo galima daryti jokių išvadų; jos dar nebuvo pasirašytos. *Trusts* nebūtų galėję susipažinti su kompanijų veiklos rezultatais ir nuspręsti, ar naudotis jų paslaugomis, kaip tai būtų padaręs bet kuris sumanuss klientas. Tokios regioninės monopolijos kaip „BT“, „Accenture“, „CSC“ ir „Fujitsu“ buvo primestos valstybės ir nepajudinamos“ (*ibid.*). Tais atvejais, kai buvo įdiegtos sistemos, tiekėjai „netruko suvaržyti savo klientus – *Trusts*“. Veikiai ėmė rasti įrodymų, pavyzdžiui, atvejų, kai iš pirminės sveikatos priežiūros *Trusts* kompanijos reikalavo apie 5000 svarų sterlingų už duomenų perkėlimą iš senųjų sistemų į naujas. Lyginant su kainomis, nurodytomis ankstesnėse sutartyse, galiojusiose iki Nacionalinės programos, ši suma išaugo dvigubai. Vienoje Nacionalinio audito biuro ataskaitoje suformuluota labai svarbi su tuo susijusi išvada, kartu kvestionuojanti programos tikslą. Pagal ją, Sveikatos ministerija gerokai sumažino sveikatos programos apimtį, nors kainos atitinkamai nesumažino – laipsninis vertės mažėjimas išlaidose neatspindėjo, todėl buvo padaryta išvada, kad tuo metu elektroninėms ligos istorijų sistemoms išleisti 2,7 mlrd. svarų sterlingų neatspindėjo vertės už pinigų principo ir jau tada nedavė tvirtu pagrindu tikėti, kad likusi suplanuota 4,3 mlrd. svarų sterlingų suma pasieks kitokį rezultatą“<sup>294</sup>.

Apačioje pateiktoje lentelėje apibendrinami nacionalinio IRT įgyvendinimo Anglijos sveikatos priežiūros sektoriuje metodo ypatumai. Atlikus analizę išaiškėjo, kad yra sukaupta pakankamai įrodymų, siejančių pasirinktą IRT diegimo Anglijos sveikatos sektoriuje metodą su faktiškai iškilusiomis kliūtėmis. Iššęstos laike atvejo studijos (angl. *longitudinal case study*) nauda – galimybė stebėti proceso eigą, o tai leidžia ne tik formuluoti tikslesnes prognozes, bet ir stebėti, ar bėgant laikui jos pasiteisina.

Veiksmai, kurių buvo imtasi iki programos uždarymo 2011 m. ir vėliau leidžia spręsti apie taikyto metodo trūkumus. Pavyzdžiui, dar 2009 m.

<sup>294</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

buvo pastebėta ankstyvų požymių, kad „*Connecting for Health*“ metodas turėtų būti pakeistas į labiau „modulinį, o iniciatyva – perkelta į vietinių lygmenį“<sup>295</sup>.

2011 m. pradžioje pradėtos bendro pobūdžio diskusijos dėl poreikio „sukurti atvirą sveikatos priežiūros IT sistemų rinką“. 2011 m., skaitydamas pagrindinį sveikatos konferencijos Birmingeme pranešimą, Britanijos sveikatos apsaugos sekretorius Andrew Lansley'us sakė, kad sprendimas Sveikatos ministerijai „patikėti daugiamilijardinių sutarčių sudarymą „nepasiteisino“ ir turėjo labai neigiamos įtakos naujovėms“<sup>296</sup>. Kalbėdamas apie keičiamą programos įgyvendinimo metodą, jis pažadėjo, kad įvairios ligoninės, BPG kabinetai ir kiti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turės galimybę „išsirinkti techninės ir programinės įrangos iš plataus asortimento“. Be to, pasitelkus naująjį metodą bus siekiama „sujungti visas“ sistemas, o „ligoninėse, BPG kabinetuose ir įvairiose kitose įstaigose dirbantiems paslaugų teikėjams – sudaryti sąlygas tapti klientais ir aprūpinti juos ištekliais, reikalingais norint išsirinkti techninės ir programinės įrangos iš plataus asortimento“. Dar jis teigė, kad artimiausioje ateityje nebebus daromos atskiros nacionalinės NHS IT investicijos, mat „skaitmeniniai“ poreikiai bus įtvirtinti pagrindinėje sveikatos priežiūros veikloje“<sup>297</sup>.

Dar viena pokyčių kryptis išryškėjo atsisakius požiūrio „pakeisti viską“ ir vietoj to nusprendus „sujungti visas“ sistemas. Tai 2010 m. paskelbė NHS generalinė informatikos direktorė. Paklausta, kaip šis naujasis požiūris bus realizuotas, kai vis dar galiojo nacionaliniu mastu sudarytos sutartys dėl elektroninių ligos istorijų sistemų, ji atsakė: „tikimės, kad *Trusts* pasirinks sistemas, kurios jau numatytos sutartiniuose įsipareigojimuose. Tačiau esame įsipareigoję sukurti palankią aplinką, kurioje *Trusts* galėtų rinktis“. Be to, nepageidaujantys iš vietinių paslaugų teikėjų pirkti technologijų *Trusts* nebus verčiamos to daryti: „noriu, kad *Trusts* įsipareigotų gerinti jau turimų

<sup>295</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>296</sup> e-Heath Insider Industry. Lansley to open up health IT market, 5 April 2011. By Jon Hoeksma, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.ehi.co.uk/news/industry/6779/lansley\\_to\\_open\\_up\\_health\\_it\\_market](http://www.ehi.co.uk/news/industry/6779/lansley_to_open_up_health_it_market).

<sup>297</sup> e-Heath Insider Industry. Lansley to open up health IT market, 5 April 2011. By Jon Hoeksma, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.ehi.co.uk/news/industry/6779/lansley\\_to\\_open\\_up\\_health\\_it\\_market](http://www.ehi.co.uk/news/industry/6779/lansley_to_open_up_health_it_market).

sistemų kokybę; kol nebus įdiegtos geresnės sistemos<sup>298</sup>. Dėl rekomendacijų privalomiems sąveikumo standartams ir veiklos metodui buvo planuojama pradėti konsultuotis su NHS informatikos bendruomene.

### „Angliškojo metodo“ „vizualizacija“

Nacionalinio IRT diegimo Anglijos sveikatos priežiūros sektoriuje proceso analizė atskleidė, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas išlieka visais atvejais aktualus (žr. 2.1 pav.). Pavyzdžiui, bendrasis Anglijos sveikatos programos „*Connecting for Health*“ įgyvendinimo metodas buvo ne aukštynkryptis, kaip to tikėtasi iš pradžių siekiant sukurti galimybes bendradarbiauti su medicinos specialistais ir tarnyba, bet žemynkryptis, o tai reiškė, kad tarnyba ir būsimieji informacinių sistemų naudotojai buvo atriboti nuo proceso nuo pat pradžių (pvz., viešųjų pirkimų etapo) ir visą laiką (pvz., kuriant ir diegiant informacines sistemas). Be to, suteikusi santykinai daug galių tiekėjams, tarnyba teisiškai įsipareigojo priimti net ir netinkamas naudoti informacines sistemas. Kritikoje, išsakytoje dėl technokratiško požiūrio į pokyčius, taip pat užsimenama apie nepakankamą suinteresuotųjų pusių įtraukimą. Išvadose teigiama, kad diegdama sveikatos sektoriuje informacines technologijas NHS dėmesį sutelkė į techninę šio klausimo pusę, o ne organizacinių pokyčių bei daugybės suinteresuotųjų pusių valdymą. Iš dalies šis vaidmuo buvo priskirtas IT tiekėjams ir asocijuotiems vadybos konsultantams, teikusiems rekomendacijas vyriausybei ir taip kontroliavusiems tiek pačią programą, tiek veikos įgyvendinimą. Be to, vartotojams ir kitoms suinteresuotoms pusėms skirtas vaidmuo buvo glaudžiai siejamas su „didžiojo sprogimo“ metodu bei „naikink sena ir pakeisk nauju“ strategija. Kritikai teigė, kad šis metodas ir strategija buvo netinkami, mat reikėjo iš esmės pakeisti žmonių darbą.

Su vartotojų ir tarnybos įtraukimu tiesiogiai arba netiesiogiai gali būti siejamos ir esminės programos kliūtys. Kadangi galutiniai vartotojai nedalyvavo procese, o savo poreikių išsakyti neturėjo galimybes, gautosios sistemos jiems buvo per sudėtingos, o kartais jas naudoti buvo visai neįmanoma. Todėl kilo pasipriešinimas, pokyčiai nebuvo laikomi savais, trūko įsipareigojimo juos įgyvendinti. Dėl to viena *Trust* net atsisakė dalyvauti anksčiausiai įdiegtųjų sistemų *Trusts* grupėje, taip atbaidydama kitas tarnybos įstaigas ir sukeldama pavojų visai sveikatos programai. Realistiškų lūkesčių ir terminų stoka

<sup>298</sup> e-Health Insider. Connelly: NHS IT to 'evolve', 10 November 2010. By EHI staff, [retrieved 3 September 2011]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6406>.

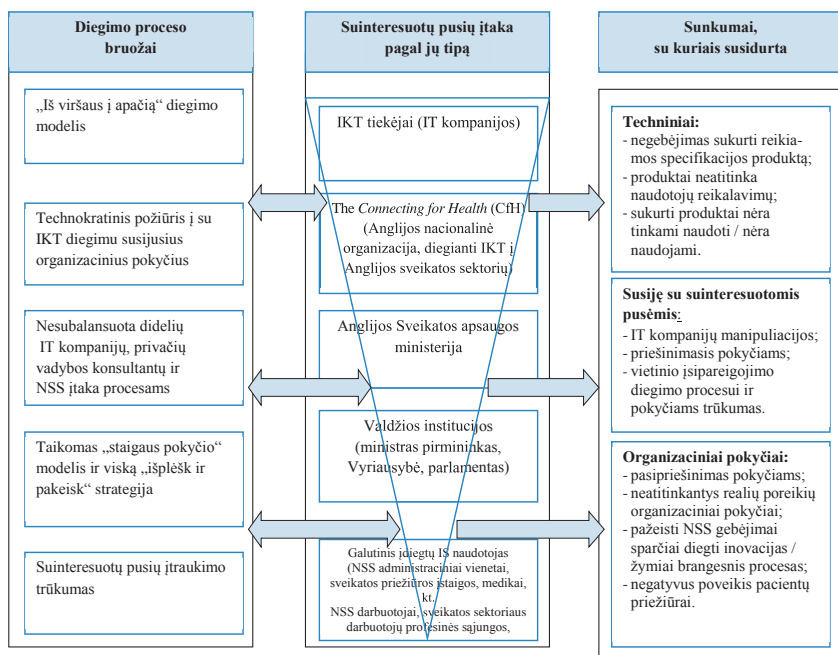
tapo vienu iš veiksnių, dėl kurių įgyvendinant IRT nulemtą pokytį dėmesys buvo telkiamas į vadinamąją „kietąją“, arba „mechanistinę“, jo dalį, visiškai nekreipiant dėmesio į „minkštesnius“, arba su žmonėmis susijusius, aspektus. Kadangi procesas buvo organizuojamas ne pagal tikruosius tarnybos poreikius, bet jam vadovavo didžiosios IT kompanijos, NHS neteko galimybės tapti „sumaniuotu užsakovu“, buvo neišnaudotos vietinių organizacijų žinios ir įgūdžiai, sumenko NHS galimybės pasitelkti naujoves. Tai patvirtino ir atvejo studijos dėl Anglijos nacionalinio IRT „*Connecting for Health*“ įgyvendinimo proceso rezultatai. Be to, suinteresuotųjų pusių reakcijos, pasirodo, turėjo akivaizdžios reikšmės priimant sprendimus dėl naudojimosi sistemomis. Remiantis empiriniais įrodymais, be kitų suinteresuotųjų pusių, tokių kaip sveikatos programos personalas, IT tiekėjai ar vyriausybė, įgyvendinant realius pokyčius darbo vietos lygyje svarbiausią vaidmenį vaidina galutiniai naudotojai, jų asociacijos ir visas sveikatos priežiūros sektorius. Mokslinės literatūros šaltiniuose pabrėžiama, kad vartotojų dalyvavimas programinės įrangos kūrimo procese yra naudingas, mat padeda lengviau išsiaiškinti jai keliamus reikalavimus, užtikrina šios suinteresuotosios pusės paramą priimtiems sprendimams bei didina bendrą informuotumą apie veiklos eigą, o tai gerina vartotojų nuomonę, užtikrina sistemos kokybę ir naudojimąsi sistema<sup>299</sup>. Tačiau pavojinga daryti prielaidą, kad vartotojų dalyvavimas visais atvejais lemia projekto sėkmę. Nepakanka „viešųjų pirkimų dokumentuose pažymėti langelį „su vartotojais pasikonsultuota“ varnelę“. Kyla klausimas, kokio lygio suinteresuotųjų pusių įtraukimas yra pakankamas, kad jų indėlis būtų naudingas nacionalinio IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesui, o kokio – nepakankamas.

Remiantis Friedmano ir Mileso suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologija, sudaryta remiantis Arnsteino dalyvavimo lygiais<sup>300</sup> (žr. 2.2 pav.), angliškasis metodas galėtų būti išdėstytas tik ant žemiausių sistemos pakopų (dviejų apatinių). Manipuliacijos ir terapijos priemonės buvo naudojamos suinteresuotosioms pusėms valdyti mažiausiai iki 2008 m., kai tuometinis sveikatos programos „*Connecting for Health*“ direktorius R. Grangeris pasitraukė iš pareigų. Remiantis empiriniais įrodymais galima teigti, kad pradžioje pagrindinis „įtraukimo“ tikslas buvo su-

<sup>299</sup> Gallivan & Keil. The user-developer communication process: a critical case study. *Information Systems Journal*. January 2003, Vol. 13, Issue 1: 37–68.

<sup>300</sup> Friedman, A. L. & Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. 2006, p. 162.

klaidinti suinteresuotąsias puses, siekiant vėliau pakeisti jų lūkesčius arba „išgydyti“ jas nuo neišmanymo bei išankstinių įsitikinimų. Friedmanas ir Milesas nerekomenduoja visų ryšių su suinteresuotosiomis pusėmis perkelti į aukščiausią (t. y. 12) ar bet kurį kitą tipologijos lygį, tačiau jų sutelkimas apatinėse pakopose vadinamas bloga praktika: nepaisydama svarbių suinteresuotųjų pusių arba rodydama joms panieką, ilgainiui organizacija patirs to padarinius – žalą geram vardui, o galiausiai ir tvarumui<sup>301</sup>.



## 2.1 pav. Nacionalinis IRT įgyvendinimo procesas Anglijoje

Šaltinis: Rotomskienė, R. (2011). *Naujovės ir tvarumas diegiant e. sveikatą: tarptautinė suinteresuotųjų pusių vaidmens perspektyva*. Daktaro disertacija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011.

Kaip jau buvo pastebėta, suinteresuotosios pusės skundėsi gaudavusios tik pranešimus apie jau priimtus sveikatos programos „Connecting for Health“ sprendimus ir nesulaukdavusios jokios informacijos iš anksto. Programos valdymo stilius buvo autokratinis, tad į veiklą jokiais būdais nebuvo įtrauktos tam

<sup>301</sup> *Ibid.*, p. 162–163.

tikros suinteresuotosios pusės, pavyzdžiui, vartotojai ir visas sveikatos priežiūros sektorius. Be to, angliškajam metodui buvo būdingi tam tikri ypatumai, kuriuos Friedmanas ir Milesas pavadino ciniškais, nors jie dažnai pastebimi dviejuose apatiniuose suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo sistemos lygiuose<sup>302</sup>. Buvo priglavlota gudrybių, kaip rodyti tariamai tikrą suinteresuotųjų pusių dalyvavimą, nors tai tebuvo paprasčiausios viešųjų ryšių pastangos, nukreiptos į suinteresuotųjų pusių lūkesčių keitimą. Visos galios buvo ne NHS, o sveikatos programos „*Connecting for Health*“, IT tiekėjų ir asocijuotų vadybos konsultantų rankose. Nevyko joks dialogas, o tik vienkryptis komunikacijos procesas, kuriam buvo būdingi manipuliacijos – kontrolės, nagingo valdymo ir apskraus nuomonės interpretavimo – požymiai. Panašias situacijas Friedmanas ir Milesas vadina „viešųjų ryšių valdymu“, kuris pasitelkiamas siekiant „ap rūpinti įtakingiausias grupes galimybėmis šviesti dalyvius arba jais atsikratyti, bet ne sudaryti sąlygas planuoti arba įgyvendinti iniciatyvas“. Pasitaikė bandymų ir „plauti suinteresuotosioms pusėms smegenis“. Suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologijoje šis požymis būdingas terapijos pakopai. Suinteresuotosios pusės buvo aktyviai atakuojamos savigyros kupiniais pranešimais. Tačiau pasirodo, kad medicinos specialistai ir NHS darbuotojai buvo kaip tik ta suinteresuotoji pusė, kuri lengvai nepasidavė tokių priemonių poveikiui ir „*Connecting for Health*“ manipuliacijai.

2009 m. prasidėję pokyčiai leido tikėtis, kad požiūris į suinteresuotųjų pusių įtraukimą gali pradėti keistis, nors, pagal Arnsteino dalyvavimo pakopas arba Friedmano ir Milesas suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją, jis jau keletą metų išlieka ant apatinio tokenizmo lygio pakopos – informavimo. Pavyzdžiui, 2008 m. medicinos specialistai ir kitas NHS personalas sulaukė prašymo pateikti pavyzdžių, kaip NHS sveikatos programa pagerino darbo su sveikatos priežiūros tarnyba metodą. NHS pasiūlytieji patobulinimo pavyzdžiai apėmė atviresnę komunikaciją su „*Connecting for Health*“ ir ankstyvesnės informacijos apie renginius medicinos specialistams teikimą, siekiant pagerinti jų dalyvavimo sąlygas (Nacionalinė audito ataskaita, 2008 m.). Nors pastaruoju metu pastebimas situacijos pagerėjimas, nepanašu, jog programai „*Connecting for Health*“ būdingas požiūris į suinteresuotųjų pusių dalyvavimą jų valdymo ir įtraukimo sistemoje pakils aukščiau nei viršutinis tokenizmo laiptelis – konsultavimasis<sup>303</sup>.

<sup>302</sup> Friedman, A. L. & Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. 2006, p. 162–163.

<sup>303</sup> *Ibid.*

	Suinteresuotų šalių valdymo įrankis bei reakcijos pobūdis	Motyvacija įtraukti	Įtakos lygis	Dialogo stilius ir asociatyvus pavyzdžiai	
Suinteresuotųjų įtakos laipsnis	12. Suinteresuotųjų	Daugumos suinteresuotųjų atstovavimas sprendimų priėmimo procese.	Sprendimų formavimas ar pritarimas jiems	Daugidimensinis dialogas, pvz., bendruomenės projektai	
	11. Deleguota galia / įtaka	Mažumos suinteresuotųjų atstovavimas sprendimų priėmimo procese.		Daugidimensinis dialogas, pvz., atstovavimas organizacijos valdyboje	
	10. Partnerystė	Bendra sprendimų priėmimo galia tam tikrais klausimais		Daugidimensinis dialogas, pvz., bendri projektai	
Įtraukimo laipsnis	9. Bendradarbiavimas	Tam tikros galios suinteresuotiesiems suteikimas priimant sprendimus tam tikrais	Sprendimų formavimas ar pritarimas jiems	Daugidimensinis dialogas, pvz., strateginis susivienijimas	
	8. Įtraukimas	Suinteresuotieji teikia tam tikrą sąlyginę pagalbą; jei sąlygos netenkinamos, pagalba nebeteikiama. Dėl atitikimo reikalavimams, sprendžia institucija		Įtakos priimamiems sprendimams turėjimas	Daugidimensinis dialogas, pvz., konstruktyvus dialogas
	7. Derybos	Sprendimų priėmimo teisę turi tik organizacija. Suinteresuotieji gali teikti patarimus.		Įtakos priimamiems sprendimams turėjimas	Daugidimensinis dialogas, pvz., reaktyvios derybos
Tik simbolinės įtakos laipsnis	6. Konsultacija	Stakeholders can hear and be heard, but have no assurance of being heeded by the organization	Įtakos priimamiems sprendimams turėjimas		Dviejų krypčių dialogas, pvz., klausimynai, interviu, tikslinės grupės, darbo grupės, patariamieji organai
	5. Nuraminimas	Suinteresuotųjų „švietimas“			Dviejų krypčių dialogas, pvz., darbinis seminaras
	4. Aiškinimas	Suinteresuotųjų „švietimas“		Vienos krypties dialogas, pvz., patikrinti korporatyvinės socialinės ataskaitas	
Suinteresuotųjų įtraukimo prielaidos	3. Informavimas	Suinteresuotųjų „neišmanymo“ bei „išankstinių įsitikinimų“ gydymas	Tik žinios apie jau priimtus sprendimus	Vienos krypties dialogas, pvz., trumpos spaudos konferencijos, lankstinukai, žurnalai, naujienraščiai ir pan.	
	2. Terapija	Suinteresuotųjų apgaudinėjimas siekiant pakeisti jų lūkesčius			
	1. Manipuliacija				

## 2.2 pav. Angliškojo metodo analizė pagal suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją (parengta pagal Friedman & Miles, 2006, p. 162)

Šaltinis: Rotomskienė, R. (2011). Naujovės ir tvarumas diegiant e. sveikatą: tarptautinė suinteresuotųjų pusių vaidmens perspektyva. Daktaro disertacija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011.

Apskritai suinteresuotųjų pusių įtraukimas sudaro galimybę „bejėgiams“ išreikšti savo nuomonę, nors nesuteikia garantijos, kad jos bus paisoma. Suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologijoje, nuraminimas ir konsultavimas sudaro tris tokenizmo lygio pakopas<sup>304</sup> (2.2 pav.). Tolesnės pakopos (7 lygis – derybos ir 8 lygis – dalyvavimas) jau atrodo per aukštai, kad būtų taikytinos „*Connecting for Health*“ situacijai Anglijoje iki pat sveikatos programos gyvavimo pabaigos. Metodą nebuvo lengva pakeisti, nes tokie procesai reikalauja laiko, pasiaukojimo, įgūdžių, o svarbiausia – įgyvendinimo vizijos. Pavyzdžiui, Friedmano ir Mileso tipologijos (2.2 pav.) derybų pakopoje derybos turi įvykti dar nepriėmus galutinio sprendimo. Tačiau dalyvavimo pakopa yra virš derybų, nes galių pusiausvyrai čia mažiau būdingi kraštutinumai, o tikslai – panašesni. Šiuo atveju apskritojo stalo diskusijoms suteikiama tam tikro lygio galia priimti sprendimus ir apie tai žinoma iš anksto, kadangi iš narių tikimasi sulaukti pasiūlymų projektų, o ne tik specialių patarimų ar rekomendacijų, kurias paprastai teikia tikslinės arba konsultacinės grupės<sup>305</sup>. Nėra įrodymų, kad kažkas panašaus galėjo vykti iki 2008 m. arba vėliau. Pavyzdžiui, remiantis Nacionalinio audito biuro ataskaita, daugumoje *Trusts*, kurias auditoriai apėmė rengdami ataskaitą, sveikatos specialistai dalyvavo projektų tarybos veikloje, o „viename *Trust* įgyvendinimo veiklai drauge vadovavo generalinis direktorius ir slaugos direktorius“<sup>306</sup>. Tačiau nepateikta jokios konkretnės informacijos apie suinteresuotosios pusės indėlį ar jo panaudojimą. Kituose teiginiuose rašoma, kad nepaisant procese jiems skirto riboto vaidmens, *Trusts* dėjo dideles pastangas, kad įgyvendinimo procesas vyktų kuo įmanoma sklandžiau. Remiantis ataskaita<sup>307</sup>, *Trusts* dar iki įgyvendinimo veiklos pradžios planavo savo darbo procesus, norėdami išsiaiškinti, „kaip geriausia išmokyti darbuotojus naudotis naująja sistema ir užtikrinti darbo procesų pertvarkymo gerosios patirties skaidą ir didesnių jų nuoseklumą visuose *Trusts*“. Tuo pačiu metu pripažįstama, kad reikėjo daugiau dėmesio skirti procesų analizei, nes tai „būtų padėję išsiaiškin-

<sup>304</sup> Friedman, A. L. & Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. 2006, p. 162–163.

<sup>305</sup> Friedman, A. L. & Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. 2006, p. 162–163.

<sup>306</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>307</sup> *Ibid.*



ti daugiau galimų kliūčių ir sumažinti problemų skaičių arba užsitikrinti ankstyvesnę naudą baigus įgyvendinimą“, kadangi „kai kuriais atvejais darbuotojai kūrė alternatyvias išeitas, turėjusias priderinti naująją sistemą prie jų procesų, kaip tai buvo galima naudojant senąją, prie jų poreikių priderintą sistemą“, ir beveik visiems *Trusts* „vėliau teko imtis papildomų veiksmų, kad darbuotojai naudotų naująją sistemą taip, kaip buvo numatyta“. Lyginant su situacija Velse, išaiškėja vienas itin svarbus aspektas: geriausiu atveju visose ataskaitose rašoma apie *Trusts* suteiktą galimybę prisidėti prie įgyvendinimo proceso, bet ne prie sistemų kūrimo darbų. Tai – vadinamasis *post faktum* metodas, kai, nesuteikus galimybės suinteresuotosioms pusėms **išsakyti savo poreikius ir reikalavimus proceso pradžioje, vadybinius poreikius ima diktuoti technologijos. Remiantis įrodymais**, tai – viena pagrindinių daugumos projektų žlugimo priežasčių. Organizacinės problemos neišsprendžia tiesiog įdiegus technologijas, todėl jos neturėtų tapti veiklos priežastimi. Jų paskirtis – padėti įgyvendinti NHS misiją, o ne ją perrašyti.

Tolesni įvykiai leidžia numanyti vaidmenis, kurie buvo suplanuoti įvairių rūšių suinteresuotosioms pusėms, siekiant sveikatos programoje „*Connecting for Health*“ „paskatinti savininkišką požiūrį vietiniame lygyje“. Pavyzdžiui, Sveikatos departamentas paskyrė dešimties strateginių sveikatos priežiūros valdymo institucijų generalinius direktorius „vyriausiaisiais savininkais“, o IT skyrių vadovus – jų pagalbininkais, patvirtinta „Nacionalinė IT savininkiškumo vietos lygiu skatinimo programa“, imtasi priemonių oficialų atskaitomybės už programos įgyvendinimą perkelti į vietinį lygį. Be šių priemonių, buvo imtasi ir kitų veiksmų, įskaitant „išsamų veiklos modelį“, kurį Sveikatos departamentas parengė siekdamas atsižvelgti į „atnaujintus atsakomybės sričių ir programos valdymo planus įgyvendinant „*Connecting for Health*“. Be to, į strategiškai svarbiausias sveikatos priežiūros valdymo institucijas iš NHS „*Connecting for Health*“ buvo perkelti 200 darbuotojų ir rangovų, taip siekiant „pagerinti kompetencijų ir gebėjimų lygį“. Minėtoms strategiškai svarbiausioms sveikatos priežiūros valdymo institucijoms buvo perduota ir dalis finansavimo (remiantis Nacionalinio audito biuro ataskaita, ši suma sudarė apie 25,5 mln. svarų sterlingų 2007–2008 m. ir 30 mln. – 2008–2009 m.). Nacionalinė IT savininkiškumo vietos lygiu skatinimo programa sudarė sąlygas NHS suvadinti reikšmingesnį vaidmenį kuriant sistemas, planuo-

jant jų diegimo laiką bei bendradarbiaujant su vietiniais paslaugų teikėjais. Buvo suformuotos trys regioninės veiklos darbo grupės, turėjusio padėti užverti tarp vietinių paslaugų teikėjų ir strateginių sveikatos priežiūros valdymo institucijų žiojėjusią spragą: Londono (kur veikia viena sveikatos priežiūros valdymo institucija), Pietų (trys sveikatos priežiūros valdymo institucijos) bei Šiaurės, Midlandso ir Rytų (šešios sveikatos priežiūros valdymo institucijos). Kiekviena grupė įsteigė savo valdybą, atsakingą už regione įgyvendinamos IRT diegimo sveikatos priežiūros sektoriuje programos koordinavimą ir priežiūrą. Be to, buvo paskirti programos direktoriai, turėję bendradarbiauti su strategiškai svarbių sveikatos priežiūros valdymo institucijų IT skyrių vadovais.

Kalbant apie suinteresuotųjų pusių reakcijas reikia paminėti, kad NHS darbuotojai ir jų profesinės asociacijos vertino programą pozityviai. Pasak jų, Nacionalinė IT savininkiškumo vietos lygiu skatinimo programa išties galėjo pagerinti suinteresuotųjų pusių įtraukimą vietos lygiu. Tačiau jie taip pat pabrėžė, kad norint realizuoti gaunamą naudą strateginėms sveikatos priežiūros valdymo institucijoms ir trestams turėjo būti suteiktos naujaji vaidmenį atitinkančios kompetencijos ir perduota speciali patirtis, užtikrinanti vaidmenų praktinėje veikloje aiškumą ir nedubliavimą, kaip tai numatyta veiklos modelyje<sup>308</sup>.

Deja, tačiau ataskaitoje taip pat rašoma, kad itin decentralizuotoje NHS praktinis strateginių sveikatos priežiūros valdymo institucijų atskaitomybės pagal joms priskirtas sritis, taip pat ir NHS generaliniam direktoriui priskirto vyriausiojo savininko vaidmens įgyvendinimas nebuvo toks paprastas<sup>309</sup>. Pavyzdžiui, nors strateginės sveikatos priežiūros valdymo institucijos gali siūlyti planuojamos įgyvendinimo veiklos grafiką, praktiškai sprendimą dėl naujųjų elektroninių ligos istorijų sistemų įgyvendinimo terminų priima *Trusts* valdybos ir generaliniai direktoriai, atsižvelgdami į pasekmes pacientų sveikatos priežiūrai ir saugai bei veiksmingam *Trust* valdymui.

Be to, atsakomybė už sutartinius santykius su vietiniais paslaugų teikėjais ir toliau priklausė NHS sveikatos programos „*Connecting for Health*“

<sup>308</sup> The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems”. [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.

<sup>309</sup> *Ibid.*

kompetencijai, nors strateginės sveikatos priežiūros valdymo institucijos jau ėgavo galimybę susipažinti su finansinėmis ir komercinėmis sutarčių dalimis.

Pagal Arnsteino dalyvavimo pakopas arba Friedmano ir Milesio suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją, toks metodas jau tada atrodė pernelyg oficialus ir nutolęs nuo eilinių darbuotojų. Todėl nepanašu, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir valdymas „*Connecting for Health*“ įgyvendinimo Anglijoje kontekste galėjo persikelti į aukštesnį lygį iš aiškinimo, nuraminimo ir konsultavimo pakopų pagal teorinį Friedmano ir Milesio modelį. Šioms pakopoms būdingi seminarai, kurių tikslas – informuoti suinteresuotąsias puses apie jau priimtus sprendimus. Jų metu išsakomos nuomonės turi labai mažai įtakos jau priimtiems sprendimams. Kadangi stinga pasitikėjimo, o dalyvavimas – nepakankamas, vargu ar galima tikėtis, kad dalyviai pasijus idėjų ir procesų savininkais. Be to, nors prieš priimant sprendimus vyksta dvipusis dialogas su konsultacinėmis, darbo ir tikslinėmis grupėmis ir suinteresuotosios pusės taip turi galimybę paveikti galutinį rezultatą, jos nerengia pasiūlymų, o organizacija ir toliau pasilieka teisę priimti sprendimus dėl savo veiksmų<sup>310</sup>. Tokie suinteresuotųjų pusių valdymo metodai suteikia strateginiam rezultatui šiek tiek pagrįstumo ir nepriklausomumo, tačiau tokiu atveju būtina atkreipti dėmesį į galimas problemas, susijusias su darbo, tikslinėmis ir konsultacinėmis grupėmis bei apskritojo stalo diskusijomis. Reikia pasakyti, kad kai kuriose organizacijose toks suinteresuotųjų pusių įtraukimas tikrovėje neegzistuoja. Ne mažiau svarbus ir atstovavimo klausimas: kaip atrenkamos suinteresuotosios pusės; kokių priemonių imamas, kad būtų sudarytos galimybės pasisakyti tiems, kuriuos būtina išklausti; kaip sudaroma darbotvarkė; kaip užtikrinamas atstovavimas, kai dėl paslėpto piktnaudžiavimo įtaka derybos su daugybe suinteresuotųjų pusių nėra palankios turintiems mažiausiai galių, dėl to perdedamas konsensuso lygis, o mažiausiai galių turinčios grupės susiduria su įtakingiausiųjų manipuliacija ir kontrole.

Išsami tokių procesų Velse analizė atskleidė visiškai kitokį proceso organizavimo modelį ir rezultatus.

<sup>310</sup> Friedman, A. L. & Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. 2006, p. 170.

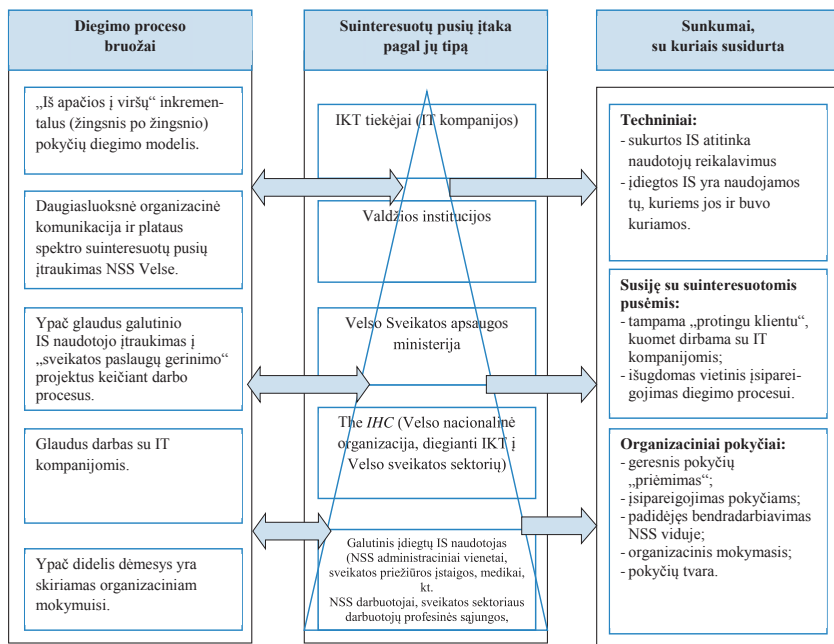
## 2.1.2. Velso nacionalinis IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesas

### Pagrindiniai įgyvendinimo proceso ypatumai

„*Informing Healthcare*“ – Velso Asamblėjos vyriausybės (nacionalinės institucijos, atsakingos už e. sveikatos plėtrą Velse) programa, skirta sveikatos priežiūros paslaugoms gerinti, pasitelkus naujus priegios prie informacijos, jos panaudojimo ir saugojimo būdus. Patvirtinta 2003 m., ši programa tapo viena pagrindinių Velso nacionalinės sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos strategijos „*Designed for Life*“ įgyvendinimo priemonių. 2010 m. ši programa buvo sujungta su dar keturiomis strateginėms Velso programomis (Velso sveikatos sprendimai, Verslo paslaugų centro Informacijos valdymo ir technologijos dalimi, Sveikatos įstaigų informacijos programa ir Informatikos pirminei sveikatos priežiūrai programa) ir įsteigta Velso NHS Informatikos tarnyba, atsakinga už bendrąją IRT strategiją, IRT paslaugų teikimą ir informacijos valdymą.

Velso nacionalinės e. sveikatos programos „*Informing Healthcare*“ įgyvendinimo ypatumus atspindi jos tikslas – diegti naujus procesus pasitelkus palaipsninio paslaugų gerinimo projektus ir glaudžiai bendradarbiaujant su partneriais ir medicinos specialistais, vietos sveikatos bendruomenėmis, pacientais ir visuomene (žr. 2.3 pav.). Toliau pateikti keli pagrindiniai velsiškojo proceso organizavimo modelio ypatumai:

- aukštyknryptis palaipsninis pokyčių įgyvendinimas, kai nacionalinė programa (nacionalinė koordinuojanti institucija) atlieka pokyčius valdančios organizacijos vaidmenį ir sudaro sąlygas suinteresuotojoms pusėms bendradarbiauti;
- daugiasluksnė organizacinė komunikacija su Velso NHS ir suinteresuotųjų pusių įtraukimas;
- platus galutinių vartotojų dalyvavimas įgyvendinant paslaugų gerinimo projektus (bandomieji „kelio ieškojimo“ projektai);
- glaudus bendradarbiavimas su IT tiekėjais;
- didelis dėmesys skiriamas tolesniam Velso NHS patirties ir kompetencijų IRT srityje vystymui.



2.3 pav. Nacionalinis IRT įgyvendinimo procesas Velse

Šaltinis: Rotomskienė, R. Naujovės ir tvarumas diegiant e. sveikatą: tarptautinė suinteresuotųjų pasiūlymų vaidmens perspektyva. Daktaro disertacija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011.

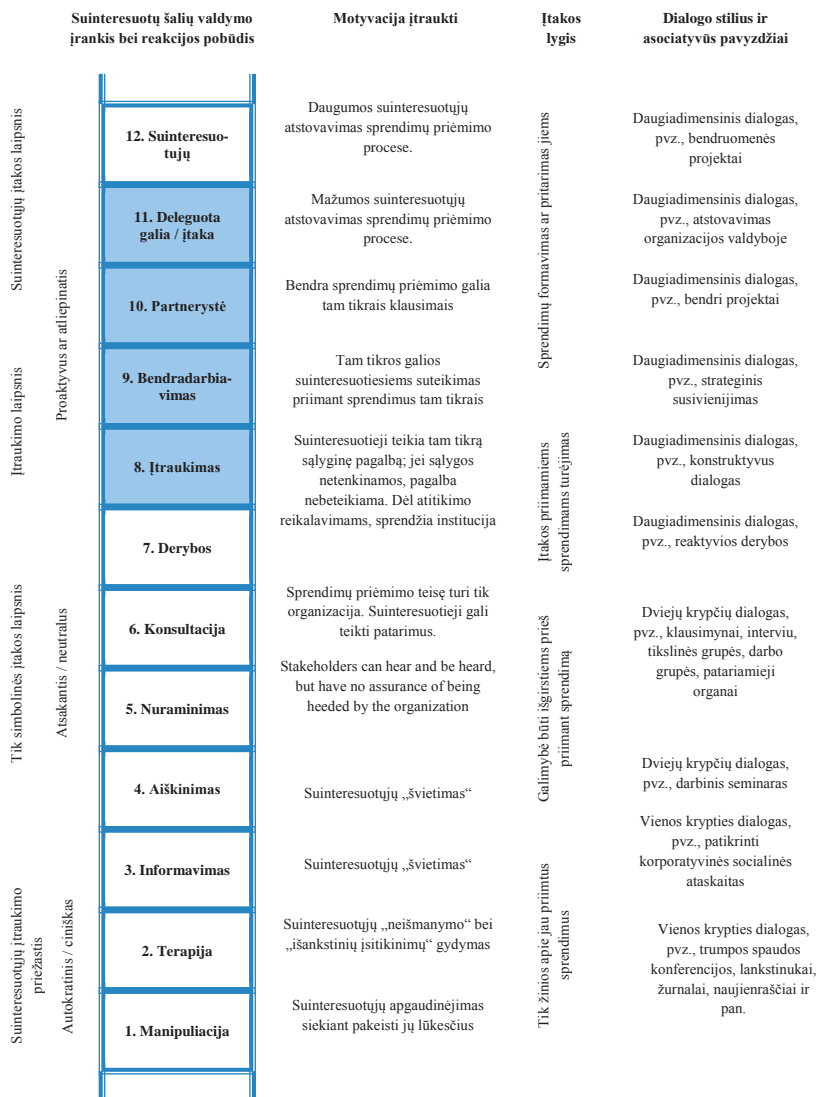
Dėl šių priežasčių, pagal „*Informing Healthcare*“ programą kuriamos informacinės sistemos yra tinkamos naudoti, be to, ši veikla pagerino bendradarbiavimą tarp Velso NHS padalinių, o dėl įdėtų pastangų buvo sukaupta informacijos ir žinių, padedančių organizacijai tapti sumaniuoku užsakovu ir taip sumažinti savo priklausomumą nuo IT tiekėjų. Šis metodas taip pat padėjo užsitikrinti bendrąją vertę už pinigus bei tvaresnius darbo organizavimo pokyčius, mat juos įgyvendinti įsipareigojo suinteresuotosios pusės. Tai ypač svarbu, kadangi Velso sveikatos priežiūros sektorius IRT srityje anksčiau turėjo nemažai iššūkių, pavyzdžiui, informacines sistemas, kurios dėl techninio nesuderinamumo neleido keistis pacientų informacija tarp sveikatos paslaugų teikėjų; arba nepakankamai įtakingus pavienius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, bandančius bendradarbiauti su IT kompanijomis ir spręsti iškilusius klausimus – išsirinkti tinkamiausią

produktą, išsiderėti geresnę kainą ar nepasiduoti paplitusiai nuomonei, kad „jos darys su mumis ką panorėjusios“, o vėliau teks susitaikyti su nepageidaujamomis pasekmėmis; arba nesugebėjimą žvelgti plačiau, dėl kurio bendradarbiavimui tarp trestų neretai išskildavo kliūčių.

Atrodo, kad šioje situacijoje suinteresuotųjų pusių (o ypač – vartotojų) įtraukimas suvaidino svarbiausią vaidmenį. Remiantis suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir valdymo tipologija pagal Friedmaną ir Milesą<sup>311</sup>, galutinių vartotojų įtraukimui į nacionalinį e. sveikatos plėtros procesą turėtų būti tinkamiausi 9 (bendradarbiavimas) – 11 (perduota įtaka ir atsakomybė) lygiai, kai suinteresuotųjų pusių dalyvavimo arba įtakos laipsnis svyravo nuo aktyvaus iki pagrįsto pasitikėjimu, o ketinimai įtraukti suinteresuotąsias puses į veiklą – nuo šiokios tokios galios priimti sprendimus perdavimo suinteresuotosioms pusėms tam tikrų projektų atvejais iki atstovavimo suinteresuotųjų pusių mažumai sprendimų priėmimo procese; pastebėtas suinteresuotųjų pusių poveikis formuluojant ir derinant sprendimus bei daugiašalis dialogas, įtraukiantis ir strategiškai svarbias sąjungas, ir valdymo struktūras (žr. 2.4 pav.). O IT tiekėjai turi būti įtraukti į veiklą taip, kad juos atidžiai valdytų už nacionalinio proceso koordinavimą atsakingos institucijos (pvz., nacionalinės programos).

---

<sup>311</sup> Friedman, A. L. & Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. 2006, p. 162–163.



**2.4 pav.** Velsietiškojo metodo analizė pagal suiinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją (parengta pagal Friedman & Miles, 2006, p. 162)

Šaltinis: Rotomskienė, R. (2011). Naujovės ir tvarumas diegiant e. sveikatą: tarptautinė suiinteresuotųjų pusių vaidmens perspektyva. Daktaro disertacija.

Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011.

## 2.2. Velsietiškojo modelio stipriosios pusės: suinteresuotųjų pusių įtraukimo į veiklą ryšys su proceso sėkmės veiksniais

Detali velsietiškojo metodo analizė parodė, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas į veiklą labai palengvino daugelį su pokyčiais susijusių užduočių – komunikaciją, imlumą, savininkiškumą ir išsipareigojimą juos įgyvendinti, taip pat pagerino bendradarbiavimą organizacijos viduje, paskatino peržengti įprastas organizacines ribas ir mokytis bei prisidėjo prie bendrosios pacientų sveikatos priežiūros kokybės ir pokyčių tvarumo.

### Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir pokyčių komunikacija

Velsietiškojo atvejo studija dar kartą patvirtino suinteresuotųjų pusių įtraukimo svarbą gerinant komunikaciją. Suteikdama galimybę naudotis naujais komunikacijos kanalais ir pagerinti naudojimąsi jau turimais rezultatais, ši priemonė gali pagerinti komunikacijos kokybę ir išsamumą, tačiau būtina laikytis tam tikrų sąlygų. Remiantis viena iš išvadų, padarytų atlikus analizę šiuo atžvilgiu, pokyčių komunikacijos sėkmė priklauso nuo daugiasluoksnio suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir galimybių aprėpti visus NHS organizacijos lygius, vaidmenis bei pareigybes. Profesinėse bendruomenėse pagarbą pelnusių ir sveikatos priežiūrai skirtomis IT besidominčių, direktoriaus lygio pareigybes užimančių aukščiausio rango medicinos darbuotojų (pvz., direktoriaus medicinai, nacionalinio slaugos ar farmacijos vadovo) įtraukimas į sveikatos programos įgyvendinimo veiklą suteikė jai papildomo įvairių NHS personalo grupių pasitikėjimo, profesinių įžvalgų visose sveikatos programos įgyvendinimo srityse ir kryptyse (pvz., įgyvendinimo strategijos kūrimas, ryšių tarp įvairių NHS padalinių dalių ir grupių valdymas, papildoma strategiškai svarbi parama nacionalinių paslaugų gerinimo projektų vadovams ir pan.) bei rekomendacijų ir strategiškai svarbios paramos paslaugų gerinimo projektams ir pan. Šios įžvalgos sutampa su Shortellio išvadomis dėl gydytojų dalyvavimo organizacijos valdyme galimybių ne tik pagerinti komunikaciją tarp medicinos specialistų, vadovų ir valdybų, bet ir sustiprinti medicinos darbuotojų pasitikėjimą dėl atstovavimo jų profesinėms vertybėms ir tikslams priimant strateginius sprendimus<sup>312</sup>. Tai patvirtina ir Guthrie'aus nuomonė, kad sveikatos sektoriuje dirbantys medicinos darbuotojai paprastai laikomi vieninteliais profesionalais, kuriems „teisėtai“ leistina diegti su sveikatos prie-

<sup>312</sup> Shortell, S. M. *Effective Hospital-Physician Relationships*. Chicago: Health Administration, Press. 1991.



žiūros tobulinimu susijusius pokyčius<sup>313</sup>. Dar viena labai svarbi, su komunikacija aukščiausio rango vadovų lygyje susijusi velsietiškojo metodo ypatybė – didesnis dėmesys paprastai nepakankamai atstovaujamos profesinėms grupėms, pvz., slaugytojams, priklausantiems nuo istoriškai susiformavusių profesinių ribų tarp gydytojų ir slaugytojų, arba pacientams, kurie daugelyje šalių yra per mažai organizuoti, kad užtikrintų veiksmingą savo nuomonių ar požiūrių komunikaciją, o todėl nėra visais atvejais išklausomi priimant sprendimus, arba sveikatos informatikos specialistams be aiškios profesinės tapatybės, turintiems labai įvairų išsilavinimą ir itin mėgėjišką susidomėjimą sveikatos priežiūros IT, kaip tai ir buvo būdinga Velse. Kaip bėgant laikui pastebėta, kad toks požiūris sulaukė entuziastingo įvairių bendruomenių pritarimo tiek dėl psichologinių priežasčių – galimybės būti atstovaujamiems ir išklausytiems, – tiek dėl atsižvelgimo į jų reikalavimus informacinėms sistemoms. Šis klausimas pagrįstai laikomas svarbiu: pripažįstama, kad dauguma sveikatos priežiūros darbų turi būti atliekami bendradarbiaujant, tačiau didžiosios IRT sistemos dažniausiai tam būna menkai pritaikytos<sup>314</sup>. Be to, dauguma sukurtų sveikatos informacinių sistemų visai nepadedą sveikatos priežiūros specialistams atliktų jų darbo<sup>315</sup>.

Kadangi įgyvendinant IRT diegimo sveikatos priežiūros sektoriuje programą būtini net kelių „sluoksnių“ pokyčiai, labai svarbu į tokią veiklą įtraukti Trusts aukščiausio rango vadovus. Neužtenka nacionalinę programą pripažinti vietiniu mastu, jos įgyvendinimui reikalingi įvairūs vietiniai ištekliai, pvz., kofinansavimas, bet svarbiausia – žmogiškieji gebėjimai ir įsipareigojimas pokyčiams visuose organizaciniuose lygiuose. Šiuo atveju sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų slypinčios žinios (angl. *tacit knowledge*) – savitas jų turtas, kurį atgaminti sunku, o gal net neįmanoma<sup>316</sup>. Taigi, kadangi dalis sveikatos programos įgyvendinimui reikalingų išteklių tiesiogiai priklauso nuo santykių su organizacijomis<sup>317</sup>, galimybės juos nau-

<sup>313</sup> Guthrie, M. Engaging physicians in performance improvement. *American Journal of Medical Quality* 20, 2005, p. 235–238.

<sup>314</sup> Scandurra, I., Hagglund, M., Koch, S. From user needs to system specifications: Multidisciplinary thematic seminars as a collaborative design method for development of health information systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 2008, 41: 557–569.

<sup>315</sup> *Ibid.*

<sup>316</sup> Feldman, M. S. Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organization Science*, May-June 2004, Vol. 15, No. 3, 295–309.

<sup>317</sup> Eisenhardt and Schoonhoven, 1996.

doti priklauso nuo besikeičiančių santykių tarp dalyvių<sup>318</sup>. Kita vertus, jie gali tapti arba netapti „matomais pokyčių agentais“, galinčiais paveikti tai, kaip likęs organizacijos personalas suvokia pokyčius, taigi juos labai nau-dinga įtraukti į veiklą.

Tačiau nors komunikacija su aukščiausio rango vadovais ir jų įtrau-kimas į veiklą yra neginčijamai svarbūs, jų nepakanka tam, kad skirtingus tikslus ir vaidmenis turintys pokyčiai būtų įgyvendinti „žemiausiame darbuotojų lygmenyje“. Pasak daugumos autorių, darbuotojai organizacijos hierarchijoje užima vietą, kuriai būdinga atitinkama atsakomybė ir įgalio-jimai, ir būtent nuo jų visiškai priklauso, kaip bus suvokiamas organizaci-nių pokyčių pagrįstumas. Taigi, labai svarbu, kad komunikacija pasiektų ir šį personalo lygį<sup>319</sup>. Įgyvendinant sveikatos programą Velse, iš šios išvadas buvo atsižvelgta su visu deramu rimtumu: užtikrintas ir NHS personalo dalyvavimas nacionaliniuose paslaugų gerinimo projektuose, ir įsteigtos vietinės programos įgyvendinimo komandos, kurioms buvo teikiama visa reikiama pagalba ir įgaliojimai. Todėl tiesioginė komunikacija per dalyva-vimą įgyvendinimo veikloje – dar vienas velsietiškojo metodo ypatumas ir savitas bruožas. Kiekvieno paslaugų gerinimo projekto atveju buvo įsteigta to projekto valdyba ir projekto įgyvendinimo komanda, sudaryta iš svei-katos priežiūros specialistų ir dalį laiko jai skiriančių NHS darbuotojų. Projekto įgyvendinimo metu vykusį komunikaciją tarp įvairių specialistų sudarė sąlygas jiems mokytis vieniems iš kitų. Tačiau vienai nuomonei dėl darbų susiformuoti svarbiausias buvo pradinis etapas, kai tarpdalykinės projektų komandos vadovavo vadinamiesiems galimybių tyrimo (projek-to planavimo) seminarams, kuriuose dalyvavo skirtingi NHS specialistai ir įvairias pareigas užimantys darbuotojai. Ši patirtis taip pat sutampa su Scandurra išvadomis, kuriose teigiama, kad kuriant sveikatos informacines sistemas ir siekiant užtikrinti, kad visų sričių sveikatos priežiūros specialis-tai gautų tokios informacijos, kurios reikia įvairiose darbinėse situacijose, pirmiausia komanda turi susitarti dėl bendro supratimo arba vienos nuo-

<sup>318</sup> Feldman, M. S. Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organiza-tion Science*, May-June 2004, Vol. 15, No. 3, 295–309.

<sup>319</sup> Coyle-Shapiro, J. A. M. Employee participation and assessment of an organizational change intervention: A three-wave study of total quality management. *Journal of Applied Behavioral Science*, 1999, 35, p. 439–456 and Weber P. S., Manning, M. R. Cause Maps, Sensemaking, and Planned Organizational Change. *The Journal of Applied Be-havioral Science*. 2001, Vol. 37, No. 2, 227–251.

monės<sup>320</sup>. Nacionalinių paslaugų gerinimo projektuose veikusios nedidelės tarpdalykinės vietinės paramos grupės buvo suformuotos iš vietinių NHS darbuotojų tam, kad sprendimai būtų įgyvendinami organizacijos lygmenyje ir būtų sukurtos sąlygos tiesioginei komunikacijai su didesnėmis darbuotojų grupėmis. Siekiant užtikrinti tiesioginę komunikaciją su „eiliniais“ NHS darbuotojais, kiekvienoje *Trust* buvo įsteigtos vadinamos vietinių programos vadovų pareigybės ir sukurtas jų tinklas. Nors šie vadovai buvo atsakingi už nacionalinių sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo projektų įgyvendinimo valdymą, o jų atlyginimas buvo mokamas iš IRT sveikatos sektoriuje diegimo programos biudžeto, jie priklausė *Trusts* veikiančioms NHS sveikatos informatikos komandoms. Įvairių tyrimų autoriai pastebi, kad tai buvo itin sėkmingas sprendimas, užtikrinęs nuolatinę programos ryšį ir galimybę tiesiogiai komunikuoti su vietinėmis NHS ir parodęs programos išipareigojimą įgyvendinti technologijų nulemtus organizacinius pokyčius vietiniu mastu bei siekį suteikti galių vietinėms organizacijoms šiuos pokyčius įgyvendinti.

Vietinių komandų ir vietinių programos vadovų veiklos veiksmingumas labai priklausė ir nuo organizacinio konteksto. Be gerų komunikacinių ir tarpasmeninių įgūdžių, už programos įgyvendinimą atsakingo asmens, šiuo atveju – *Trusts* vietinio programos vadovo, veiklos efektyvumas iš dalies priklausė nuo egzistuojančių oficialios ir neoficialios vidinės komunikacijos krypčių ir formų (pvz., susirinkimų ir pan.) bei jų kokybės. Galimybė dalyvauti vadinamuosiuose „klinikiniuose susirinkimuose“ (arba strateginiuose posėdžiuose) buvo įvardyta kaip ypatingai svarbi vietinių programos vadovų veiklai. Be to, kadangi sveikatos informacinių sistemų įgyvendinimas yra labai sudėtingas, reikalauja nemenkų finansinių ir kitokių išteklių bei gali sutrikdyti darbo srautus, organizacijos aukščiausio rango vadovų dalyvavimas ir susitarimas dėl bendro sprendimo yra būtinas.

Vietinių programos vadovų *Trusts* veiklai ne mažesnės svarbos turėjo ir vidinės oficialios komunikacijos formų pritaikomumas bei neoficialios komunikacijos veiksmingumas. Pavyzdžiui, viename *Trust* vietinis programos vadovas turi savo kabinetą ir geras oficialias suteiktas galimybes pasiūlyti įvairias komunikacijos formas, tačiau jis neturi galių paveikti spren-

<sup>320</sup> Scandurra, I., Hagglund, M., Koch, S. From user needs to system specifications: Multidisciplinary thematic seminars as a collaborative design method for development of health information systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 2008, 41: 557–569.

dimų priėmimo procesą. Kitame *Trust* dirbantis vietinis programos vadovas buvo priskirtas IT komandai, tačiau jam suteikta galimybė dalyvauti oficialiuose ir neoficialiuose *Trust* strateginiuose susirinkimuose, kuriuose planuojami organizaciniai pokyčiai ir skirstomi išteklių.

Pasak vieno vietinės programos vadovo, daugiasluoksnis suinteresuotųjųusių įtraukimas ir komunikacija yra būtini, kai norima paskleisti informaciją apie pokyčius visoje organizacijoje. Tačiau komunikacija – vienas tų reiškinų, kurie „patys save varo į priekį“. Kaip teigė vienas respondentas, „kuo labiau stengiesi patraukti žmones į savo pusę, tuo daugiau jie sužino, o kuo daugiau jie sužino, tuo daugiau supranta, o kuo daugiau supranta, tuo labiau nori dalyvauti. Taigi, viskas sukasi ratu“. Kadangi komunikacija reikalauja didelių laiko sąnaudų, o pradžioje – nemenkų pastangų, tačiau svarbiausia – neprarasti informacijos aktualumo, todėl šią veiklą būtina pradėti kuo įmanoma anksčiau.

### **Suinteresuotųjųusių įtraukimas ir imlumas pokyčiams**

Darbuotojų imlumas organizaciniams pokyčiams – vis daugiau dėmesio susilaukiantis klausimas, reikšmingas visiems kuriant sėkmingų pokyčių įgyvendinimo strategijas dalyvaujantiems specialistams<sup>321</sup>. Pasak autorių, su personalo nuovargiu dėl pokyčių ir pasipriešinimu pokyčiams susijusių problemų vengimas – svarbi aplinkybė šiuolaikiniame kontekste, mat organizacijos nepaliaujamai diegia pokyčius.

Suinteresuotųjųusių dalyvavimas ir imlumas technologijų nulemtiems pokyčiams – itin svarbūs velsietiškojo atvejo studijos kontekste. Be to, ši studija padėjo surinkti įrodymų, patvirtinusių Fordo ir kolegų išvadą, kuriose teigiama, kad priešinimasis turi būti suvokiamas kaip socialinėje erdvėje susiformavusi realija, kai žmonės labiau reaguoja į tvyrančią atmosferą – diskusijas apie inicijuojamus pokyčius, o ne į patį pokytį, o norint pakeisti atmosferą būtina užmegzti dialogą ir išskelti esminius atmosferą sudarančius elementus – prielaidas, išvadas, sprendimus ir pan. – į pirmąjį planą, kad prireikus, diskusijų metu juos būtų galima tyrinėti ir koreguoti<sup>322</sup>. Tik pakeitus šią atmosferą, įmanoma koreguoti pamatus, ant kurių

<sup>321</sup> Frahm, J., Brown, K. First steps: linking change communication to change receptivity. *Journal of Organizational Change Management*, 2007, Vol. 20, No. 3, 370–387.

<sup>322</sup> Ford, J. D., Ford, L. W. The role of conversations in producing intentional change in organizations. *The Academy of Management Review*, 1995, 20: 541–570.

paremtas žmogaus pasaulio supratimas, ir tik tuomet jis pradeda kitaip jaustis, galvoti ir elgtis (*ibid.*). Tokiame kontekste ypatingas dėmesys skiriamas dialogui ir aplinkybėms, kurios sukuria jam reikiamas sąlygas keisti nusistovėjusius suvokimą ir supratimą.

Tai buvo itin akivaizdu IRT įgyvendinimo Velso NHS atveju. Norint inicijuoti, o ypač – įgyvendinti bet kokius pokyčius, buvo būtinos ir ne tokios reikšmingos, ir reikšmingesnės korekcijos, susijusios su orientavimusi į nacionalinį (siekį užtikrinti keitimąsi pacientų informacija nacionaliniu mastu), o ne tik organizacinį lygį, didesniu bendradarbiavimu tarp organizacijų ir specialistų, ir pastangomis vertinti viską iš pacientų, o ne sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų požiūrio taško ir pan. Pasak programos vadovų, jie žinojo, kad medikai pokyčius vertina skeptiškiau nei kitos grupės, todėl buvo tam pasiruošę. Be to, NHS – nuolatinių teisinių, politinių, reguliavimo ir kt. pokyčių aplinkoje, personalo nuovargis dėl pokyčių ir kitų priežasčių yra labiau tikėtinas nei kituose sektoriuose. Įvertinus proceso Anglijoje nesėkmės, būtent šie argumentai lėmė Velso sveikatos programos vadovų norą rinktis kitokį įgyvendinimo metodą.

Kaip atskleidė respondentai, pradinis skeptiškas požiūris į pokyčius galėjo atsirasti dėl ankstesnės IRT įgyvendinimo Velso sveikatos sektoriuje patirties, kuri dabar jau buvo apipinama istorijomis apie naujausias nesėkmes Anglijoje. Fordas ir kolegos tokius įrodymus priskiria vienai iš trijų „bendrą priešinimąsi lemiančių atmosferų“, o būtent – ciniškajai, kuri sudaryta iš istorinės nesėkmės, patirtos tiesiogiai arba netiesiogiai, t. y. klausantis pasakojimų apie kitų žmonių potyrius<sup>323</sup>. Tačiau įrodyta, kad kitos dvi atmosferos – pasitenkinimo ir susitaikymo – buvo būdingos Velso NHS, kai pirmosios prielaidos priklauso nuo istorinės sėkmės, o antrosios – nesėkmės. Turint galvoje, kad problemos iškyla net tvyrant pasitenkinimo atmosferai (pvz., „sėkmę sekančios nesėkmės“ sindromas, kai žmonės ir toliau taiko tą pačią, sėkmę lėmusią strategiją ir imasi tokios pat veiklos, manydami, kad tai visais atvejais garantuos pasisekimą), IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros srityje procesą gali ištikti daugybė akivaizdžių ir paslėptų iššūkių, kai bus bandoma pakreipti atmosferą nulemiančius pokalbius palankesne linkme.

Be to, papildomų įžvalgų dėl pirminio priešinimosi Velso sveikatos paslaugų gerinimo projektams išsakė ilgalaikiai sveikatos programos dalyviai.

<sup>323</sup> *Ibid.*

Šios įžvalgos labiau siejosi su asmens lygmenyje darytomis analizėmis, kurios kartu kažkiek paveikė ir atmosferą nulemiančius pokalbius. Ši įžvalga iš dalies prieštarauja išvadai, kad priešinimas – ne atskiriems asmenims būdingas reiškinys, o sistemingas socialinis fenomenas, priklausantis nuo organizacijoje sklindančių kalbų<sup>324</sup>. Pavyzdžiui, velsietiškojo atvejo studija rodo, kad ne mažiau svarbūs buvo ir kiti veiksniai, pvz., bandymai išvengti bet kokios grėsmės esamai padėčiai, galių santykiai ir organizacinė politika („įsteigta medikų grupė, kuriai vadovauja konsultantai, o man atrodo, kad dėl to kils problemų, nes jie iš karto ims manyti esą nuo jų viskas priklauso“, „RADIS sistema – labai mažai susijusi su gydytojų radiologų veikla; ji labiausiai tinka sekretorėms, administratoriams ir tarnautojams, radiologijos technikams ir vadovams, o ne gydytojams konsultantams“, „jei jau planuoji daugiau dėmesio skirti gydytojams konsultantams, turėtum...“; „žinai, turime panašios patirties, kai patikėję reikalus IT specialistams ar konsultantams, nebūtume galėję priimti tokių sprendimų, dėl kurių gavome tokios didelės naudos...“, „todėl manau, kad dabar pats laikas išsiaiškinti, kas ką daro, ir tikėtis, kad viskas ims klostytis sklandžiau“), susiję su įvairioms suinteresuotosioms pusėms būdingu skirtingu tos pačios situacijos supratimu ar vertinimu.

Atrodytų, kad esant tokiam kontekstui ir sąlygoms, galių medikams suteikimas ir suinteresuotųjų pusių įtraukimas į paslaugų gerinimo projektus tapo ypatingai veiksminga priemone, leidusia anksti išsiaiškinti skirtingas nuomones ir bėgant laikui surasti „bendrą vardiklį“. Net itin skeptiškai iš pradžių nusiteikusios svarbiausios suinteresuotosios pusės laikui bėgant savo nuomonę pakeičia, jei joms sudaroma galimybė dalyvauti procese ir teikti pasiūlymus, o ypač – matyti, kad jų pasiūlymai yra vertinami ir realizuojami. Tinkamą pavyzdį pateikė vienas „*Informing Healthcare*“ vadovas, atsakingas už radiologijos paslaugų gerinimo projektą, dirbęs su grupe Vello vyr. gydytojų radiologų. Vienas jų buvo ypač neigiamai nusiteikęs nacionalinės sveikatos programos atžvilgiu, mat, pasak jo paties, „netikėjo, kad į jo pasiūlymus bus įsiklausyta“. O kadangi jis labai drąsiai reiškė savo nuomonę ir turėjo nemažai įtakos grupėje, iš pradžių bet kokios diskusijos būdavo praktiškai neįmanomos. Be to, ši gydytojų radiologų grupė jau kelis metus kūrė Vello radiologijos informacinę sistemą „Radis 2“; o dabar, kaip paaiškėjo, jautėsi labai nepatenkinti, kad „jų produktą“ pasisavino naciona-

<sup>324</sup> Ford, J. D., Ford, L. W. The role of conversations in producing intentional change in organizations. *The Academy of Management Review*, 1995, 20: 541–570.

linė programa ir ketina toliau plėtoti. Lyg to būtų maža, grupė baiminosi, kad projektas nesibaigtų taip, kaip daugumai jų nutiko Anglijoje. Vėliau tas pats asmuo pripažino, kad įtraukus informacinę sistemą į nacionalinę sveikatos programą, galiausiai bus galima sukurti daug geresnę sistemą nei kuriant ją pavieniui.

Neigiamą nusistatymą ir priešinimąsi inicijuojamiems pokyčiams padėjo įveikti įvairios priemonės. Viena jų – visiškai kitoks sveikatos programos vadovų siekis: nuo pat pradžių, dar projekto idėjos kūrimo etape skatinti daugiasluoksni dialogą tarp suinteresuotųjų pusių ir suteikti dalyviams galių įgyvendinti pokyčius.

Ankstyvas medicinos personalo įtraukimas ir galių jam suteikimas – svarbus veiksnys, mažinantis suinteresuotųjų pusių pasipriešinimą. Tokiu atveju „medikai pradeda labiau tikėti, nes išgirsta apie teigiamus entuziastingai nusiteikusių kolegų potyrius“. Tačiau labai svarbu suprasti, kas bus tie galutiniai IS naudotojai, ir suteikti galių tokioms klinikiniuose diskursuose „pamirštom“ grupėms kaip administratoriai, slaugytojai, sekretoriai ir kt., jei jie taip pat naudosis sukurtais produktais.

Kadangi nacionalinės sveikatos IRT programos įgyvendinimas nuo pat pradžių buvo neatsiejamas nuo suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir dialogo, tapo įmanoma keisti dalyvių nuostatas iš vidaus ir geriau suprasti poreikius Velso mastu.

Žinant, kad viena iš pagrindinių kliūčių dalinimuisi pacientų informacija nacionaliniu mastu – suinteresuotosioms pusėms būdingas nepakankamai „platus požiūris“, tai – išties didelis pasiekimas. Be to, nesutarimai ir nuomonių skirtumai pasirodė labai naudingi naujo požiūrio ir supratimo paieškoms.

Remiantis šiais pavyzdžiais, galima kelti ir platesnius klausimus, pavyzdžiui, kaip siejasi suinteresuotųjų pusių įtraukimo strategijos, komunikacijos stiliai ir teigiamos suinteresuotųjų pusių nuostatos į technologijų nulemtus organizacinius pokyčius. Atlikus ekspertų apklausas ir ilgalaikį dalyvių stebėjimą galima daryti išvadą, kad nepaisant daugybės bandymų Anglijos NHS ir Velso NHS buvo pratusios prie instrumentinio ir konstruktyvistinio komunikacijos stilių, kurį perėmė ir nacionalinės sveikatos IRT programos vadovai. Daugelį tai nustebino, todėl prireikė nemažai laiko, kol viskas tapo aišku ir priimtina, ir visi pagaliau patikėjo, kad tai – ne laikinos manipuliacinės viešųjų ryšių priemonės. Pavyzdžiui, pasak liudininkų, net pačioje sveika-

tos programos įgyvendinimo pradžioje „Vello Asamblėjoje sėdintys vadovai politikai matė tik tai, kas vyko Anglijoje. Kaip užburti jie trūks plyš norėjo sekti Anglijos pavyzdžiu, mat jei taip jau daroma Anglijoje, tai turi būti geras sprendimas, tad turėtume elgtis taip, kaip jie“. „Man regis, kad Anglijos metodą taikėme kol neapsirodė Gwynas“ („*Informing Healthcare*“ programos direktorius – R. R.) . Tik paskyrus nuolatinį nacionalinės sveikatos programos direktorių, turėjusį daug panašaus darbo Anglijoje patirties, pradėjo aiškėti „*Informing Healthcare*“ forma ir visiškai kitoks įgyvendinimo metodas, nebūdingas daugeliui nacionalinių iniciatyvų.

Empiriniai velsietiškojo atvejo studijos įrodymai patvirtina Fordo ir kolegų išvadas, kad tikrovė ir priešinimasis yra interpretuojami, sukuriami ir realizuojami per socialinį žmonių bendravimą (pokalbius)<sup>325</sup>. Be to, savitoje tikrovėje gyvenantys ir skirtingą gyvenimo akimirką atsidūrę kitokioje situacijoje, žmonės savaip suvokia save pačius ir pasaulį. Dėl šios priežasties skiriasi ir jų veiksmai, ir priešinimosi formos. Ypač todėl, kad pokalbis – ne tik vyksmas, kuriantis tikrovę, bet ir to kūrybos proceso produktas<sup>326</sup>. Reikšmės ir sampratos surašomos į terminų žodynelius ir komunikacijos protokolus, sudarančius kitokias tikroves. Pasak autorių, tokiuose pokalbiuose dalyvaujantys vadovai ir darbuotojai tik dar labiau įtvirtina susikurtą tikrovę organizacijoje, tokiais pokalbiais „užkrėsdami“ kitus ir vis iš naujo „užsikrėsdami“ patys bei rodydami pasipriešinimo atmosferos simptomus. Susiklosčius tokioms aplinkybėms, priešinimasis nesiliauja, kol neišspręstos su tvyrančia atmosfera susijusios problemos ir ji nepasikeičia. Labai svarbu suprasti, kad nelengva iš vienos tikrovės požiūrio taško nuneigti kitą<sup>327</sup>, kai į tradicines priešinimosi įveikimo pastangas gali būti žvelgiama per „skirtingoms atmosferoms būdingus suvokimo filtrus“<sup>328</sup>. Pavyzdžiui, įtraukimas, švietimas ir dalyvavimas – dalis strategijų, kurias rekomenduojama pasitelkti bandant įveikti priešinimąsi. Tačiau jei tikrovėje vyrauja darbuotojų pasitenkinimas, tokios strategijos gali būti suvoktos kaip nereikalingos, jei susitaikymas – beprasmiškos, o jei dominuoja

<sup>325</sup> Ford, J. D., Ford, L. W. The role of conversations in producing intentional change in organizations. *The Academy of Management Review*, 1995, 20: 541–570.

<sup>326</sup> *Ibid.*

<sup>327</sup> Ford, J. D., Ford, L.W. The role of conversations in producing intentional change in organizations. *The Academy of Management Review*, 1995. 20: 541–570.

<sup>328</sup> *Ibid.*



cinizmas – kenksmingos ar manipuliuojančios<sup>329</sup>. Manoma, kad dialogas gali padėti iškelti esminius atmosferą sudarančius elementus – prielaidas, išvadas, sprendimus ir pan. – į pirmąjį planą, kad juos būtų galima išnagrinėti, atsirastų proga neigti, dalyvauti, tyrinėti ir kurti, taip išsiaiškinti pamatinės prielaidas, bei atsirastų naujos galimybės imtis veiksmų. Kol tai nenuveikta, pokalbiai lieka beformiai ir besvoriai, egzistuojantys už mūsų sąmoningumo ribų, todėl nei analizuojami, nei suprantami. Pakoregavus tokius atmosferą lemiančius pokalbius pasikeičia ir kontekstas, kuriame realizuojasi mūsų mąstymo ir jausmų turinys, bei atsiranda įsitikinimai ir suvokimas<sup>330</sup>. Pasikeitus atmosferą lemiantiems pokalbiams, keičiasi ir pamatas, ant kurio konstruojame savąjį pasaulio supratimą, o tuomet jau galime kitaip jaustis, mąstyti ir elgtis.

### **Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir savininkiškas požiūris į pokyčius arba išpareigojimas pokyčiui**

Atvejis Velse pateikė akivaizdžių įrodymų, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas padeda paskatinti jų išpareigojimą technologijų nulemtiems organizaciniams pokyčiams bei pasijusti tokių pokyčių savininkais.

Herscovitch ir Meyeris (2002 m.) išpareigojimą įgyvendinti pokyčius apibūdino kaip jėgą, kuri susieja asmenį su būtina tam tikrų veiksmų seka, lemiančia sėkmingą pokyčių iniciatyvos įgyvendinimą. Autoriai teigia, kad toks požiūris gali atspindėti (a) troškimą remti pokyčius dėl įsitikinimo jiems būdinga nauda (emocinis išpareigojimas), (b) pripažinimas, kad nesugebėjimas paremti pokyčių gali kainuoti (tęstinumo išpareigojimas) bei (c) iš pareigos jausmo remiamus pokyčius (normatyvinis išpareigojimas). Be to, autoriai parodė, kad išpareigojimas pokyčiams leidžia lengviau nusipėti elgesį, kuriuo bus išreikšta parama pokyčiams nei organizacinis išpareigojimas; emocinis bei normatyvinis išpareigojimas pokyčiams yra siejami su didesne parama nei tęstinumo išpareigojimas; o norėdami numatyti elgseną, turime susieti skirtingus išpareigojimo komponentus.

Savininkiškas požiūris į pokyčius, arba išpareigojimas pokyčiams – višais atvejais svarbi tema, būdinga sėkmingiems organizaciniams pokyčiams Velse sveikatos priežiūros kontekste. Kaip pabrėžė dauguma respondentų ir tiesiogiai į veiklą įtrauktų dalyvių: galutiniai vartotojai turėtų jaustis nau-

<sup>329</sup> *Ibid.*

<sup>330</sup> Marzano, et al., 1995.

josios informacinės sistemos savininkais, mat tai – labai svarbi IRT grįžtų pokyčių sėkmės prielaida.

Šiuo atveju ypatingas dėmesys buvo skirtas medicinos personalui. Dėl sudarytos galimybės ilgą laiką stebėti proceso dalyvius galima daryti išvadą, kad ankstyvas suinteresuotųjų pusių įtraukimas tapo viena veiksmingiausių priemonių, klinikiniame kontekste paskatinusia galutinius vartotojus pajusti emocinį ir normatyvinį įsipareigojimą. Tai tapo dar svarbiau, kaip prirėikė keisti darbo organizavimą ir tvarkas. Be to, nors dalyvavimas bandomajame iniciatyvos etape – svarbus, jo nepakanka norint užsitikrinti savininkišką požiūrį ir įsipareigojimą technologijų nulemtiems organizaciniam pokyčiams viso proceso metu, mat personalo dalyvavimas privalo būti tęstinis ir apimti visą tolesnę veiklą nuo idėjos ir planų kūrimo iki jų įgyvendinimo, vykdymo ar integravimo į darbo procesus; ir nors visose organizacijose šis pokytis įgyvendinamas vienodai, įvairūs organizacijų veikėjai jį gali suprasti skirtingai<sup>331</sup>. Ši išvalga sutampa su DiBella'o išvada, kad skirtinguose organizacijos lygiuose ir organizacijos padaliniuose susiformavusiose subkultūrose pokyčiai suvokiami kitaip, todėl būtinas plataus spektro tęstinis dalyvavimas<sup>332</sup>.

Tačiau neužtenka tik dalyvauti. Norint užsitikrinti suinteresuotųjų pusių įsipareigojimą pokyčiams, joms būtina suteikti galių. Tai ypač svarbu, jei planuojama keisti darbo tvarką bei rutininę praktiką. Antraip gali kilti pernelyg didelė rizika, kad suinteresuotos pusės ims atvirai priešintis joms skirtiems sprendimams, liausis rodžiusios bet kokią paramą ir taip sukels grėsmę viso projekto įgyvendinimui. Ši išvada sutampa su DiBella'o nuomone, kad pokyčių advokatai ir vadovai, bandydami kitiems perteikti savo nuomonę apie pageidaujamus pokyčius, susiduria su sunkumais, kadangi viena dalis suinteresuotųjų pusių ar dalyvių suvokia tai kaip pageidaujamą rezultatą, o kita dalis – kaip nepageidaujamą<sup>333</sup>. Jei neužtikrinamas savanoriškas ar aktyvus dalyvių įsitraukimas, pokyčių iniciatyvos nesibaigia sėkmingai, o kartais net galima sulaukti nenumatytų ar priešingų pasekmių. Taigi, dalyvių suvokimo valdymas – pamatinis pokyčių valdymo elementas. Kiekviena suinteresuotoji pusė privalo suvokti savo svarbą projekto sėkmei.

<sup>331</sup> DiBella, A. J. Culture and Planned Change in an International Organization: A Multi-Level Predicament. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1996, 4(4): 352–372.

<sup>332</sup> *Ibid.*

<sup>333</sup> *Ibid.*

Kalbant apie suinteresuotųjų pusių įtraukimą įsipareigojimo pokyčiams ir savininkiško požiūrio į pokyčius kontekste, svarbiausias atrodo suinteresuotųjų pusių gebėjimas sukurti „bendrą viziją“, leidžiančią „pasijusti proceso dalimi, kad kolektyve veiksmingai susiformuotų savininkiškas požiūris į pokyčių iniciatyvą, o tai nulemtų sėkmingą projekto įgyvendinimą“, kadangi yra „daugybė veiklos, dėl kurios būtina susitarti ir į kurią reikia įtraukti visą klinikinę bendruomenę“ („*Informing Healthcare*“ paslaugų gerinimo projekto vadovas, S. T.). Tačiau suinteresuotųjų pusių įtraukimo kokybė išties pasireiškia ne per formalius įsipareigojimus įgyvendinti pokytį, bet per pasirengimą dalintis savo ištekliais – dalį jų (žmogiškųjų, finansinių, laiko, žinių ir pan.) skirti pokyčių realizavimui. O tai įmanoma tik tuo atveju, jei suinteresuotosios pusės vienos kitomis pasitiki.

Sėkmingas įsipareigojimas pokyčiams ir savininkiškas požiūris į pokyčius tiesiogiai priklauso nuo gebėjimo keisti plačiai paplitusį pasaulio supratimą ir „ribotas“ pažiūras. Kuo anksčiau įtraukus suinteresuotąsias puses, paprasčiau sukurti bendrą viziją, nes kiekvienas dalyvis pokytį suvokia per savo prioritetų prizmę, todėl atitinkamai jį vertina, arba jį priima, arba jam priešinasi<sup>334</sup>. Joks pokytis neįmanomas, jei pirmiau nepakeičiame tokio suvokimo. Velso atveju itin svarbų vaidmenį suvaidino „Nacionalinė architektūros savaitė“ – renginys, suorganizuotas sveikatos IRT programos veiklos pradžioje 2005 m. rugsėjį, į kurį visai savaitei buvo pakviesti penkiasdešimt medicinos specialistų ir penkiasdešimt Velso NHS vadovų, drauge aptarusių elektroninės ligos istorijos koncepcijas ir suderinusių tolesnius veiksmus. Tačiau remiantis daugumos respondentų suteikta informacija ir veiklos dalyvių įžvalgomis galima teigti, kad svarbiausia šio renginio pasiekimas – NHS personalui suteikta galimybė prisidėti prie strateginės vizijos dėl planuojamų pokyčių kūrimo, jaustis proceso dalimi ir suprasti, kad įgyvendinimo sėkmė labai priklauso nuo jų indėlio. Fordas ir Ford šiuo atžvilgiu teigia, kad pokyčių eiga priklauso nuo dalyvių komunikacijos ir pokalbių apie pereinamuoju laikotarpiu išgyvenamus potyrius<sup>335</sup>. Neretai pokyčiai „matuojami“ pagal suderinamumą su asmeninėmis vertybėmis ar interesais, todėl dažniausiai palankesnio vertinimo sulaukia tie, kurie

<sup>334</sup> DiBella A. J. Culture and Planned Change in an International Organization: A Multi-Level Predicament. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1996, 4(4): 352–372.

<sup>335</sup> Ford, J. D., Ford, L.W. The role of conversations in producing intentional change in organizations. *The Academy of Management Review*, 1995. 20: 541–570.

prisideda prie asmeninės gerovės. Vis dėlto geriau siekti, kad organizacijos dalyviai imtų ieškoti visuotinės naudos arba bendros vizijos, kad siektų pokyčių, kurie naudingi kolegoms, darbdaviui ar plačiajai visuomenei<sup>336</sup>.

Pokalbis su „*Informing Healthcare*“ paslaugų gerinimo projekto vadovu apie jo asmeninę patirtį 2005 m. „Nacionalinės architektūros savaitės“ renginyje – geras praktinis pavyzdys, rodantis ryšį tarp suinteresuotų grupių įtraukimo ir savininkiško požiūrio į inicijuojamus pokyčius.

Šios išvalgos iš dalies sutampa su Ferres ir Connell išvadomis, kad ciniškas požiūris į pokyčius – pažintinė nuostata, rodanti nepakankamą tikėjimą teigiamu pokyčio rezultatu, kurį lemia už pokyčius atsakingų asmenų kompetencijos stoka, galinti pasireikšti didesniu priešinimusi, sumenkusiu pasitenkinimu savo darbo vieta, mažesniu polinkiu įsipareigoti ir susilaikymu nuo pilietiškos elgsenos<sup>337</sup>. Taigi, dalyviams ir suinteresuotosioms pusėms būdingas pokyčių suvokimas gali padėti suprasti santykinę pokyčio sėkmę arba įgyvendinimo pažangą<sup>338</sup>. Kuo labiau paplitusi nuomonė, kad pokytis – pageidaujamas ir neišvengiamas, tuo palankesnes prielaidas galima daryti apie jo pažangą link tikslo ar rezultato. Todėl galima teigti, kad už pokyčius atsakingi vadovai privalo valdyti arba formuoti dalyvių suvokimą net valdydami patį pokytį. O remiantis klasikiniu organizacinio vystymosi iš esamos padėties į trokštamą modeliu (Burke, 1994 m.), tai reiškia poreikį stebėti ir keisti dalyvių suvokimą viso pereinamojo laikotarpio metu. Jei per didelis dalyvių, suinteresuotųjų pusių, gavėjų ar menamų naudos gavėjų skaičius laikys pokytį nepageidaujamu, politinis spaudimas atsakyti planų sukurs stiprią įtampą, apribosiančią įgyvendinimo veiklą (Dibella, 2007 m.).

### **Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir vidinis bendradarbiavimas**

Vienas svarbiausių padarinių, kuris buvo pasiektas Velse įtraukus į veiklą suinteresuotąsias puses, – pagerėjęs horizontalus ir vertikalus vidinis bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Šis rezultatas buvo ypač svarbus dėl IT tiekėjų įtakai suteiktos atsvaros. Pasak responden-

<sup>336</sup> DiBella, A. J. Culture and Planned Change in an International Organization: A Multi-Level Predicament. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1996. 4(4): 352–372.

<sup>337</sup> Ferres, N., Connell, J. Emotional intelligence in leaders: an antidote for cynicism towards change? *Strategic Change*, 2004, Volume 13, Issue 2: 61–71.

<sup>338</sup> DiBella, A. J. Culture and Planned Change in an International Organization: A Multi-Level Predicament. *The International Journal of Organizational Analysis*. 1996. 4(4): 352–372.

tų, visi sveikatos programos dalyviai gavo galimybę siekti bendro tikslo, o tai sudarė prielaidas vidinių bendradarbiavimo tinklų kūrimuisi.

Šis veiklos metodas visiškai skyrėsi nuo ankstesnės patirties, kadangi iki tol niekas neieškojo kontaktų organizacijos viduje, o tiesiogiai kreipėsi į IT tiekėjus, nors tokia praktika ir turėjo savitą „šalutinį poveikį“.

Tam, kad vidinis bendradarbiavimas vyktų, reikia laiko ir pasikeitusio požiūrio: dėmesys turi būti sutelktas ne į savo organizacijos vidų, bet plačiau, į visą Velsą. Kaip teigė vienas „*Informing Healthcare*“ paslaugų gerinimo projekto vadovas, „nors apie tai išgirdome pernai ir to nebuvo prate daryti, nors viskas dar neveikia puikiai, mes tarpusavyje keičiamės daug didesniu informacijos kiekiu ir akivaizdu, kad dėl to mūsų požiūriai darosi panašesni“ („*Informing Healthcare*“ paslaugų gerinimo projekto vadovas, J. H.).

Pirminė NHS darbuotojų reakcija į sveikatos programos „*Informing Healthcare*“ įgyvendinimo metodą nebuvo palanki. Net atvirkščiai: žmonės į iniciatyvą žvelgė baimingai ir įtariai. Todėl didžiausia metodo nauda slypėjo galimybėje visiems drauge mokytis, o tai ir paskatino viso Vello sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojus ir toliau bendradarbiauti.

Tačiau vidinis bendradarbiavimas neįmanomas ir be partnerių tarpusavio pasitikėjimo. Velse pasitikėjimas artimiausiais kaimynais išsivystė natūraliai. Tačiau atsiradus e. sveikatos iniciatyvoms, kuriomis buvo siekiama keistis informacija apie pacientus su visuose Vello regionuose veikiančiomis įstaigomis, tai tapo vienu iš didžiausių nacionalinės programos įgyvendinimo iššūkių. Sveikatos programa tapo bendradarbiavimo platforma, sudariusia sąlygas Vello NHS priklausančių sveikatos paslaugų teikėjų bendradarbiavimui ir mokymuisi.

Toks sprendimas išties padėjo suvaldyti įvairaus pobūdžio riziką bei išspręsti skirtingas problemas. Pavyzdžiui, sumažinti medicinos personalo nerimą dėl duomenų saugos (pasitikėjimo klausimas) („nėra taip paprasta įsileisti nepažįstamus žmones į savo įstaigą ir leisti jiems diegti programinę įrangą tiesiog tikintis, kad projektas pavyks ir informacija bus saugi“), nes blogos žinios „plito iš vieno BPG kabineto į kitą lyg nevaldomas gaisras“, vos kas nors likdavo nepatenkintas projekto eiga; arba išspręsti problemas, kilusias tarp skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, kai „(...) susidarė šokia tokia įtampa tarp pagalbą po darbo valandų teikiančių tarnybų ir BPG gydytojų, nes pastarieji baiminosi dėl informacijos saugumo“ arba atsirado įtampa tarp NHS personalo ir IT tiekėjų: „(...) BPG gydytojai ne-

sutarė su naujuoju tiekėju, kurį pasamdėme, nes kabinetuose buvo savos IT sistemos, pirktos iš kitų tiekėjų, o mūsų pasamdytas tiekėjas privalėjo surinkti duomenis, todėl turėjo bendradarbiauti su tais kitais tiekėjais ir kartais jų nuomonės išsiskirdavo.“

### Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir pasitikėjimas

Bendrąjį pasitikėjimo apibrėžimą, kurį vėliau naudojo daugelis kitų mokslininkų, pateikė Mayeris ir kolegos, apibūdinę jį kaip „vienos šalies ryžtą atvirai priimti kitos šalies veiksmus, tikintis, kad kitas šalis atliks tam tikrą pasitikėjimą pateisinsiantį veiksma, nepaisant galimybių ją stebėti ar kontroliuoti“<sup>339</sup>. Be ryžto būti atviram, Allenas ir kolegos įvardija ir kitus plačiai sklindančius argumentus dėl dar dviejų pasitikėjimui būtinų sąlygų, t. y. tam tikro rizikos laipsnio ir tarpusavio priklausomybės<sup>340</sup>. Pasak jų, rizika kyla iš tarpasmeninių santykių, kai nė viena šalis nėra tikra dėl kitos veiksmų, o tarpusavio priklausomybė atsiranda tuomet, kai vienos šalies poreikių arba interesų neįmanoma patenkinti be kitos šalies pagalbos.

Pasitikėjimas organizacinių pokyčių kontekste nėra nauja sąvoka. Daugelis naujovės ir pokyčius tyrinėjančių mokslininkų pasitikėjimui skiria svarbų vaidmenį. Pavyzdžiui, Armenakisas su kolegomis, Michaelis su kolegomis bei Pedro ir António<sup>341</sup>. Be to, remiantis Meyer ir Stensaker, šia prasme pasitikėjimas nereiškia, kad organizacijos nariai pokyčiais yra patenkinti arba kad jiems įsipareigoja, tačiau žinojimas, kas vyksta, sukuria tam tikrą nuspėjamo atmosferą, o tai gali padėti išsaugoti pasitikėjimą vadovybe<sup>342</sup>.

Velso atveju, diegiant IRT sveikatos priežiūros sektoriuje, pasitikėjimas suvaidino svarbų vaidmenį. Kadangi IRT diegimas yra susijęs su labai jau-

<sup>339</sup> Mayer, R. C., Davis, J. H., Schoorman, F. D. An integrative model of organizational trust: past, present, and future. *Academy of Management Review*, 2007, 32(2): 344–354.

<sup>340</sup> Armenakis, A. A., Harris, S. G., Mossholder, K. W. Creating Readiness for Organizational Change, 1993, June 46, p. 681–703.

<sup>341</sup> Armenakis, A. A., Harris, S. G., Mossholder, K. W. Creating Readiness for Organizational Change, 1993, June 46, p. 681–703.

Michaelis, B., Stegmaier, R., Sonntag, K. Affective Commitment to Change and Innovation Implementation Behavior: The Role of Charismatic Leadership and Employees' Trust in Top Management. *Journal of Change Management*, December 2009, Vol. 9, No. 4, 399–417; and Pedro & António, 2006.

<sup>342</sup> Meyer, C. B., Stensaker, I. G. Developing capacity for change. *Journal of Change Management*, June 2006, Vol. 6, No. 2: 217–231.

tria ir esmine sveikatos priežiūros organizacijų veiklos sritimi, t. y. pacientų sveikatos priežiūros kokybe ir informacija, siekiant tinkamo technologijų nulemtų pokyčių valdymo svarbu užtikrinti pasitikėjimą partneriais, kurie diegia naujas informacines sistemas. Atrodo, kad šiame sektoriuje rizika visuomet egzistuoja, o kiekvienas darbuotojas į ją visuomet atsižvelgia, todėl gyvybiškai svarbu taikyti rizikos švelninimo strategijas, pasitelkus suinteresuotųjų pusių dalyvavimą ir komunikaciją.

Ši įžvalga sutampa su tyrimų išvadomis, kuriose teigiama, kad darbuotojai, patiriantys stiprias pažintines reakcijas, sumišusias su stipriomis neigiamomis emocijomis, tokiomis kaip baimė ar pyktis, bus labiau linkę atmesti pokyčius. Ypač tai taikytina sveikatos priežiūros sektoriuje, nes čia tarpsta nepriklausomos ir autonomiškos profesionalizuotos biurokratijos įstaigos, kuriose, vėlgį, „blogos žinios gali paplsti lyg nevaldomas gaisras“, jei medicinos personalas bus projektu nepatenkintas.

Velso kontekste, pasitikėjimo pelnymas buvo labai susijęs su galutinių vartotojų įtraukimu ir galimybe dalyvauti visame IS kūrimo procese nuo jo pradžios (konceptijos kūrimo etapo) iki produkto sukūrimo ir jo sklاندus integravimo į darbo vietos lygio darbo procesus. Praktinį pavyzdį apie pasitikėjimo realizavimą per suinteresuotų grupių įtraukimą kasdienėse situacijose pateikė vienas „*Informing Healthcare*“ paslaugų gerinimo projekto vadovas.

Mokslinėje literatūroje šis reiškinys vadinamas kolektyviniu sprendimų priėmimu (angl. *participative decision-making*, PDM) ir yra nurodomas kartu su kitomis veiksmingomis vadybos priemonėmis, pavyzdžiui, organizacine parama. Ji užtikrina lūkesčių pateisinimą<sup>343</sup>, o taip gali būti didinamas pasitikėjimas. Panašu, kad dėl glaudaus bendradarbiavimo su galutiniais vartotojais pastarieji pasijuto turį daugiau galių kontroliuoti pokyčius, todėl kartu išaugo ir jų pasitikėjimas tokias galias suteikusiomis struktūromis. Bendrąja prasme ši mintis sutampa su ankstesnio tyrimo išvadomis, kuriose teigiama, kad tvirtai jaučiantys turį galių kontroliuoti pokyčius darbuotojai ima tikėti didesniu rezultatų nuspėjamumu, o tai jiems leidžia patogiau jaustis ir didina tikimybę, kad pokyčio sąlygų bus laikomasi<sup>344</sup>.

<sup>343</sup> Allen, J., Jimmieson, N. L., Bordia, P., Irmer, B. E. Uncertainty during Organizational Change: Managing Perceptions through Communication. *Journal of Change Management*, 2007. Volume 7, Issue 2.

<sup>344</sup> Allen, J., Jimmieson, N. L., Bordia, P., Irmer, B. E. Uncertainty during Organizational Change: Managing Perceptions through Communication. *Journal of Change Management*, 2007. Volume 7, Issue 2.



Siekdami suprasti pasitikėjimo poveikį informacijai, kuri darbuotojams teikiama įgyvendinant pokytį ir siekiant išvengti konkrečių rūšių nežinomybės, Allenas su kolegomis atliko tyrimą, kurio metu paaiškėjo, kad vadovybe arba savo organizacija pasitikintys darbuotojai yra atviresni vadovybės veiksams ir tiki vadovų suformuluotu tokių sprendimų pagrįstumu<sup>345</sup>. O darbuotojai, kurie nemano galį pasitikėti vadovybe, yra labiau linkę kritiškai vertinti su organizaciniu pokyčiu susijusią informaciją ar pagrindimą. Pasitikėjimo svarba akivaizdi ir Velse sveikatos sektoriaus kontekste, kur, pavyzdžiui, *Trusts* buvo pasiruošę priimti daugiau rizikos ar labiau aukotis tam, kad būtų įdiegtos nacionaliniu mastu suderintos informacinės sistemos.

Be to, siūloma į ryšį tarp Trust ir pokyčio žiūrėti kaip į dvipusį, o ne tiesinį procesą: jei pasitikėjimas – sėkmingo pokyčio pamatas, sėkmė turėtų padidinti bendradarbiavusių pusių pasitikėjimą aukščiausia vadovybe<sup>346</sup>. Tai buvo pastebėta ir Velse, kur sėkmingas vieno paslaugų gerinimo projekto įgyvendinimas atvėrė duris naujoms iniciatyvoms.

### **Suinteresuotųjų pusių dalyvavimas ir organizacijos ribų išplėtimas**

Teigiamas suinteresuotųjų pusių įtraukimo poveikis bendradarbiavimui, Velse peržengusiam organizacijos ir profesines ribas, tapo bemaž labiausiai stebinančiu ir jaudinančiu atradimu. Pavyzdžiui, kaip pastebėjo vienas „*Informing Healthcare*“ paslaugų gerinimo projekto vadovas, buvo net keli atvejai, kai dėl įvairių priežasčių suinteresuotosios pusės nesugebėjo bendradarbiauti, tačiau jos visos buvo įtrauktos į sveikatos programos įgyvendinimo veiklą, tad netrukus organizacinės ir profesinės sienos griuvo.

Ilgalaikiai stebėjimai atskleidė dar vieną įdomų aspektą – mišrių vaidmenų svarba, t. y. kai su IT dirbantis žmogus yra įgijęs medicininį išsilavinimą, o medicinos personalo atstovai itin domisi sveikatos priežiūrai skirtomis informacinėmis technologijomis.

<sup>345</sup> Allen, J., Jimmieson, N. L., Bordia, P., Irmer, B. E. Uncertainty during Organizational Change: Managing Perceptions through Communication. *Journal of Change Management*, 2007. Volume 7, Issue 2.

<sup>346</sup> Mayer, R. C., Davis, J. H., Schoorman, F. D. An integrative model of organizational trust: past, present, and future, *Academy of Management Review*, 2007. 32(2): 344–354. Allen, J., Jimmieson, N. L., Bordia, P., Irmer, B. E. Uncertainty during Organizational Change: Managing Perceptions through Communication. *Journal of Change Management*, 2007. Volume 7, Issue 2.



### *Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir organizacinis mokymasis*

Pasak Senge'o, šiuolaikiniame pasaulyje formuojasi erdvės, kuriose mokymosi reikmės ir galimybės – kaip niekad didelės. Aiškindamas besimokančių organizacijų galimybes atsinaujinti, autorius išskyrė penkis komponentus – individualus meistriškumas, nauji mąstymo modeliai, bendros vizijos kūrimas, komandinis mokymasis ir sisteminis mąstymas, – kurie privalo palaipti susilieti į vieną<sup>347</sup>. Tačiau jis taip pat pripažįsta, kad tokių gebėjimų vystymas siejamas su nemenkais iššūkiais.

Vienas tokių iššūkių siejamas su tradicine vadybos praktika, kuriai būdingi įvairūs veiksniai – fragmentacija, reaktyvumas ir konkuravimas, trukdantys organizaciniam mokymuisi<sup>348</sup>. Fragmentacijos buvimą rodo polinkis skaidyti problemas, ieškoti atskiroms jų dalims tinkamų sprendimų ir bandymas juos jungti tarpusavyje tikintis, kad taip bus suformuluotas bendras problemos sprendimas<sup>349</sup>. Konkuravimui organizacijoje paprastai būdingas darbuotojų rungtyniavimas tarpusavyje dėl geriausio „eksperto“ vardo, teisingiausio sprendimo, geriausių „vadybinių“ įgūdžių<sup>350</sup> ir pan. Organizacijoje paprastai netoleruojami konfliktai ar žaidimai be taisyklių, nes jie reikalauja atitinkamos baigties ir laimėtojo. Dėl šių priežasčių tokių situacijų yra vengiama arba stengiamasi jas „normalizuoti“ procedūromis, leidžiančiomis manyti, kad konfliktas yra veiksmingai valdomas<sup>351</sup>. O reaktyvumas į įvykius, situacijas ar „problemas“, turinčias tiesioginių pasekmių asmens ekspertinėms žinioms ar įvaizdžiui, pavirsta į standartinę problemų sprendimo procedūrą ir yra vadinamas vadybiškumu (angl. *managerialism*; trumpalaikis, greitai veikiantis, karjeros nulemtas problemų sprendimas) arba, pasak Senge'o, „aklumu sistemai“ (angl. *system-blindness*)<sup>352</sup>.

<sup>347</sup> Senge, P. M. *The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organisation*. Random House, 2006, p. 5–11.

<sup>348</sup> Senge, P. M. *The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organisation*. Random House, 2006, p. 234. Senge, P. M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organisation*. New York, NY: Doubleday, 1990. 424 p.

<sup>349</sup> Bokeno, R.M. Introduction: appraisals of organizational learning as emancipatory change. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6: 603–618.

<sup>350</sup> *Ibid.*

<sup>351</sup> *Ibid.*

<sup>352</sup> Senge, P. M. *The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organisation*. Random House, 2006.

Senge, P. M., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R. B., Smith, B. J. *The Fifth Discipline Fieldbook. Strategies and Tools for Building a learning Organization*. ACurrency and Doubleday, 1994.

Nors profesionaliose biurokratinėse struktūrose tokie veiksniai būna dar labiau pastebimi<sup>353</sup>, Vello sveikatos programos vadovybė sugebėjo sušvelninti jų poveikį į veiklą įtraukdama suinteresuotąsias puses. Suinteresuotųjų pusių įtraukimo nulemtas organizacinis mokymasis tapo vienu iš pagrindinių laimėjimų, pasiektų diegiant IRT Vello sveikatos priežiūros srityje. Be to, atvejo studija atskleidė tam tikras organizacinio mokymosi veiksmingumą užtikrinančias ypatybes, taikytinas, kai sveikatos priežiūros srityje daromi technologijų nulemti organizaciniai pokyčiai, būtina išplėsti organizacijos ir profesines ribas, o kolektyvinis sprendimų priėmimas, galių interesų grupėms suteikimas ir dialogas yra tinkamos prielaidos organizaciniam mokymuisi ir todėl patiriama su tuo susijusi nauda.

Pirmiausia, kaip rodo apklausos ir veiklos dalyvių išvalgos, vertinant nacionalinį IRT įgyvendinimo Vello NHS metodą, labiausiai stebina vienas rezultatas – pagerėjęs bendradarbiavimas organizacijos viduje. Suinteresuotosios pusės buvo labai patenkintos dėl glaudesnio bendradarbiavimo atsiradusiomis mokymosi galimybėmis („(...) taigi, dėl įgyvendinamos programos visi galėjome pradėti siekti bendro tikslo. Asmeniškai man tai atvėrė galimybę užmegzti santykius su kitose Trusts panašų darbą dirbančiais specialistais, o tai – puikus išteklius“). Iš toliau pateikto pavyzdžio galima suprasti, kad čia tarpusavio koordinavimo ir mokymosi buvo kur kas daugiau nei priklausymo nuo privačių IT tiekėjų.

Svarbus ir kitas aspektas – organizacijos ir profesinių ribų nepaisanti komunikacija, tapusi svarbia visą Vello NHS apėmusio organizacinio mokymosi prielaida. Ne todėl, kad tam pasiekti reikia labai daug laiko, nors tai ir tiesa (pvz. „(...) nors apie tai išgirdome pernai ir to nebuvo prate daryti, nors viskas dar neveikia puikiai, mes tarpusavyje keičiamės daug didesniu informacijos kiekiu ir akivaizdu, kad dėl to mūsų požiūriai darosi panašesni“), bet todėl, kad nebuvo tradicijos bendradarbiauti. Pasak Senge, dažniausiai organizacijoje susiformavusios „kultūros“ sudaro sudėtingus įvairių mechanizmų tinklus, kurie įspraudžia įgytas žinias į rėmus ir nurodo dabartinės veiklos kryptį<sup>354</sup>. Jei organizacijoje egzistuoja tik tokios formos atmintis, bus sunku atsikratyti autoritarinio valdymo stiliaus, ribojančio kūrybiškumą ir naujovių kūrimą, kadangi klausimai dėl egzistuojan-

<sup>353</sup> Mintzberg, The structuring of organizations: a synthesis of the research. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.

<sup>354</sup> Senge, P. M. The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organisation. New York, NY: Doubleday, 1990. 424 p.

čių procedūrų, struktūrų ir tvarkų pagrįstumo taip ir liks neužduoti. Tačiau atrodo, kad bendradarbiavimas tarp partnerių Anglijoje ir Velse buvo supras tas nevienodai<sup>355</sup>: bendradarbiavimas nepaisant vertikalinių ir horizontalinių ribų Vello NHS buvo neįprastas reiškinys ir apskritai, ir įgyvendinant IRT sveikatos priežiūros srityje. Be to, iš pradžių atrodė, kad nacionalinės programos įgyvendinimas bus panašus į angliška jį metodą.

Kadangi reikėjo integruoti arba diegti integruotas sistemas, visos veikloje dalyvaujančios šalys privalėjo susitarti dėl bendros vizijos. Tačiau vietoj žemynkrypčio metodo nacionalinės programos vadovybė pasirinko daugiasluoksniį suinteresuotųjų pusių įtraukimą ir abipusį mokymąsi. Itin svarbų vaidmenį suvaidino pirmasis sprendimas – nacionalinės programos veiklos pradžioje suorganizuoti „Nacionalinę architektūros savaitę“, kurios metu buvo stengiamasi parengti bendros Vello elektroninės ligos istorijos vizijos apmatu s. Tai nebuvo šiaip renginys, kuriame pasisakė keli lektoriai. Jis buvo panašesnis į dirbtuves, kuriose plūso daugybė darbo grupių ir komandų. Po šio renginio buvo įkurtos daugiaprofesinės paslaugų gerinimo projektų komandos ir darbo grupės, organizuojamas didžiulis metinis programos apžvalgos renginys, kuriame tarnybai ir Vello vyriausybei buvo pristatomas išorinis tarptautinės ekspertų grupės atliktas programos vertinimas ir susitariama dėl tolesnės veiklos.

Pavyzdžiui, vertinant Vello patirtį svarbu pasakyti, kad Vello NHS vadovybei pavyko atsikratyti tokių tradicinėmis vadinamų vadybos praktikų kaip trumpalaikis mąstymas, greiti, nors neveiksmingi problemų sprendimo būdai ir savireklama, užtikrinanti tik asmens gebėjimų juos taikyti matomumą. Vietoj to buvo pasitelktas organizacijos ir profesines ribas plečiantis bendradarbiavimas, išties padėjęs visiems suartėti ir surasti bendrų sąlyčio taškų „skirtingų reikšmių ir tapatybių aplinkose“ ir pan., t. y. viso to, kas, pasak Giddenso, Girouxo, Katzo ir Kahno bei Beacho (Durant ir Cashmano straipsnyje)<sup>356</sup>, sudaro ribas bendrąja prasme. Riboms labai būdinga savybė – leisti, o dažniau – neleisti į jomis apibrėžtą aplinką prisismelkti įrodymams, kurie gali sukelti abejonių ar prieštaravimų<sup>357</sup>. Vello atveju

<sup>355</sup> Entwistle, T. The distinctiveness of the Welsh partnership agenda. *International Journal of Public Sector Management*, 2006. Vol. 19, Iss: 3: 228–237.

<sup>356</sup> Giddens (1984), Giroux (1992), Katz and Kahn (1978) and Beach (1990) in Durant, R. A., Cashman, J. F. Theorizing limits: an exploration of boundaries, learning, and emancipation. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6: 650–665.

<sup>357</sup> *Ibid.*

į tai buvo atsižvelgta pačioje nacionalinės programos veiklos pradžioje, o tai padėjo suinteresuotosiems pusėms atpažinti įvairiuose diskursuose egzistavusias ribas ir kritiškai pažvelgti į autoritetus, dėl kurių susiformuoja „tiesos režimai“, nuneigiamos spragos, ribos, specifiškumas ir priešingos mintys. Be to, nacionalinė programa sudarė sąlygas platesniam suvokimui ir mokymuisi.

Komunikacija ir dialogas – priemonės, kurias pasitelkus buvo atskleidiama informacija ir žinios, jomis dalinamasi – nurodomi tarp pagrindinių pasaulėžiūros suartėjimo prielaidų, dėl kurių po visą Velsą pasklido abipusio mokymosi idėja.

Ši nauja išvalga, susijusi su IRT įgyvendinimu sveikatos priežiūros srityje, iš dalies sutampa su Durant ir Cashmano išvadomis, kad organizacinis mokymasis iškelia į šviesą egzistuojančias ribas, todėl gali paskatinti emancipacijos procesus<sup>358</sup>. Taigi, ribų nepaisanti komunikacija, kurios tikslas – plėsti gebėjimus, gali padėti gerinti supratimą ir stiprinti bendruomenę<sup>359</sup>.

Diegiant IRT Velso sveikatos priežiūros sektoriuje buvo pastebėta ir dar viena svarbi komunikacijos ir dialogo ypatybė: buvo naudojama ne tradicinė instrumentinės komunikacijos sistema „siuntėjas-žinutė-gavėjas-grįžtamasis ryšys-išsikūlimas“<sup>360</sup>, bet pasitelktas konstruktyvistinis požiūris, pabrėžiantis kalbos vaidmenį formuojant asmenybes ir jų patirtis bei visų dalyvių lygiateisiškumą. Pastarasis aspektas – galimybė įtraukti į veiklą visų Velso NHS organizacinių lygių profesionalus, o ypač – vadinamus eilinius darbuotojus, – gali būti vadinamas didžiausia velsietiškojo metodo stiprybe. Tayloras ir Van Every teigia, kad toks požiūris tinka naujoms (angl. *emergent*) organizacijoms<sup>361</sup>, kur organizacinis mokymasis sukuria prielaidas „dialogui“, tampančiam pokyčių įgyvendinimo priemone<sup>362</sup>. Šį aspektą pa-

<sup>358</sup> Giddens (1984), Giroux (1992), Katz and Kahn (1978) and Beach (1990) in Durant R. A., Cashman J. F. Theorizing limits: an exploration of boundaries, learning, and emancipation. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6: 650–665.

<sup>359</sup> *Ibid.*

<sup>360</sup> Frahm, J., Brown, K. First steps: linking change communication to change receptivity. *Journal of Organizational Change Management*, 2007, Vol. 20, No. 3: 370–387.

<sup>361</sup> Taylor, J. R., van Every, E. J. The Emergent Organization: Communication as its Site and Surface, Laurence Erlbaum and Associates Inc, Mahwah, NJ. 2000.

<sup>362</sup> Bokeno, R. M. Introduction: appraisals of organizational learning as emancipatory change. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6: 603–618.

brėžė ir Habermasas<sup>363</sup>. Velso sveikatos programos vadovybė į tai atsižvelgė, todėl lygiomis teisėmis į veiklą įtraukė daugybę suinteresuotųjų pusių, o ypač tas, kurioms anksčiau buvo nepakankamai atstovauta priimant įvairaus lygio sprendimus. Pastarosios turėjo itin didelės reikšmės programos įgyvendinimo sėkmei ir dėl turimų slypinčių žinių apie savo darbą, ir dėl poveikio įgyvendinimo proceso sėkmei.

Toks požiūris leidžia sušvelninti situacijas, kai dalis organizacijos narių laiko kitiems aktualias problemas tik jiems svarbiomis, o gal net kitiems nereikšmingomis<sup>364</sup>, o tai būdinga ne tik viešajam sektoriui, bet ir daugumai veiklos sričių. Panašu, kad sveikatos programos „*Informing Healthcare*“ vadovybė pasirinko tinkamą kelią, kai nusprendė atsižvelgti į nacionaliniu mastu įgyvendinamo pokyčio daugiasluoksniškumą, Mintzbergo „profesionalių biurokratijų“ įtaką ir politiką<sup>365</sup> bei kiekvieno sluoksnio galimą poveikį įgyvendinimo procesui ir sutelkė dėmesį į dialogą. O pasak Isaaco, dialogas – aiškinamasis arba sąlyginis organizacinio mokymosi aspektas, turėjęs galios užtikrinti suderintą ir koordinuotą Velso NHS organizacijos narių suvokimą ir supratimą<sup>366</sup>.

Nacionalinės programos vaidmuo nacionaliniam e. sveikatos Velse įgyvendinimo procesui – tai dar vienas labai svarbus aspektas, susijęs su organizaciniu mokymusi „*Informing Healthcare*“ kontekste. Išnagrinėję pokyčių komunikaciją, Weickas ir Quinnas teigė, kad pokyčių agentas dažniausiai atlieka „pagrindinės varomosios jėgos“ vaidmenį (t. y. siųsti žinutes, kurių tikslas – keisti elgseną). O tęstinių (arba besiformuojančių) pokyčių modeliuose pokyčių agentas gali vaidinti veiksmingesnį vaidmenį, t. y. aktyvaus dialogo, iš kurio susideda organizacija, „prasmės aiškintojo“<sup>367</sup>. Velso atveju, nacionalinės sveikatos programa buvo pirmiausia panaudota dialogui reikalingoms sąlygoms ir „platformai“ sukurti, bei bendros vizijos suformavimui. Ištęsta laike atvejo studija ir dalyvių pastebėjimai rodo, kad

<sup>363</sup> Habermas, J. *Communication and the Evolution of Society*, Heinemann, London. 1979.

<sup>364</sup> Durant, R. A., Cashman, J. F. Theorizing limits: an exploration of boundaries, learning, and emancipation. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6: 650–665.

<sup>365</sup> Mintzberg, H. *The structuring of organisations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 1979.

<sup>366</sup> Isaacs, W. *Dialogue and the Art of Thinking Together: A Pioneering Approach to Communicating*. 1999. in *Business and in Life*, Currency, New York.

<sup>367</sup> Weick, K. E., Quinn, R. E. Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 1999, 50: 361–86.

pasitikėjimas buvo labai svarbus ne tik bendradarbiavimui tarp Velso sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, bet ir organizacinio mokymosi sėkmei, ypač Anglijoje žlungančios IT programos kontekste. Kaip jau buvo minėta, pasitikėjimo veiksmingumas organizacinių pokyčių kontekste jau buvo įrodytas (pvz., Armenakisas su kolegomis)<sup>368</sup>. Velsietiškojo atvejo studija parodė, kad pokyčių agentų patikimumas ir nuoširdumas – labai svarbūs veiksniai, nulemiantys dalyvių pasirengimą keistis, suinteresuotųjų pusių norą bendradarbiauti nacionalinės programos kontekste ir abipusį mokymąsi.

Jie nulėmė patį svarbiausią organizacinio mokymosi rezultatą Velso NHS – šios organizacijos viduje sukaupą informaciją ir žinias, susijusias su IRT įgyvendinimu Velse, ir galimybę ilgainiui tapti sumaniuoju užsakovu.

Tam, kad suinteresuotosios pusės organizacijos viduje imtų bendradarbiauti, reikia daug laiko (pvz., „(...) nors apie tai išgirdome pernai ir to nebuvome pratę daryti, nors viskas dar neveikia puikiai, mes tarpusavyje keičiamės daug didesniu informacijos kiekiu ir akivaizdu, kad dėl to mūsų požiūriai darosi panašesni“), tačiau Velso NHS tai atvėrė naujas vidinio organizacinio mokymosi galimybes, sumažino priklausomumą nuo IT tiekėjų ir todėl gerokai sumenkino projekto žlugimo riziką (pvz., „(...) dabar ankstesnių darbų kiekį galiu sumažinti tiesiog nuvykęs – neformaliai nuvykęs pas savo kolegas susipažinti su jų sistemomis, o kompanijos gali to net nežinoti, todėl neturi galimybės spausti mus pirkti sistemą. Taip galime atlikti subjektyvesnį vertinimą“).

Į veiklą įtraukęs suinteresuotąsias puses ir suteikęs joms galių, užsakovas tampa sumanesnis, todėl sugeba išvengti nuo pat veiklos pradžios tykančių galimų grėsmių, pavyzdžiui, pasak vieno „*Informing Healthcare*“ paslaugų gerinimo projekto vadovo iš Šiaurės Velso, „(...) taigi (dėl patirties šioje srityje – R. R.), dabar esame pasiekę tokią lygį, kad tiksliai žinome, ko norime, be to, galime suteikti informacijos, naudingos planuojant tolesnę „*Informing Healthcare*“ veiklą“). Su tuo siejasi dar vienas svarbus procesas – nuolatinis žinių kaupimas ir išsaugojimas Velso NHS viduje. Taip gaunama daug daugiau naudos nei iš vienkartinį paslaugų, kurias teikia išoriniai konsultantai. Ši išvalga sutampa su Senge'o išvadomis, kad mokymasis – tęstinis, visą gyvenimą trunkantis procesas, kuris nesibaigia sprendimų ir išiečių suradimu, ar iš organizacijos atminties išgautu atsaku į organizacijos

<sup>368</sup> Armenakis, A. A., Harris, S. G., Mossholder, K. W. *Creating Readiness for Organizational Change*, 1993, June 46, p. 681–703.

išorėje susidariusias sąlygas<sup>369</sup>. Panašu, kad su e. sveikatos plėtra susijęs vidinis organizacinis mokymasis yra daug aktualesnis mažoms valstybės, nes tik didžiosios tokie veiklai gali skirti daug lėšų.

### **Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir bendradarbiavimas arba sveikatos priežiūros paslaugų kokybė**

Black ir kolegės atliko sisteminę apžvalgą, kurios tikslas – įvertinti įvairių e. sveikatos technologijų poveikį sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir saugumui. Šio darbo išvadose autoriai teigia, kad tarptautinė bendruomenė labai domisi galimybėmis pasitelkti elektroninius sprendimus, kurie padėtų pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir saugumą. Tačiau dar nepakanka empirinių įrodymų, kurie teiginius paremtų realiai gauta nauja<sup>370</sup>. Minėto darbo autoriai užsimena, kad vis daugiau dėmesio bus skiriama socialiniams ir techniniams e. sveikatos formaliojo vertinimo aspektams, kur pacientų sveikatos rezultatai, taigi ir sveikatos priežiūros kokybė bendrąją prasme, galės būti siejama su e. sveikatos sprendimų planavimu, kūrimu ir diegimu<sup>371</sup>.

Velso atveju sveikatos paslaugų gerinimo projektų planavimo, kūrimo ir įgyvendinimo būdai leidžia numanyti tiesioginį šių procesų poveikį vykdomų pokyčių sėkmei, pacientų sveikatos priežiūros kokybei bei ilgainiui pasireikšiantiems pacientų sveikatos rezultatams.

Be to, pokyčių įgyvendinimo sėkmei Velse didelės svarbos turėjo ir įvairios ypatybės, kurių reikšmė pacientų sveikatos priežiūrai jau buvo anksčiau įrodyta. Ammenwerth ir kolegų tyrimo išvadose teigiama, kad kompleksiškoje sveikatos priežiūros aplinkoje informatikos taikomųjų programų diegimo rezultatai labiau priklauso nuo organizacinio konteksto, o ne konkrečios technologijos, todėl sveikatos informatikos specialistai privalo ne tik mokytis iš nesėkmių, bet ir vengti tiek kritiškai neįvertinto skepticizmo, galinčio atsirasti dėl perdėtai nekonkrečių išvadų, padarytų po vieno nesėkmingo bandymo, tiek nepasverto optimizmo, atsirandančio vos kelis kartus patyrus sėk-

<sup>369</sup> Senge, P. M. *The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organisation*. Random House, 2006.

<sup>370</sup> Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., McKinstry, B., Procter, R., Majeed, A., Sheikh, A. *The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview*. *PLoS Medicine*, 2011, Vol. 8, Issue 1: 1–16.

<sup>371</sup> *Ibid.*



mė<sup>372</sup>. Velse šią problemą buvo stengiamasi išspręsti IRT nulemtų organizacinių pokyčių sveikatos srityje įgyvendinimui pasirinkus palaipsninį metodą ir, pasak sveikatos programos vadovybės, atsižvelgus į tai, kad „Gvente ne viskas taip pat, kaip šiaurės Velse“, o „Abergavenyje dirbama šiek tiek kitaip, todėl reikia sistemą tik truputį pakeisti, kad ji atitiktų tai, ką darote, bei galėtumėte gauti visas reikalingas ataskaitas ir informaciją apie rezultatus“. Į tai atsižvelgiama, nors „galima ginčytis, ar diabetu sergantys pacientai turėtų gauti skirtingas paslaugas, tačiau pamirškime trumpam ginčus, nes tokia ir yra tikrovė“. Velse šios problemos buvo sprendžiamos pasitelkus sveikatos priežiūros gerinimo projektus, kurie buvo pirmiausia įgyvendinami, o vėliau – atskirai pritaikomi kiekvienam trestui, o šis metodas labai skiriasi nuo vadinamojo „didžiojo sprogimo“, kai veikla įgyvendinama nacionaliniu mastu, remiantis vieno kažkur įvykusio bandomojo projekto patirtimi. Kompiuterizuotų klinikiniams sprendimams skirtų sistemų poveikio gydytojų praktikų veiklos ir pacientų sveikatos rezultatams apžvalga (Gargas ir kolegos, 2005 m.) taip pat parodė, kad vadinamosios organizacijos „savarankiškai“ susikurtos sistemos užtikrina geresnius rezultatus nei komerciniai produktai, kadangi pirmieji dažniausiai ne tik skrupulingai vertinami ir nuolat tobulinami, bet ir labiau branginami, nes vartotojai jaučiasi esantys jų šeimininkai. Palyginimui reikia pasakyti, kad komercinių sistemų diegimo nesėkmės dažniausiai siejamos su pamatinėmis prielaidomis apie darbo procesus, o jas kartais sunku perkelti į skirtingus sistemos naudojimo kontekstus<sup>373</sup>. Be to, sistemos pritaikymui pagal kliento poreikius – svarbiausiam darbui – dažniausiai neskiriama nei pakankamai laiko, nei pastangų<sup>374</sup>. Velse atveju į visas šias problemas buvo atsižvelgta ir surasta pragmatiška išeitis – pusiausvyra tarp organizacijų savarankiškai susikurtų ir pritaikytų komercinių informacinių sistemų (t. y. pasirinktos tos IS, kurios buvo geresnės), kai kiekvieno produkto įvertinimui ir pritaikymui pagal vartotojų poreikius buvo skirta pakankamai laiko, o IT tiekėjai į procesą įtraukti kuo anksčiau, tačiau jiems suteiktas tik partnerių, o ne viso proceso lyderių vaidmuo.

<sup>372</sup> Ammenwerth, E., Iller, C., & Mahler, C. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2006.

<sup>373</sup> Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., McKinstry, B., Procter, R., Majeed, A., Sheikh, A. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Medicine*, 2011, Vol. 8, Issue 1: 1–16.

<sup>374</sup> *Ibid.*



Be to, išsami atvejo Velse analizė parodė, kad į veiklą įtrauktos suinteresuotosios pusės ne tik gerokai paskatino prieš tai aprašytus procesus, nulėmusius sėkmingą sveikatos programos įgyvendinimą, bet ir padėjo kitaip pažvelgti į sveikatos priežiūros naujoves ir kokybę. Pavyzdžiui, vien dėl nacionalinės sveikatos programos „*Informing Healthcare*“ pasiekimo „bendram tikslui sutelktos visos Vello NHS“ buvo sukurtos sąlygos geresniam lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymui.

Pagerėjus Vello NHS vidiniam bendradarbiavimui, atsirado galimybių rengti geresnes technines sąlygas planuojamoms informacinėms sistemoms. Be to, didelės reikšmės turėjo ir sugebėjimas išsirinkti geresnes technologijas, o tai labai skiriasi nuo „tradicinės“ situacijos, kai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai suprasdavo užmezgę nelygiaverčius santykius su didžiais IT tiekėjais.

Ypatingos svarbos turėjo ir galių suinteresuotosioms pusėms suteikimas, mat taip buvo tiesiogiai skatinamas jų savininkiškas požiūris į pokyčius, kuriuos jos pirmosios ir patyrė. Šios priemonės poveikis gali būti siejamas su įvairiais veiksmingesnio pokyčių valdymo aspektais, tačiau dalis įrodymų leidžia manyti, kad didesnis savininkiškumo jausmas gali nulemti duomenų kokybę, taigi ir geresnę pacientų sveikatos priežiūrą.

Svarbu pasakyti, kad vartotojai pripažino (o tai – savaime svarbus veiksnys), jog dalyvaudami sveikatos programoje gavo geresnių IT produktų, palyginti su tais, kuriuos būtų galėję įsigyti savarankiškai. Be to, „būtų buvę praktiškai neįmanoma patiems sukurti vartotojui galimybę vieno prisiregistravimo metu prisijungti prie visų Velse veikiančių sistemų“ („RADIS“ tresto vadovas, T. H.)

Šiuo atveju naujovės siejasi su integruotu sveikatos priežiūros paslaugų teikimu bei organizacinių ir profesinių ribų nepaisančiu bendradarbiavimu.

### **Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir tvarumas**

Pastebėta, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas prisidėjo ir prie pokyčių tvarumo.

Tačiau, remiantis literatūra, svarbiausia pokyčių tvarumo sąlyga – galimybė sukurti besimokančią organizaciją<sup>375</sup>. Pasak autorių, sistemingas požiū-

<sup>375</sup> Sackmann, S. A., Eggenhofer-Rehart, P. M., Friesl, M. Sustainable Change: Long-Term Efforts Toward Developing a Learning Organization. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 2009, Vol. 45, No. 4: 521–549.

ris į pokyčius, su jais susijęs mokymasis ir virsmas, pasitikėjimas, tinkamas vaidmenų suvokimas ir konkrečiam tikslui panaudotos vadybinės priemonės padeda užtikrinti tvarų pokytį, dėl kurio pagerėja organizacijos veiklos rezultatai ir ji tampa besimokančia. Ši teiginį patvirtina ir atvejis Velse.

Siekiant tvaraus pokyčio, būtina atsižvelgti į jo įgyvendinimo pastangas bei vienu metu spręsti įvairius organizacinius klausimus, susijusius, pavyzdžiui, su organizacijos strategija, struktūra ir procesais, vadybinėmis sistemomis ir priemonėmis, lyderyste ir vidine kultūra<sup>376</sup>. Velse nacionaliniam IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje procesui parinktas metodas atitiko šiuos reikalavimus.

Remiantis empiriniais duomenimis, suinteresuotųjų pusių įtraukimą į nacionalinį e. sveikatos plėtros procesą skatina tam tikros sąlygos, pavyzdžiui, suinteresuotųjų pusių priskyrimas vertingiems ištekliams; medicinos specialistų, o ypač – planuojamų informacinių sistemų galutinių vartotojų, įtraukimas į paslaugų gerinimo projektų veiklą nuo pačios pradžios; palaipsninis įgyvendinimo procesas, kuriam būdingas ne tik daugiamatis suinteresuotųjų pusių įtraukimas (atsižvelgiantis į nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos institucinio konteksto plotį ir lygių gausą) į visus veiklos etapus – nacionalinės e. sveikatos įgyvendinimo strategijos derinimą, paslaugų gerinimo projektų vykdymą, galių suinteresuotosioms pusėms (vartotojams) suteikimą, sąlygų organizaciniam mokymuisi sudarymą, bet ir tolesnis viso sveikatos programos įgyvendinimo proceso kontroliavimas. Esminės nacionalinės koordinuojančios institucijos (pvz., nacionalinės programos) užduotys – sukurti visai nacionalinei sveikatos priežiūros tarnybai skirtą platformą, kurioje vyktų suinteresuotųjų pusių bendravimas ir organizacinis mokymasis ir būtų sudaromos sąlygos bendradarbiauti organizacijos viduje, bei nubrėžti strategines kryptis; sumažinti su IT teikėjais susijusią riziką ir priklausomumą nuo jų; suteikti suinteresuotosioms pusėms reikiamų galių, kurios padėtų išplėsti profesines ir organizacines ribas; ir tolesnis viso sveikatos programos įgyvendinimo proceso kontroliavimas. Tik tokiu atveju dėl į veiklą įtrauktų suinteresuotų grupių gali pagerėti pokyčių komunikacija, imlumas pokyčiams, savininkiškas požiūris į pokyčius ir įsipareigojimą jiems, sustiprėti pasitikėjimas, nusitrinti organizacinės bei profesinės ribos, suaktyvėti suinteresuotųjų pusių dalyvavimas,

<sup>376</sup> *Ibid.* and Senge, P. M. The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organization. Random House, 2006.

būti užtikrintas organizacinis mokymasis, naujovių diegimas arba sveikatos priežiūros kokybė bei organizacinių pokyčių tvarumas, nulemiantis naujovių diegimą pacientų priežiūros srityje ir organizacinių pokyčių tvarumą, taigi ir bendrąją pacientų sveikatos priežiūros kokybę.

### **2.3. Bendrasis koncepcinis modelis išsamiai nacionalinio IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje proceso analizei**

IRT įgyvendinimas sveikatos priežiūros srityje – labiau socialinis ir organizacinis nei techninis procesas. Be to, į pacientą orientuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metodai reikalauja keisti darbo organizavimo bei visą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką.

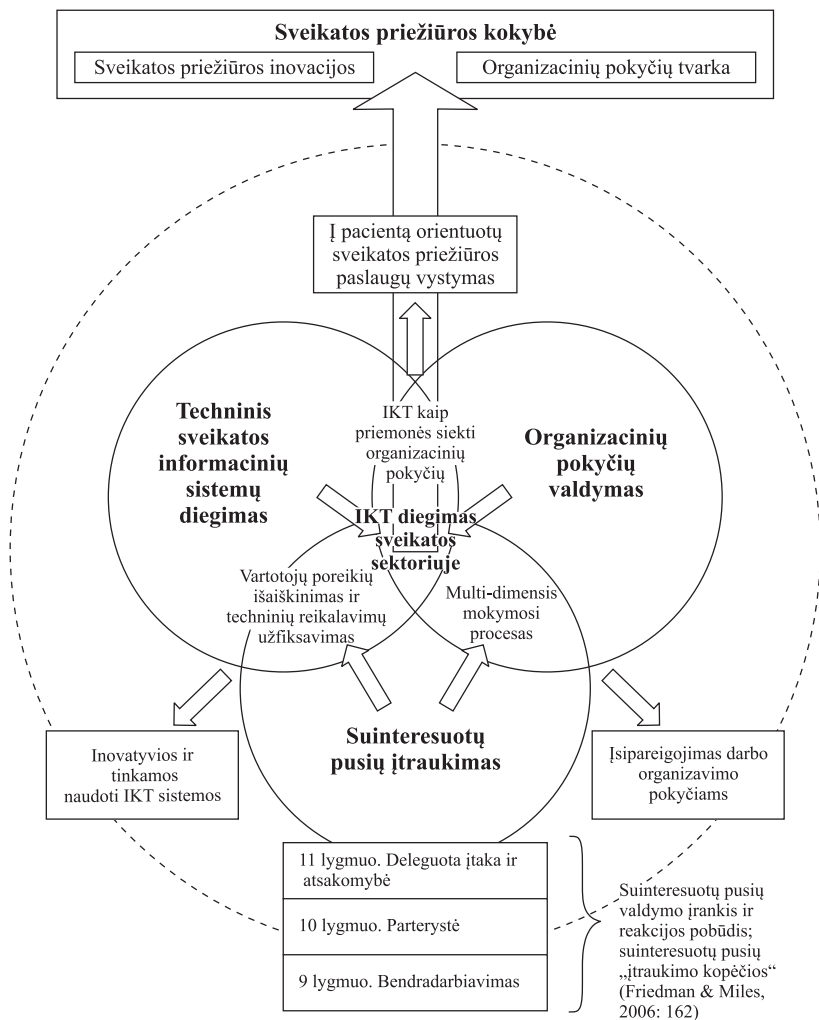
2.5 paveiksle pavaizduota „ideali“ nacionalinio IRT įgyvendinimo sveikatos priežiūros sektoriuje situacija. Siekiant išryškinti labai svarbią suinteresuotųjų pusių įtraukimo į šį procesą reikšmę, modelis susideda iš trijų dalių: suinteresuotųjų pusių įtraukimo, techninio IRT diegimo ir organizacinių pokyčių valdymo. Kitaip nei vyraujančioje techninėje arba funkcinėje paradigmoje, kuri yra plačiai taikoma IS tyrimuose, nors ir nebeatitinka šiandienos realijų, šiame modelyje pabrėžiama organizacinio mokymosi per suinteresuotųjų pusių daugiasluoksnį įtraukimą ir visuotinio organizaciniuose pokyčiuose (*angl. orchestrated organisational change*) reikšmė, o į organizacinių pokyčių procesus, susijusius su e. sveikatos plėtra nacionaliniame lygmenyje ir apimančius daugybę įvairių suinteresuotųjų pusių, įtakų ir interesų, yra žiūrima kaip į komunikacijos problematiką. Svarbiausias dėmesys šiame modelyje skiriamas suinteresuotųjų pusių įtraukimui: nustatyta, kad suinteresuotųjų pusių (o ypač vartotojų) įtraukimas į veiklą gali padėti pagerinti pokyčių komunikaciją, imlumą pokyčiams, savininkiską požiūrį į pokyčius ir įsipareigojimą jiems, gerokai pagerinti vidinį (sveikatos sektoriaus) bendradarbiavimą ir pasitikėjimą partneriais ir sudaryti galimybes plėsti organizacines bei profesines ribas, užtikrinti organizacinį mokymąsi, naujovių diegimą arba sveikatos priežiūros kokybę bei organizacinių pokyčių tvarumą. Taigi, į veiklą įtrauktos suinteresuotosios pusės prisideda prie bendrojo organizacinių pokyčių valdymo per daugiamačią mokymosi procesą, kartu skatindamos bendrąjį įsipareigojimą darbo organizavimo pokyčiams. Be to, padėdamos geriau išsiaiškinti informacinių sistemų vartotojų poreikius ir reikalavimus techninėms sąlygoms, į veiklą

įtrauktos suinteresuotosios pusės prisideda ir prie bendrojo techninio IRT diegimo sveikatos priežiūros sektoriuje proceso, skatindamos naujoviškų ir tinkamų naudoti IRT kūrimą. Svarbu pabrėžti, kad IRT turi būti suvokiama ne kaip tikslas, bet kaip organizacinių pokyčių sveikatos priežiūros srityje įgyvendinimo priemonė.

Tačiau lyginamosios analizės rezultatai parodė, kad suinteresuotųjų pusių įtraukimas nebūtinai garantuoja projekto sėkmę ar veiksmingesnę nacionalinę e. sveikatos plėtrą. Empiriškai pagrįsti mokslinio tyrimo rezultatai atskleidė keletą suinteresuotųjų pusių įtraukimo būdų, kurie leidžia siekti naujovių diegimo sveikatos priežiūros srityje bei organizacinių pokyčių tvarumo. Šie būdai susiję su suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir valdymo lygiu (kuris buvo nustatytas pasitelkus suinteresuotųjų pusių valdymo ir įtraukimo tipologiją pagal Friedmaną ir Milesą, 2006: 162<sup>377</sup>) bei suinteresuotųjų pusių įtraukimo strategijomis, kurios buvo nustatytos pasitelkus šiam tyrimui skirtų atvejų studijų metu sukauptų empiriškai pagrįstų duomenų analizę.

Remiantis suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir valdymo tipologija pagal Friedmaną ir Milesą (2006: 162), galutinių vartotojų įtraukimui į nacionalinį e. sveikatos plėtros procesą turėtų būti tinkamiausi 9 (bendradarbiavimas) – 11 (perduota įtaka ir atsakomybė) lygiai, kai suinteresuotųjų pusių dalyvavimo arba įtakos laipsnis svyravo nuo aktyvaus iki pagrįsto pasitikėjimu, o ketinimai įtraukti suinteresuotąsias puses į veiklą – nuo šiek tiek tokios galios priimti sprendimus perdavimo suinteresuotosioms pusėms tam tikrų projektų atvejais iki atstovavimo suinteresuotųjų pusių mažumai sprendimų priėmimo procese; pastebėtas suinteresuotųjų pusių poveikis formuluojant ir derinant sprendimus bei daugiašalis dialogas, įtraukiantis ir strategiškai svarbias sąjungas, ir valdymo struktūras. O IT tiekėjai turi būti įtraukti į veiklą taip, kad juos atidžiai valdytų už nacionalinio proceso koordinavimą atsakingos institucijos (pvz., nacionalinės programos).

<sup>377</sup> Friedman, A. L. & Miles, S. *Stakeholders: Theory and Practice*. 2006, p. 162–163.



**2.5 pav.** Nacionalinės e. sveikatos plėtros sistemos koncepcija

Šaltinis: Rotomskienė, R. Naujovės ir tvarumas diegiant e. sveikatą: tarptautinė suinteresuotųjų pusių vaidmens perspektyva. Daktaro disertacija.

Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011.

Remiantis empiriniais duomenimis, suinteresuotųjų pusių įtraukimą į nacionalinę e. sveikatos plėtros procesą skatina tam tikros sąlygos, pavyzdžiui, suinteresuotųjų pusių priskyrimas vertingiems ištekliams; medikų, o ypač

planuojamų informacinių sistemų galutinių vartotojų įtraukimas į paslaugų gerinimo projektų veiklą nuo pačios pradžios; palaiapsninis įgyvendinimo procesas, kuriam būdingas ne tik daugiamatis suinteresuotųjų pusių įtraukimas (atsižvelgiantis į nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos institucinio konteksto plotį ir lygių gausą) į visus veiklos etapus – nacionalinės e. sveikatos įgyvendinimo strategijos derinimą, paslaugų gerinimo projektų vykdymą, galių suinteresuotosioms pusėms (vartotojams) suteikimą, sąlygų organizaciniam mokymuisi sudarymą, – bet ir tolesnis viso sveikatos programos įgyvendinimo proceso kontroliavimas. Esminės nacionalinės koordinuojančios institucijos (pvz., nacionalinės programos) užduotys – sukurti visai nacionalinei sveikatos priežiūros tarnybai skirtą platformą, kurioje vyktų suinteresuotųjų pusių bendravimas ir organizacinis mokymasis ir būtų sudaromos sąlygos bendradarbiauti organizacijos viduje bei nubrėžti strategines kryptis; sumažinti su IT teikėjais susijusią riziką ir priklausomumą nuo jų; suteikti suinteresuotosioms pusėms reikiamų galių, kurios padėtų išplėsti profesines ir organizacines ribas, ir tolesnis viso sveikatos programos įgyvendinimo proceso kontroliavimas. Tik tokiu atveju dėl į veiklą įtrauktų suinteresuotųjų grupių gali pagerėti pokyčių komunikacija, imlumas pokyčiams, savininkiškas požiūris į pokyčius ir išipareigojimą jiems, sustiprėti pasitikėjimas, nusitrinti organizacinės bei profesinės ribos, suaktyvėti suinteresuotųjų pusių dalyvavimas, būti užtikrintas organizacinis mokymasis, naujovių diegimas arba sveikatos priežiūros kokybė bei organizacinių pokyčių tvarumas, nulemiantis naujovių diegimą pacientų priežiūros srityje ir organizacinių pokyčių tvarumą, taigi ir bendrąją pacientų sveikatos priežiūros kokybę.

### Literatūros sąrašas

1. Allen, J., Jimmieson, N. L., Bordia, P., Irmer, B. E. Uncertainty during Organizational Change: Managing Perceptions through Communication. *Journal of Change Management*, 2007. Volume 7, Issue 2.
2. Ammenwerth, E., Iller, C., & Mahler, C. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2006.
3. Armenakis, A. A., Harris, S. G., Mossholder, K. W. *Creating Readiness for Organizational Change*, 1993, June 46, p. 681–703.
4. BBC News, 14 March 2006.
5. Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., McKinstry, B., Procter, R., Majeed, A., Sheikh, A. The Impact of eHealth on the Quali-

- ty and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Medicine*, 2011, Vol. 8, Issue 1: 1–16.
6. Bokeno, R. M. Introduction: appraisals of organizational learning as emancipatory change. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6: 603–618.
  7. Bruce S. NHS could still be penalised under NPfIT, 2010 [retrieved 12.12.2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6287>.
  8. Committee of Public Accounts, 2007, available online [05.12.2014.]. 0506/department\_of\_health\_the\_nati.aspx.
  9. Committee of Public Accounts, House of Commons. Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Twentieth Report of Session 2006–07 Report, together with formal minutes, oral and written evidence, HC 390 [Incorporating HC 1360-I of Session 2005-06]. Published on 11 April 2007 by authority of the House of Commons. London: The Stationery Office Limited, [retrieved 3 September 2014]. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpubacc/390/390.pdf>.
  10. Committee of Public Accounts, House of Commons. Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Twentieth Report of Session 2006–07 Report, together with formal minutes, oral and written evidence, HC 390 [Incorporating HC 1360-i of Session 2005-06]. Published on 11 April 2007 by authority of the House of Commons. London: The Stationery Office Limited, [retrieved 3 September 2014]. <http://www.publications>.
  11. Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions, eHealth Action Plan 2012-2020 – Innovative Healthcare for the 21st Century. Brussels, 6.12.2012 COM(2012) 736. Available at [05.12.2014]. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52012DC0736>.
  12. ComputerWeekly.com (07 November 2006). Trust feels pain of NHS IT roll-out., [retrieved 3 September 2014]. <http://www.computerweekly.com/Articles/2006/11/07/219625/Trust-feels-pain-of-NHS-IT-roll-out.htm>.
  13. ComputerWeekly.com, 16 June 2008; eHealth Insider, 20 May 2008. NHS says Lorenzo won't be complete until 2016 [retrieved 3 September 2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/3764>.
  14. ComputerWeekly.com, 25 April 2008. By Tony Collins on April 25, 2008, 290 patient safety incidents reported under NPfIT scheme [retrieved 3 September 2014]. <http://www.computerweekly.com/blogs/public-sector/2008/04/290-patient-safety-incidents-r.html>.
  15. Coyle-Shapiro, J. A. M. Employee participation and assessment of an organizational change intervention: A three-wave study of total quality management. *Journal of Applied Behavioral Science*, 1999, 35: 439–456 and Weber, P. S., Manning, M. R. Cause Maps, Sensemaking, and Planned Organizational Change. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 2001, Vol. 37, No. 2: 227–251.

16. Department of Health, 2002.
17. Department of Health. An Information Revolution: a consultation on proposals. Launch date: 18 October 2010. Closing date: 14 January 2011. [retrieved 3 September 2014]. [http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH\\_120080](http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH_120080).
18. DiBella, A. J. Culture and Planned Change in an International Organization: A Multi-Level Predicament. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1996, 4(4): 352–372.
19. Durant, R. A., Cashman, J. F. Theorizing limits: an exploration of boundaries, learning, and emancipation. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6: 650–665.
20. E-Health Industry, 15 April 2011; Hoeksma, 2011.
21. eHealth Insider, 20 May 2008. NHS says Lorenzo won't be complete until 2016 [retrieved 3 September 2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/3764>.
22. E-Health Insider, 24 January 2011. e-Health Insider. NPfIT failures have left NHS IT “stuck”, 24 January 2011, by Sarah Bruce, [retrieved 3 September 2014]. <http://www.ehi.co.uk/news/EHI/6586/npfit-failureshave-left-nhs-it-“stuck”>.
23. E-Health Insider. Connelly: NHS IT to ‘evolve’, 10 November 2010. By EHI staff, [retrieved 3 September 2011]. <http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6406>.
24. E-Health Insider. NHS ‘lacks skills’ for info revolution, 13 January 2011. By Sarah Bruce, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6560/nhs\\_‘lacks\\_skills’\\_for\\_info\\_revolutio](http://www.ehi.co.uk/news/ehi/6560/nhs_‘lacks_skills’_for_info_revolutio).
25. E-Health Insider Industry. Lansley to open up health IT market, 5 April 2011. By Jon Hoeksma, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.ehi.co.uk/news/industry/6779/lansley\\_to\\_open\\_up\\_health\\_it\\_market](http://www.ehi.co.uk/news/industry/6779/lansley_to_open_up_health_it_market).
26. Eisenhardt, K. M. & Schoonhoven, Cl. Resource-based View of Strategic Alliance Formation: Strategic and Social Effects in Entrepreneurial Firms. *Organization Science*, 1996, 7: 136–150.
27. Entwistle, T. The distinctiveness of the Welsh partnership agenda. *International Journal of Public Sector Management*, 2006, Vol. 19 Issue 3: 228–237.
28. European countries on their journey towards national eHealth infrastructures. Available at [05.12.2014]. [http://www.ehealth-strategies.eu/report/eHealth\\_Strategies\\_Final\\_Report\\_Web.pdf](http://www.ehealth-strategies.eu/report/eHealth_Strategies_Final_Report_Web.pdf).
29. Feldman, M. S. Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organisation Science*, May-June 2004, Vol. 15, No. 3, 295–309.
30. Ferres, N., Connell, J. Emotional intelligence in leaders: an antidote for cynicism towards change? *Strategic Change*, 2004, Volume 13, Issue 2: 61–71.
31. Ford, J. D., Ford, L. W. The role of conversations in producing intentional change in organizations. *The Academy of Management Review*, 1995. Vol. 20: 541–70.
32. Frahm, J., Brown, K. First steps: linking change communication to change receptivity. *Journal of Organizational Change Management*, 2007, Vol. 20, No. 3: 370–387.



33. Friedman, A. L. & Miles, S. Stakeholders: Theory and Practice. 2006, p. 162–170.
34. Gallivan & Keil. The user–developer communication process: a critical case study. *Information Systems Journal*. January 2003, Vol. 13, Issue 1: 37–68.
35. Giddens (1984), Giroux (1992), Katz and Kahn (1978) and Beach (1990) in Durant, R.A., Cashman, J. F. Theorizing limits: an exploration of boundaries, learning, and emancipation. *Journal of Organizational Change Management*, 2003, Vol. 16, No. 6, 650–665.
36. Government & Public Sector Journal, July 2011.
37. Guthrie, M. Engaging physicians in performance improvement. *American Journal of Medical Quality* 20, 2005, p. 235–238.
38. Habermas, J. Communication and the Evolution of Society, Heinemann, London, 1979.
39. [http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH\\_120080](http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH_120080).
40. Informaticopia, 22 June, 2006.
41. Isaacs, W. Dialogue and the Art of Thinking Together: A Pioneering Approach to Communicating. 1999. in Business and in Life, Currency, New York.
42. Marzano, R., Zaffron, S., Zraik, L., Robbins, S. and Yoon, L. 'A new paradigm for educational change', *Education*, 1995, Vol. 116, No. 2: 162–173.
43. Mayer, R. C., Davis, J. H., Schoorman, F. D. An integrative model of organizational trust: past, present, and future. *Academy of Management Review*, 2007, 32(2): 344–354.
44. Meyer, C. B., Stensaker, I. G. Developing capacity for change. *Journal of Change Management*, June 2006, Vol. 6, No. 2: 217–231.
45. Michaelis B., Stegmaier R., Sonntag K. Affective Commitment to Change and Innovation Implementation Behavior: The Role of Charismatic Leadership and Employees' Trust in Top Management. *Journal of Change Management*, December 2009, Vol. 9, No. 4, 399–417.
46. Mitznberg, (1979). The structuring of organizations: a synthesis of the research. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979.
47. NAO (2006). Department of Health: The National Programme for IT in the NHS, Report by NAO. 16 June 2006, retrieved 3 September 2014, [http://www.nao.org.uk/publications/0506/department\\_of\\_health\\_the\\_nati.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0506/department_of_health_the_nati.aspx) or <http://www.nao.org.uk/publications/>.
48. NAO (2011). Department of Health The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems. Report by the Comptroller and Auditor General HC 888 Session 2010–2012, 18 May 2011.
49. NAO, Central government's use of consultants and interims. Report by the Comptroller and Auditor General, H C 488, Session 2010–2011, 14 October 2010, [retrieved 3 September 2014]. [http://www.nao.org.uk/publications/1011/use\\_of\\_consultants.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/1011/use_of_consultants.aspx).

50. NAO. Report by the Comptroller and Auditor General, HC 888, Session 2010–2012, 18 May, 2011. Department of Health, The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems. [retrieved 3 September 2014]. <http://www.nao.org.uk/publications/1012/npfit.aspx>.
51. Parliamentary Office of Science and Technology (February, 2004). New NHS IT, available online [05.12.2014.]. <http://www.google.lt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.parliament.uk%2Fbriefing-papers%2FPOST-PN-214.pdf&ei=dpPkVOH0KsK3PMSpgeGf&usg=AFQjCNEpCJKjtIRfEC8znPgDHYyB8RNUw&bvm=bv.85970519,d.ZWU> Sackmann, S. A., Eggenhofer-Rehart, P. M., Friesl, M. Sustainable Change: Long-Term Efforts Toward Developing a Learning Organization. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 2009, Vol. 45, No. 4: 521–549.
52. Scandurra I., Hagglund M., Koch S. From user needs to system specifications: Multidisciplinary thematic seminars as a collaborative design method for development of health information systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 2008, 41: 557–569.
53. Senge, P. M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York, NY: Doubleday. 1990, 424 p.
54. Senge, P. M., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R. B., Smith, B. J. *The Fifth Discipline Fieldbook. Strategies and Tools for Building a learning Organization*. ACurrency and Doubleday, 1994.
55. Shortell, S. M. *Effective Hospital-Physician Relationships*. Chicago: Health Administration, Press. 1991.
56. Taylor, J. R., van Every, E. J. *The Emergent Organization: Communication as its Site and Surface*, Laurence Erlbaum and Associates Inc, Mahwah, NJ. 2000.
57. *The Academy of Management Review*, 1995, 20: 541–70.
58. The Committee of Public Accounts of the House of Commons, 2007.
59. The European Commission (2014) *The Final Report on Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners*. March 24, 2014. Available [06.12.2014.]. <http://www.open-evidence.com/final-report-benchmarking-deployment-of-ehealth-among-general-practitioners/>.
60. The National Audit Office, 18 May, 2011. Report on “The National Programme for IT in the NHS: An Update on the delivery of Detailed Care Records Systems” [12.12.2014.]. <http://www.nao.org.uk/report/the-national-programme-for-it-in-the-nhs-an-update-on-the-delivery-of-detailed-care-records-systems/>.
61. *The Private Eye*, 6 March 2007.
62. Weick, K. E., Quinn, R. E. Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 1999, 50: 361–86.

### 3. E. SVEIKATOS PROJEKTŲ LIETUVOJE ANALIZĖ

Vaida Pukinaitė

Sveikatos priežiūros sistemos kokybės, prieinamumo, skaidrumo didinimas, orientacija į pacientą, sveikatos politikos principų ir strategijų integravimas į visas politikas, suinteresuotųjų įtraukimas – yra vieni pagrindinių šiuolaikinės dekados sveikatos politikos tikslų ir didžiausių iššūkių. Šiuolaikinė sveikatos politika tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje krypsta į integruotą iš „apačios į viršų“ modelių taikymą, kuriems pagrindą sudaro tinklaveika, įvairių formų ir struktūrų partnerystė bei bendradarbiavimas, grįstas konsensu, dialogo, o ne hierarchinio valdymo ir įsakymų ar nurodymų forma. Toks tinklais ir tarpsektoriniu bendradarbiavimu grįstas sveikatos politikos organizavimas iš esmės reikalauja naujų valdymo, darbo organizavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelių, kurie skatintų suinteresuotųjų pusių įtraukimą į sveikatos sprendimų priėmimą ir plėtros procesus, sveikatos kultūros ir vertybių formavimą per atskaitomybės, skaidrumo principus, aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimą<sup>378</sup>.

Dar 2005–2006 m. atliktame tarptautiniame tyrime apie ekonominį poveikį ir naudą taikant informacines ir ryšių technologijas sveikatos politikoje (angl. *European e-Health IMPACT study*) nustatyta, kad būtent, e. sveikatos diegimas Europos Sąjungos (toliau – ES) valstybėse yra vienas svarbiausių strateginių būdų, galintis atliepti daugumą prieš tai išvardintų iššūkių, kylančių šiuolaikinei sveikatos politikai, pateikti naujas darbo organizavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formas<sup>379</sup>. Vis dėlto Europos Komunikate „2012–2020 m. E. Sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui“ pažymėta, kad efektyvus IT naudojimas sveikatos produktuose, teikiant sveikatos paslaugas ir vykdant sveikatos procesus; pokyčiai sveikatos priežiūros sistemose bei nauji reikalingi įgū-

<sup>378</sup> Pukinaitė, V. (2014). „Sveikatos visose politikose“ sėkmingo įgyvendinimo prielaidos: tabako kontrolės politikos Lietuvoje atvejis. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 20–38.

<sup>379</sup> Empirica et al. Study on Economic Impact of eHealth: Developing an Evidence-Based Context-Adaptive Method of Evaluation for eHealth. 2005. [http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6\\_2\\_Final\\_Report\\_ext.pdf](http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6_2_Final_Report_ext.pdf) [žiūrėta 2014-11-07].

džiai; saugus bendradarbiavimas IT srityje tarp institucijų bei komunikacijos tarp pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų palaikymas ir užsienio šalyse, ir Lietuvoje – didelis iššūkis<sup>380</sup>. Pasak Estijos prezidento T. H. Ilveso, nepaisant to, kad Europos Sąjungos šalys padarė didelę pažangą e. sveikatos infrastruktūroje ir diegime, lyginant su kitais sektoriais, IT sprendimų ir projektų įgyvendinimas sveikatos sektoriuje atsilieka mažiausiai 10 metų<sup>381</sup>. 2011 m. Europos Komisijos atlikto tyrimo duomenimis, beveik visos Europos Sąjungos šalys turėjo išsamius nacionalinius dokumentus, apibrėžiančius konkrečius e. sveikatos tikslus, įgyvendinimo priemones, o kai kuriose šalyse net buvo aprašyti gana pažangūs pasiekimai e. sveikatos srityje. Tačiau išanalizavus konkrečius e. sveikatos projektus, tokius kaip: e. receptas, telemedicina, elektroninė sveikatos istorija – paaiškėjo, kad dauguma iš tyrinėtų šalių (20 iš 27) vis dar buvo pagrindinių e. sveikatos projektų planavimo, o ne įgyvendinimo ar diegimo etape<sup>382</sup>.

Pasak M. Blocho, S. Blumbergo ir J. Laartzo, kurie bendradarbiaudami su Oksfordo universitetu atliko daugiau nei 5400 didelės apimties (ir didelių biudžetų) įvairiuose sektoriuose įgyvendinamų IT projektų analizę, didelės apimties IT projektams numatytas biudžetas vidutiniškai išauga net 45 procentus juos įgyvendinant, 7 procentais vėluoja projektų įgyvendinimo laikas, o jie sukuria net 56 procentais mažiau vertės negu buvo prognozuota<sup>383</sup>. Projektai, kuriuose kuriama, diegiama, pritaikoma programinė įranga (tai būdinga ir e. sveikatos projektams), įvardijami kaip turintys didžiausią riziką tiek viršijant išlaidas, tiek vėluojant. Tyrimas parodė, kad viršijantys numatytas išlaidas ir atsiliekantys nuo grafiko IT projektai dažnai būna ir iki galo neįgyvendinti<sup>384</sup>.

<sup>380</sup> Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui. 2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui. Briuselis, 2012 12 06 COM(2012) 736 final. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_lt.pdf) [žiūrėta 2014-09-16].

<sup>381</sup> eHealth Task Force Report. Redesigning Health in Europe for 2020. Publications Office of the European Union, Belgium, 2012, ISBN 978-92-79-23542-9. [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/policy/ehtask\\_force/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/ehtask_force/index_en.htm) [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>382</sup> Stroetmann, K. A., Artmann, J., Stroetmann, V. N., Protti D., Dumortier, J., Giest, S., Walossek, U., Whitehouse, D. (2011). *European Countries on their Journey towards National E-health Infrastructures*. Final European progress report. Brussels.

<sup>383</sup> Bloch, M., Blumberg, S., Laartz, J. (2012). *Delivering Large-Scale IT Projects on Time, on Budget and on Value*. Insights & Publications. [http://www.mckinsey.com/insights/business\\_technology/delivering\\_large-scale\\_it\\_projects\\_on\\_time\\_on\\_budget\\_and\\_on\\_value](http://www.mckinsey.com/insights/business_technology/delivering_large-scale_it_projects_on_time_on_budget_and_on_value) [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>384</sup> *Ibid.*

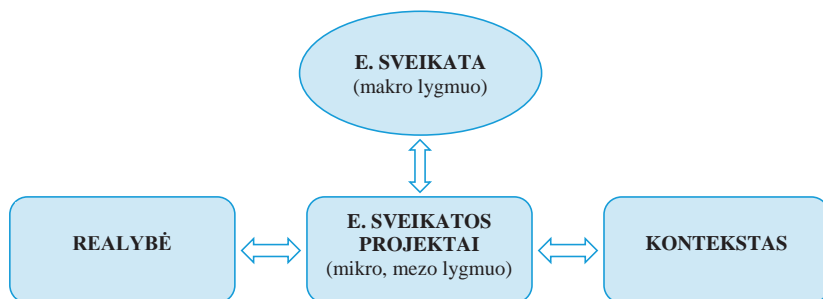
Taigi e. sveikata, akcentuodama technologinį determinizmą, nėra save realizuojanti priemonė ar būdas, kuris pats savaime garantuotų geresnius sveikatos politikos rezultatus ir žymų pozityvių sveikatos srities rodiklių augimą. E. sveikatos vystymasis ir įgyvendinimas yra nepaprastai sudėtingas, be to, e. sveikatai būdingi ir tam tikri paradoksai: skiriamas vis didesnis finansavimas, rengiami nauji ES ir nacionaliniai reglamentai bei įstatymai, kuriamos ir diegiamos naujos programos bei projektai, bet pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis didėja nežymiai, e. sveikatos paslaugomis naudojamosi rečiau, nei apie jas žinoma<sup>385</sup>, vis dar išlieka dideli netolygumai ne tik tarp šalių, bet ir tarp regionų (e. sveikatos pasiekimuose dideli skirtumai ir tarp Baltijos šalių, kur Estija – neabejotina regiono lyderė<sup>386</sup>). Pasak R. Heekso, siekiant nustatyti pagrindines e. sveikatos sėkmės tvarumo prielaidas bei kliūtis ir tikslingai identifikuoti bei įtraukti suinteresuotuosius, daugiau dėmesio turi būti skiriama e. sveikatos projektų analizei (mikro- ir mezolygmeniui) (žr. 3.1 pav.)<sup>387</sup>. Todėl reikia analizuoti ne tik tarptautinę patirtį, Lietuvoje ir pasaulyje atliktus mokslinius tyrinėjimus e. sveikatos srityje (makrolygmuo), bet „suprasti dabartinę realybę ir kontekstą“ – tai yra e. projektų, diegiamų šalyje, funkcionalumas. Jau minėtame tarptautiniame tyrime apie ekonominį poveikį taikant informacines ir ryšių technologijas sveikatos politikoje taip pat teigiama, kad siekiant nustatyti e. sveikatos sėkmės ar nesėkmės faktorius, e. sveikatos įtaką suinteresuotiesiems ar atlikti ekonominį e. sveikatos vertinimą – pirmiausia būtina analizuoti įgyvendintus ir / arba vykdomus e. sveikatos projektus tiek nacionaliniu, tiek regioniniu mastu<sup>388</sup>.

<sup>385</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 183–214.

<sup>386</sup> Stroetmann, K. A., Artmann, J., Stroetmann, V. N., Protti, D., Dumortier, J., Giest, S., Walossek, U., Whitehouse, D. (2011). *European Countries on their Journey towards National E-health Infrastructures*. Final European progress report. Brussels.

<sup>387</sup> Heeks, R. (2008). *The e-Government for Development Information Exchange Project*. The University of Manchester Institute for Development Policy and Management. <http://www.egov4dev.org/health/techniques> [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>388</sup> Empirica et al. *Study on Economic Impact of eHealth: Developing an Evidence-Based Context-Adaptive Method of Evaluation for eHealth*. 2005. [http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6\\_2\\_Final\\_Report\\_ext.pdf](http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6_2_Final_Report_ext.pdf), [žiūrėta 2014-11-07].



3.1 pav. E. sveikatos projektų analizės reikšmė<sup>389</sup>

Todėl šio skyriaus **tikslas** – atlikti pagrindinių su e. sveikata susijusių projektų nuo 2004 m. iki 2015 m. (įtraukti ir tie projektai, kurių pabaiga numatyta 2015 m. pagal E. Sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą) Lietuvoje apžvalgą ir lyginamąją projektų analizę. Skyriuje yra siekiama atskleisti aplinką (kontekstą ir „realybę“), kuriame projektai formavosi, pristatyti e. sveikatos projektų tikslus, uždavinius, taip pat apibendrinti projektų tikslines grupes, jų vykdytojus, partnerius bei kitus suinteresuotuosius, pagrindinius projektų finansavimo šaltinius, IT kompanijų, laimėjusių viešuosius pirkimus projektams įgyvendinti, pavadinimus, išnagrinėti projektų būklę ir įgyvendinimo terminus.

### Metodai

Šiame skyriuje taikoma mokslinės literatūros ir mokslinių tyrimų analizė, *įstatymų, kitų teisės aktų, taip pat ES teisės aktų analizė*, apibendrinimas. Projektams nuo 2009 m. iki 2015 m. analizuoti ir lyginti atlikta antrinių informacijos šaltinių, taip pat interneto svetainės [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt) turinio analizė. Turinio analizė pasirinkta atsižvelgus į tai, kad interneto svetainės [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt) įrankis „Projektų žemėlapis“ yra patogiausias būdas duomenims apie įgyvendintus ir įgyvendinamus projektus Lietuvoje rinkti. Apie iki 2009 m. vykdytus e. sveikatos projektus informacija viešai privalomai nebuvo skelbiama, todėl projektų paieška ir analizė papildomai atlikta pagal Lietuvos 2004–2006 m. bendrojo programavimo dokumento

<sup>389</sup> Heeks, R. *The eGovernment for Development Information Exchange Project*. The University of Manchester Institute for Development Policy and Management. 2008. <http://www.egov4dev.org/health/techniques> [žiūrėta 2014-11-07].

1.4 prioritetą „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“, 3.3 prioritetą „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ ir 5.1 prioritetą „Parama programos parengimui, valdymui, priežiūrai ir kontrolei (ERPF)“. Taip pat buvo išnagrinėti ir tiesiogiai su e. sveikata nesusiję, tačiau turintys įtakos e. sveikatai projektai.

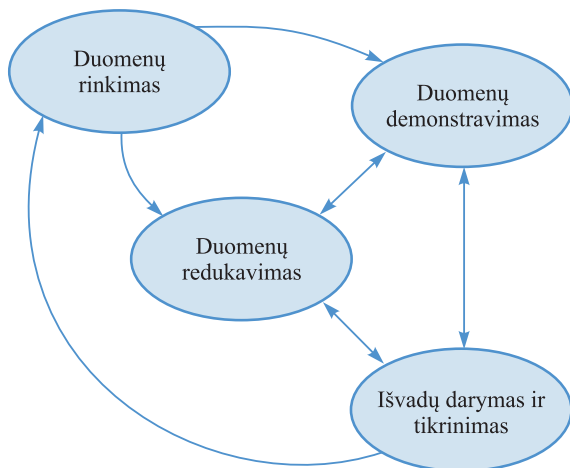
Atliekant analizę, kiekvienam projektui skirtas atskiras profilis, kuriame buvo pildoma visa surinkta informacija, detalizuojant e. sveikatos projektus pagal pasirinktas reikšmes (žr. 3.1 lentelę). Vėliau projektai buvo susiskirstyti į Projektus pagal Lietuvos 2004–2006 m. bendrojo programavimo dokumento 1.4 prioritetą, 3.3 prioritetą ir 5.1 prioritetą; nacionalinius e. sveikatos sistemos plėtros projektus 2009–2015 m.; regioninius e. sveikatos sistemos plėtros projektus; kitus su e. sveikata susijusius nacionalinius e. projektus. Taip pat buvo susisteminta bei detalizuota ir pagrindinių su e. sveikata susijusių projektų viešųjų pirkimų informacija: pirkimo pavadinimas, pirkimo dalyviai, laimėtojai, vykdę e. sveikatos projektų ar informacinių sistemų diegimą, pirkimo sutarties suma. Vykdam projektų detalizavimą ir palyginimą susidurta su informacijos trūkumu. Siekiant surinkti trūkstamą informaciją papildomai oficialiais raštais buvo kreiptasi į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją bei Viešųjų pirkimų tarnybą, nagrinėtos Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės valstybinių auditų ataskaitos.

### 3.1 lentelė. E. sveikatos projekto profilio pavyzdys

Projekto / iniciatyvos pavadinimas
Pagrindinis tikslas ir trumpas papildomų tikslų apibūdinimas
Vykdytojai / pareiškėjai
Partneriai / suinteresuotieji
Viešųjų pirkimų informacija: pirkimo pavadinimas, pirkimo dalyviai, laimėtojai, vykdę e. sveikatos projektų ar informacinių sistemų diegimą, pirkimo sutarties suma
Projekto pradžia ir pabaiga (įgyvendinimo laikotarpis)
Statusas
Finansavimo šaltinis, suma
Kita papildoma informacija

Būtina paminėti, kad e. sveikatos projektų apžvalga nebuvo kurta „izoliuotai“. Duomenų rinkimas ir analizė vyko „iteratyviai“, užtikrinant tęstinį procesą, kai renkant duomenis, juos demonstruojant, redukuojant, darant

išvadas ir jas tikrinant buvo grįžtama į pirminius etapus duomenis vis papildant (šis procesas vaizduojamas 3.2 paveiksle).



3.2 pav. Iteratyvus duomenų analizės modelis<sup>390</sup>

### 3.1. E. sveikatos sistemos vystymas Lietuvoje: projektų kūrimo prielaidos ir kontekstas

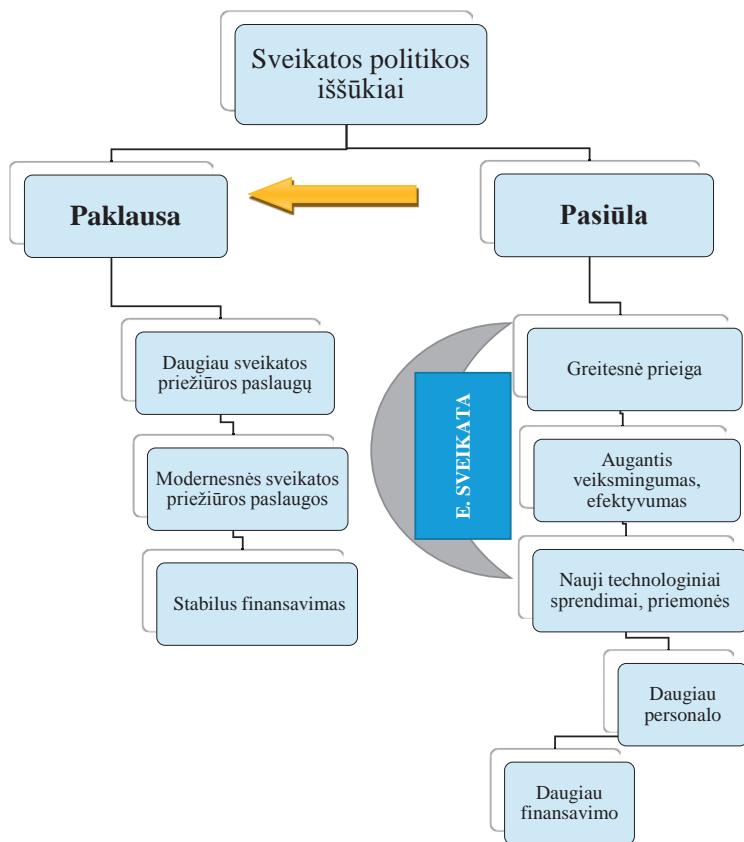
Kaip teigta ankstesniuose šios monografijos skyriuose, e. sveikata, kuri plačiąja prasme apibūdina šiuolaikinių informacijos ir ryšių technologijų (toliau – IRT) panaudojimą organizuojant ir teikiant nepertraukiamas ir į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas, yra neatsiejama sveikatos apsaugos dalis. Dar 2007 m. patvirtintoje Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijoje akcentuota, kad „e. sveikata daro įtaką visai sveikatos apsaugai“, nuo paslaugų teikimo iki sveikatos politikos valdymo pasitelkiant modernias IRT<sup>391</sup>. E. sveikata gerina visuomenės sveikatos informacijos prieinamumą ir piliečių rūpinimąsi savo sveikata, leidžia efektyviau panaudoti turimus išteklius teikiant sveikatos priežiūros paslau-

<sup>390</sup> Morkevičius, V., Telešienė, A., Žvaliauskas, G. *Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVIVO ir Text Analysis Suite*. Pavyzdinis metodologinis mokomasis studijų paketas. Lietuvos HMS duomenų archyvas. 2011. [http://www.lidata.eu/en/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course\\_file=nvivo\\_literatura\\_I\\_II.html](http://www.lidata.eu/en/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course_file=nvivo_literatura_I_II.html) [žiūrėta 2014-06-07].

<sup>391</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-10-09 įsakymu Nr. V-811 patvirtinta Lietuvos e. sveikatos sistemos 2007–2015 metų plėtros strategija.



gas, kurti naujas paslaugas, paremtas moderniomis IRT, gerinti paslaugų kokybę, kurti didesnę ekonominę ir socialinę sveikatos vertę. E. sveikata nuolat palaiko besivystančią sveikatos apsaugos sistemą, prisidėdama prie sveikatos apsaugos pokyčių tęstinumo<sup>392</sup>.



3.3 pav. Šiuolaikinės sveikatos politikos pasiūlos ir paklausos problematika ir e. sveikatos vieta joje<sup>393</sup>

<sup>392</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-10-09 įsakymu Nr. V-811 patvirtinta Lietuvos e. sveikatos sistemos 2007–2015 metų plėtros strategija.

<sup>393</sup> Empirica et al. *Study on Economic Impact of eHealth: Developing an Evidence-Based Context-Adaptive Method of Evaluation for eHealth*. 2005. [http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6\\_2\\_Final\\_Report\\_ext.pdf](http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6_2_Final_Report_ext.pdf) [žiūrėta 2014-06-07].

E. sveikata tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje gali padėti neutralizuoti ir gana problemišką sveikatos priežiūros paklausos ir pasiūlos santykį. Ryškėjant epidemiologiniams pokyčiams, ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei, išliekant gana didelei socialinei atskirčiai, prastėjant aplinkos kokybei (klimato kaita, užterštumas, cheminių medžiagų vartojimas), plintant vartotojiškam požiūriui (sveikatos priežiūros paslaugos vertinamos taip pat kaip ir bet kurios kitos paslaugos, be to, didėja tarpvalstybinė sveikatos paslaugų konkurencija), randantis naujoms mokslo ir medicinos inovacijų galimybėms – sveikatos apsauga susiduria su vis didesniais pacientų lūkesčiais<sup>394</sup>. Tačiau taip pat svarbi ir sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problema, naujų metodų taikymas, profesinių žinių plėtra, specialistų mokymai ir didėjančio finansavimo poreikis.

Taigi e. sveikata keičia ne tik sveikatos priežiūros institucijas, jų vidines struktūras, vidinius ir išorinius valdymo procesus bei sveikatos priežiūros sistemas (arba – *pasiūlą*), bet ir gyventojų, pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, administratorių ir politikų reikalavimus, lūkesčius ir poreikius (arba – *paklausą*) (žr. 3.3 pav.). Viena vertus, sveikatos priežiūros specialistai, paslaugų teikėjai gali naudotis e. sveikata ir jos priemonėmis siekiant pagerinti kokybę, efektyvumą, veiksmingumą ir ekonomiškumą. Be to, e. sveikata taip pat padidina galimybes patenkinti augančią paklausą ir su mažiau resursų bei išteklių padaryti daugiau. Kita vertus, veiksmingai taikoma e. sveikata įgalina pacientus, didina socialinę ir ekonominę įtrauktį, nes ją taikant didėja skaidrumas, užtikrinama geresnė prieiga prie paslaugų ir informacijos. Todėl galima teigti, kad e. sveikata – tai pažangiausias sprendimas sveikatos paslaugų pasiūlai ir paklausai valdyti<sup>395</sup>.

Nors nuo nacionalinės e. sveikatos informacinės sistemos kūrimo pradžios Lietuvoje praėjo daugiau nei dvylika metų (nacionalinės e. sveikatos informacinės sistemos NESS kūrimo pagrindas buvo nustatytas vadovujan-

<sup>394</sup> Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. 2013 m. sausio 30 d. Vilnius. [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas\\_ESSP\\_Neringos/Ataskaitos\\_2011MVP/Sveik\\_sekt\\_prioritetu\\_2014-2020m\\_ES\\_struk\\_paramos\\_panaud\\_vertinimas.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2011MVP/Sveik_sekt_prioritetu_2014-2020m_ES_struk_paramos_panaud_vertinimas.pdf) [žiūrėta 2014-06-07].

<sup>395</sup> Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui. 2012–2020 m. E. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui. Briuselis, 2012 12 06 COM(2012) 736 final. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_lt.pdf) [žiūrėta 2014-06-07].

tis Vyriausybės 2000–2004 metų programos įgyvendinimo priemonių planu, o NESS kūrimas inicijuotas sveikatos apsaugos ministro, kuris 2002 m. liepos 30 d. patvirtino Informacinės sveikatos sistemos plėtros programą. Būtent Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. patvirtintoje Informacinės sveikatos sistemos plėtros programoje ir numatyta parengti ilgalaikę e. sveikatos strategiją<sup>396</sup>), tačiau net keliuose Valstybės kontrolės audituose (2006 m., 2008 m. ir 2011 m.) minima, kad sveikatos paslaugos į elektroninę erdvę buvo perkeltos daugiau didžiųjų gydymo įstaigų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų iniciatyva, o Sveikatos apsaugos ministerijos nuo 2000 m. (tada e. sveikatai Lietuvoje vystyti buvo skirtos Pasaulio banko lėšos) vykdyti e. sveikatos kūrimo darbai nebuvo rezultatyvūs tiek, kiek tikėtasi<sup>397</sup>. Iki galo neįgyvendinus pagrindinių tuo metu vykdytų nacionalinių e. sveikatos projektų (2005 m. pasirašius sutartį su UAB „Hewlett-Packard“ NESS branduolio ir keturių pagrindinių funkcijų kūrimo etapo NESS-1 ir vėlesnio NESS kūrimo etapo NESS-2 projekto, kai 2007 metais, pasirašius sutartį su UAB „Etnomedijos Intercentras“, buvo siekiama sukurti vienuolika nacionalinių e. sveikatos funkcijų), susidurta su empirinio pesimizmo banga, kai buvo nusivilta visa e. sveikatos sistema ir pradėta abejoti jos veikimo galimybėmis Lietuvoje (Nacionalinės elektroninės sveikatos informacinės sistemos (NESS) raida Lietuvoje 2000–2010 m. yra pavaizduota 3.4 paveiksle. Jame vaizduojami ir atskirų e. sveikatos projektų vykdymo etapai, sudarytos sutartys ir strateginių e. sveikatos dokumentų patvirtinimo datos)<sup>398</sup>.

2005–2007 m. bandymas sukurti NESS (NESS-1 projektas) susidūrė su nesklaidumais, kurių dauguma išvardinta 2008 m. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaitoje, vertinančioje Sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrąją kontrolę. Tai bene vienintelis prieinamas šaltinis, suteikiantis išsamią informaciją apie tuo metu bandytą steigti

<sup>396</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

<sup>397</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.

<sup>398</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

nacionalinę e. sveikatos sistemą Lietuvoje. Šioje ataskaitoje pažymėta, kad Sveikatos apsaugos ministerija prieš kurdamą NESS nebuvo parengusi oficialaus dokumento, kuriame būtų pateikta NESS organizacinė, informacinė ir funkcinė struktūra (nebuvo nustatytas informacinių sistemų (toliau – IS) valdytojas ir IS tvarkytojai), kaupiamų duomenų šaltiniai, kita steigiamą informacinę sistemą apibūdinanti informacija<sup>399</sup>. NESS įgyvendinimo planas taip pat buvo numatytas tik NESS galimybių studijoje, kurioje pabrėžiama, kad nacionalinės e. sveikatos sistemos įgyvendinimas bus vykdomas 5 etapais ir skirtingais lygiais bei finansuojamas iš skirtingų šaltinių: Pasaulio banko, ES paramos ir Lietuvos nacionalinio biudžeto lėšomis<sup>400</sup>. Valstybės kontrolės audito ataskaitoje teigiama, kad „daugumos NESS-1 numatytų etapų įgyvendinimo terminai vėlavo, o kai kurie rezultatai nebuvo visiškai pasiekti, taip pat neparengti ir nepatvirtinti NESS nuostatai, nebuvo užtikrinta NESS-1 projekto kokybės priežiūra, nenustatyti projekto kontrolės taškai ir nesuteiktos galimybės visoms suinteresuotoms šalims dalyvauti įgyvendinant projektą“<sup>401</sup>. Nors, NESS-1 iš jį kūrusios organizacijos buvo priimtas kaip įgyvendintas projektas, bet bandomasis NESS branduolio ir keturių prioritetinių funkcijų paleidimas nevykdytas nė vienoje numatytoje įstaigoje, o tik viename papildomai pasirinktame Širvintų PSPC (įgyvendinus NESS-1 projektą, buvo planuota įdiegti NESS dvidešimt vienoje įstaigoje)<sup>402</sup>. Auditoriai taip pat atkreipė dėmesį į projekto vykdytojų kompetencijos trūkumą, projekto tikslų ir turimos teisinės bazės nesuderinamumą, nereglamentuotą teisinę aplinką, kurioje kūrėsi e. sveikata Lietuvoje, taip pat atsakingais už projektą paskirtų subjektų netinkamumą<sup>403</sup>.

NESS-2 etapas (jo metu turėjo būti sukurta 11 NESS funkcijų ir trijų regionų: Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos, sveikatos priežiūros įstaigų vidaus

<sup>399</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

<sup>400</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-03-15 patvirtintas „E. sveikatos sistemos plėtos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje projektas (galimybių studija)“.

<sup>401</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

<sup>402</sup> *Ibid.*

<sup>403</sup> *Ibid.*

procesų automatizavimo e. sveikatos sistemos) didele dalimi finansuotas iš Europos Sąjungos struktūrinės paramos ir vykdytas 2006–2008 metais<sup>404</sup>. Dėl 11 NESS funkcijų kūrimo nesutarus Sveikatos apsaugos ministerijai ir paslaugų tiekėjui, ginčas persikėlė į teisminį procesą ir iki šiol vyksta bylinėjimasis. Vis dėlto tai nesutrukdė įgyvendinti „E. sveikatos paslaugų“ projekto, kurio metu buvo numatyta sukurti bendrą, visą Lietuvą apimančią ir tarptautiniais standartais paremtą e. sveikatos bei sveikatos priežiūros įrašų sistemą<sup>405</sup>. Projektas „E. sveikatos paslaugos“ buvo skirtas didžiųjų gydymo įstaigų (Kauno klinikų, Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų) e. sveikatos funkcionalumui, informacinėms sistemoms HIS (angl. *Hospital Information System*) kurti, medicinos personalo darbo vietoms įrengti<sup>406</sup>. 2011 m. Valstybės kontrolės audito ataskaitoje dėl Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtros ir audito rekomendacijų įgyvendinimo teigiama, kad, nors Nacionalinio lygmens 11 funkcijų e. sveikatos IS nebuvo sukurta, ministerija kartu su Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikomis, Kauno medicinos universiteto klinikomis ir Klaipėdos universitetine ligonine surado galimybę kitomis priemonėmis užtikrinti sėkmingą projekto „El. sveikatos paslaugos“ tikslų įgyvendinimą, todėl sukurtos sistemos veikia ir jomis naudojasi pacientai<sup>407</sup>.

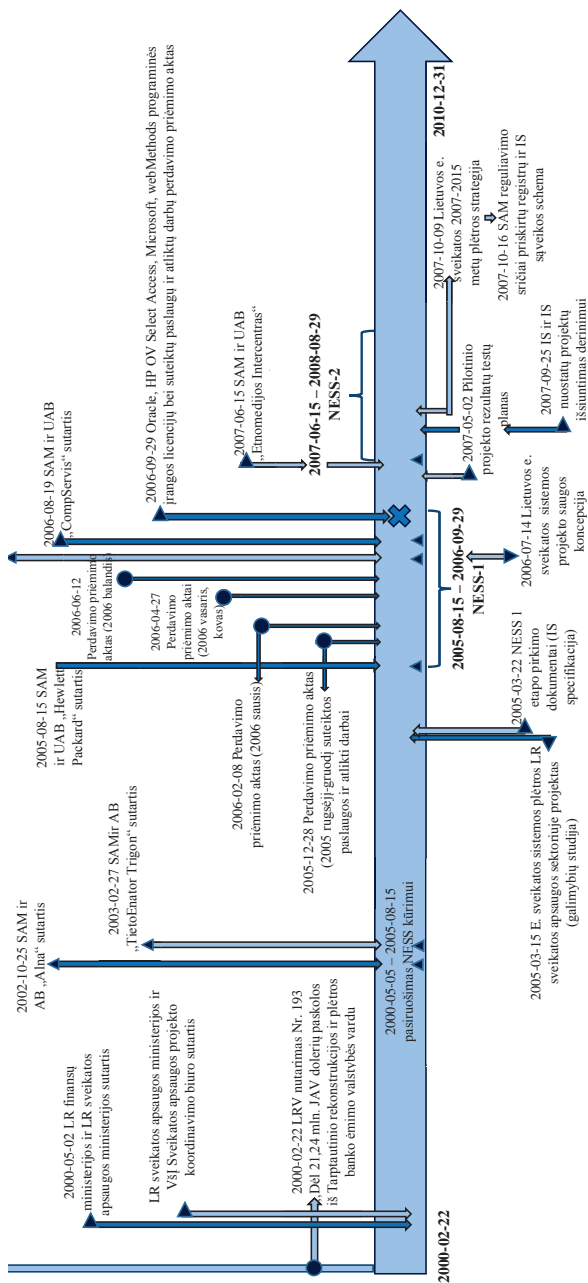
---

<sup>404</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.

<sup>405</sup> Informacinės visuomenės plėtros komiteto prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, VŠĮ Centrinės projektų valdymo agentūros ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2006-02-27 paramos teikimo projektams, įgyvendinantiems Lietuvos 2004–2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 3 prioriteto 3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“, sutartis Nr. BPD2004-ERPF-3.3.0-02-04/0023/S-250/S-64.

<sup>406</sup> Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. 2013 m. sausio 30 d. Vilnius. [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas\\_ESSP\\_Neringos/Ataskaitos\\_2011MVP/Sveik\\_sekt\\_prioritetu\\_2014-2020m\\_ES\\_struk\\_paramos\\_panaud\\_vertinimas.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2011MVP/Sveik_sekt_prioritetu_2014-2020m_ES_struk_paramos_panaud_vertinimas.pdf) [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>407</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.



3.4 pav. Nacionalinės elektroninės sveikatos informacinės sistemos (NESS) raida Lietuvoje 2000–2010 metais <sup>408</sup>

<sup>408</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

Praktiškai neįgyvendinta ir stringanti NESS (NESS-1 ir NESS-2 projektai) privedė prie naujo Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimo etapo. 2009 m. Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu UAB „Ernst & Young Baltic“ atliktame tyrime dėl „Nacionalinės elektroninės sveikatos sistemos sprendimo naujumo, tinkamumo eksploatuoti įvertinimo ir konsultavimo plėtros“ nustatyta, kad „pagal naują informacinių sistemų architektūros schemą (e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema), beveik nėra galimybės pasinaudoti prieš tai kurta ir bandyta įgyvendinti NESS arba ta galimybė panaudoti dokumentus, žinias, produktus yra labai menka“<sup>409</sup>. Taigi 2011 m., praėjus beveik 10 metų nuo pirmo bandymo kurti e. sveikatos informacinę sistemą Lietuvoje, ji pradėta kurti iš naujo.

2011 m. kovo 28 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtintas naujas e. sveikatos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelis. Šis modelis, kuriame numatyta sujungti įvairius duomenų registrus, kaupti elektroninius pacientų sveikatos įrašus, naudotis elektroninio recepto funkcijomis, saugoti ir naudotis medicininių vaizdų ir signalų duomenų baze, yra skirtas užtikrinti numatytą e. sveikatos sistemos plėtrą bei visų e. sveikatos sistemos priemonių, suderinamumą nacionaliniu mastu<sup>410</sup>. Šiame dokumente taip pat pristatytos Lietuvos e. sveikatos sistemos įgyvendinimo priemonės (pagrindinė Lietuvos e. sveikatos sistemos įgyvendinimo priemonė, kitaip: „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos organizacinių, telekomunikacinių ir programinių priemonių bei duomenų bazių, skirtų centralizuotai formuoti, naudoti ir kaupti elektronines asmens sveikatos istorijas bei jomis keistis tarp sveikatinimo veiklą vykdančių įstaigų, jų specialistų ir kitų darbuotojų, visuma“ – e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros (ESPBI IS) informacinė sistema<sup>411</sup>), pagrindinis ESPBI IS funkcionalumas, aprašyta, kas yra e. sveikatos sistemos paslaugų gavėjai, o kas – paslaugų teikėjai<sup>412</sup>. Kiek vėliau, 2011 m. birželio 7 d., Lietuvos Respublikos Seimas priėmė Sveikatos sistemos įstatymo

<sup>409</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.

<sup>410</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011-03-28 įsakymas Nr. V-294, kuriuo patvirtintas Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelis.

<sup>411</sup> *Ibid.*

<sup>412</sup> *Ibid.*

pataisą<sup>413</sup>, kuria oficialiai buvo įtvirtinta ir Lietuvos e. sveikatos sistema. Valstybės kontrolės ataskaitoje teigiama, kad iki to laiko teisės aktų, kurie tiesiogiai reglamentuotų e. sveikatos sistemą ir sveikatos duomenų tvarkymą elektroniniu būdu, Lietuvoje nebuvo<sup>414</sup>. Taigi, kaip minėta, nuo 2011 m. ESPBI IS yra oficiali valstybės informacinė sistema ir pagrindinė Lietuvos e. sveikatos sistemos įgyvendinimo priemonė. Įgyvendinant e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą, be ESPBI IS, taip pat yra kuriamos du papildomi nacionalinės e. sveikatos sistemos posistemiai: elektroninio recepto posistemis ir medicininių vaizdų (rentgeno nuotraukų ir pan.) archyvo posistemis MedVAIS (detalesnė informacija apie pagrindinius nacionalinius ir regioninius e. sveikatos plėtros projektus bus pateikiama kitose šios monografijos skyriaus dalyse)<sup>415</sup>.

Apibendrinant nacionalinės e. sveikatos sistemos Lietuvoje kūrimo kontekstą ir laikotarpį nuo 2005 iki 2009 m. (NESS-1 ir NESS-2 etapai), galima teigti, kad pagrindinės priežastys, lėmusios šio laikotarpio nesėkmes, yra: netiksliai suformuluoti, per sudėtingi tikslai; projektų turinio problemos, pavyzdžiui, kintantys reikalavimai, techninis sudėtingumas; nepakankami projektų vykdytojų ar komandos įgūdžiai bei kompetencijos; įgyvendinimo problemos, pavyzdžiui, nerealaus įgyvendinimo grafikas; teisinių ir reguliavimo dokumentų stoka bei fragmentuota e. sveikatos sistema. Su beveik visomis išvardintomis problemomis susidūrė NESS branduolio ir keturių pagrindinių funkcijų kūrimo nacionalinis projektas NESS-1 bei kiek mažesne ir kitokia apimtimi vėlesnio NESS kūrimo etapo NESS-2 projektas. Šio skyriaus įvade aprašytame M. Blocho, S. Blumbergo ir J. Laartzo tyrime taip pat teigiama, kad būtent šios ar panašios priežastys gali lemti didelės apimties IT projektų nesėkmes<sup>416</sup>.

<sup>413</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio papildymo ir įstatymo I dalies III skyriumi įstatymas 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1432. *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 74-3541.

<sup>414</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.

<sup>415</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151. „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.

<sup>416</sup> Bloch, M., Blumberg, S., Laartz, J. *Delivering Large-Scale IT Projects on Time, on Budget and on Value*. Insights & Publications, 2012. [http://www.mckinsey.com/insights/business\\_technology/delivering\\_large-scale\\_it\\_projects\\_on\\_time\\_on\\_budget\\_and\\_on\\_value](http://www.mckinsey.com/insights/business_technology/delivering_large-scale_it_projects_on_time_on_budget_and_on_value) [žiūrėta 2014-11-07].



Pasak R. J. Kizlaičio, NESS (NESS-1 projektas) iki galo neįgyvendinta dėl kelių pagrindinių problemų. Pirmą, nebuvo aiškaus institucinio lyderio, kuris turėtų galių ne tik administruoti projektą, bet ir „vairuoti“, keisti projekto vykdymo ir įgyvendinimo eigą pagal aplinkybes. Antra, NESS, kaip ir bet kokią informacinę sistemą, reikėjo kurti pagal savo profesinę kompetenciją ir galimybes. Tokių standartų ir technologijų, kurias išmano vos pora žmonių šalyje, diegimas, pasak R. J. Kizlaičio, neabejotinai prives prie projekto žlugimo<sup>417</sup>.

Laikotarpis nuo 2009-ųjų metų, nepaisant kritikos<sup>418</sup>, pasižymi gana aktyviu e. sveikatos sistemos 2009–2015 m. plėtros programos įgyvendinimu, svarbiausių nacionalinių ir regioninių e. sveikatos plėtros projektų vykdymu, įvairiais bandymais įtraukti suinteresuotuosius (gyventojus, pacientus, sveikatos priežiūros specialistus, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, administratorius ir politikus, IT įmones) ne tik per dokumentų ir teisės aktų priėmimą, bet ir per konsultacijas. Pasak N. Dučinsko, Sveikatos apsaugos ministerijos E. sveikatos koordinavimo ir įgyvendinimo skyriaus vedėjo, laikotarpį nuo 2009-ųjų ir vėlesnių metų galime vadinti e. sveikatos lūžio tašku, nes tuo metu Lietuvoje galutinai įsitvirtino e. sveikatos sąvoka, iš naujo apibrėžtas e. sveikatos sistemos įsteigimas, patvirtinti ESPBI IS nuostatai, kuriais nustatytas sistemos valdytojas – Sveikatos apsaugos ministerija, o pagrindiniu tvarkytoju kaip turintis stiprią informacinę bazę ir infrastruktūrą – paskirtas VĮ „Registruų centras“, taip pat parengtas bei patvirtintas naujas e. sveikatos sistemos architektūros modelis<sup>419</sup>.

Vis dėlto vertėtų pridurti, kad ir dabartinis e. sveikatos sistemos kūrimo ir įgyvendinimo procesas susiduria su gana sudėtingais iššūkiais. Lietuvos sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 metams Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginio vertinimo galutinėje ataskaitoje akcentuota, kad šiuo metu šalyje yra nevisiškai pa-

<sup>417</sup> Kizlaitis, R. J. *E. sveikatos projektų pamokos*. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. <http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Esveikatos-projektu-pamokos-Romualdas-Kizlaitis.pdf> [žiūrėta 2014-10-30].

<sup>418</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.

<sup>419</sup> Dučinskas, N. *E. sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga*. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. [http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas\\_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf](http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf) [žiūrėta 2014-10-30].

lanki arba nepakankama esama e. sveikatos sistemos valdymo, organizavimo ir paslaugų teikimo aplinka, o e. sveikatos projektai dažnai stringa dėl įvairiausių priežasčių: pradedant nepakankamais žmogiškaisiais ir organizaciniais ištekliais, finansavimo problemomis, baigiant kompetencijų nesidalijimu, skirtingais pacientų, piliečių ir sveikatos priežiūros specialistų požiūriais bei suinteresuotųjų įtraukimo trūkumu<sup>420</sup>. Kita vertus, nefunkcionavus NESS, daug sveikatos priežiūros įstaigų savo ar ES lėšomis įsidedę skirtingas informacines sistemas, todėl informacija yra kaupiama atskirose vietose, o duomenys – gana fragmentiški. Integracijos klausimų valdymas integruojant visų institucijų duomenis per vieną prieigos platformą – neabejotinai vienas svarbiausių dabartinio etapų iššūkių. Kitos problemos ir iššūkiai, susiję su visiška informacijos sauga, konfidencialumo, vientisumo ir patikimumo užtikrinimu, veiksmingu e. sveikatos projektų valdymu ir įgyvendinimu, personalo valdymu vykdant e. sveikatos pokyčius – taip pat yra didelės apimties, todėl imlūs laikui<sup>421</sup>.

### 3.2. E. sveikatos projektų finansavimas: pagrindiniai finansavimo šaltiniai ir ES reikšmė

Nuolatinis e. sveikatos vystymasis ir e. sveikatos projektų tęstinumas – vienas pagrindinių tiek ES, tiek Lietuvos sveikatos apsaugos politikos tikslų. Tai pažymėta ir Lietuvos sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 metams Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginio vertinimo galutinėje ataskaitoje, kurioje teigiama, kad atsižvelgiant į šiuo metu Europoje įgyvendinamus tarptautinius e. sveikatos projektus (pavyzdžiui, EP-SOS, „Calliope“) ir bendras paslaugų, asmenų judėjimo bei IRT raidos tendencijas, tikėtina, jog 2014–2020 m. ypač daug investicijų ir lėšų bus skiriama tolesnei tarptautinių ir nacionalinių e. sveikatos projektų plėtrai papildant juos naujais moduliais ar konkrečių ligų posistemiais, sveikatos priežiūros paslaugų modernizavimui bei saugiems tarptautiniais standartais grindžiamiems suvestinių duomenų mainams tarpvalstybiniu mastu užtikrinti<sup>422</sup>. Tačiau tam, kad

<sup>420</sup> *Ibid.*

<sup>421</sup> Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. 2013 m. sausio 30 d. Vilnius. [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas\\_ESSP\\_Neringos/Ataskaitos\\_2011MVP/Sveik\\_sekt\\_prioritetu\\_2014-2020m\\_ES\\_struk\\_paramos\\_panaud\\_vertinimas.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2011MVP/Sveik_sekt_prioritetu_2014-2020m_ES_struk_paramos_panaud_vertinimas.pdf) [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>422</sup> *Ibid.*

ES skiriamos lėšos būtų efektyviai panaudojamos, o sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams iš tiesų būtų užtikrinamos veiksmingesnės, kokybiškesnės paslaugos – būtinas nuoseklus ir rezultatyvus nacionalinės e. sveikatos sistemos veikimas ir laiku įgyvendinti e. sveikatos projektus.

Europos Komisijos komunikate „2012–2020 m. E. Sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui“ pateikta informacija rodo, kad vien Europos regioninės plėtros fondas (ERPF) programavimo laikotarpiu nuo 2007–2013 m. 27 valstybėms narėms teikė apie 15 mlrd. EUR (arba 4,4 proc. visų ES sanglaudos politikos lėšų) vien tik IRT prioritetams<sup>423</sup>. Vertinant panaudotas ES struktūrinių fondų lėšas Lietuvoje tuo pačiu programavimo laikotarpiu (2007–2013 m.) matyti, jog 3,5 proc. visų panaudotų ES struktūrinių fondų lėšų Lietuvoje (tai sudaro apie 240 mln. eurų) skiriama sveikatos sektoriui<sup>424</sup>. Tačiau e. sveikatos projektams, nors ir kainuojantiems tikrai daug, nebuvo skiriama pagrindinė parama. Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginio vertinimo galutinėje ataskaitoje teigiama, kad tą „ES struktūrinių fondų paramą, 2007–2013 m. gautą sveikatos priežiūros įstaigoms, mokslo įstaigoms, atliekančioms tyrimus arba stiprinančioms tyrėjų gebėjimus sveikatos srityje, sveikatos specialistų organizacijoms, sudarė 1 920,6 mln. Lt“<sup>425</sup>. Iš šios paramos ASIĮ ir visuomenės sveikatos įstaigos, administruojant tarpinei institucijai Sveikatos apsaugos ministerijai, gavo 48 proc. paramos, mokslo projektams buvo skirta 25 proc., pastatų renovavimui – 12 proc., o e. sveikatai ir viešajam administravimui atitinkamai: 6 proc. ir 2 proc.<sup>426</sup>

E. sveikatos projektai Lietuvoje buvo ir yra finansuojami ne tik prieš tai aptartų ir kitų ES struktūrinių fondų lėšomis, bet ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF), Sveikatos apsaugos ministerijos

<sup>423</sup> Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui. 2012–2020 m. E. Sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui. Briuselis, 2012 12 06 COM(2012) 736 final. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_lt.pdf) [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>424</sup> Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu \ strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. 2013 m. sausio 30 d. Vilnius. [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas\\_ESSP\\_Neringos/Ataskaitos\\_2011MVP/Sveik\\_sekt\\_prioritetu\\_2014-2020m\\_ES\\_struk\\_paramos\\_panaud\\_vertinimas.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2011MVP/Sveik_sekt_prioritetu_2014-2020m_ES_struk_paramos_panaud_vertinimas.pdf) [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>425</sup> *Ibid.*

<sup>426</sup> *Ibid.*

investicinių programų, kitomis nacionalinio biudžeto lėšomis, o didelė dalis – ir pačių sveikatos priežiūros įstaigų lėšomis. E. sveikatos sistemos finansavimas Lietuvoje, kaip ir e. sveikatos vystymasis, aptartas pirmoje šio skyriaus dalyje, reiškesi keliais etapais. Pirmoji didelė parama nacionalinei e. sveikatos sistemai (NESS-1 projektas) diegti buvo skirta Pasaulio banko (paskola su lengvatiniais periodais oficialiai skirta 2000 m., pradėta įgyvendinti 2005 m.). 2008 m. Valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaitoje pažymėta, kad iš visų skirtų Pasaulio banko lėšų, vien tik NESS kūrimui skirta 12,852 mln. Lt (NESS funkcionalumui užtikrinti ir sutarčiai vykdyti bei NESS įrangai įsigyti), o vykdant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektus, finansuojamus iš Pasaulio banko lėšų, papildomai buvo įsigyta kompiuterinės įrangos už 1,551 mln. Lt<sup>427</sup>.

Detalios NESS finansavimo šaltinius ir planuotą eigą atskleidžia Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. kovo 15 d. patvirtintas „E. Sveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje projektas“ (galimybių studija). Šiame projekte numatyta, kad naudojant Pasaulio banko lėšas turėtų būti parengti NESS-1 pirkimo dokumentai, sutartis, PSDF lėšos turėtų būti panaudotos sistemos eksploatacijai, SAM investicinių programų lėšos – skirtos įstaigų kompiuterizavimui, vartotojų mokymams, o sveikatos priežiūros įstaigų lėšos – naudojamos įstaigų darbuotojų kompiuteriniam raštingumui didinti, darbo vietoms kompiuterizuoti ir e. sveikatos sistemoms įstaigose diegti<sup>428</sup>. Nagrinėjant NESS finansavimo šaltinius, būtina atkreipti dėmesį į ES struktūrinių fondų paramą Lietuvai ir 2004–2006 m., kuri buvo teikiama pagal Lietuvos 2004–2006 m. bendrąjį programavimo dokumentą (toliau – BPD), patvirtintą LR Vyriausybės ir Europos Komisijos. Pagal šio BPD 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3. priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ finansuotas pirmojoje šio skyriaus dalyje išsamiai

<sup>427</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

<sup>428</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-03-15 patvirtintas „E. sveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje projektas (galimybių studija)“, cituota iš Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

aptartas antrasis NESS kūrimo etapas (NESS-2 projektas), konkrečiau, „E. sveikatos paslaugos“ projektas, kuriam įgyvendinti nuo 2006 m. (sutartis pasirašyta 2006-02-27) skirta 18 924 mln. Lt. Pagal kitus to laikotarpio BPD prioritetus ir priemones taip pat finansuotas sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimas, informacinių paslaugų ir infrastruktūros plėtra<sup>429</sup>.

Nuo vadinamojo „lūžio taško“ Lietuvos e. sveikatoje (2009–2011 m.), kai pradėta kurti ESPBI IS ir buvo patvirtintas naujas e. sveikatos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelis, e. sveikatos vystymąsi ir plėtrą Lietuvoje suplanuota užtikrinti daugiausia remiantis ES struktūrinių fondų parama (naujuoju programavimo laikotarpiu 2007–2013 m.). Panaudoti ES struktūrinę paramą suplanuota pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę Nr. VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“ (pagal šią priemonę finansuojami nacionalinio lygmens projektai: ESPBI IS infrastruktūros plėtros projektai bei universiteto ir respublikos lygmens ligoninių informacinių sistemų projektai)<sup>430</sup>. Pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę VP2-3.1-IVPK-11-R „Elektroninės sveikatos paslaugos: regionai“ išskiriami ir finansuojami „regioninių ir rajoninių stacionarines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų projektai bei rajoninių stacionarines ar ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų projektai“<sup>431</sup>. Iš viso nacionaliniams ir regioniniams e. sveikatos paslaugų projektams vykdyti iki 2013 m. buvo suplanuota 101,3 mln. Lt ES struktūrinės paramos ir valstybės biudžeto, iš jų 98,1 mln. Lt skirtos lėšos yra iš ES.

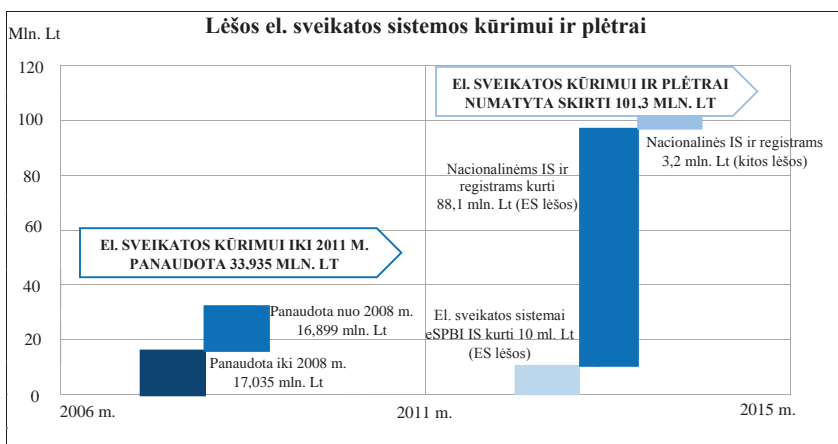
Apibendrinant NESS pirmojo ir antrojo etapo pagrindinius finansavimo šaltinius ir lėšas, skirtas nacionalinei e. sveikatos sistemai Lietuvoje, galima teigti, kad e. sveikatos informacinės sistemos kūrimo, įrangos pirkimo ir konsultavimo paslaugoms įsigyti iki 2008 m. panaudota 17 036 mln. Lt (be

<sup>429</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.

<sup>430</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.

<sup>431</sup> *Ibid.*

studijų ir konsultacijų, išleista 15288 mln. Lt)<sup>432</sup>. Iš viso iki 2011 m. (įtraukiant ir ES struktūrinių fondų finansuotą projektą „E. sveikatos paslaugos“) e. sveikatos sistemos kurti ir plėsti Lietuvoje panaudota apie 34 mln. Lt<sup>433</sup>. Dabartiniam e. sveikatos laikotarpiui ir nacionaliniams bei regioniniams e. sveikatos paslaugų projektams vykdyti paskirtų lėšų suma – beveik tris kartus didesnė nei NESS kurti, tačiau ir teisinės, administracinės bei organizacinės sąlygos – žymiai palankesnės efektyviai panaudoti lėšas ir įgyvendinti projektus (pagrindiniai e. sveikatos finansavimo etapai vaizduojami 3.5 paveiksle).



**3.5 pav.** Apibendrinti e. sveikatos finansavimo etapai ir lėšos e. sveikatai kurti<sup>434</sup>

Būtina paminėti, kad e. sveikatos projektai buvo ir yra finansuojami ir pačių sveikatos priežiūros įstaigų lėšomis. Tačiau 2008 m. Valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaitoje nurodoma, kad apie sveikatos priežiūros įstaigų lėšas, skirtas e. sveikatai kurti, Sveikatos apsaugos ministerija detalias informacijos neturi<sup>435</sup>. Todėl informacijos apie sveikatos priežiūros

<sup>432</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.

<sup>433</sup> *Ibid.*

<sup>434</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>435</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos

įstaigų lėšas reikėtų paieškoti kituose šaltiniuose ar moksliniuose tyrimuose. Pavyzdžiui, mokslo studijoje „Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje“ teigiama, kad siekiant įvertinti e. sveikatos paslaugų Lietuvoje kūrimo, diegimo bei teikimo mastą sveikatos priežiūros įstaigų vadovų buvo prašoma atsakyti į klausimus ir apie e. sveikatos paslaugų finansavimą<sup>436</sup>. Daugiau nei pusė sveikatos priežiūros įstaigų vadovų atsakymuose dėl finansavimo masto nurodė, kad e. sveikatos plėtrai skiriama iki 5 proc. biudžeto dalies, daugiau nei 5 proc. skiria tik 3,9 proc. sveikatos priežiūros įstaigų. Taip pat net 15,6 proc. apklaustųjų nurodė, kad e. sveikatai lėšų iš viso nėra skiriama. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad dažniausiai vadovų nurodytas pagrindinis finansavimo šaltinis e. sveikatos plėtrai ir veikloms vykdyti yra pačios įstaigos lėšos (74 proc.), tačiau trečdaliu atvejų yra finansuojama ir iš ES struktūrinių fondų (*didelių įstaigų (500–1 000 darbuotojų) vadovai dažniau nei mažesnių SPĮ vadovai nurodė ES struktūrinius fondus ar investicines programas kaip vieną iš svarbiausių finansavimo šaltinių*). Verta atkreipti dėmesį, kad privačiose sveikatos priežiūros įstaigose finansavimo iš ES struktūrinių fondų nenurodė nė vienas vadovas (nors vėlesniuose šios monografijos dalies skyriuose atlikta e. sveikatos projektų analizė parodys, kad privačios sveikatos priežiūros įstaigos taip pat aktyviai dalyvavo struktūrinių fondų paramos projektuose, ypač pagal Lietuvos 2004–2006 m. BPD I prioritetą „Socialinės ir ekonominės infrastruktūros plėtra“ 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“)<sup>437</sup>.

### 3.3. E. sveikatos projektų nuo 2004-ųjų iki 2009-ųjų metų analizė

Šio skyriaus įvade minėta, kad siekiant nustatyti e. sveikatos sėkmės ar nesėkmės faktorius, galimą e. sveikatos įtaką suinteresuotiesiems, atlikti ekonominę e. sveikatos vertinimą ar išanalizuoti finansavimo etapus bei lėšas, skirtas e. sveikatai kurti ir diegti, reikalinga e. sveikatos projektų (arba su e. sveikata susijusių projektų) analizė. Kuriant ir diegiant NESS buvo įgyvendinama pakankamai daug ir su nacionalinės e. sveikatos sistemos Lietuvoje kūrimu susijusių

kūrimo auditas“.

<sup>436</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014, p. 112–115.

<sup>437</sup> *Ibid.*, p. 137.

projektų plačiąja prasme, kuriais buvo siekiama modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigas, skatinti informacinių paslaugų ir infrastruktūros plėtrą. Tačiau pagrindiniuose informacijos šaltiniuose apie pirmąjį ir antrąjį NESS (NESS-1 ir NESS-2 projektus) Lietuvoje etapą apie juos beveik neužsiminta (išskyrus NESS-2 etapo e. sveikatos projektą „E. sveikatos paslaugos“). Galima to priežastis – tik po 2010 m. vasario 22 d. priimtas Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“<sup>438</sup>, kai visą informaciją apie ES struktūrinę paramą ir įgyvendinamus e. sveikatos projektus nuo 2009 iki 2015 m. nuspręsta pateikti internetiniame puslapyje [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt). Apie iki 2009 m. vykdytus e. sveikatos ar susijusius projektus informacija viešai privalomai nebuvo skelbiama. Todėl įgyvendinant Mykolo Romerio universiteto projektą „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“<sup>439</sup> papildomai atlikta e. sveikatos projektų paieška ir analizė pagal Lietuvos 2004–2006 m. BPD 1 prioriteto „Socialinės ir ekonominės infrastruktūros plėtra“ 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“, 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ ir 5 prioriteto „Techninė parama“ 5.1 priemonę „Parama programos parengimui, valdymui, priežiūrai ir kontrolei (ERPF)“.

Pagrindinis Lietuvos 2004–2006 metų BPD 1 prioriteto 1.4. priemonės „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ tikslas – ne tik „modernizuoti šalies sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą, racionalizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir struktūrą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei užtikrinti tolygų paslaugų prieinamumą, atsižvelgiant į pacientų (vartotojų) poreikius“, bet ir „atnaujinti sveikatos priežiūros įstaigų medicinos technologijų bazę, o siekiant efektyvesnio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo – diegti informacines technologijas sveikatos priežiūros įstaigose“<sup>440</sup>. Tarpinė šią priemonę kuruojanti institucija – Sveikatos apsaugos ministerija, o įgyvendinančioji institucija – Centrinė

<sup>438</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.

<sup>439</sup> Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.

<sup>440</sup> Lietuvos 2004–2006 metų Bendrasis programavimo dokumentas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. rugpjūčio 2 d. nutarimu Nr. 935. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 123-4486.



projektų valdymo agentūra. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime teigiama, kad „maksimali lėšų suma, dėl kurios 2006 m. asignavimų valdytojai turėjo teisę prisiimti išpareigojimus sudarydami sutartis dėl projektų, remiamų iš ES struktūrinių fondų ir bendrojo finansavimo lėšų, įgyvendinimo pagal Lietuvos 2004–2006 m. PBD 1 prioriteto 1.4. priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ – daugiau nei 148 mln. Lt“<sup>441</sup>.

Su e. sveikata susijusių projektų analizė pagal BPD 1 prioriteto 1.4. priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ parodė, kad net 122 sveikatos priežiūros įstaigos įgyvendino skirtingus projektus pagal šią priemonę. 2007 m. gruodžio 14 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl papildomos paramos skyrimo projektams, remiamiems iš Europos regioninės plėtros fondo ir bendrojo finansavimo lėšų pagal Lietuvos 2004–2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ net 20 projektų (iš išanalizuotų 122) skirta per 1,8 mln. Lt papildoma parama iš Specialiosios Europos regioninės plėtros fondo programos (BPD įgyvendinti)<sup>442</sup>.

Iš surinktų duomenų apie 122 sveikatos priežiūros įstaigose įgyvendintus projektus pagal BPD 1 prioriteto 1.4. priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ matyti, kad šių projektų vykdytojais buvo ne tik platus spektras viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų (pavyzdžiui, Kybartų pirminės sveikatos priežiūros centras), pirminės sveikatos priežiūros centrų (pavyzdžiui, Akmenės rajono pirminės sveikatos priežiūros centras), įvairių savivaldybių poliklinikos, ambulatorijos ar savivaldybių administracijos, bet ir individualios įmonės (pavyzdžiui, IĮ Reginos Gabrilavičienės bendrosios praktikos gydytojo kabinetas) ar uždarosios akcinės bendrovės (pavyzdžiui, UAB „Rietavo šeimos daktaras“).

<sup>441</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. gegužės 2 d. nutarimas Nr. 390 „Dėl maksimalios lėšų sumos, dėl kurios 2006 metais asignavimų valdytojai turi teisę prisiimti išpareigojimus, sudarydami sutartis dėl projektų, remiamų iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir Bendrojo finansavimo lėšų, įgyvendinimo pagal Lietuvos 2004–2006 metų bendrojo programavimo dokumento priemones“.

<sup>442</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1023 „Dėl papildomos paramos skyrimo projektams, remiamiems iš Europos regioninės plėtros fondo ir bendrojo finansavimo lėšų pagal Lietuvos 2004–2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“.

Anksčiausiai su projekto vykdytoju (viešąja įstaiga Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos) sutartis Nr. BPD2004-ERPF-1.4.0-02-04/0001-09 vykdyti projektą „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“ pasirašyta 2004 m. lapkričio 30 d. Šį projektą, kurio tikslas: „modernizuojant rytų ir pietryčių Lietuvos regiono sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą, sumažinti gyventojų sergamumą, mirtingumą bei mirštamumą nuo širdies kraujagyslių ligų, prailginti vidutinę gyvenimo trukmę bei pagerinti gyvenimo kokybę“<sup>443</sup> – įgyvendino net 40 sveikatos priežiūros įstaigų. Projektų analizė taip pat parodė, kad su projektų vykdytojais 2006 m., lyginant su 2005 m., pasirašyta žymiai daugiau sutarčių. Vėliausia pagal PBD 1.4. priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ su projekto vykdytoju – Biržų rajono savivaldybės poliklinika ir VšĮ Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centras – pasirašyta sutartis – 2006 m. gruodžio 6 d.

Dažniausiai analizuotuose projektų pavadinimuose vyravo žodžiai „modernizavimas“ ar „modernizacija“ bei „paslaugų kokybės gerinimas“. Kiek mažiau projektų pavadinimuose buvo orientuojamasi į žodžius „infrastruktūros plėtra“, „optimizacija“ ar „medicinos technologijų bazės atnaujinimas“. Analizuojant 122 sveikatos priežiūros įstaigose įgyvendintų projektų pagal PBD 1 prioriteto 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ duomenis, pastebėta, kad projektų metu daugiausia buvo atnaujinta medicinos įranga, įdiegtos informacinės technologijos, kai kur sukurta visa informacinių technologijų infrastruktūra, nupirkta informacinių technologijų įranga, įsteigtos „serverinės“<sup>444</sup>. Todėl galima teigti, kad didžioji dauguma analizuotų projektų buvo e. sveikatos arba tiesiogiai su e. sveikatos funkcijomis susiję projektai (žr. 3.2 lentelę).

<sup>443</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. 23-1079. „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.

<sup>444</sup> *Ibid.*

**3.2 lentelė.** Projektų pagal 2004–2006 m. PBD 1 prioriteto 1.4. priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ apibendrinimas

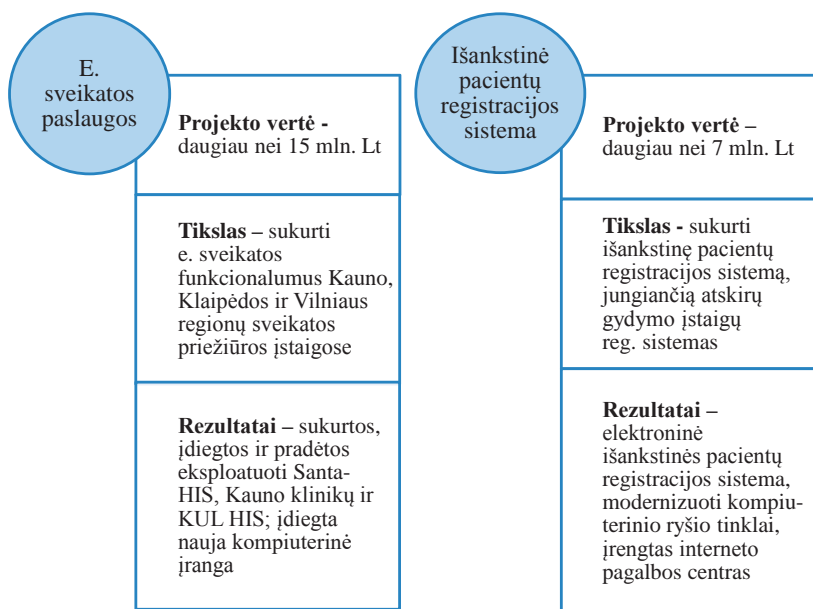
Projektų pagal Lietuvos 2004–2006 m. bendrojo programavimo dokumento 1.4 prioritetą <b>vykdytojai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Platus spektras vykdytojų</li> <li>– Ne tik viešosios sveikatos priežiūros įstaigos, bet ir privačios</li> <li>– Kai kur atsakingos savivaldybių administracijos</li> </ul>
Projektų pagal Lietuvos 2004–2006 m. bendrojo programavimo dokumento 1.4 prioritetą <b>sutarčių pasirašymas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anksčiausiai sutartis pasirašyta 2004 m. lapkričio 30 d.</li> <li>– Daugiau sutarčių, lyginant su 2005 m., pasirašyta 2006 m.</li> <li>– Vėliausiai pasirašyta sutartis 2006 m. gruodžio 6 d.</li> </ul>
Pagrindiniai projektų pagal Lietuvos 2004–2006 m. bendrojo programavimo dokumento 1.4 prioritetą <b>tikslai ir rezultatai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Atnaujinta medicinos įranga</li> <li>– Įdiegtos informacinės technologijos</li> <li>– Sukurta informacinių technologijų infrastruktūra</li> <li>– Nupirka informacinių technologijų įranga</li> <li>– Įsteigtos „serverinės“</li> </ul>

Pagal Lietuvos 2004–2006 m. BPD 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ buvo vykdyti net du didelės apimties e. sveikatos projektai. Priemonę įgyvendinančia institucija ir asignavimų valdytoju paskirtas Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Bendra 2004–2006 m. BPD 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3 priemonei „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ skirta lėšų suma buvo per 217 mln. Lt, o dviem pagal šią priemonę įgyvendinamiems e. sveikatos projektams – daugiau nei 25 mln. Lt<sup>445</sup>.

E. sveikatos projektų pagal Lietuvos 2004–2006 m. BPD 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ duomenų analizė atskleidė, kad vienas didžiausių to laikotarpio projektų „E. sveikatos paslaugos“ buvo finansuojamas ir įgyvendinamas būtent pagal šią priemonę. Projekto „E. sveikatos paslaugos“ sutarties numeris BPD2004-ERPF-3.3.0-02-04/0023-04, sutarties vykdytojas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, sutarties pasirašymo data – 2006 m. vasario 27 d. Projekto vertė – daugiau nei

<sup>445</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. gegužės 2 d. nutarimas Nr. 390 „Dėl maksimalios lėšų sumos, dėl kurios 2006 metais asignavimų valdytojai turi teisę prisiimti įsipareigojimus, sudarydami sutartis dėl projektų, remiamų iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir bendrojo finansavimo lėšų, įgyvendinimo pagal Lietuvos 2004–2006 metų bendrojo programavimo dokumento priemones“.

15 mln. Lt. Kaip minėta pirmojoje šio monografijos skyriaus dalyje, projektas „E. sveikatos paslaugos“ buvo tarsi viena iš e. sveikatos sistemos plėtros sveikatos apsaugos sektoriuje dalių. E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programoje teigiama, kad „įgyvendinant šį projektą buvo ne tik sukurtos, įdiegtos ir pradėtos eksploatuoti ligoninių informacinės sistemos VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikose, VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose (sutrumpintai – Santa-HIS, Kauno klinikų ir KUL HIS), bet ligoninėse ženkliai padaugėjo darbo vietų su nauja kompiuterine įranga: VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikose įsteigtos 320 naujų darbo vietų, VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje – 243, o VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose – 246“<sup>446</sup>.



**3.6 pav.** E. sveikatos projektų pagal Lietuvos 2004–2006 metų BPD 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ apibendrinti tikslai ir rezultatai

<sup>446</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.

Dar vienas pagal 3.3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ įgyvendintas e. sveikatos projektas – „Išankstinė pacientų registracijos sistema“ (sutarties numeris BPD2004-ERPF-3.3.0-01-04/0001, vykdytojas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, sutartis pasirašyta 2005 m. liepos 7 d.). Projekto vertė – daugiau nei 7 mln. Lt. Šis projektas buvo įgyvendinamas nacionaliniu mastu kartu su 19 partnerių (sveikatos priežiūros įstaigomis). Projektas „Išankstinė pacientų registracijos sistema“ leido sukurti išankstinę pacientų registracijos sistemą, jungiančią atskirų gydymo įstaigų registracijos sistemas. Pacientui tokia sistema leidžia internetu rezervuoti gydytojo priėmimo laiką, rinktis gydytojus iš skirtingų gydymo įstaigų, automatiškai (SMS arba el. paštu) informuoti pacientą apie vizito būklę, vizito atšaukimą, siųsti priminimus. Gydytojams ši sistema sudaro galimybę iš anksto susipažinti su atvyksiančių pacientų duomenimis, suformuoti siuntimą, stebėti savo siųstų pacientų vizitų būklę<sup>447</sup>. Įstaigos administratoriams – matyti gydytojų planuojamą krūvį, pacientų pasiskirstymą, automatiškai kurti statistines ataskaitas. Galutinis e. sveikatos projekto „Išankstinė pacientų registracijos sistema“ rezultatas – ne tik elektroninė išankstinės pacientų registracijos sistema, bet ir modernizuoti kompiuterinio ryšio tinklai, įrengtas interneto pagalbos centras, kad pageidaujantys pacientai dėl registracijos internetu galėtų pasikonsultuoti telefonu<sup>448</sup> (žr. 3.6 pav.).

Atliekant e. sveikatos projektų pagal BPD analizę, vertėtų detalizuoti ir Lietuvos 2004–2006 m. BPD 5 prioriteto „Techninė parama“ 5.1 priemonę „Parama programos parengimui, valdymui, priežiūrai ir kontrolei (ERPF)“. Pagal šią priemonę 2006 m. gruodžio 29 d. su projekto vykdytoju Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija buvo pasirašyta projekto „Techninė parama LR sveikatos apsaugos ministerijai“ (projekto numeris BPD2004-ERPF-5.1.0-03-06/0011-02) vykdymo sutartis. Iš ES struktūrinių fondų finansuojamo projekto vertė – daugiau nei 300 tūkst. Lt. Nors pagrindinis šio projekto tikslas – gerinti administracinius gebėjimus administruoti ir valdyti struktūrinius fondus, su e. sveikata šis projektas siejasi dėl projekto siekio Sveikatos apsaugos ministerijai, kaip tarpinei

<sup>447</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.

<sup>448</sup> *Ibid.*

institucijai, užtikrinti priskirtų funkcijų vykdymą, įgyvendinant Lietuvos 2004–2006 m. BPD 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“, taip pat ir įgyvendinti pagrindinius BPD 5.1 priemonės uždavinius: užtikrinti tinkamą programos audito atlikimą bei tinkamą pasirengimą įgyvendinti programą ir veiksmingą programos įgyvendinimą<sup>449</sup>.

Apibendrinant pagrindinius e. sveikatos ar su ja susijusius projektus pirmaisiais nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo etapais pagal Lietuvos 2004–2006 m. BPD 1 prioritetą „Socialinės ir ekonominės infrastruktūros plėtra“ 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“, 3 prioriteto „Gamybos sektoriaus plėtra“ 3.3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ ir 5 prioriteto „Techninė parama“ 5.1 priemonę „Parama programos parengimui, valdymui, priežiūrai ir kontrolei (ERPF) galima teigti, kad nemaža dalis valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų pasinaudojo galimybe atnaujinti medicinos įrangą, įdiegti informacines technologijas ar susikurti visą informacinių technologijų infrastruktūrą. Atkreiptinas dėmesys į projektą „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“, kuris, pasak VUL Santariškių klinikos Informatikos ir plėtros centro direktoriaus R. J. Kizlaičio, atskleidė labai didelį papildomą investicijų e. sveikatai ir telemedicinai šaltinį: medicinos įrangos gamintojų investicijos parduodamų prietaisų skaitmenizavimui ir integravimui į informacines sistemas – bei padėjo sukurti tiek techninį, tiek ir specialistų kardiologijos tinklą<sup>450</sup>.

E. sveikatos projektų pirmaisiais nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo etapais analizės duomenys taip pat leidžia daryti išvadą, kad įgyvendinant e. sveikatos projektus bei e. sveikatos paslaugas ypač svarbi partnerystės ir bendradarbiavimo reikšmė. Nors daug partnerių – didelis iššūkis, bet būtent partneriai skatino įgyvendinti tokius projektus, kaip „E. sveikatos

<sup>449</sup> Lietuvos 2004–2006 metų Bendrasis programavimo dokumentas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. rugpjūčio 2 d. nutarimu Nr. 935. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 123-4486.

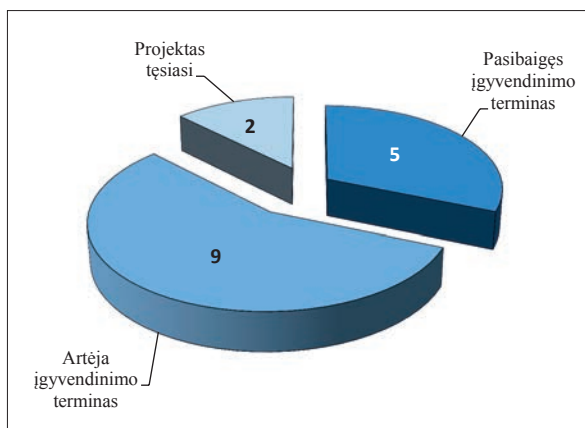
<sup>450</sup> Kizlaitis, R. J. *E. sveikatos projektų pamokos*. Pranešimas konferencijoje „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“. 2014 m. spalio 28 d. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. <http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Esveikatos-projektu-pamokos-Romualdas-Kizlaitis.pdf> [žiūrėta 2014-10-30].

paslaugos“ ir „Išankstinė pacientų registracijos sistema“. Kita vertus, remiantis R. J. Kizlaičiu, tam, kad būtų įgyvendinti, didelės apimties projektai turi kelti ne tik „fantastiškus“ tikslus, bet ir praktišką, lengvai pasiekiamą ir aiškią naudą. Be to, jie turi tęstis žymiai ilgiau, o investicijos į IS neturi baigtis su projekto pabaiga<sup>451</sup>.

### 3.4. E. sveikatos sistemos Lietuvoje 2009–2015 m. plėtros projektų analizė

Ankstesnėse šio skyriaus dalyse minėta, kad laikotarpis nuo 2009-ųjų metų pasižymi galutinai įsitvirtinusia e. sveikatos sąvoka, naujai apibrėžtu e. sveikatos sistemos įsteigimu, patvirtintais ESPBI IS nuostatais, parengtu bei patvirtintu nauju e. sveikatos sistemos architektūros modeliu. Lyginant dabartinį laikotarpį su NESS kūrimu ir tuo metu įgyvendintais e. sveikatos projektais, atkreiptinas dėmesys ir į kone tris kartus išaugusį finansavimą nacionaliniams ir regioniniams e. sveikatos projektams. Vien jiems vykdyti iš viso suplanuota 101,3 mln. Lt ES struktūrinės paramos ir valstybės biudžeto lėšų pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę Nr. VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“ ir VP2-3.1-IVPK-11-R priemonę „Elektroninės sveikatos paslaugos: regionai“. Remiantis e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimu ir atlikta interneto svetainės [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt) turinio analize (turinio analizė pasirinkta atsižvelgus į tai, kad interneto svetainės [www.esparama.lt](http://www.esparama.lt) įrankis „Projektų žemėlapis“ yra patogiausias būdas rinkti duomenis apie įgyvendintus ir įgyvendinamus projektus Lietuvoje), šioje dalyje bus apibendrinami ir analizuojami e. sveikatos sistemos Lietuvoje 2009–2015 m. nacionaliniai ir regioniniai plėtros projektai, taip pat kiti nacionaliniai e. projektai, susiję e. sveikata arba turintys reikšmės e. sveikatai.

<sup>451</sup> Kizlaitis, R. J. *E. sveikatos projektų pamokos*. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. <http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Esveikatos-projektu-pamokos-Romualdas-Kizlaitis.pdf> [žiūrėta 2014-10-30].



3.7 pav. Nacionalinių e. sveikatos projektų įgyvendinimo terminai

Įgyvendinant e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą, šiuo metu Lietuvoje yra vykdoma arba įgyvendinama 16 nacionalinių e. sveikatos plėtros projektų. Visi nacionaliniai e. sveikatos projektai turi savo diegimo sutartis, skiriasi tik jų įgyvendinimo lygis, etapas ir terminas. Surinkti duomenys apie nacionalinių e. sveikatos projektų vykdymo pradžią ir suplanuotą projektų pabaigą (bei pasirašytų sutarčių terminus) rodo, kad iš 16 nacionalinių e. sveikatos projektų 5 projektų visiškai pasibaigęs projektų įgyvendinimo terminas, 9 projektų artėja įgyvendinimo terminas, o 2 projektų vis dar tęsiasi sutartis (žr. 3.7 pav.). Vis dėlto, pasak N. Dučinsko, dėl įvairių galimų trukdžių: pavyzdžiui, užsitęsusių viešųjų pirkimų procedūrų, vėlesnio sutarčių su paslaugų diegėjais pasirašymo – visus nacionalinių e. sveikatos projektus numatoma baigti 2015 m. antrąjį ketvirtį, kai turėtų prasidėti gamybinė eksploatacija ir projektų palaikymas<sup>452</sup>.

Trys pagrindiniai nacionaliniai e. sveikatos projektai („E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“; „Elektroninės paslaugos „E. receptas“ plėtra“; Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindu teikiamų e. paslaugų sukūrimas) orientuojasi į ESPBI IS ir dviejų papildomų nacionalinių e. sveikatos sistemos

<sup>452</sup> Dučinskas, N. *E. sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga*. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolas Romeris universitetas. [http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas\\_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf](http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf) [žiūrėta 2014-10-30].



posistemų: elektroninio recepto posistemio ir medicininių vaizdų MedVAIS archyvo posistemio, sukūrimą. Šių projektų vykdytoju paskirta Sveikatos apsaugos ministerija, tačiau projektų įgyvendinimas yra koordinuojamas net kelių projektų partnerių: Registrų centro, VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos, LSMU ligoninė VšĮ Kauno klinikos ir VšĮ Kauno universitetinė ligoninė, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (pagrindiniai nacionalinių e. sveikatos projektų profiliai pateikti 3.3 lentelėje).

### 3.3 lentelė. Pagrindinių nacionalinių e. sveikatos projektų profiliai

	E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra	Elektroninės paslaugos „E. receptas“ plėtra	Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindu teikiamų e. paslaugų sukūrimas
<b>Vykdytojai / Pareiškėjai</b>	LR sveikatos apsaugos ministerija	LR sveikatos apsaugos ministerija	LR sveikatos apsaugos ministerija
<b>Partneriai Suinteresuotieji</b>	Registrų centras	Registrų centras	VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos, LSMU ligoninė VšĮ Kauno klinikos; VšĮ Kauno universitetinė ligoninė; Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos
<b>Projekto pradžia ir pabaiga (įgyvendinimo laikotarpis)</b>	Projekto pradžia: 2011-11-07 Projekto pabaiga: 2014-11-30	Projekto pradžia: 2011-11-07 Projekto pabaiga: 2014-11-30	Projekto pradžia: 2011-11-07 Projekto pabaiga: 2014-10-31
<b>Statusas</b>	Įgyvendintas / artėja įgyvendinimo terminas	Įgyvendintas / artėja įgyvendinimo terminas	Įgyvendintas / artėja įgyvendinimo terminas
<b>Finansavimo šaltinis</b>	VP2 „Ekonomikos augimo veiksmų programa“, VP2-3 „Informacinė visuomenė visiems“, VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“	VP2 „Ekonomikos augimo veiksmų programa“, VP2-3 „Informacinė visuomenė visiems“, VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“	VP2 „Ekonomikos augimo veiksmų programa“, VP2-3 „Informacinė visuomenė visiems“, VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“
<b>Projekto vertė</b>	9,7 mln. Lt	6 mln. Lt	5,8 mln. Lt

Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomi pagrindiniai nacionaliniai e. sveikatos projektai pavadinimais: „E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“; „Elektroninės paslaugos „E. receptas“ plėtra“; „Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindu teikiamų e. paslaugų sukūrimas“ – pasižymi ir bendromis, ir skirtingomis planuojamomis funkcijomis (funkcionalumais), tad vertėtų jas panagrinėti išsamiau.

E. sveikatos projektas „E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“ orientuojasi į: 1) saugią prieigą pacientams prie asmeninės elektroninės sveikatos istorijos (ESI); 2) saugią prieigą pacientui ESI tvarkyti ir prie kitų e. sveikatos paslaugų sveikatos specialistams, dirbantiems įstaigose, neturinčiose savo informacinių sistemų; 3) saugią prieigą prie paciento ESI ir kitų e. sveikatos paslaugų sveikatos priežiūros įstaigoms, turinčioms savo informacines sistemas, per ESPBI IS duomenų mainų posistemę; 4) nacionalinę medicininių vaizdų archyvistiką, medicininių vaizdų tvarkymą 5) e. receptų tvarkymą<sup>453</sup>.

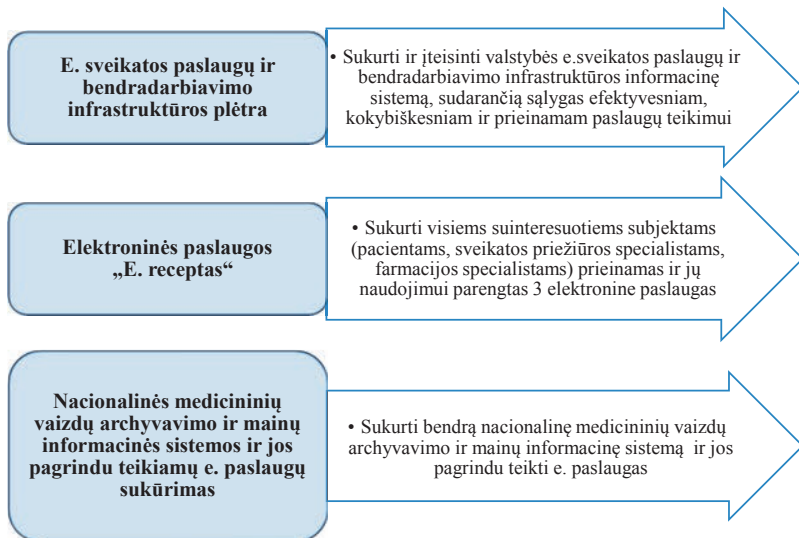
Projektu „Elektroninės paslaugos „E. receptas“ siekiama: 1) išrašyti pacientui skiriamų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių elektroninius receptus; 2) centralizuotai saugoti elektroninius receptus ir sudaryti prieigą prie e. recepto vaistinėms; 3) Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos iš ESPBI IS gauti informaciją apie vaistinėse išduotus kompensuojamuosius vaistus; 4) pacientui per ESPBI IS bus galima gauti informaciją apie jam išrašytus receptus ir išduotus vaistus bei kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemones<sup>454</sup>.

Vienu iš trijų pagrindinių nacionaliniu e. sveikatos plėtros projektu „Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindu teikiamų e. paslaugų sukūrimas“ norima išreikšti šiuos funkcionalumus: 1) sveikatos priežiūros įstaigoms perduoti medicininius skaitmeninius vaizdus į MedVAIS (centrinę saugyklą); 2) užtikrinti medicininių vaizdų ilgalaikį saugojimą; 3) mažinti pakartotinių tyrimų skaičių; 4) naudoti nuasmenintus duomenis mokslinėje veikloje ir tyrimuo-

<sup>453</sup> Dučinskas, N. *E. sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga*. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. [http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas\\_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf](http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf) [žiūrėta 2014-10-30].

<sup>454</sup> *Ibid.*

se<sup>455</sup>. (Sveikatos apsaugos ministerijos įgyvendinamų nacionalinių e. sveikatos projektų tikslai ir rezultatai vaizduojami 3.8 paveiksle.)



**3.8 pav.** Sveikatos apsaugos ministerijos įgyvendinamų nacionalinių e. sveikatos projektų tikslai ir planuojami rezultatai

Nagrinėjant e. sveikatos projektų „E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“, „Elektroninės paslaugos „E. receptas“ plėtra“, „Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindu teikiamų e. paslaugų sukūrimas“ siekius ir funkcionalumus iš suinteresuotųjų pusių perspektyvos, galima teigti, kad pacientui šie projektai suteiks galimybę matyti ir pasiekti visą informaciją, susijusią su sveikatinimo paslaugomis, vienoje vietoje. Taip pat vienam gyventojui bus skirta viena elektroninė sveikatos istorija (ESI), užtikrinamas sveikatinimo paslaugų tęstinumas, ir, be abejo, sumažinama klaidingai išrašytų receptų rizika<sup>456</sup>. Kita vertus, aptarti pagrindiniai nacionaliniai e. sveikatos projek-

<sup>455</sup> Dučinskas, N. *E. sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga*. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. [http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujasis\\_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf](http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujasis_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf) [žiūrėta 2014-10-30].

<sup>456</sup> ESPBI IS ir e. recepto veiklos modelių pristatymas. Ernst & Young Baltic, 2013 m. lapkričio 8 d.

tai sveikatos priežiūros įstaigoms ir sveikatos priežiūros specialistams suteiks galimybę greičiau pasiekti išsamią informaciją apie pacientą realiuoju laiku, operatyviau pasikeisti duomenimis bei standartizuota informacija, pagerinti sveikatinimo veiklos kontrolę. Būtina pridurti, kad šių projektų funkcionalumai galės užtikrinti, jog bus išvengta sveikatinimo paslaugų dubliavimo, nes, kaip teigiama Ernst & Young Baltic atliktame „ESPBI IS ir e. recepto veiklos modelių pristatyme“, sveikatos priežiūros įstaigos „turės prieigą prie bendro naudojimo sveikatos sektoriaus informacinių sistemų, registrų ir klasifikatorių“<sup>457</sup>. Tokia orientacija į suinteresuotuosius turėtų užtikrinti šių pagrindinių nacionalinių e. sveikatos projektų sąveikumą, siekiant aukščiausio visų suinteresuotųjų įtraukimo lygio ir kuo didesnio tarpusavio bendradarbiavimo bei tarpinstitucinės sąveikos.

Kitų trylikos nacionalinių e. sveikatos plėtros projektų, įgyvendinamų 2009–2015 m. pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę Nr. VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“, vykdytojai yra ne Sveikatos apsaugos ministerija, bet universitetinės ligoninės ir didžiosios sveikatos priežiūros įstaigos, taip pat Lietuvos medicinos biblioteka, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. Kai kurie projektai, kaip ir trys pagrindiniai nacionaliniai, vykdomi kartu su partnerėmis institucijomis. Pavyzdžiui, projekto „E. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas VŠĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje, VŠĮ Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje ir VŠĮ Vilniaus universitetinėje Antakalnio ligoninėje“ vykdytojas yra VŠĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė, o projekto partneriai – VŠĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė ir VŠĮ Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė. Partnerystės principas numatytas ir įgyvendinant projektą „Vieningo medicininių terminų klasifikatoriaus sukūrimas kokybiškų elektroninių paslaugų plėtrai sveikatos priežiūros įstaigose (SNOMED)“, kur Lietuvos medicinos bibliotekos kaip vykdančiosios institucijos partnerė yra VŠĮ Centro poliklinika<sup>458</sup>.

<sup>457</sup> ESPBI IS ir e. recepto veiklos modelių pristatymas. Ernst & Young Baltic, 2013 m. lapkričio 8 d.

<sup>458</sup> Dučinskas, N. *E. sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga*. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. [http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas\\_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf](http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf) [žiūrėta 2014-10-30].

Kitų įstaigų vykdomų nacionalinių e. sveikatos projektų tikslai ir numatomi funkcionalumai varijuoja nuo didžiosiose sveikatos priežiūros įstaigose jau įdiegtų ligoninių informacinių sistemų išplėtimo ir modernizavimo kuriant naujas funkcijas, sąsajų su ESPBĮ sukūrimo iki klasifikacijos ir terminologijos sistemos, apimančios visas šiuolaikinės medicinos sritis įdiegimo ar sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų praktikos licencijų registro bei sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo informacinės sistemos sukūrimo. Apibendrinant išanalizuotus kitų įstaigų nacionalinių e. sveikatos plėtros projektų siekius, darytina išvada, kad pagrindinės projektų dedamosios dalys yra: naujų informacinių sistemų kūrimas; turimų informacinių sistemų modernizavimas; informacinių sistemų integracija su ESPBIS; naujų papildomų funkcijų bei tvarkymo, valdymo ir planavimo priemonių diegimas; interaktyvių elektroninių paslaugų kūrimas<sup>459</sup>. Kaip ir Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomuose e. sveikatos projektuose „E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“; „Elektroninės paslaugos „E. receptas“ plėtra“; „Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindu teikiamų e. paslaugų sukūrimas“, galutinis kitų įstaigų vykdomų projektų tikslas – skirti daugiau dėmesio pacientams, pagerinti sveikatos priežiūros įstaigų ir sveikatos priežiūros specialistų darbo kokybę ir atliekamas funkcijas, nuimti papildomą administracinę naštą bei pasiekti aukščiausią elektroninės brandos – bendradarbiavimo ir sąveikumo lygį (13 nacionalinių e. sveikatos plėtros projektų dosjė pateikiama 3.4 lentelėje).

### 3.4 lentelė. Trylikos nacionalinių e. sveikatos plėtros projektų dosjė

Nr.	Vykdytojai	Projekto pavadinimas	Trumpas projekto dosjė
1.	VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos	E. sveikatos paslaugų plėtra Santariškių medicinos miestelio sveikatos priežiūros įstaigose (SANTA-HIS plėtra)	Numatoma modernizuoti vieningą SANTA-HIS IS ir išplėsti kuriant naujas funkcijas, reikalingas prijungtų VULSK filialų darbui kompiuterizuoti: modernizuoti esamas ir sukurti naujas paciento registracijos, klinikinės informacijos ir ligos istorijos tvarkymo ir valdymo priemones; modernizuoti esamas ir sukurti naujas hospitalizavimo, operacijų ir kitas veiklos planavimo priemones; modernizuoti laboratorijos, radiologijos ir anesteziologijos ir intensyvios terapijos informacijos valdymo priemones

<sup>459</sup> *Ibid.*

2.	VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos	Nacionalinė klinikinių sprendimų palaikymo sistema	Projekto metu sukurta sąsaja su eSPBI IS leis SPĮ specialistams pateikti bei tuo pačiu metu gauti reikiamą informaciją apie pacientą. Projekto metu taip pat bus sukurta e. paslauga „Tyrimų rezultatų, pacientų atvejų automatizuotos analizės ir sprendimų pasiūlymų pateikimas“, kuri apims priemones, skirtas diagnostinių, gydymo, pacientų siuntimo, algoritmų automatizuotam panaudojimui; pacientų atvejų analizei ir interpretacijai; radiologinių tyrimų analizei atlikti ir automatizuotam sprendimų gavimui; signalinių impulsų analizei atlikti ir automatizuotam sprendimų gavimui; informacijos apsaugai su kitomis IS
3.	VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos	Išankstinės pacientų registracijos sistemos plėtra	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (VUL SK) kartu su 19 kitų SP įstaigų viasoje Lietuvoje. SP įstaigose buvo įdiegta vieninga pacientų registracijos pas gydytoją internetu sistema. Paciento ir gydytojo identifikavimas (VAI-SIS); eilių sudarymas, nesant laisvų registracijos vietų; el. vedlys, padedantis atpažinti ligos simptomus, identifikuoti problemą, nusiųsti pacientą pas tinkamą specialistą bei surinkti preliminarų paciento anamnezę
4.	LSMU ligoninė VšĮ Kauno klinikos	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų ir Klaipėdos universitetinės ligoninės informacinių sistemų plėtra	Planuojama modernizuoti KK ir KUL turimas HIS, jomis kaupti ir tvarkyti EMI duomenis ir e. sveikatos įrašus ir teikti juos į ir gauti iš eSPBI, o prisijungę prie eSPBI portalo pacientai galės matyti savo ligos istorijos duomenis, gauti informaciją apie suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir pan. Siekiama sukurti galimybę teikti EMI įrašų, duomenų ir dokumentų kaupimo, tvarkymo, gavimo ir pateikimo elektroninę paslaugą SPĮ darbuotojams, teikiantiems konkrečiam pacientui sveikatos priežiūros paslaugas. Tam pasiekti numatoma modernizuoti HIS ir įsigyti reikalingą įrangą bei sukurti e. paslaugas pacientams
5.	LSMU ligoninė VšĮ Kauno klinikos	Telemedicinos taikymas Vakarų Lietuvos kardiologijai	Projekto tikslas – prisidėti prie aukštos kokybės telemedicinos ir kardiologijos paslaugų teikimo Vakarų Lietuvos (Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Telšių, Tauragės, Panevėžio, Marijampolės, Alytaus regionų) pirmo ir antro lygio ASPĮ specialistams sukuriant telemedicinos paslaugų ir kardiologijos informacijos rinkimo ir apsaugos informacinę sistemą ir jos pagrindu teikiamas e. paslaugas. Sukurta paciento funkcinė kardiologinių ir kitų tyrimų duomenų kaupimo ir analizės sistema;

			pareiškėjo, partnerio ir naudos gavėjų informacinių sistemų, skirtų telemedicinos ir kardiologijos paslaugoms, integracija tarpusavyje ir su eSPBI
6.	VšĮ Kauno klinikinė ligoninė	Kauno klinikinės ligoninės pacientų klinikinės informacijos ir medicininių veiklos procesų valdymo elektroninių paslaugų ir priemonių diegimas	Projekto metu sukurta sąsaja su eSPBI IS leis SPĮ specialistams pateikti bei tuo pačiu metu gauti reikiamą informaciją apie pacientą. Sukurtą e. paslaugą sudarys šios komponentės: pacientų srautų administravimas; draustumo privalomojo sveikatos draudimo fonde automatinis tikrinimas realiu laiku; medicinos laboratorinių tyrimų pacientams užsakymas ir gautų tyrimų rezultatų pateikimas specialistams; biopsinės ir operacinės medžiagos ištyrimo užsakymas Patologijos laboratorijoje; paciento ESI įrašų automatinis pateikimas į eSPBI IS EMI; informacijos mainai tarp KKL ir Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos
7.	VšĮ VU ligoninės Žalgirio klinika	E. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikoje ir VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje	Pacientų medicininės sveikatos istorijos duomenų kaupimas, saugojimas ir pateikimas elektroniniu būdu pacientams ir SPĮ specialistams. sukurta IS leis į elektroninę erdvę perkelti šias sveikatos priežiūros įstaigų (SPĮ) teikiamas paslaugas ir administracinius procesus: pacientų medicininės istorijos duomenų kaupimą ir saugojimą e. sistemoje; ambulatoriniam apsilankymui atvykusių pacientų administravimą; stacionare gydomų pacientų gydymo administravimą; pacientų srauto rūšiavimą pagal pagalbos suteikimo skubumą; dokumentų, formų, pažymų ruošimą naudojant IS; ligoninės išteklių naudojimo planavimą
8.	VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė	E. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas VšĮ Vilniaus miesto universitetinėje ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje ir VšĮ Vilniaus universitetinėje Antakalnio ligoninėje	Bus sukurta interaktyvi elektroninė paslauga „Pacientų medicininės sveikatos istorijos duomenų kaupimas, saugojimas ir pateikimas elektroniniu būdu pacientams ir SPĮ specialistams“. Projekto metu pareiškėjo ir partnerių įstaigose bus įdiegta IS, apimanti 27 funkcijas (21 funkcija modernizuojama, 6 – kuriamos). Taip pat bus įrengta 310 kompiuterizuotų darbo vietų (VMUL – 133, RVPL – 88, VUAL – 89) ir vienas techninės įrangos centras, kurio funkcionalumais naudosis visos trys įstaigos

9.	VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	E. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje ir VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje	Bus sukurta interaktyvi el. paslauga „Pacientų medicininės sveikatos istorijos duomenų kaupimas, saugojimas ir pateikimas elektroniniu būdu pacientams ir SPĮ specialistams“, siekiant sukurti Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategijoje numatytus tikslus atitinkančią informacinę sistemą, bus įdiegtos (modernizuotos) IS, kurios užtikrins sukurtos el. paslaugos teikimą bei sklandesnę sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams projekto pareiškėjo ir partnerių gydymo įstaigose. Pacientų medicininės istorijos duomenų kaupimas ir saugojimas informacinėje sistemoje; Medicininės sveikatos istorijos duomenų pateikimas pacientams ir kitų SPĮ specialistams
10.	VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	E. sveikatos paslaugų plėtra viešojoje įstaigoje Klaipėdos jūrininkų ligoninėje	Vykdant projektą sukurta IS leis į elektroninę erdvę perkelti sveikatos priežiūros įstaigos (SPĮ) teikiamas paslaugas ir procesus: pacientų medicininės istorijos duomenų kaupimą bei saugojimą e. sistemoje; medicininės sveikatos istorijos duomenų teikimą pacientams ir SPĮ specialistams; ambulatorinių apsilankymų planavimą ir administravimą
11.	Lietuvos medicinos biblioteka	Medicininų terminų klasifikatoriaus sukūrimas kokybiškų elektroninių paslaugų plėtrai sveikatos priežiūros įstaigose SNOMED	SNOMED CT – tai klasifikacijos ir terminologijos sistema, apimanti visas šiuolaikinės medicinos sritis. Sistemą sudaro 19 tarpusavyje susietų klasifikatorių, skirtų ligų, procedūrų, laboratorinių testų, vaistų ir kitiems medicinos aspektams kodifikuoti. Projekto tikslas – prisidėti prie kokybiškų e. sveikatos paslaugų pacientams plėtros Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, sukuriant integralų SNOMED CT lietuviškąjį medicinos terminų žodyną. Planuojama išversti 40 000 sąvokų. Projekto metu numatoma sukurti el. paslaugą – tarptautinės terminijos vartojimo formuojant elektrinius sveikatos įrašus elektroninę paslaugą sveikatos priežiūros specialistams
12.	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba	„Sveikatos priežiūros specialistų bei sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo elektroninės paslaugos“	Projekto tikslas – sukurti Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų praktikos licencijų registrą (toliau gali būti vadinama Registras) bei Sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo informacinę sistemą (toliau gali būti vadinama SPĮLIS) bei jų pagrindu veikiančias elektrones paslaugas



13.	Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba	Licencijų farmacinei veiklai išdavimo ir vaistinių preparatų informacijos teikimo viešosios elektroninės paslaugos	Projektu siekiama sukurti ir įdiegti VAPRIS ir VPREG bei perkelti į elektroninę erdvę šių VVKT administracinių paslaugų teikimą: licencijų farmacinei veiklai užsakymo ir susijusios paslaugos, licencijų veiklai su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis užsakymo ir susijusios paslaugos, importo ir eksporto leidimai bei susijusios paslaugos, vaistininko praktikos licencijų užsakymo ir susijusios paslaugos, vaistininkų padėjėjų įrašymas į vaistininkų padėjėjų sąrašą ir susijusios paslaugos, sveikatos priežiūros specialisto pranešimo apie nepageidaujamą reakciją į vaistą (NRV) teikimas
-----	-------------------------------------	--	---

Diegti, išplėsti arba modernizuoti tam tikrų regioninių sveikatos priežiūros įstaigų informacines sistemas numatyta pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę Nr. VP2-3.1-IVPK-11-R „Elektroninės sveikatos paslaugos: regionai“. Šiuo metu šia priemone siekiama įgyvendinti 13 regioninių e. sveikatos sistemos plėtros projektų, kurių metu sveikatos priežiūros informacinės sistemos bus sujungtos regioniniu pagrindu. Regioninius e. sveikatos sistemos plėtros projektus vykdo: VšĮ Šeškinės poliklinika, VšĮ Elektrėnų ligoninė, VšĮ Centro poliklinika, VšĮ Kauno Šilainių poliklinika, VšĮ Tauragės ligoninė, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Regioninė Telšių ligoninė, VšĮ Marijampolės ligoninė, VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, VšĮ Radviliškio ligoninė, VšĮ Utenos ligoninė, VšĮ Rokiškio rajono ligoninė ir VšĮ Jonavos ligoninė. Vienuolikos regioninių e. sveikatos projektų pavadinimas iš esmės tas pats – „Elektroninių sveikatos paslaugų plėtra .... regiono (pavadinime įvardintas skirtingas Lietuvos regionas) sveikatos priežiūros (arba asmens sveikatos priežiūros) įstaigose“. Šiuos regioninius projektus vienija ir panašūs tikslai: sudaryti sąlygas tam tikro regiono gyventojams ir pacientams šiuolaikinėmis informacinių ir ryšių technologijų priemonėmis laiku gauti geros kokybės sveikatos paslaugas, o sveikatos priežiūros įstaigoms ir specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas, – tarpusavyje bendradarbiauti ir saugiai keistis informacija elektroninėmis priemonėmis<sup>460</sup>. Šių projektų metu vyk-

<sup>460</sup> Dučinskas, N. E. sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga. Konferencijoje „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. [http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas\\_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf](http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf) [žiūrėta 2014-10-30].

dytojo ir partnerių įstaigose turėtų būti įdiegta IS, kuri kiekviename regione apims skirtingą kiekį funkcijų (pavyzdžiui, Marijampolės regiono IS apims 25 funkcijas). Visų išanalizuotų regioninių e. sveikatos projektų vertė svyruoja nuo 0,5 mln. iki 2,5, mln. Lt.

Kiti du regioniniai e. sveikatos plėtros projektai orientuoti į kiek kitokius tikslus ir funkcionalumus. VšĮ Šeškinės poliklinikos vykdomu projektu „SANTA-HIS adaptavimas ambulatorinei grandžiai“, kurio vertė – 2 mln. Lt, siekiama išplėsti ir modernizuoti SANTA-HIS IS pritaikant ambulatorinei grandžiai bei įdiegti ją visose projekte dalyvaujančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, taip pat modernizuotą SANTA-HIS IS pagal nustatytus reikalavimus integruoti į ESPBI IS. VšĮ Centro poliklinikos vykdomo regioninio e. sveikatos projekto (vertė – 1,5 mln. Lt) „Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninė paslauga“ tikslas – užtikrinti prieinamas, kokybiškas, laiku teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas namuose slaugomiems pacientams, sukuriant mobilias slaugytojų darbo vietas, VšĮ Centro poliklinikoje, VšĮ Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje, VšĮ Vilniaus rajono Nemenčinės poliklinikoje, įdiegus slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninę valdymo sistemą.

Analizuojant e. sveikatos sistemos Lietuvoje 2009–2015 m. nacionalinius ir regioninius projektus, būtina atkreipti dėmesį ir į kitus nacionalinius e. projektus, kurie gali būti susiję su e. sveikata arba turėti gana didelę reikšmę e. sveikatai. Papildoma kitų nacionalinių e. projektų analizė atskleidė, kad ir skirtingą objektą, vykdytojus bei tikslus turintys projektai, kai kuriais aspektais (pavyzdžiui, dalijimosi informacija, bendradarbiavimu, duomenų mainais) gali turėti tiesioginių ar netiesioginių sąsajų su sveikatos priežiūros įstaigomis, jų informacinėmis sistemomis ar jų teikiamomis e. paslaugomis. Pavyzdžiui, Gyventojų registro tarnybos vykdytas e. projektas „Civilinės būklės aktų įrašų registravimo, liudijimų išdavimo elektroninės paslaugos“ buvo orientuotos į civilinės būklės aktų registravimo, liudijimų išdavimo ir užklausimo viešosios paslaugos perkėlimą į elektroninę erdvę, tačiau kartu šiuo projektu turėjo būti sudarytos sąlygos ir efektyviau atlikti sveikatos priežiūros institucijų kuruojamų gimimų, mirčių, santuokos, ištuokos, vardo ir / ar pavardės keitimo bei kitas registravimo procedūras. E. sveikatos sistemai taip pat svarbus ir LSMU ligoninės VšĮ Kauno klinikų vykdomas projektas finansuojamas Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programos lėšomis „Nėščiąjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos prie-

žiūros gerinimas Lietuvoje<sup>46</sup>. Projekto tikslas – sukurti vieną kompiuterinę duomenų bazę, kuri leis visoms Lietuvos gydymo įstaigoms kaupti bei analizuoti duomenis apie nėščiąją, gimdyvę ir naujagimį.

### 3.5. Apibendrinimas

Apibendrinant 2009–2015 m. nacionalinius e. sveikatos projektus galima teigti, kad šių projektų įgyvendinimas pirmiausia siejasi su pagrindinės Lietuvos e. sveikatos sistemos įgyvendinimo priemonės – e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos ir nacionalinių elektroninio recepto bei medicininių vaizdų MedVAIS archyvo posistemų veikimo užtikrinimu. Nacionalinių e. sveikatos projektų analizės duomenys taip pat atskleidė ir kitus projektų funkcionalumus bei tikslus: pavyzdžiui, naujų IS kūrimas ar turimų IS modernizavimas, naujų papildomų funkcijų diegimas ir, svarbiausia, IS integracija su ESPBI IS. Priešingai nei nacionaliniai, regioniniai e. sveikatos plėtros projektai daugiausia skirti sukurti regionuose veikiančias IS bei jų funkcijas, o vėliau tas sistemas sujungti regioniniu pagrindu (galiausiai integruojant jas su ESPBI IS arba turint galimybę į ją jungtis).

Vertinant dabartinio e. sveikatos etapo Lietuvoje nacionalinius, regioninius bei kitus su e. sveikata susijusius projektus per pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, administratorių prizmę, galima daryti išvadą, kad didžioji dauguma projektų orientuojasi į kuo aukštesnį bendradarbiavimo, įtraukimo ir sąveikumo lygį. Be to, žvelgiant iš suinteresuotųjų pusių perspektyvos, sėkmingai įgyvendinus šioje dalyje išanalizuotus 29 nacionalinius ir regioninius e. sveikatos projektus, viena vertus, daugiau laiko būtų skiriama pacientui gydyti, gydymo kokybei užtikrinti ir klaidų skaičiui sumažinti, kita vertus, būtų galima gana greitai keistis duomenimis apie pacientams suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, tyrimus bei gydymo eigą, būtų greičiau pasiekiami išsami informacija apie pacientą (ir vienoje vietoje) realiu laiku, be to, mažiau laiko būtų skiriama medicininei dokumentacijos pildymui sveikatos priežiūros įstaigose<sup>461</sup>. Sėkmingas šių projek-

<sup>461</sup> Dučinskas, N. E. sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas. [http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas\\_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf](http://ssvp2014.mruni.eu/wp-content/uploads/2013/10/Naujas_DucinskasEsveikata-MRU-konferencijai-SAM.pdf) [žiūrėta 2014-10-30].

tų įgyvendinimas atlieptų ir pagrindinius e. sveikatos tikslus – gerinti paslaugų kokybę, leisti efektyviau panaudoti turimus išteklius teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir kurti didesnę ekonominę ir socialinę sveikatos vertę.

Lyginant dabartinę situaciją su išsamiai išnagrinėtais NESS kūrimo etapais ir projektais 2005–2009 m., reikėtų atsižvelgti į tai, kad dabartiniame etape visi 29 projektai turi savo diegimo sutartis, vyksta ne tik techninės įrangos pirkimai, bet ir sistemų kūrimo darbai, o patvirtinus ESPBI IS architektūros modelį užbaigtas pirmas integracijos su ESPBI IS testavimo etapas. Vis dėlto, kaip ir pirmaisiais nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo etapais, taip ir pastaruoju metu įgyvendinant e. sveikatos projektus susiduriama su gana sudėtingais iššūkiais. E. sveikatos projektai stringa, iškyla sunkumų integruojant visų institucijų duomenis per vieną prieigos platformą, nepakanka žmogiškųjų ir organizacinių išteklių, dažnai susiduria skirtingi pacientų, piliečių ir sveikatos priežiūros specialistų požiūriai. Todėl sprendžiant šiuos iššūkius šiuo metu ypač svarbi partnerystė, bendradarbiavimas ir suinteresuotųjų įtraukimas.

### 3.6. Atvejo studija: suinteresuotųjų šalių dalyvavimas – Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikos patirtis kuriant ir diegiant slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninę paslaugą

dr. Kęstutis Štaras

Informacinių sistemų (IS) kūrimas ir diegimas sveikatos priežiūros įstaigose reikalauja sudėtingų organizacinių priemonių, siekiant rasti tinkamas tarpusavio sąveikas ir konfigūracijas tarp žmoniškųjų išteklių, įstaigos turimų informacinių technologijų (IT) bei tinkamos informacijos sklaidos IS kūrimo ir diegimo metu<sup>462</sup>. Mokslininkai H. Lempinenas ir R. Rajala (2014) nustatė, kad IS kūrimas remiasi surežisuotais socialiniais veiksmais ir ryšiais tarp skirtingų suinteresuotųjų grupių, dalyvaujančių kuriant ir diegiant IS. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose kuriant ir diegiant IS svarbu atsižvelgti į suinteresuotųjų pusių dalyvavimą ir jų poreikių tenkinimą: sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų, slaugytojų, slaugytojų padėjėjų ir kitų), sveikatos priežiūros įstaigos administratorių, IS administratorių, pacientų, norint užtikrinti efektyvų IS diegimą, o vėlesnėse stadijose, siekiant užtikrinti naudojimąsi IS kaip priemone, palengvinančia paslaugų organizavimą. Analizuojant suinteresuotųjų pusių sąveiką IS procesų kūrime ir diegime, galima suprasti, kaip informacinės sistemos (IS) sveikatos priežiūros įstaigose gali būti išnaudojamos kuriant sveikatos priežiūros paslaugų pridėtinę vertę.

Daugelio mokslininkų studijos, ypač analizuojant IS įtaką pridėtinės vertės kūrimui, rodo, kad šiuolaikinės IS turi tenkinti visų suinteresuotųjų šalių, įskaitant klientų, partnerių ir kitų organizacijų, poreikius ir taip suvienyti bendram paslaugų pridėtinės vertės kūrimui<sup>463</sup>. S. Sarkeris su bendraautoriais (2012) teigia, kad suinteresuotųjų šalių dalyvavimas kuriant IS yra plačiai pripažintas sėkmingos IS plėtros principas. Tačiau suinteresuotoms šalims sudėtinga gauti vienodą naudą iš įdiegtos IS, kadangi skirtingi dalyviai gali turėti skirtingus tikslus ir kompetencijas<sup>464</sup>. IS kūrimo

<sup>462</sup> Lempinen, H., Rajala, R. (2014). Exploring multi-actor value creation in IT service processes. *Journal of Information Technology*, 29: 170–185.

<sup>463</sup> Sarker, S., Sarker, S., Sahaym, A., Bjorn-Andersen, N. (2012). Exploring Value Co-creation in Relationships Between an ERP Vendor and Its Partners: A revelatory case study. *MIS Quarterly*, 36(1): 317–338.

<sup>464</sup> Stucky, S., Cefkin, M., Rankin, Y., Shaw, B., Thomas, J. (2011). Dynamics of Value Co-creation in Complex IT Service Engagements. *Information Systems & E-Business Management*, 9(2): 267–281.

valdymo užduotys apima sudėtingus aspektus, nes kuriami IS procesai turi integruoti skirtingų dalyvių poreikius, tenkinti konkrečius įstaigos turimus technologinius, organizacinius bei finansinius išteklius<sup>465</sup>. Nustatyta, kad tiek įstaigos vidaus, tiek išorės veikėjai, visi turi tam tikrus vaidmenis kuriant ir diegiant IS, perkeliant paslaugas į elektroninę erdvę<sup>466</sup>. Suinteresuotosios šalys atstovauja įvairioms asmenų grupėms, įskaitant IT personalą, vartotojus, įvairių lygių vadovus, o tai sukuria žmogiškuosius išteklius ir pajėgumus, reikalingus IS kūrimui ir diegimui. Besikeičiant suinteresuotosioms pusėms sukuriama įvairialypiai komunikaciniai socialiniai santykiai ir sąveikos, kurie yra būtini sėkmingam IS kūrimui, suvienodinant įvairių suinteresuotųjų šalių poreikius ir išteklius, kad būtų maksimaliai patenkinti visų suinteresuotųjų pusių poreikiai<sup>467</sup>.

H. Lempinenas ir R. Rajala (2014) nustatė keturias pagrindines suinteresuotąsias šalis, dalyvaujančias kuriant IS: įstaigos IT specialistai, IS naudotojai, įstaigos vadovai – administratoriai, priimančys sprendimus, IS diegėjai – tiekėjai:

- Įstaigos IT specialistai, kuriems priskiriama IS funkcijų kontrolė bei IT paslaugų teikimas visai įstaigai<sup>468</sup>. Yra keletas IS paslaugų, kurios labai svarbios daugelio organizacijų IT specialistams. Tai informacijos valdymo galimybė, IT projektų valdymo galimybė, programų kūrimo ir diegimo galimybė, IS keitimo galimybė, technologijų priežiūra ir mokymas. Kuriant šias paslaugas labiausiai suinteresuota pusė yra įstaigos IT specialistai<sup>469</sup>.
- IS naudotojai dažniausiai yra savo srities ekspertai, tačiau kuriant IS jie gali turėti įvairių poreikių, kurie reikalauja papildomų specifinių įgūdžių ir kompetencijų. Mokslininkai teigia, kad IS naudo-

<sup>465</sup> Xia, W., Lee, G. (2005). Complexity of Information Systems Development Projects: Conceptualization and measurement development. *Journal of Management Information Systems*, 22(1): 45–83.

<sup>466</sup> Peppard, J. (2003). Managing IT as a Portfolio of Services. *European Management Journal*, 21(4): 467–483.

<sup>467</sup> Lempinen, H., Rajala, R. (2014). Exploring multi-actor value creation in IT service processes. *Journal of Information Technology*, 29: 170–185.

<sup>468</sup> Guillemette, M. G., Paré, G. (2012). Toward a New Theory of The Contribution of The IT Function in Organizations. *MIS Quarterly*, 36(2): 529–551.

<sup>469</sup> Gordon, S. R., Gordon, J. R. (2002). Organizational Options for Resolving the Tension Between IT Department and Business Units in the Delivery of IT Services. *Information Technology & People*, 15(4): 286–305.

tojų poreikiai yra svarbiausia realizuojant IT paslaugas – kuriant IS, tačiau užduotys IS negali būti atliekamos be IT specialistų<sup>470</sup>. IS naudotojai, o ne sistemų analitikai dažniausiai yra geriausias informacijos, kaip jie naudos IS funkcionalumus, šaltinis. Taigi, IS naudotojo dalyvavimas yra būtinas, siekiant sėkmingos IS paslaugų plėtros<sup>471</sup>. Naudotojų dalyvavimas realizuojant IS sprendimus yra vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių IT projekto įgyvendinimo sėkmę ar nesėkmę. Dėl šių priežasčių skatinti IS naudotojų dalyvavimą kuriant IS yra ypač svarbu, kadangi toks dalyvavimas sukuria aukštą, vartotojui suvokiamą IS įdiegimo vertę<sup>472</sup>.

- Įstaigos vadovai – administratoriai, priimančys sprendimus, yra svarbiausi veikėjai visame IT paslaugų ir IS kūrimo ir diegimo procese<sup>473</sup>. Įstaigoje administratoriai (sprendimų priėmėjai) veikia skirtinguose sprendimų priėmimo lygmenyse, pvz., poskyrio vadovas, skyriaus vadovas, padalinio vadovas ir galiausiai įstaigos vadovas. Tačiau mokslininkai pripažįsta, kad vadovui priimant sprendimus dėl IS funkcionalumų įgyvendinimo reikalingi ir specializuotų žinių turintys IT specialistai<sup>474</sup>.
- IS diegėjo-tiekėjo ir kliento (konkrečios įstaigos) bendradarbiavimas pripažįstamas kaip svarbiausias aspektas visose IS kūrimo ir diegimo stadijose<sup>475</sup>. IS diegėjai-tiekėjai laikomi ekspertais, kurie iškeltus tikslus paverčia apskaičiuotu ir įvertinamu rezultatu. Mokslininkai atkreipia dėmesį į bendradarbiavimo ir tarpusavio ryšių

<sup>470</sup> Stucky, S., Cefkin, M., Rankin, Y., Shaw, B., Thomas, J. (2011). Dynamics of Value Co-creation in Complex IT Service Engagements. *Information Systems & E-Business Management*, 9(2): 267–281.

<sup>471</sup> Yun Kyung, C., Menor, L. J. (2010). Toward a Provider-Based View on the Design and Delivery of Quality E-Service Encounters. *Journal of Service Research*, 13(1): 83–95.

<sup>472</sup> Blazevic, V., Lievens, A. (2008). Managing Innovation Through Customer Coproduced Knowledge in Electronic Services: An exploratory study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 138–151.

<sup>473</sup> Armstrong, C. P., Sambamurthy, V. (1999). Information Technology Assimilation in Firms: The influence of senior leadership and IT infrastructures. *Information Systems Research*, 10(4): 304–327.

<sup>474</sup> Peppard, J. (2003). Managing IT as a Portfolio of Services. *European Management Journal*, 21(4): 467–483.

<sup>475</sup> Lee, J.-N., Shaila, M. M., Kim, Y.-M. (2004). IT Outsourcing Strategies: Universalistic, contingency, and configurational explanations of success. *Information Systems Research*, 15(2): 110–131.

tarp tiekėjų ir gavėjų įtaką sėkmingam IT projektų įgyvendinimui ir elektroninių paslaugų realizavimui<sup>476</sup>. A. Heiskanenas su bendraautoriais (2008) teigia, kad IS diegėjo ir konkrečios įstaigos paslaugų teikimo santykiai yra socialinis procesas, kuris remiasi daugelio veikėjų dalyvavimu<sup>477</sup>.

Mokslininkai pripažįsta, kad viešajame sektoriuje veikiančiose įstaigose, tarp jų ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, skirtingai nei verslo įmonėse, veikia daug daugiau suinteresuotųjų pusių nei privačiame sektoriuje. Suinteresuotųjų pusių dalyvavimas atsispindi tiek priimant įvairius įstaigos valdymo sprendimus, tiek diegiant informacines sistemas<sup>478</sup>. Suinteresuotąsias šalis sudaro įstaigos darbuotojai, paslaugų gavėjai, t. y. pacientai, socialinių paslaugų teikėjai (pvz., socialiniai darbuotojai), visuomenės sveikatos specialistai ir valstybinių, kontroliuojančių įstaigų atstovai, nevyriausybinių sektoriaus atstovai ir kiti suinteresuotieji, kurie kartu dirbdami turi bendrai rasti tinkamiausius sprendimus šiuolaikinei sveikatos sistemai keliamiems iššūkiams spręsti: sveikatos priežiūros paslaugų integracijos; skirtingų lygmenų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo; paciento ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo; perėjimo nuo ligos gydymo modelio į pacientus orientuotos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo valdymo<sup>479</sup>. E. P. Gianchandani (2011) apibrėžė pagrindines suinteresuotąsias šalis bei jų įtaką priimant sprendimus dėl sveikatos sistemos pertvarkos, taip pat kaip susiformavę šių šalių socialiniai tinklai gali veikti IS kūrimą, integruojant daugybę skirtingų vaidmenų ir nuomonių. Autorius išskyrė pagrindines suinteresuotąsias šalis: pacientai – paslaugų gavėjai ir sveikatos priežiūros specialistai – paslaugų teikėjai.

Pacientui, kaip paslaugų gavėjui, dažnai būna sudėtinga suprasti sveikatos priežiūros specialistų pateikiamą painią informaciją apie jo ligą ir

<sup>476</sup> Vargo, S. L., Lusch, R. F. (2008). Service-Dominant Logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 1–10.

<sup>477</sup> Heiskanen, A., Newman, M., Eklind, M. (2008). Control, Trust, Power, and the Dynamics of Information System Outsourcing Relationships: A process study of contractual software development. *The Journal of Strategic Information Systems*, 17(4): 268–286.

<sup>478</sup> Pang, M.-S., Lee, G., DeLone, W. H. (2014). IT resources, organizational capabilities, and value creation in public-sector organizations: a public-value management perspective. *Journal of Information Technology*, 29: 187–205.

<sup>479</sup> Gianchandani, E. P. Toward smarter health and well-being: an implicit role for networking and information technology. *Journal of Information Technology*, 2011, 26: 120–128.



jos simptomus. Dažnai sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas yra mažai integruotas ir tarp skirtingo lygmens paslaugas teikiančių įstaigų, ir tarp skirtingų sveikatos priežiūros specialistų. Pacientai ir jų šeimos nariai mažai žino apie gydymo ar priežiūros planus, gydytojo išvadas bei tyrimo rezultatų interpretaciją<sup>480</sup>. Siekiant įveikti šiuolaikinei sveikatos priežiūros sistemai kylančius iššūkius, būtina patenkinti pacientų žinių gavimo poreikį, ypač kai susiję su būtinų sveikatos priežiūros paslaugų gavimu, gydymo ir priežiūros planų sudarymu, gydytojo išvadomis ir tyrimo rezultatais<sup>481</sup>. Šiuolaikinės komunikacijos priemonių įvairovė, įvairus sveikatos rodiklių stebėjimo prietaisų pasirinkimas, paslaugų perkėlimas į elektroninę erdvę internete gali suteikti pacientams galimybę sekti savo sveikatos rodiklius, kartu užtikrinant grįžtamąjį ryšį – sveikatos priežiūros specialisto konsultacijos bei rodiklių įvertinimas gali būti vykdomas nuotoliniu būdu, neatvykstant į sveikatos priežiūros įstaigą. Siekiant užtikrinti kuo ilgesnį paciento buvimą namuose, būtina užtikrinti paslaugų prieinamumą – t. y. artinti pacientui būtiną pagalbą prie jo gyvenamosios aplinkos. Šiam tikslui būtų galima panaudoti pažangias technologijas, kuriant ir diegiant IS, užtikrinančias paciento priežiūros tęstinumą, sveikatos rodiklių stebėjimą, nuolatinį paciento mokymą ir motyvavimą rūpintis savo sveikata. Tikslingi IT ir IS sprendimai gali suteikti prieinamą nuolatinį sveikatos būklės stebėjimą, konsultavimo bei perspėjimo paslaugas, taip pat suteikti pacientui būtiną psichologinę paramą kasdienėje veikloje. Šie IS sprendimai turi būti plėtojami, atsižvelgiant į socialinę ir organizacinę aplinką, tai reiškia, kad su sveikatos priežiūra susijusios IS turi būti projektuojamos taip, kad skatintų platų IS panaudojimą bei tenkintų sociotechninių sistemų reikalavimus (aiškūs rezultatai ir poveikis)<sup>482</sup>.

Sveikatos priežiūros specialistai yra paslaugų teikėjai. Sveikatos apsaugos sektoriuje vis didesnę įtaką daro šiuolaikiškos IS ir ryšių technologi-

<sup>480</sup> Gianchandani, E. P. (2011). Toward smarter health and well-being: an implicit role for networking and information technology. *Journal of Information Technology*, 26: 120–128.

<sup>481</sup> Martin, A., Lassman, D., Whittle, L., Catlin, A. and the National Health Expenditure Accounts Team (2011). *Recession Contributes to Slowest Annual Rate of Increase in Health Spending in Five Decades*, *Health Affairs*. 30(1): 11–22.

<sup>482</sup> President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President and Congress: Designing a digital future: Federally funded research and development in networking and information technology. The White House Executive Office of the President. 2010. <http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/microsites/ostp/pcast-nitrd-report-2010.pdf> [žiūrėta 2014-11-10].

jos, padedančios plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas<sup>483</sup>. Nepaisant to sveikatos priežiūros specialistai kasdieniame darbe susiduria su informacijos sklaidos ir informacijos gavimo problemomis, ypač kai tai susiję su sprendimų priėmimu realiu laiku, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams<sup>484</sup>. Siekiant tenkinti sveikatos priežiūros specialistų poreikius tinkamu laiku ir tinkamoje vietoje gauti ir teikti aktualią informaciją, svarbu taikyti naujus įrankius sveikatos priežiūros sistemos viduje. Naujų, pažangių IT ir IS kūrimui būtinas sveikatos priežiūros specialistų įtraukimas ir tiesioginis jų dalyvavimas kūrimo procese<sup>485</sup>. Mokslininkų teigimu, jei IT ir IS netinkamai suprojektuotos, o būtini procesai netinkamai realizuoti, tokios IT ir IS gali būti žalingos paslaugų kokybei bei skatinti baimę naudotis šiais įrankiais<sup>486</sup>. B. E. Landonas su bendraautoriais (2003) teigia, kad netinkamai realizuoti sveikatos priežiūros specialistų poreikiai IS gali lemti ne visų duomenų suvedimą ar atsisakymą naudotis IS. Tačiau tinkamai realizuoti ir į elektroninę erdvę perkelti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesai IS, sveikatos priežiūros specialistų teigimu, labai palengvina sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą<sup>487</sup>.

Šioje atvejo studijoje mūsų tikslas buvo įvertinti IS diegimo poreikius ambulatorinėje sveikatos priežiūros įstaigoje bei išanalizuoti IS paslaugų realizavimą, vertinant ir aprašant VŠĮ Centro poliklinikos patirtį diegiant slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninę paslaugą (Slaugos IS), įvertinti, kaip suinteresuotųjų pusių poreikiai buvo patenkinti tam tikrų veiklos procesų realizavimu Slaugos IS.

<sup>483</sup> Štaras, K. (2011). *Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas*. Daktaro disertacija, p. 16–60.

<sup>484</sup> Gianchandani, E. P. (2011). Toward smarter health and well-being: an implicit role for networking and information technology. *Journal of Information Technology*, 26: 120–128.

<sup>485</sup> Protti, D., Johansen, I. *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A case study*. The Commonwealth Fund. 2010. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Issue-Briefs/2010/Mar/Widespread-Adoption-of-Information-Technology-in-Primary-Care-Physician-Offices.aspx#citation> [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>486</sup> Landon, B. E., Normand, S. T., Blumenthal, D., Daley, J. (2003). Physician Clinical Performance Assessment. *Journal of the American Medical Association*, 290 (9): 1183–1189.

<sup>487</sup> Štaras, K., Kairys, J., Gasperas, V., Kudukytė-Gasperė, R. (2012). Sveikatos priežiūros specialistų nuomonė apie informacinių technologijų įtaką sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. *Socialinis darbas*, 11(2): 271–288.

### 3.6.1. Priežasčių, lėmusių Slaugos IS diegimą VŠĮ Centro poliklinikoje, analizė

VŠĮ Centro poliklinika bene vienintelė viešoji įstaiga Vilniaus mieste, teikianti integruotas slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialines paslaugas pacientams namuose. VŠĮ Centro poliklinika slaugos paslaugas pacientams namuose pradėjo teikti prieš 12 metų, kai tuometinėje Naujamiesčio poliklinikoje (šiuo metu VŠĮ Centro poliklinikos Naujamiesčio filiale) buvo įkurtas specializuotas Slaugos centras, kuriame dirbo kvalifikuoti bendruomenės slaugytojai ir kuriame siekta efektyviau teikti sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti paslaugų tęstinumą, prieinamumą bei kokybę pacientams namuose, kurie dėl negalios ar sveikatos būklės negalėjo patys atvykti į gydymo įstaigą.

Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimuose, patvirtintuose Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026<sup>488</sup>, numatyta, kad slaugos paslaugos namuose – tai pacientų namuose teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, tenkinant paciento slaugos poreikius namų sąlygomis ir skatinant paciento savirūpą. Slaugos paslaugų namuose tikslas – pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, išsaugoti jų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, skatinant jų savirūpą. Slaugos paslaugų namuose gavėjais laikomi asmenys, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis teisės aktų nustatyta tvarka. Dėl šių priežasčių poliklinika, slaugos paslaugos namuose organizuoja ir teikia pacientams, kuriems yra nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis (SP1), pacientams, kuriems yra nustatytas specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis (SP2), bei kitiems pacientams, kurie dėl sveikatos būklės negali savarankiškai atvykti į polikliniką, kad gautų jiems būtinas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

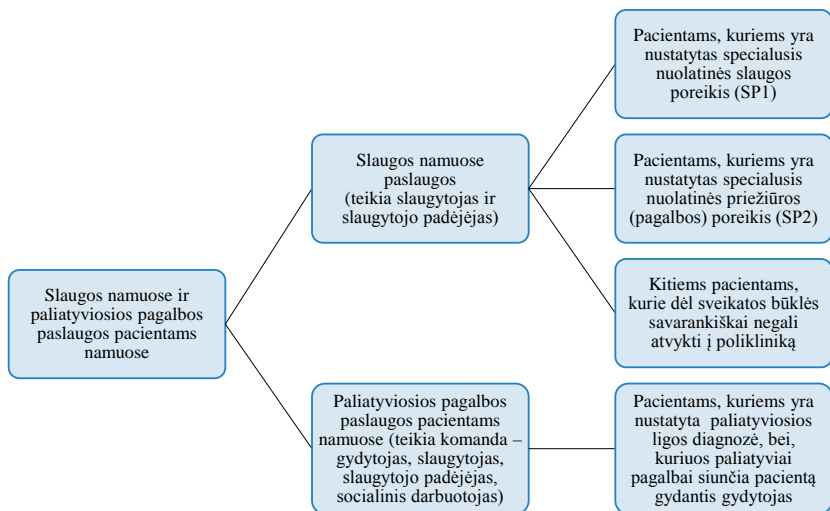
VŠĮ Centro poliklinika nuo 2009 m. pradėjo teikti ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientams namuose. Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimai, patvirtinti

<sup>488</sup> Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimai, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=311861&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=311861&p_tr2=2) [žiūrėta 2014-11-07].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14<sup>489</sup>, apibrėžia, kad paliatyvioji pagalba – ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas. VšĮ Centro poliklinika, įvertinusi tai, kad paliatyvios pagalbos pacientams reikalinga holistinė pagalba, kuri apimtų ligos simptomų kontrolę, psichologinių, dvasinių ir socialinių poreikių patenkinimą<sup>490</sup>, bei siekdama plėtoti paliatyviosios pagalbos paslaugų infrastruktūrą, Slaugos centre subūrė paliatyviosios pagalbos komandą, kurią sudarė paliatyviosios pagalbos gydytojas, paliatyviosios pagalbos slaugytojai bei socialinis darbuotojas. Dėl to Slaugos centras buvo pavadintas Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinika (SPMSPK). 2010 m. komanda papildyta nauju nariu – slaugytojo padėjėju. SPMSPK veiklos tikslas – pagerinti pacientų ir jų artimųjų gyvenimo kokybę, išsaugoti pacientų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, skatinti jų savirūpą, užtikrinti kokybišką paliatyviosios pagalbos, slaugos bei socialinių paslaugų teikimą paciento namuose. Įgyvendinant šį tikslą SPMSPK specialistai teikia laiku ir kokybiškas slaugos paslaugas pacientams namuose, kurie dėl sveikatos sutrikimų negali atvykti į asmens sveikatos priežiūros įstaigą gauti šias paslaugas; organizuoja ir teikia laiku ir kokybiškas paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientams namuose, kuriems yra diagnozuota ir teisės aktų nustatyta tvarka patvirtinta pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojanti liga; teikia socialinio darbuotojo paslaugas paliatyviosios pagalbos reikalaujantiems pacientams bei kitiems SPMSPK slaugytojų namuose prižiūrimiems pacientams. 3.9 paveiksle pateikiame paslaugų pacientams namuose struktūrą.

<sup>489</sup> Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimai, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=291106&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=291106&p_tr2=2) [žiūrėta 2014-11-07].

<sup>490</sup> Jurkuvienė, R., Mickevičiūtė, A. (2007). Paliatyviosios pagalbos sunkiai sergantiems pacientams poreikis Kauno mieste. *Sveikatos mokslai*, 5: 1184–1191.



3.9 pav. Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos paslaugos VŠĮ Centro poliklinikoje

Slaugos namuose teikiamos paslaugos: injekcijos, lašinės sistemos prijungimas ir priežiūra (infuzija), lašinė infuzija kateteriu ir kateterio priežiūra, diagnostinės procedūros, pragulų priežiūra, dirbtinių kūno angų priežiūra, drenų priežiūra, šlapimo pūslės kateterizavimas ir priežiūra, rektalinių žvakučių įdėjimas, žarnyno valymas klizmomis, enterinis maitinimas, zondų įvedimas, medikamentų vartojimo administravimas, gydomoji vonelė, ledo pūslės uždėjimas, šildyklės uždėjimas, pavilgų dėjimas, kompreso uždėjimas, tepalų naudojimas, žaizdų priežiūra, pragulų profilaktika, šlapinimosi reflekso skatinimas, pakišamųjų indų naudojimas, arterinio kraujo spaudimo matavimas, pulso skaičiavimas, kūno temperatūros matavimas, sanitarinės būklės įvertinimas, asmens higienos paslaugos. Paliatyviosios pagalbos gydytojo teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos: teikia ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas suaugusiesiems ir vaikams; koordinuoja paliatyviosios pagalbos specialistų komandos darbą (bendruomenės ar bendrosios praktikos slaugytojų, socialinių darbuotojų, slaugytojo padėjėjų, kitų sveikatos priežiūros specialistų), kurie teikia paslaugas pagal savo kompetenciją; konsultuoja ligonius ir jų artimuosius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje arba ligonio namuose; įvertina ligonio sveikatos būklę, skiria reikalingus tyrimus bei stebėseną; atsižvelgdamas į

ligonio būklę, rekomenduoja medikamentinį gydymą; koordinuoja slaugos poreikių nustatymą ir jų įgyvendinimą; koordinuoja socialinių poreikių vertinimą bei stebėjimą, socialinės pagalbos planavimą ir teikimą, tarpininkavimą sprendžiant socialines problemas; moko ligonius ir jų artimuosius.

Mokslininkai pripažįsta, kad lėtinės, chroniškos ligos kelia naujus iššūkius sveikatos priežiūros sistemoms. Juos pirmiausia turėtų spręsti pirminio lygio sveikatos priežiūros specialistai bei įvairių sričių profesionalų komandos, sudarytos iš gydytojo, slaugytojo bei kitų specialistų<sup>491</sup>. Vis dažniau teigiama, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos organizuojamos ir teikiamos pacientams namuose. Jos padeda tenkinti pacientų slaugos poreikius, skatina jų savirūpą, gerina jų ir artimųjų gyvenimo kokybę, užkerta kelią ar palengvina jų kančias, padeda spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas<sup>492,493</sup>. Efektyvios slaugos paslaugos didina diagnostikos tikslumą pacientams, slaugomiems namuose, bei sumažina gydymo išlaidas. Sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams, slaugytojams padeda sumažinti laiką, skiriamą popieriniams dokumentams pildyti, „popieriniam“ veiklos organizavimui, informacijos apsikeitimo tarp specialistų sąnaudas, sumažina pacientų artimųjų laiko sąnaudas, organizuojant būtiną pagalbą namuose. Todėl ateityje, didėjant vyresnio amžiaus žmonių skaičiui, didės slaugos ir socialinių paslaugų, organizuojamų ir teikiamų pacientams namuose, paklausa. Vėl Centro poliklinikos administracija, sprendama jau šiuo metu kylančias problemas, susijusias su paslaugų namuose organizavimu ir teikimu, bei atsižvelgdama į moksliniais tyrimais pagrįstus ateities iššūkius, nusprendė elektronizuoti specialistų, teikiančių paslaugas pacientams namuose, įrašus įdiegiant specializuotą informacinę sistemą (Slaugos IS).

Siekiant pagerinti slaugos ir paliatyviosios pagalbos paslaugų kokybę ir prieinamumą, buvo būtina kompiuterizuoti šių paslaugų teikimo procesą; įdiegti specializuotą techninę, kompiuterinę ir programinę įrangą; įsteigti mobiliąsias slaugos darbo vietas; sukurti medicininių veiklų elektroninius medicininius

<sup>491</sup> McKee, M., Nolte, E. Chronic care. In: Smith, P. C., Mossialos, E., Papnocolas, I., Leatherman, S., editors. (2011). Performance Measurement for Health System Improvement. *Experiences, Challenges and Prospects. European Observatory on Health Systems and Policies*, 406–25.

<sup>492</sup> O'Connor, S. J. (2011). Healthcare delivery. *J. Healthc. Manag.*, 56(6): 355–56.

<sup>493</sup> Erler, A., Bodenheimer, T., Baker, R. et al. (2011). Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA. *Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundh-wes*, 105(8): 571–80.

nus įrašus; užtikrinti centralizuotą elektroninių medicininių įrašų saugojimą bei sukurti prieigą autorizuotiems vartotojams (gydytojams, slaugytojams, socialiniams darbuotojams) realiu laiku; sukurti elektroninę interaktyvią paslaugą – galimybę prisiregistruoti ir užsisakyti slaugos paslaugas internetu; įdiegti galimybę sveikatos priežiūros specialistams vykdyti paskyrimus slaugomiems asmenims, formuoti vizitų į namus planus; integruoti duomenų apsikeitimą su įstaigų informacinėmis sistemomis; įdiegti integraciją su e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacine sistema.

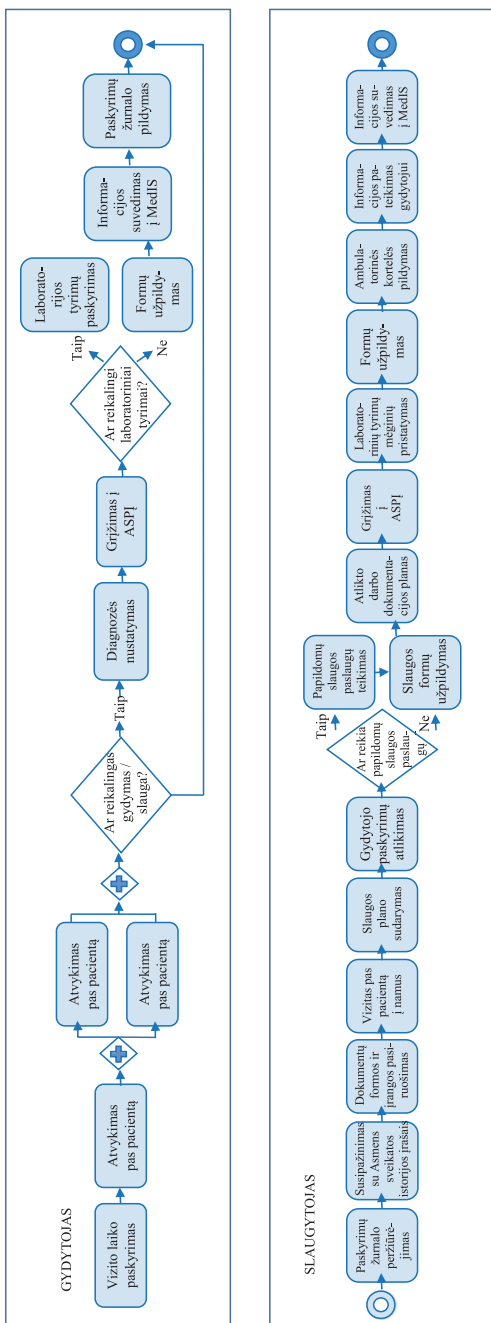
Slaugos IS diegimo projektas buvo finansuotas Europos Sąjungos lėšomis<sup>494</sup> bei VšĮ Centro poliklinikos lėšomis. Projekto tikslas – užtikrinti prieinamas, kokybiškas ir laiku suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, slaugomiems namuose, sukuriant mobilias slaugytojų darbo vietas ir elektroninę šių paslaugų valdymo sistemą. Projekto uždavinys – kompiuterizuoti įstaigos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros slaugos, paliatyviosios pagalbos, ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimą pacientams namuose. Projekto tikslinės grupės: pacientai, slaugytojai (teikiantys paslaugas pacientams namuose bei dirbantys komandoje su šeimos gydytojais), gydytojai (paliatyviosios pagalbos, šeimos gydytojai, gydytojai terapeutai, gydytojai pediatrai bei gydytojai specialistai), poliklinikoje dirbantys socialiniai darbuotojai bei kiti specialistai (slaugytojų padėjėjai).

Pagrindinės problemos, kurioms spręsti buvo parengtas Slaugos IS diegimo projektas, buvo didelės laiko ir žmogiškųjų išteklių sąnaudos, organizuojant ir teikiant paslaugas pacientams namuose („popierinis“ paslaugų organizavimas), infrastruktūros netobulumas šias paslaugas teikti efektyviai (pvz., sudėtinga komunikacija tarp namuose slaugomų pacientų, paslaugas namuose teikiančių specialistų (slaugytojų, slaugytojų padėjėjų, socialinių darbuotojų, paliatyviosios pagalbos gydytojų) ir įtaigose dirbančių šeimos gydytojų bei slaugytojų, administruojančio personalo). Specialistai, suteikę pacientams slaugos, priežiūros ir paliatyviosios pagalbos paslaugas namuose, rankiniu būdu turėjo užpildyti įvairius dokumentus. Toks dokumentų pildymo būdas ir duomenų perdavimas kitiems specialistams užėmė daug laiko,

<sup>494</sup> VšĮ Centro poliklinikos su partneriais VšĮ Vilniaus rajono centrine poliklinika ir VšĮ Vilniaus rajono Nemenčinės poliklinika įgyvendintas projektas „Slaugos namuose ir paliatyviosios pagalbos elektroninė paslauga“, finansuotas pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę Nr. VP2-3.1-IVPK-11-V „Elektroninės sveikatos paslaugos savivaldybėse“.

be to, egzistavo tikimybė, kad dėl žmogiškojo faktoriaus atsiras klaidų, ypač rašant besikartojančią su pacientu susijusią informaciją skirtingose formose. 3.5 lentelėje pateikiama VŠĮ Centro poliklinikos slaugytojų, teikiančių paslaugas namuose, skirtingų popierinių formų pildymo periodiškumas ir jų užpildymo trukmė iki įdiegiant Slaugos IS. Slaugytojos prieš vizituojant pacientus turėjo sužinoti gydytojo paskyrimus, t. y. susipažinti su rašytine popierine forma, o po vizitų pateikti informaciją gydytojui, dėl to slaugytojai buvo būtina atvykti į polikliniką ir taip sugaišti papildomą laiką, kuris galėjo būti skirtas pacientams lankyti namuose ir jiems būtinoms paslaugoms teikti. Dėl šių priežasčių buvo sudėtinga analizuoti ir kontroliuoti paslaugų namuose apimtį (ypač vertinti paslaugų atlikimo trukmę), jų efektyvumą, specialistų darbo krūvių ir kitus veiklos rodiklius. Šios problemos vertė naudoti pagalbinės priemonės registruojant tiek asmenis, kuriems skirtos slaugos paslaugos namuose, tiek jiems suteiktas paslaugas ar jų sveikatos būklę atspindinčius indikatorius. Dažniausiai tai buvo daroma ranka pildant žurnalus ar ataskaitas, o tai reikalavo didelių laiko sąnaudų. Daug darbo laiko sąnaudų reikalaujančios organizacinės priemonės mažino sveikatos priežiūros komandos darbo našumą, dėl to mažėjo aptarnaujamų pacientų skaičius, formavosi paslaugų namuose laukimo eilės. Popierinių formų ir žurnalų naudojimas didino gydymo įstaigos veiklos sąnaudas ir kėlė dokumentų saugojimo užtikrinimo problemas. 3.10 paveiksle pateikiama paslaugų pacientams namuose organizavimo schema prieš įdiegiant Slaugos IS. Projektu buvo keliami hipotezė, kad laikas, sutaupytas specialistų, teikiančių paslaugas pacientams namuose, visoms 1 lentelėje nurodytoms popierinėms formoms pildyti ir kelionėms į polikliniką galėtų būti skirtas papildomoms, kokybiškoms paslaugoms pacientams namuose organizuoti ir teikti.





3.10 pav. VšĮ Centro poliklinikoje paslaugų pacientams namuose organizavimo schema iki Slaugos IS įdiegimo  
Šaltinis: VšĮ Centro poliklinika.

### 3.5 lentelė. VšĮ Centro poliklinikoje slaugytojų pildomos popierinės formos prieš įdiegiant Slaugos IS ir jų užpildymo trukmė

Nr.	Formos Nr. ir pavadinimas	Pildymo periodiškumas	Vidutinė pildymo trukmė, min.
1.	Paciento sutikimas atlikti invazinę ir (ar) intervencinę procedūrą ir (ar) chirurginę operaciją Forma 31-1-1/a-CP (patvirtinta VšĮ Centro poliklinika direktoriaus 2010-05-07 įsakymu Nr. V-74)	Kiekvieną kartą prieš atliekant procedūrą, jei tai ne nuolatos prižiūrimas pacientas (pvz., SP2). Jei nuolatos prižiūrimas pacientas – 1 kartą per mėnesį (SP1 ir paliatyviems pacientams)	3 min.
2.	Paciento slaugos namuose lapas 1. Dokumentinė dalis (Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašo 3 priedas)	Pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu	5 min.
3.	Paciento slaugos poreikių namuose vertinimas (Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašo 1 priedas)	Pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu ir pasikeitus paciento būklei – bent 1 kartą per mėn.	10 min.
4.	Slaugymo lapas 2 (Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašo 1 priedas)	Kiekvieną kartą lankant pacientą	10 min.
5.	Ligonių, kuriems teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos, būklės stebėjimo lapas (Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo 2 priedas)	Pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu	5 min.
6.	Slaugymo lapas (Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo 2 priedas)	Kiekvieną kartą lankant pacientą	10 min.
7.	Procedūrų apskaitos žiniaraštis (Forma 029/a)	1 kartą per mėnesį – mėnesio baigoje	20 min.
8.	Slaugos darbuotojų darbo apskaitos žiniaraštis (Forma Nr. 02/a CP, patvirtinta direktoriaus 2003 m. sausio 14 d. įsakymu Nr. V-1)	1 kartą per mėnesį – mėnesio baigoje	20 min.
9.	Apie pacientui suteiktas paslaugas namuose į asmens sveikatos istoriją (forma Nr. 025/a) įrašoma suteikta paslauga ir šis įrašas patvirtinamas slaugytojos antspaudu bei parašu	Kiekvieną kartą po paslaugos suteikimo pacientui	10 min.

10.	Žymi suteiktų paslaugų kodus informacinėje duomenų sistemoje „Med.I.S.“ (forma Nr. 025/a –LK)	Kiekvieną kartą po paslaugos suteikimo pacientui	3 min.
11.	Laboratorinių tyrimų formų užpildymas	Imant tyrimus	3 min.
12.	Darbo apskaitos žiniaraštis	Kiekvieną kartą aplankius pacientą	2 min.
13	Žaizdų įvertinimo ir stebėjimo forma	Esant žaizdų, pildoma kiekviena kartą apsilankius pas pacientą	8 min.
14.	Ilgalaikės priežiūros planas. Slaugomo asmens anketa (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo 1 priedas)	Pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu	5 min.
15.	Kasdieninės veiklos planas (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo 1 priedas)	Pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu ir pasikeitus paciento būklei – bent 1 kartą per mėn.	10 min.

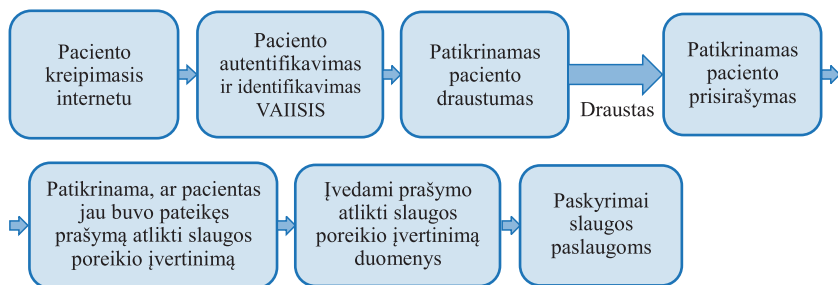
Šaltinis: VšĮ Centro poliklinika.

### 3.6.2. Elektroninė interaktyvi slaugos paslaugų užsakymo paslauga

Pacientas ar jo globėjas, norėdami užsakyti slaugos paslaugų poreikio įvertinimą, prieš Slaugos IS įdiegimą turėjo dėl slaugos paslaugų namuose kreiptis į gydantį gydytoją telefonu, užsirašyti pas gydytoją konsultuotis poliklinikoje arba iš anksto suderinti ir užsakyti gydytojo vizitą į namus. Pacientai, kuriems reikalinga slauga namuose, dėl sveikatos būklės (pvz., judėjimo negalia) paprastai negali savarankiškai atvykti į polikliniką. Dėl ribotų gydytojo vizito į namus galimybių būtinų slaugos paslaugų namuose „popierinis“ organizavimas užsitęsėdavo, dėl to dažnai slaugos paslaugos buvo pradedamos teikti pavėluotai.

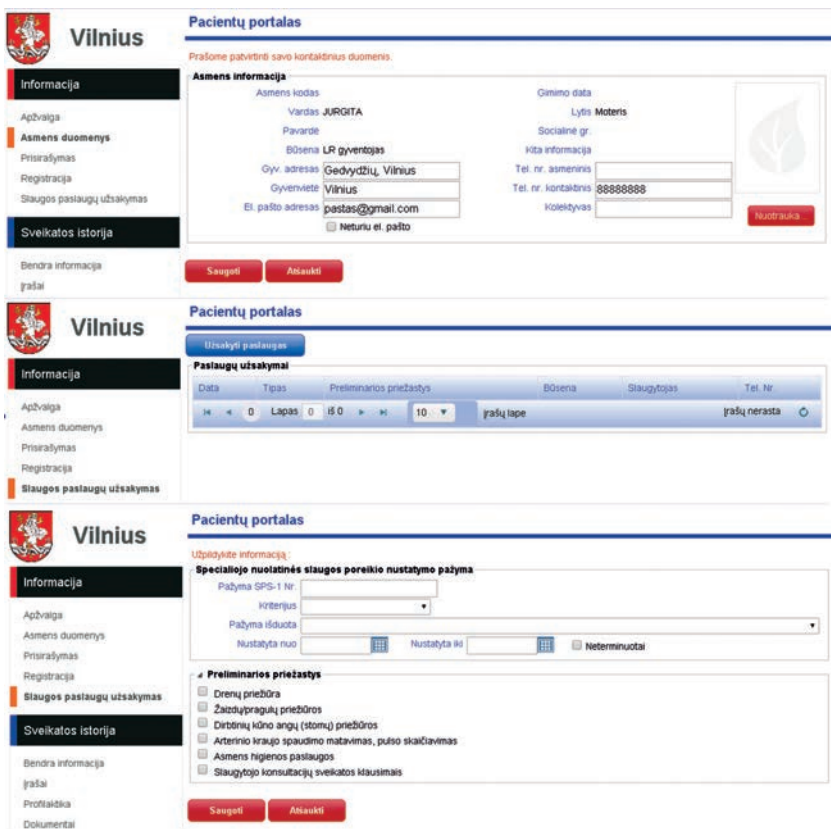
„Popierinis“ slaugos paslaugų pacientams namuose užsakymo būdas didino gydytojo ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo darbo krūvį (užsakyti paslaugą namuose reikėjo užpildyti mažiausiai 3 skirtingas popierines formas), o tai mažino gydytojo ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo darbo efektyvumą. Toks „popierinis“ paslaugų užsakymas išskeldavo nemažai komunikavimo problemų: žmogiškosios klaidos pildant formas, didelės gydytojo ir su juo komandoje dirbančio slaugytojo laiko sąnaudos organizuojant slaugytojų vizitus į namus. Komandinių susitiki-

mų su VšĮ Centro poliklinikos asmens sveikatos priežiūros specialistais (šėimos gydytojais, jų komandose dirbančiais slaugytojais, slaugytojais, teikiančiais paslaugas pacientams namuose), poliklinikos administracijos atstovais, poliklinikos IT specialistais bei IS diegėjais) metu nutarta naudoti patikimu ir saugiu asmenų identifikavimo ir autentifikavimo būdu per Viešojo administravimo institucijų informacinių sistemų interoperabilumo sistemą (VAIISIS), šiuo metu vadinamą Valstybės informacinių išteklių sąveikumo platforma (VIISP). Per autentifikavimo ir identifikavimo paslaugą, įdiegus Slaugos IS, pacientui sudaryta galimybė užsisakyti slaugos namuose paslaugą nuotoliniu būdu. Siekiant užtikrinti tokių paslaugų apskaitą bei kad slaugos paslaugas namuose užsisakytų tik tikslinė poliklinikos pacientų, kuriems būtinos slaugos paslaugos namuose, grupė, naudodamasis Slaugos IS slaugos paslaugas namuose gali užsakyti tik prie poliklinikos prisirašęs pacientas. 3.11 paveiksle pateikiama schema, kaip pacientas per VAIISIS (VIISP) gali užsisakyti slaugos paslaugą namuose. 3.12 paveiksle pateikiama VšĮ Centro poliklinikos Paciento portalo vizualizacija.



**3.11 pav.** Paciento slaugos paslaugos namuose užsakymo supaprastinta schema, naudojantis VAIISIS (VIISP) autentifikavimo ir identifikavimo paslauga

Šaltinis: VšĮ Centro poliklinika.

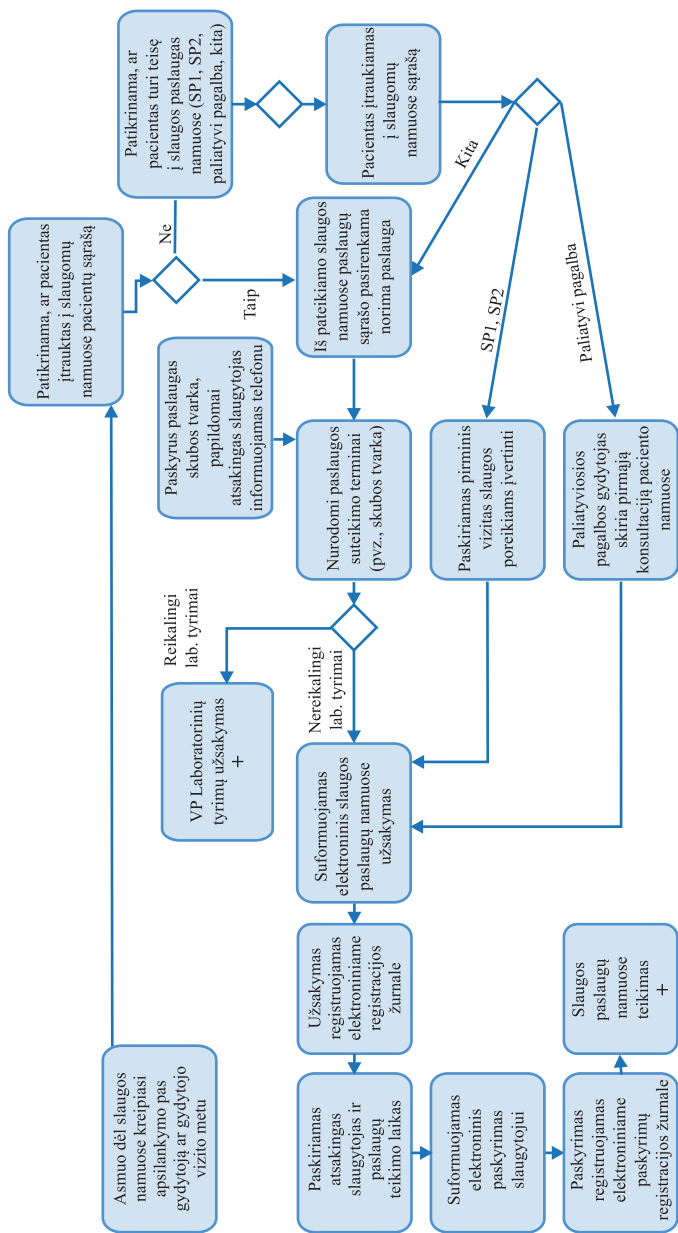


3.12 pav. Centro poliklinikos Paciento portalo ir slaugos paslaugos namuose užsakymo vizualizacija

Šaltinis: VŠĮ Centro poliklinika.

### 3.6.3. Slaugos paslaugų paskyrimų formavimas

Slaugos paslaugų paskyrimų formavimo Slaugos IS schema pateikta 3.13 paveiksle. Slaugos IS slaugos paslaugų paskyrimai formuojami pacientams, įtrauktiems į slaugos paslaugas gaunančių asmenų sąrašą (jei pacientas į šį sąrašą neįtrauktas, bet jam reikalingos slaugos paslaugos, paslaugas skiriantis asmens sveikatos priežiūros specialistas turi suformuoti paskyrimą, o administratorius priskirti namuose paslaugas teikiantį specialistą). Kai pacientas yra slaugomų namuose sąrašė, iš pateikiamo slaugos namuose



3.13 pav. Slaugos paslaugų paskyrimų formavimo Slaugos IS schema  
 Šaltinis: VšĮ Centro poliklinika.

paslaugų sąrašo pasirenkamos pacientui būtinos slaugos paslaugos ar procedūros, nurodomi šių paslaugų suteikimo terminai arba nurodoma, kad paslauga privalo būti suteikta skubos tvarka. Paskyrimai formuojami pagal sveikatos priežiūros specialisto kompetencijas, numatytas LR sveikatos apsaugos ministro patvirtintose medicinos normose, pvz., medikamentinį gydymą bei laboratorinius tyrimus gali paskirti tik gydytojas. Slaugos paslaugų ir medikamentinio gydymo paskyrimų vizualizacija Slaugos IS pateikiama 3.14 paveiksle.

Jei pacientui pirmą kartą nustatyti specialieji priežiūros ar slaugos poreikiai (SP1, SP2), atsakingas sveikatos priežiūros specialistas turi slaugytojui paskirti pirminį vizitą slaugos poreikiams namuose įvertinti. Jei asmeniui reikalinga paliatyvioji pagalba, gydantis gydytojas pildo elektroninį siuntimą paliatyviosios pagalbos komandai nustatyti paliatyviosios pagalbos namuose poreikį. Pagal poreikį elektroninio siuntimo duomenų pagrindu Slaugos IS įmanoma suformuoti ir atspausdinti dokumentus (pvz., išrašo iš medicininių dokumentų formą 027/a). Paliatyviosios pagalbos gydytojas, gavęs siuntimą, skiria pirmąją konsultaciją paciento namuose, kurios metu bus įvertinamas paliatyviosios pagalbos mastas ir dažnumas. Paskyrus konkrečias slaugos namuose paslaugas (ir laboratorinių mėginių paėmimą) ar pirminį vizitą, automatiškai suformuojamas elektroninis paslaugų namuose užsakymas. Užsakymas automatiškai registruojamas elektroniniame registracijos žurnale. Užsakymai pateikiami už slaugos namuose paslaugų teikimo valdymą atsakingam įstaigos darbuotojui, kuris paskiria atsakingą slaugytoją ir slaugytojo padėjėją, o paliatyviosios pagalbos atveju – slaugytoją, socialinį darbuotoją, slaugytoją padėjėją bei nurodo terminą, per kurį paslaugos ar procedūros turi būti atliktos. Užsakymą papildžius paslaugas teikiančio slaugytojo (socialinio darbuotojo) duomenimis ir nurodžius terminus, automatiškai suformuojamas elektroninis paskyrimas, kuris registruojamas elektroniniame paskyrimų registracijos žurnale. Atsakingam už paslaugų teikimą slaugytojui (slaugytojo padėjėjui, socialiniam darbuotojui) priėmus paskyrimą pradedamas veiklos procesas „Slaugos paslaugų teikimas“. Jei gydytojas slaugos namuose paslaugas skiria skubos tvarka, apie pateiktą užsakymą už slaugos namuose paslaugų teikimo valdymą atsakingas įstaigos darbuotojas – administratorius ir atsakingas slaugytojas papildomai informuojami telefonu.

### Slaugos paslaugos užsakymas

Saugoti Atšaukti

**Asmens duomenys**

Pateikė: TESTINIS TESTINIS 1986-05-05 vyras 3981

Asmens kodas: 39812121242

Vardas: TESTINIS

Pavardė: TESTINIS

Sveikatos istorijos Nr.: 86 5555989, 85 2635984, tevas@tevas.lt

**Paskyrimo duomenys**

Data ir laikas: 2015-06-30 11:37

Darbuotojas: [ ]

**Slaugos procedūrų šablonas**

Šablonas: [ ]

**Procedūra**

Proc. grupė: asmens higienos paslaugos

Procedūra: burnos higieninė priežiūra, patalynės keitimas

Dažnumas k.: 2

vienkartinė proc.  Skubus

Pastaba: [ ]

**Procedūra**

Proc. grupė: drienų priežiūra

Procedūra: drienų priežiūra

Dažnumas k.: 1

kasdien  Skubus

Pastaba: [ ]

### Vaisto paskyrimas

Saugoti Atšaukti

**TESTINIS T. 1986-05-05 (29 m.)**

**Paskyrimo duomenys**

Data: 2015-06-30 11:45

Sveikatos įrašas: be sveikatos įrašo

Gydytojas: RAČINSKIENE EDITA (šeimos 19917), Šeili [ ]

**Vaistas**

Recepto numeris: [ ]

Diagnozė: E10.1 tipo cukrinis diabetas

Kompensacijos rūšis: 7 - Pensiniukui, 50 %

Vaistas: Meksikamas/Meloxicam-Teva/Meloxicam-T [ ]

Meksikamas

Pavadinimas: Meloxicam Pfizer (Pfizer Europe NIA EEIG, J [ ]

Forma: tabletės

Stiprumas: 7.5mg

Vienkartinė dozė: 7.5 mg

Būdas: vartoti per burną

Skiešti: [ ]

Dažnis: 2 per parą

Gydymo kursas: 10 dienas

Numero, N.: 20 N 20

Laikas: ryte, vakare

Pastaba: Geri prieš valgi

Palkanka iki: 2015-07-10  Siubiai

Rodyti slaugos plane

**Šablonai**

3.14 pav. Slaugos paslaugų ir medikamentų paskyrimų langų vizualizacija  
Šaltinis: VšĮ Centro poliklinika.



### 3.6.4. Paslaugų namuose teikimas

Slaugos IS užtikrina, kad, nepriklausomai nuo paskyrimo nurodytų užduočių (pirminio vizito dėl paslaugų poreikio įvertinimo; gydytojo paskyrimo; slaugytojo, slaugytojo padėjėjo ar socialinio darbuotojo savarankiškai, be gydytojo paskyrimo, atliekamų procedūrų ar paslaugų), paslaugų namuose teikimas prasideda nuo pasiruošimo vizitui. Sudaromas apsilankymų planas (žr. 3.15 pav.), su pacientu ar jį namuose prižiūrinčiu artimuoju suderinamas apsilankymo laikas. Susipažįstama su asmens sveikatos istorija, gydančio gydytojo įrašais, atliktų tyrimų rezultatais, skirtu medikamentiniu gydymu ir pan. Esant poreikiui, situacija aptariama su kitais sveikatos priežiūros specialistais – komandos nariais. Pagal poreikį užsakomas transportas, parengiamos slaugos ar kitos priemonės, diagnostinė įranga, atspausdinami dokumentai (pvz., paciento sutikimas atlikti invazinę ir (ar) intervencinę procedūrą).

Pacientas	23 sav.	Vykdo gydą	2015-06-01 / Pr	2015-06-02 / An
ANTANAS (SPS-1) Vilniaus PASP gydl. VILUTIENE EUOGENIJA	52	BARANAUŠKIENE JŪRATĖ (bendrosios praktikos slaugytoja)	⊖	⊖
FEOFANJA (SPS-1) Vilniaus PASP gydl. AŠOVSKAJA VILIJA	52	KODČ KATAŽINA (bendrosios praktikos slaugytoja)	⊖	14:30 ✓
Čobakio g. MERSEDA (SPF-2) Vilniaus PASP gydl. POVLIOŪNITE KRISTINA	39	BARŠAUŠKIENE LAMA (bendrosios praktikos slaugytoja)	12:30 ✓	⊖

Paskyrimai	Pažį paskyrimai	Bėgus vertimas	Poreikių vertimas	Gydytojo pažai	Dokumentų sąrašas
<ul style="list-style-type: none"> <li>paciento būklės stebėjimas / poreikių vertinimas (1 k. per mėn.)</li> <li>bendrosios būklės vertimas</li> <li>pagalba judant (vienas žingsnis)</li> <li>pagalba keičiant padėtį lovoje</li> </ul>	2015-06-23	2015-07-01	✓		
	2015-06-26		✓		

Laikas	Pacientas	Paskyrimas
08:00 ✓	Šėšienės IRENA (Palatyni pagalba) Vilniaus	medikamentų vartojimo stebėjimas bendrosios būklės vertimas bendrasimas su pacientu ir artimaisiais paciento mokymas funkcinės lovos regulavimas paciento lėdo padėties keičimas pragulų rikių įvertinimas
09:10 ✓	INA (Palatyni pagalba) Aušiemis, Mechanizatorių 31, Aušiemis Vilniaus r. sav.	Sol. Ringer 500 ml, H3 medikamentų vartojimo stebėjimas bendrosios būklės vertimas bendrosios odos, šviesos, reakcijos stebėjimas mėso kiekis duncius stebėjimas ir regulavimas lūgimo pūlinis kateterio procedūra lūgimo surinkimo pakeičimas pagalbinis mitybos naudojimas (antelio, baseino) paciento mokymas lūgimo pūlinis kateterio pakeičimas intencinių kateterių procedūra pragulų rikių įvertinimas

3.15 pav. Paslaugų namuose planavimo langai  
Šaltinis: VšĮ Centro poliklinika.



Vizito pas pacientą namuose metu slaugytojas atlieka paciento individualių slaugos paslaugų poreikių vertinimą bei pagal kompetenciją įvertina paciento būklę (žr. 3.16 pav.), nustato slaugos problemas, suformuluoja slaugos tikslus bei sudaro slaugos priemonių (taip pat ir slaugytojo padėjėjo paslaugų) planą bei jų įgyvendinimo grafiką (žr. 3.15 pav.). Šių duomenų pagrindu sukuriamas elektroninis asmens sveikatos (slaugos) įrašas bei elektroninis slaugos paskyrimų įrašas.

Vizito dėl paliatyviosios pagalbos masto nustatymo metu paciento namuose atliekamas jo bei jo šeimos narių poreikių įvertinimas. Tai atlieka paliatyviosios pagalbos komandos nariai (paliatyviosios pagalbos gydytojas, slaugytojas, socialinis darbuotojas). Slaugytojas atlieka anksčiau aprašytą paciento individualių slaugos paslaugų poreikių ir būklės vertinimą (žr. 3.16 pav.), o socialinis darbuotojas – paciento socialinių poreikių vertinimą, kurio metu sudaromas socialinių paslaugų teikimo planas ir grafikas. Paliatyviosios pagalbos gydytojas, įvertinęs paciento sveikatos būklę, koordinuoja slaugytojo ir socialinio darbuotojo paslaugų teikimo plano ir grafiko tikslų sudarymą. Šių duomenų pagrindu sukuriamas elektroninis asmens sveikatos (paliatyviosios pagalbos komandos narių) įrašas bei elektroninis slaugos ir socialinės pagalbos paskyrimų įrašas.

Suteikus paslaugas namuose, įvertinami priežiūros rezultatai. Jei pacientui reikalingos papildomos paslaugos, atliekamas paciento individualių poreikių (tiek slaugos, tiek socialinių) bei paciento būklės vertinimas, kurių metu patikslinamas ar naujai sudaromas priežiūros planas ir grafikas. Duomenys apie atliktas paslaugas ir jų rezultatus suvedami į Slaugos IS, tokiu būdu papildant elektroninį asmens sveikatos (priežiūros namuose) įrašą (žr. 3.17 pav.).

Jei teikiant paslaugas naudojama specializuota mobili diagnostinė įranga, paciento būklės matavimo duomenys registruojami, saugomi ir peržiūrimi duomenų registracijos metu (žr. 3.18 pav.) bei perduodami gydymo įstaigos informacinei sistemai, papildant elektroninį asmens sveikatos (slaugos) įrašą.

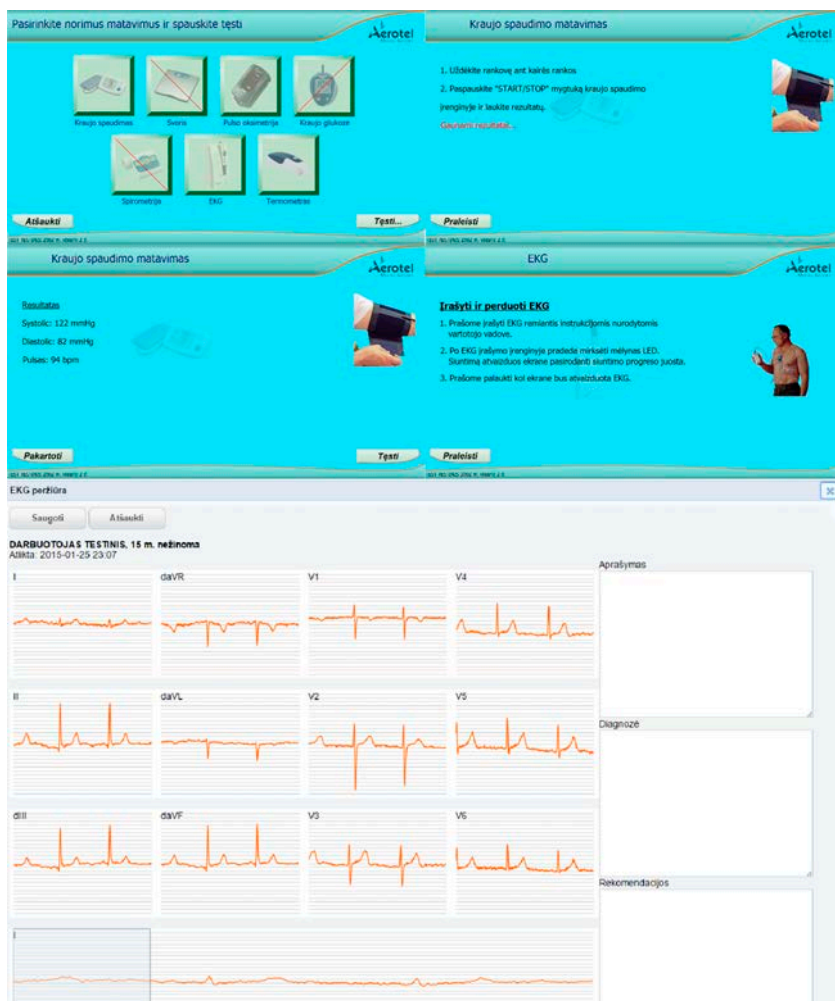
Filtrai		Naujas								
	Data	Diagnozės	Išvada	Gdytojas						
▶	2014-12-19 13:30	G35 Išsėtinė sklerozė, K99.0 Vidurių užkietėjimas, N39.9 Šlapimo sistemos sutrikimai, nepatikslinti	Bendra būklė išlieka be ryškesnės dinamikos. Progresuoją raumenų silpnumas, varginą obstrukciją.	CHELVICKAITĖ IEVA (šeimos 31620)						
▶	2014-12-22 14:40	G35 Išsėtinė sklerozė, K99.0 Vidurių užkietėjimas, N39.9 Šlapimo sistemos sutrikimai, nepatikslinti	Bendra būklė išlieka be ryškesnės dinamikos. Progresuoją raumenų silpnumas, varginą obstrukciją. Išduota forma F027/a dušo kėdute, naktipuodžio kėdutei gauti.	CHELVICKAITĖ IEVA (šeimos 31620)						
<b>Apžiūra</b>										
<b>Apstatinymas</b>										
Data: 2014-12-22. Laikas: 14:40. Prežastas: Iga. Apstatinymas pakartotinis, mokamas. Ne. Gdytojas: CHELVICKAITĖ IEVA (šeimos 31620). Įrašas: darbinis. Rodyti portai: Ne. Gyvenimo anamnezė: Išsėtinė sklerozė daugiau nei 10m. Kojų plegija, gili rankų parėzė... Nuskaudimai: Bendra sąlygota patenkinama, varginą bendras silpnumas, vidurių užkietėjimas.										
<b>Sistemos</b>										
<b>Bendroji apžiūra</b>										
Kraujospūdis ir kraujavimas: AKS-s, mmHg: 100. AKS-d, mmHg: 60. Pulsas, k./min.: 78. Kviėpav., k./min.: 19.										
Bendrosios žiokės komponentai: Bendra odinė patenkinama. Sąmonė: sąmoningas. Padėtis: priverstinė. Plėvis: Plėvis: mirkštas, neskausmingas. Kepenys: nepadidėjusios, blužnis: nepadidėjusi. Kep. dydis, cm: 14. Vėmimas: nėra. Peristaltika: vangl. Bėrimai: Bėrimas: nėra.										
<b>Širdies ir kraujagyslių sistema</b>										
Tonai ir uždešai: Tonai: duslūs. Uždešai: nėra. Kita: ritmiški.										
<b>Oda ir jos dariniai</b>										
Oda: Odos spalva: rausva. Odos drėgnumas: drėgna. Elastingumas: geras. Turgoras: geras. Poodis: patenkinamas. Parazitai: nėra.										
Filtrai		Naujas								
	Data	Dinamika	Tikriniai							
▶	Pallatyvi pagalba	2015-06-01	36,4	76	115/75	17	97%		Neužrašyta	vidutinė rizika
▶	Pallatyvi pagalba	2015-04-27	36,5	78	110/70	19			Neužrašyta	vidutinė rizika
▶	Pallatyvi pagalba	2015-02-16	36,4	64	115/70	16	98%		Neužrašyta	vidutinė rizika
<p>Bokšas vertinimų atliko: BARŠAUSKIENĖ LAIMA (bendrosios praktikos slaugytojas SL017168), slaugos, pallatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinika, 2015-02-16 12:30.</p> <p>Matavimai: AKS-s: 115, AKS-d: 70, Pulsas: 64 °C, Temp.: 36,4 °C, Sp. O<sub>2</sub>: 98</p> <p><b>Bendrieji duomenys</b></p> <p>Somatinė būsenai: patenkinama. Protinė būsenai: budri. Bendravimas: didelis.</p> <p><b>Regėjimo sistema</b></p> <p>Aky: normalios. Akių išskyros: nėra. Akių skausmas: nėra. Akių lašus: nenaudoja.</p> <p><b>Ausų, nosies ir gerklės sistema</b></p> <p>Ausės: ausis D be patikimų. Ausies laido K be patikimų. Nosies išskyros: nėra. Nosies gleivinė: be patikimų. Burnos gleivinė: drėgna. Burnos apnašos: be apnašų. Burnos infekcija: nėra. Burnos džiūvimas: yra. Kvėpav. iš burnos: nėra. Liežuvio drėgnas: Liežuvio apnašos: su nedideliu apnašu. Dantų protezai: nenaudoja.</p> <p><b>Kvėpavimo sistema</b></p> <p>Kvėpuoja per nosį. Švokdimas: nėra. Vėdo cianozė: nėra. Kosulys: nėra. Pradžiai: 2014-02-25. Kosulys būna ramybeje. Skausmas kosint: nėra. Kosulio spas: drėgnas. Kosulys varginantis: taip. Kosulio laikas: dieną ir naktį. Duosys: nėra. Kūdines skauamas: nėra. Kviėp. dažnis, k./min.: 16. Skrepliai: nėra. Pradžiai: 2014-03-27. Skrepliai: skaidrūs (lyvarūs). Skreplioavimas: laikas: dieną ir naktį. Stoma: nėra.</p> <p><b>Širdies ir kraujagyslių</b></p> <p>K: įsp: skauamas: nėra. Gėivos skauamas: nėra. Gėivos svajimas: nėra.</p> <p><b>Virškinimo sistema</b></p> <p>Apetitas: geras. Rįjimas: nesulėkęs. Plėvis: mirkštas. Plėvio skauamas: nėra. Pykinimas: nėra. Suvart. svart: kiekis: 1400 per parą. Dehidracija: nėra. Kai: nėra paroję: pakankamas. Vėmimas: nėra. Stoma: nėra. Vidurių užkietėjimas: yra. Tušl. dažnis: 3 per sav. Tušlinimas: užkietėjęs. Lašinamieji vaistai: vartojami. Tušl. skauvimumas: nėra. Išmatų neaktyvus</p>										

3.17 pav. Elektroninio asmens sveikatos (priežiūros namuose) įrašo vizualizacija  
Šaltinis: VŠĮ Centro poliklinika.

### 3.6.5. Mobilios slaugytojų darbo vietos

Mobili slaugytojo darbo vieta užtikrina galimybę slaugytojams, teikiant slaugos namuose paslaugas, matuoti, nuskaityti, peržiūrėti ir perduoti Slaugos IS AKS, pulso, EKG, SpO<sub>2</sub>, gliukozės kiekio kraujyje, temperatūros rodiklius. Mobilios slaugytojo darbo vietos specializuotos kompiuterizuotos įrangos valdymo modulio programinės įrangos integracija su Slaugos IS leidžia kompiuteriniais tinklais gauti pacientų duomenis ir perduoti matavimo rezultatus. Intuityvi specializuotos kompiuterizuotos įrangos valdymo modulio programinės įrangos grafinė sąsaja padeda slaugytojams teisingai atlikti medicininių rodiklių matavimus: atliekant konkrečiam pacientui paskirtus medicininių rodiklių matavimus ekrane paeiliui atvaizduojami visi slaugytojui reikalingi atlikti veiksmai. Išmatavus visus medicininius rodiklius,

galima juos peržiūrėti ir, esant poreikiui, atspausdinti. Programinė įranga valdoma lietimui jautriame ekrane, lengvai suprantama, leidžianti greitai ir kokybiškai atlikti matavimus, o iškilus neaiškumų iš karto komunikuoti su gydančiu gydytoju bei priimti skubius sprendimus dėl tolesnių slaugos veiksmų. 3.18 paveiksle pateikiama sprendimo vizualizacija.



3.18 pav. Mobilios slaugytojo darbo vietos vizualizacija ir nuotolinių matavimų duomenų atvaizdavimas Slaugos IS  
 Šaltinis: VŠĮ Centro poliklinika.

### 3.6.6. Atvejo studijos apibendrinimas

Įdiegus naujus bei modifikavus iki Slaugos IS buvusių veiklos procesus įstaigoje padidėjo informacijos keitimosi efektyvumas ir darbo našumas (žr. 3.6 lentelę). Įdiegus veiklos procesus, paremtus informacinės sistemos naudojimu, gydytojas, informacinės sistemos priemonėmis formuodamas užsakymą teikti slaugos paslaugas namuose, sugaišta mažiau laiko nei pildydamas įvairias popierines formas su besikartojančia paciento informacija. Yra sudaryta galimybė naudoti iš dalies užpildytus duomenų laukus, tipinių tekstų šablonus, pateikiama informacija yra tikslesnė, kadangi sumažėja klaidų galimybė. Skiriamų slaugos paslaugų, paliatyviosios pagalbos indikacijų ir kiti duomenys įvedami naudojant įvairius klasifikatorius. Pacientų, kuriems skirtos slaugos paslaugos namuose, sąrašų sudarymas ir jų peržiūra leidžia užtikrinti paslaugų tęstinumą bei jų teikimą laiku.

**3.6 lentelė.** Informacijos keitimosi efektyvumo padidėjimo įvertinimas įdiegus Slaugos IS

Nr.	Kokie dokumentai nebus pildomi	Įrašų skaičius	Sutau- pytas vieno įrašo laikas, min.	Iš viso, min.
1.	Paciento slaugos namuose lapas 1. Dokumentinė dalis (Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašo 3 priedas) pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu	500	6	3 000
2.	Paciento slaugos poreikių namuose vertinimas (Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašo 1 priedas) pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu ir pasikeitus paciento būklei – bent 1 kartą per mėn.	3000	2	6 000
3.	Slaugymo lapas (Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašo priedas)	4000	3	12 000
4.	Ligoninių, kuriems teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos, būklės stebėjimo lapas (Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo 2 priedas) pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu	200	4	800

5.	Slaugymo lapas (Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo 2 priedas) kiekvieną kartą lankant pacientą	7 400	3	22 200
6.	Procedūrų apskaitos žiniaraštis (Forma 029/a) 1 kartą per mėnesį – mėnesio baigoje	17 607	6	105 642
7.	Slaugytojo padėjėjo procedūrų apskaitos žiniaraštis	2916	3	8 748
8.	Socialinio darbuotojo darbo apskaitos žiniaraštis	1311	3	3 933
9.	Slaugos darbuotojų darbo apskaitos žiniaraštis (Forma Nr. 02/a CP, patvirtinta direktoriaus 2003 m. sausio 14 d. įsakymu Nr. V-1) 1 kartą per mėnesį – mėnesio pabaigoje	17 607	6	105 642
10.	Laboratorinių tyrimų formos	187	3	561
11.	Darbo apskaitos žiniaraštis	12 237	4	48 948
12.	Žaizdų įvertinimo ir stebėjimo forma. Esant žaizdų, pildoma kiekviena kartą apsilankius pas pacientą	4719	3	14 157
13.	Ilgalaikės priežiūros planas. Slaugomo asmens anketa (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo 1 priedas) pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu	700	6	4 200
14.	Kasdieninės veiklos planas (Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo 1 priedas) Pirmojo slaugytojos pas pacientą vizito metu ir pasikeitus paciento būklei – bent 1 kartą per mėn.	8 400	2	16.800
15.	Pacientų slaugos paskyrimų žurnalas	17 607	8	140 856
	Iš viso	98 391		493 487

Šaltinis: VŠĮ Centro poliklinika.

Priežiūros paslaugas (paliatyviosios pagalbos, slaugos, socialines) pacientams namuose teikiantys specialistai, informacinės sistemos priemonėmis formuodami priežiūros namuose įrašus, sugaišta mažiau laiko nei pildydami daug įvairių popierinių formų, kadangi sudaryta galimybė naudoti iš dalies užpildytus duomenų laukus, tipinių tekstų šablonus. Slaugos IS pateikiama informacija yra tikslesnė, kadangi sumažėjo specialistų įvedamų klaidų galimybė, duomenys suvedami naudojant standartizuotus duomenų klasifikatorius. Naudojant mobilią specializuotą kompiuterizuotą įrangą pagerėjo teikiamų paslaugų kokybė, kadangi paciento apžiūros, kai kurių laboratorinių bei instrumentinių tyrimų rezultatai gali būti nuotoliniu būdu perduodami gydytojui skubiai įvertinti ir laiku koreguoti diagnostikos, gydymo ar slaugos veiksmus. Pagerėjusi namuose teikiamų paslaugų kokybė, panaudojant informacinių ir ryšių



technologijų priemonės, greitesnis pacientų tyrimų duomenų perdavimas gydytojams, sumažino tiek gydytojų, tiek slaugytojų pakartotinio apsilankymo pas pacientus poreikius.

Poliklinikos administruojančiam personalui slaugos ir socialinių paslaugų paskyrimų bei jų įvykdymo kontrolė suteikia galimybę įvertinti specialistų pildomus slaugos elektroninius sveikatos įrašus, namuose atliekamų diagnostinių tyrimų duomenis. Suteikiama papildoma galimybė gydytojui laiku nustatyti paciento sveikatos problemas, skirti reikiamą gydymą bei priežiūros paslaugas namuose ar stacionarines paslaugas.

Slaugos IS įdiegimo nauda VšĮ Centro poliklinikai ir joje dirbantiems sveikatos priežiūros specialistams:

1. Greitas ir patogus keitimasis informacija ASPĮ viduje – padidėjo informacijos keitimosi efektyvumas tarp šeimos gydytojo, slaugytojų ir paliatyvosios pagalbos komandos narių. Kadangi sveikatos priežiūros specialistams nebereikia pildyti įvairių paslaugų namuose atlikimo dokumentų, apskaičiuota, kad kasmet bus sutaupoma 8613 val. darbo laiko, kuris galės būti skirtas paslaugoms teikti, specialistų kvalifikacijai tobulinti, papildomoms paslaugoms organizuoti ir kt.

2. Tikslesnė diagnostika, efektyvesnis gydymas ir slauga, geresnės darbuotojų darbo sąlygos, įdiegus inovatyvias, šiuolaikiškas mobilias slaugytojų darbo vietas, sumažėjo slaugytojų darbo laiko sąnaudos. Sąnaudų sumažėjimas siejamas su greitesniu nuotolinių stebėjimų atlikimu ir duomenų perdavimu internetiniu ryšiu. Skaičiuojama, kad per metus su mobilią įrangą bus sutaupyta 4877 val. darbo laiko, kuris galės būti skiriamas tiesioginiam darbui su pacientu ir jo šeimos nariais.

Projekto nauda pacientams:

1. Taupomas pacientų ir juos prižiūrinčių asmenų laikas, kadangi sudaryta galimybė prisirašyti prie ASPĮ bei užsisakyti slaugos paslaugą namuose nuotoliniu būdu tiesiogiai neatvykstant į gydymo įstaigą.

2. Užtikrinama efektyvesnė diagnostika, kadangi nuotoliniu būdu pateikti duomenys bus vertinami esamuoju laiku, gavus gydytojo rekomendacijas, būtina pagalba bus suteikiama iš karto.

3. Užtikrinamas geresnis slaugos namuose ir paliatyvosios pagalbos paslaugų prieinamumas bei namuose teikiamų paslaugų kompleksiskumas.



## Literatūros sąrašas

1. Armstrong, C. P., Sambamurthy, V. (1999). Information Technology Assimilation in Firms: The influence of senior leadership and IT infrastructures. *Information Systems Research*, 10(4): 304–327.
2. Blazevic, V., Lievens, A. (2008). Managing Innovation Through Customer Co-produced Knowledge in Electronic Services: An exploratory study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 138–151.
3. Bloch, M., Blumberg, S., Laartz, J. Delivering Large-Scale IT Projects on Time, on Budget and on Value. Insights & Publications, 2012. [http://www.mckinsey.com/insights/business\\_technology/delivering\\_large-scale\\_it\\_projects\\_on\\_time\\_on\\_budget\\_and\\_on\\_value](http://www.mckinsey.com/insights/business_technology/delivering_large-scale_it_projects_on_time_on_budget_and_on_value) [žiūrėta 2014-11-07].
4. Dučinskas, N. E. Sveikatos sistemos Lietuvoje įgyvendinimo eiga. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas.
5. eHealth Task Force Report. Redesigning Health in Europe for 2020. Publications Office of the European Union, Belgium, 2012, ISBN 978-92-79-23542-9. [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/policy/ehtask\\_force/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/ehtask_force/index_en.htm) [žiūrėta 2014-11-07].
6. Empirica et al. Study on Economic Impact of eHealth: Developing an Evidence-Based Context-Adaptive Method of Evaluation for eHealth. 2005. [http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6\\_2\\_Final\\_Report\\_ext.pdf](http://www.ehealth-impact.org/download/documents/D6_2_Final_Report_ext.pdf) [žiūrėta 2014-06-07].
7. Erler, A., Bodenheimer, T., Baker, R. et al. (2011). Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes*, 105(8): 571–80.
8. *ESPBI IS ir e. recepto veiklos modelių pristatymas*. Ernst & Young Baltic, 2013 m. lapkričio 8 d.
9. Gianchandani, E. P. (2011). Toward smarter health and well-being: an implicit role for networking and information technology. *Journal of Information Technology*, 26: 120–128.
10. Gordon, S. R., Gordon, J. R. (2002). Organizational Options for Resolving the Tension Between IT Department and Business Units in the Delivery of IT Services. *Information Technology & People*, 15(4): 286–305.
11. Guillemette, M. G., Paré, G. (2012). Toward a New Theory of The Contribution of The IT Function in Organizations. *MIS Quarterly*, 36(2): 529–551.
12. Heeks, R. The e-Government for Development Information Exchange project. The University of Manchester Institute for Development Policy and Management. 2008. <http://www.egov4dev.org/health/techniques> [žiūrėta 2014-11-07].
13. Heiskanen, A., Newman, M., Eklin, M. (2008). Control, Trust, Power, and the Dynamics of Information System Outsourcing Relationships: A process study

- of contractual software development. *The Journal of Strategic Information Systems*, 17(4): 268–286.
14. Informacinės visuomenės plėtros komiteto prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, VšĮ Centrinės projektų valdymo agentūros ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2006-02-27 paramos teikimo projektams, įgyvendinantiems Lietuvos 2004-2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 3 prioriteto 3 priemonę „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“, sutartis Nr. BPD2004-ERPF-3.3.0-02-04/0023/S-250/S-64.
  15. Yun Kyung, C., Menor, L. J. (2010). Toward a Provider-Based View on the Design and Delivery of Quality E-Service Encounters. *Journal of Service Research*, 13(1): 83–95.
  16. Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014, p. 183-214.
  17. Jurkuvienė, R., Mickevičiūtė, A. (2007). Paliatyviosios pagalbos sunkiai sergantiems pacientams poreikis Kauno mieste. *Sveikatos mokslai*, 5: 1184–91.
  18. Kizlaitis, R. J. E. sveikatos projektų pamokos. Konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2014 m. spalio 28 d., pranešimas. Vilnius, Mykolo Romerio universitetas.
  19. Komisijos komunikatas Europos Parlamentui, Tarybai, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui. 2012–2020 m. E. Sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiui. Briuselis, 2012 12 06 COM(2012) 736 final. [http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_lt.pdf) [žiūrėta 2014-09-16].
  20. Landon, B. E., Normand, S. T., Blumenthal, D., Daley, J. (2003). Physician Clinical Performance Assessment. *Journal of the American Medical Association*, 290 (9): 1183–1189.
  21. Lee, J.-N., Shaila, M. M., Kim, Y.-M. (2004). IT Outsourcing Strategies: Universalistic, contingency, and configurational explanations of success. *Information Systems Research*, 15(2): 110–131.
  22. Lempinen, H., Rajala, R. (2014). Exploring multi-actor value creation in IT service processes. *Journal of Information Technology*, 29: 170–185.
  23. Lietuvos 2004–2006 metų Bendrasis programavimo dokumentas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. rugpjūčio 2 d. nutarimu Nr. 935. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 123-4486.
  24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-03-15 patvirtintas „E. sveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje projektas (galimybių studija)“.
  25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-03-15 patvirtintas „E. sveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje

- projektas (galimybių studija)“, cituota iš Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-10-09 įsakymu Nr. V-811 patvirtinta Lietuvos el. sveikatos sistemos 2007–2015 metų plėtros strategija.
  27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011-03-28 įsakymas Nr. V-294, kuriuo patvirtintas Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelis.
  28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 23-1079.
  29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1023 „Dėl papildomos paramos skyrimo projektams, remiamiems iš Europos regioninės plėtros fondo ir bendrojo finansavimo lėšų pagal Lietuvos 2004–2006 m. Bendrojo programavimo dokumento 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“.
  30. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio papildymo ir įstatymo I dalies III skyriumi įstatymas. 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1432. *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 74-3541.
  31. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2008-02-29 valstybinio audito ataskaita Nr. IA-9000-6-2 „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos informacinių sistemų bendrosios kontrolės vertinimas. Elektroninės sveikatos informacinės sistemos kūrimo auditas“.
  32. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės 2011-06-30 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-90-2-10 „Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas“.
  33. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. gegužės 2 d. nutarimas Nr. 390 „Dėl Maksimalios lėšų sumos, dėl kurios 2006 metais asignavimų valdytojai turi teisę prisiimti įsipareigojimus, sudarydami sutartis dėl projektų, remiamų iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir bendrojo finansavimo lėšų, įgyvendinimo pagal Lietuvos 2004–2006 metų bendrojo programavimo dokumento priemones“.
  34. Martin, A., Lassman, D., Whittle, L., Catlin, A. and the National Health Expenditure Accounts Team. (2011). *Recession Contributes to Slowest Annual Rate of Increase in Health Spending in Five Decades*, *Health Affairs*, 30(1): 11–22.
  35. McKee, M., Nolte, E. Chronic care. In Smith, P. C., Mossialos, E., Papnocolas, I., Leatherman, S., editors. (2011). *Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects*. *European Observatory on Health Systems and Policies*, p. 406–425.
  36. Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E-sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (pro-

- jekto kodas Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.
37. Morkevičius, V., Telešienė, A., Žvaliauskas, G. *Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVIVO ir Text Analysis Suite*. Pavyzdinis metodologinis mokomasis studijų paketas. Lietuvos HMS duomenų archyvas. 2011. [http://www.lidata.eu/en/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course\\_file=nvivo\\_literatura\\_I\\_II.html](http://www.lidata.eu/en/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course_file=nvivo_literatura_I_II.html) [žiūrėta 2014-06-07].
  38. O'Connor, S. J. (2011). Healthcare delivery. *J.Healthc.Manag*, 56(6): 355–56.
  39. Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimai, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=291106&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=291106&p_tr2=2) [žiūrėta 2014-11-07].
  40. Pang, M.-S., Lee, G., DeLone, W. H. (2014). IT resources, organizational capabilities, and value creation in public-sector organizations: a public-value management perspective. *Journal of Information Technology*, 29: 187–205.
  41. Peppard, J. (2003). Managing IT as a Portfolio of Services. *European Management Journal*, 21(4): 467–483.
  42. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President and Congress: Designing a digital future: Federally funded research and development in networking and information technology. The White House Executive Office of the President. 2010. <http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/microsites/ostp/pcast-nitrd-report-2010.pdf> [žiūrėta 2014-11-10].
  43. Protti, D., Johansen, I. *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A case study*. The Commonwealth Fund. 2010. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Issue-Briefs/2010/Mar/Widespread-Adoption-of-Information-Technology-in-Primary-Care-Physician-Offices.aspx#citation> [žiūrėta 2014-11-07].
  44. Pukinaitė, V. (2014). „Sveikatos visose politikose“ sėkmingo įgyvendinimo prielaidos: tabako kontrolės politikos Lietuvoje atvejis. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 2038.
  45. Sarker, S., Sarker, S., Sahaym, A., Bjorn-Andersen, N. (2012). Exploring Value Cocreation in Relationships Between an ERP Vendor and Its Partners: A revelatory case study. *MIS Quarterly*, 36(1): 317–338.
  46. Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimai, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026. [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=311861&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=311861&p_tr2=2) [žiūrėta 2014-11-07].
  47. Stroetmann, K. A., Artmann, J., Stroetmann, V. N., Protti, D., Dumortier, J., Giest, S., Walossek, U., Whitehouse, D. *European Countries on their Journey towards National E-health Infrastructures*. Final European progress report. Brussels, 2011.

48. Stucky, S., Cefkin, M., Rankin, Y., Shaw B., Thomas, J. (2011). Dynamics of Value Co-creation in Complex IT Service Engagements. *Information Systems & E-Business Management*, 9(2): 267–281.
49. Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas. Galutinė vertinimo ataskaita. 2013 m. sausio 30 d. Vilnius. [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas\\_ESSP\\_Neringos/Ataskaitos\\_2011MVP/Sveik\\_sekt\\_prioritetu\\_2014-2020m\\_ES\\_struk\\_paramos\\_panaud\\_vertinimas.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2011MVP/Sveik_sekt_prioritetu_2014-2020m_ES_struk_paramos_panaud_vertinimas.pdf) [žiūrėta 2014-06-07].
50. Štaras K. *Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas*. Daktaro disertacija. 2011, p. 16–60.
51. Štaras K., Kairys J., Gasperas V., Kudukytė-Gasperė R. Sveikatos priežiūros specialistų nuomonė apie informacinių technologijų įtaką sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. *Socialinis darbas*, 2012, 11(2): 271–288.
52. Vargo, S. L., Lusch, R. F. (2008). Service-Dominant Logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1): 1–10.
53. VšĮ Centro poliklinikos su partneriais VšĮ Vilniaus rajono centrine poliklinika ir VšĮ Vilniaus rajono Nemenčinės poliklinika įgyvendintas projektas „Slaugos namuose ir paliatyvosios pagalbos elektroninė paslauga“, finansuotas pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę Nr. VP2-3.1-IVPK-11-V „Elektroninės sveikatos paslaugos savivaldybėse“.
54. Xi, a W., Lee, G. (2005). Complexity of Information Systems Development Projects: Conceptualization and measurement development. *Journal of Management Information Systems*, 22(1): 45–83.

## 4. E. SVEIKATOS SISTEMOS NAUDOJIMAS LIETUVOJE VARTOTOJŲ POŽIŪRIU

prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Kaip teigia mokslo studijos „Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje“<sup>495</sup> autoriai, „Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa parengta siekiant subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ir ryšių technologijų diegimo galimybes, nacionalines bei globalias tendencijas, artimiausio ir tolimesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę“<sup>496</sup>. Jau ankstesniuose skyriuose atkreiptas dėmesys, kad daugelis didelių ir sudėtingų informacijos ir komunikacijos technologijų diegimo projektų (o tokių yra dauguma įgyvendinant nacionalines sveikatos informatikos programas) susiduria su vėluojančiais diegimo terminais, gerokai išaugusiomis biudžeto sąnaudomis bei dažnai mažinamu techninio funkcionalumo reikalavimų sąrašu jau pradėjus projekto įgyvendinimo darbus. Be to, susiduriama su dar didesniais sunkumais, kai techniškai gerai įdiegtos informacinės sistemos nėra naudojamos. Lietuvos sveikatos politika e. sveikatos plėtros atžvilgiu ir jos akcentai, kai pirmiausia yra pabrėžiamos techninės specifikacijos, sąveikumo standartų vystymas ar viešųjų pirkimų taisyklių lankstumas, iš tiesų nėra tie aspektai, kurie lemia sėkmingą ar nesėkmingą į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros plėtrą. Tuo tarpu būtent šie konceptai gana dažnai nurodyti tarp pagrindinių nacionalinių e. sveikatos programų tikslų<sup>497</sup>.

<sup>495</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

<sup>496</sup> Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.

<sup>497</sup> Rotomskienė, R. (2011). Konceptinis nacionalinio e. sveikatos plėtros proceso modelis *Socialinės technologijos*, 1(2): 415–426.

Nagrinėjant proceso planavimo ir įgyvendinimo įtaką rezultatų kokybei ir efektyvumui, ypatingą dėmesį reikia skirti pokyčių vadybos perspektyvai ir suinteresuotųjų pusių, ypač būsimų diegiamų informacinių sistemų naudotojų, įtraukimo į šiuos procesus aspektams. Suinteresuotųjų dalyvavimo e. sveikatos procesuose svarba vis labiau pabrėžiama mokslinėje literatūroje kaip svarbiausias sėkmės veiksnys vystant e. sveikatos sistemą. Todėl logiškai buvo iškeltas **tikslas** išsiaiškinti suinteresuotųjų pusių įtraukimo mastą ir tendencijas e. sveikatos plėtros procese Lietuvoje.

2013 05 31–2013 10 30 laikotarpiu buvo atlikti trys e. sveikatos kūrėjų, diegėjų ir naudotojų sociologiniai kiekybiniai tyrimai.

### **Tyrimų uždaviniai:**

1. Įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų personalo informuotumą apie e. sveikatos informacines technologijas, naudojimąsi šiomis technologijomis darbo vietoje, e. sveikatos technologijų vertinimą Lietuvoje bei savo sveikatos priežiūros įstaigoje, e. sveikatos technologijų diegimo proceso ypatumus ir problemas.
2. Išsiaiškinti SPĮ vadovų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas: įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų vadovų informuotumą apie Lietuvoje diegiamas e. sveikatos technologijas, šių technologijų diegimo padėtį jų sveikatos priežiūros įstaigoje, naujų technologijų naudos vertinimą, šiame procese iškilančias problemas bei poreikius.
3. Išsiaiškinti gyventojų įtraukimo ir dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastą ir tendencijas, jų pasitenkinimą e. sveikatos būkle bei poreikius e. sveikatos srityje.

### **Metodai**

Trijuose reprezentatyviuose kiekybiniuose tyrimuose taikyta kiekybinio sociologinio tyrimo metodologija. Pasirinkti metodai – anketinės respondentų apklausos 2013 m. birželio–spalio mėn. laikotarpiu interviu būdu. Apklausų tikslinės grupės pasirinktos pagal tai, kas yra pagrindiniai e. sveikatos sistemos vartotojai. Jais buvo Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų personalas (gydytojai, slaugytojai ir laborantai), SPĮ vadovai ir Lietuvos gyventojai, reprezentuojantys generalinę aibę. Kaip tyrimo įrankiai pasirinktos originalios autorių sukurtos apklausos anketos atskirai kiekvienai tiriamų

jų grupei<sup>498</sup>. „Tyrimo anketa parengta remiantis teoriniu integruoto socio-techninio požiūrio konceptu, plačiau aprašytu šios studijos įvade, o taip pat e. sveikatos pagrindiniais elementais<sup>499</sup>, taip pat darbo su suinteresuotomis pusėmis valdymo įrankiais, parengtais remiantis autoriais Friedman and Miles<sup>500</sup> ir autorių supaprastintais suinteresuotųjų įtraukimo lygiais. Klausimynai rėmėsi logika, padiktuota dabartinės e. sveikatos vystymo problematikos, kuri buvo nustatyta prieš tai vykusią kokybinių tyrimų metu.“<sup>501</sup>

Duomenų analizei naudotas *SPSS for Windows* statistinis paketas (15.0 versija). Statistiniai ryšiai tarp požymių vertinti naudojant Chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijų. Hipotezėms tikrinti pasirinktas reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ . Siekiant nustatyti, kokius statistinius kriterijus naudoti, apskaičiuota, ar tyrimo duomenys pasiskirstė pagal normalųjį skirstinį. Duomenų pasiskirstymo normalumui nustatyti taikytas Kolmogorovo ir Smirnov testas. Ar skirstinys pasiskirstęs pagal normalųjį dėsnį, rodo  $p$  reikšmės rezultatas, t. y. jei gauta  $p$  reikšmė  $< 0,05$ , duomenys pasiskirstę ne pagal normalųjį dėsnį.

#### 4.1. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo požiūris

Buvo apklausta 400 specialistų, dirbančių valstybės ir savivaldybių bei privačiose sveikatos priežiūros įstaigose (103 viešojo sektoriaus ir 45 privataus sektoriaus). Siekiant, kad tyrimas reprezentuotų viso Lietuvos sveikatos priežiūros personalo nuomonę, respondentai atrinkti proporcingai iš kiekvieno Lietuvos regiono. Buvo taikomas kombinuotas (akivaizdinis, telefonu, el. paštu) atrankos būdas atitinkamai iš ambulatorines ir stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių viešųjų ir privačių įstaigų. Buvo klausama tik medicinos personalo, t. y. gydytojų, slaugytojų ir laborantų.

<sup>498</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 183–214.

<sup>499</sup> Dansky K. H., Thompson D., Sanner T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, November, 29(4): 397–404.

<sup>500</sup> Friedman A. L., Miles S. (2006). *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc.

<sup>501</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 12.

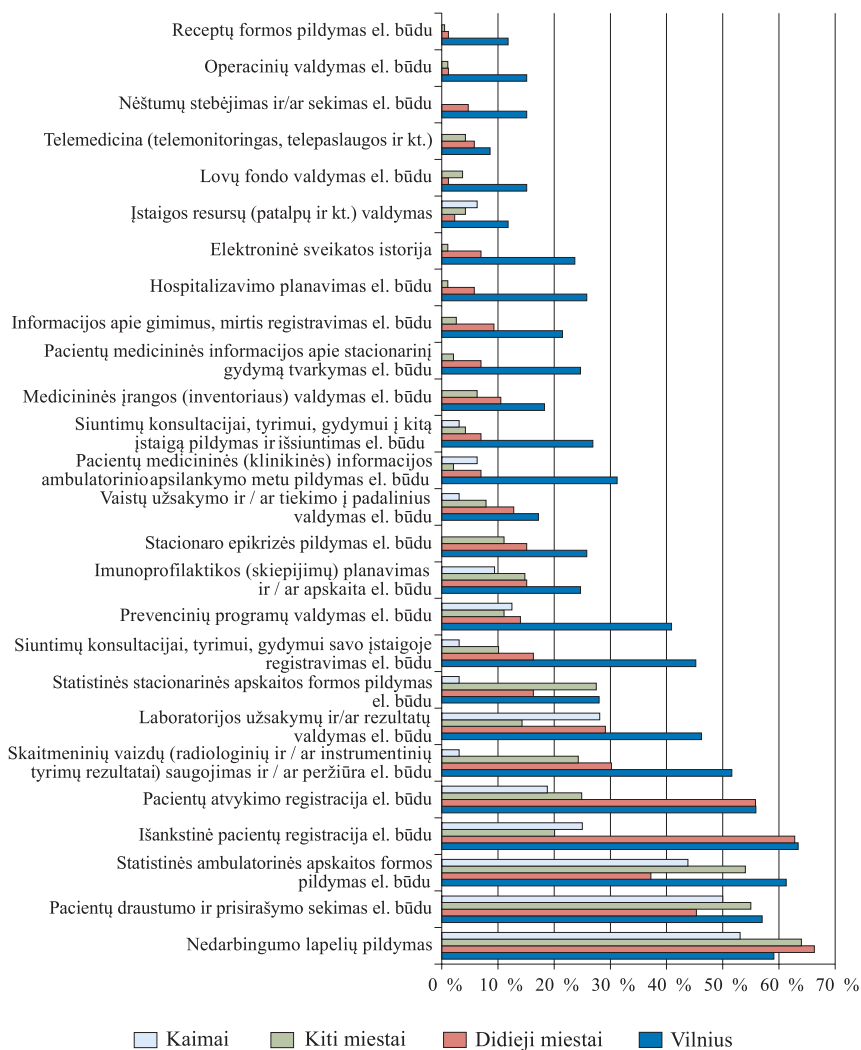


Anketą sudarė 53 klausimai. Analizuojant tyrimo duomenis buvo siekiama palyginti klausimų, atskleidžiančių informuotumą apie e. sveikatos informacines sistemas, pasitenkinimą ir poreikių atitikimą pagal respondentų gyvenamąją vietovę, atskleidžiant skirtumus. 45 proc. respondentų buvo iš didžiųjų Lietuvos miestų ir 55 proc. iš kitų miestų ir kaimo vietovių. Pagal nuosavybės formą apklausoje dalyvavo 80 proc. valstybinių SPI ir 20 proc. privačių SPI. Pagal teikiamų paslaugų tipą išskirta 63 proc. teikiančių ambulatorines paslaugas, 4 proc. stacionarines ir 33 proc. mišrias. Apklausoje dalyvavusių respondentų pasiskirstymas pagal lytį sudarė 11 proc. vyrų ir 89 proc. moterų. Apklausta 47 proc. gydytojų, 43 proc. slaugytojų, 8 proc. laborantų, 2 proc. kito personalo. Pagal amžių respondentai buvo suskirstyti į keturias amžiaus grupes: 1 grupė – iki 39 m. amžiaus sudarė 22 proc. visų apklaustųjų; 2 grupė – 40–49 m. amžiaus sudarė 34 visų apklaustųjų; 3 grupė – 50–59 m. amžiaus sudarė 33 proc. apklaustųjų; 4 grupė – 60 m. ir vyresni sudarė 11 proc. visų apklaustųjų.

#### 4.1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų specialistų naudojimas e. sveikatos sistemomis

Tyrimo duomenys atskleidė, kad kiekvieną dieną e. sveikatos informacinėmis sistemomis naudojami 67 proc. apklaustųjų, 13 proc. respondentų atsakė, kad naudotis tenka keletą kartų per savaitę, net 8 proc. dar neteko naudotis nė karto, kita dalis apklausos dalyvių sistema naudojami vos keletą kartų per metus ar nesinaudoja visai, 1 proc. nežino, kas tai yra.

Apklausti specialistai dažniausiai teikia tokias e. sveikatos paslaugas: nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu. Būtent šiomis e. sveikatos technologijomis apklausti specialistai dažniausiai ir naudojami. Remiantis Kruskalio ir Walliso testo vidurkių rangais galima teigti, kad visos e. sveikatos paslaugos daugiausiai teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose. Kituose miestuose mažiausiai teikiamos yra šios paslaugos: laboratorijų užsakymų ir / ar rezultatų valdymas el. būdu, pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymas (anamnezė, nusiskundimai ir kt.) el. būdu bei prevencinių programų valdymas (pacientų kvietimas iširti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu (žr. 4.1 pav.).



**4.1 pav.** Teikiamos e. sveikatos paslaugos gyventojams pagal gyvenamąją vietovę<sup>502</sup>  
 Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

<sup>502</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.

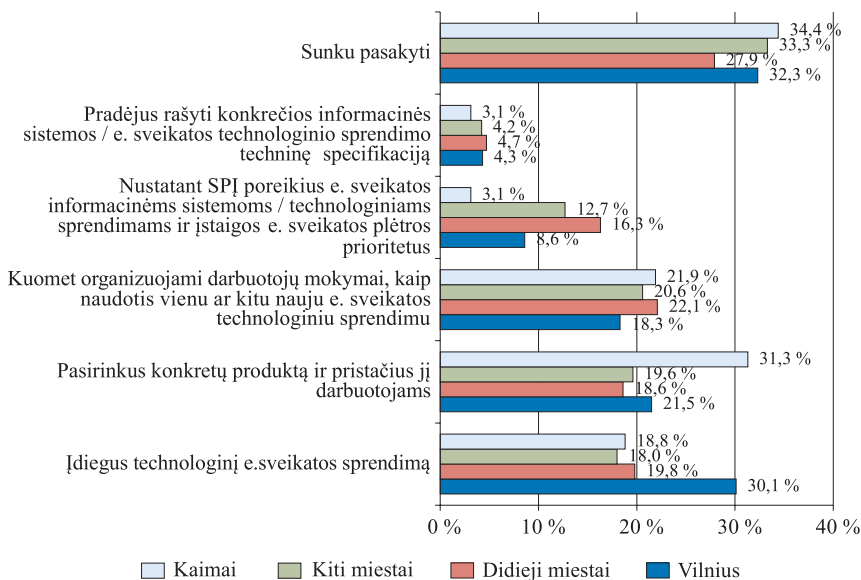
#### 4.1.2. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo informuotumas apie e. sveikatą

Apklauskos dalyvių buvo klausama, ar jų SPĮ turi strateginį veiklos planą, kuriame yra numatytas e. sveikatos modulių diegimas artimiausiu laiku. Dauguma – 63 proc. – tiesiog nežino apie tokį planą. Tik nedidelė dalis – 20 proc. – žino, kad jų SPĮ turi strateginį veiklos planą su nubrėžtais SPĮ prioritetais, o 7 proc. žino, kad turi strateginį veiklos planą, bet SPĮ prioritetai e. sveikatos srityje nėra minimi. Tyrimo rezultatai parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp strateginio veiklos plano turėjimo dėl e. sveikatos informacinių sistemų ir gyvenamosios vietos ( $p > 0,05$ )<sup>503</sup>.

„Siekiant išsiaiškinti sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių specialistų tiesioginį dalyvavimą diegiant informacines sistemas, buvo klausama, kada dažniausiai SPĮ darbuotojai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą ar kitą technologinį e. sveikatos sprendimą. Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp sužinojimo apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą ir gyvenamosios vietos ( $\chi^2 = 0,769$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,05$ ). Vilniuje dirbantys SPĮ specialistai sužino jau įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą. Kaime dirbantys SPĮ specialistai apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą ar kitą technologinį e. sveikatos sprendimą sužino jau pasirinkus konkretų produktą ir pristčius jį darbuotojams. Didžiuosiuose ir kituose miestuose dirbantys respondentai teigia, kad sužino, kuomet organizuojami darbuotojų mokymai, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu.“<sup>504</sup> (žr. 4.2 pav.).

<sup>503</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(6): 80–98.

<sup>504</sup> *Ibid.*

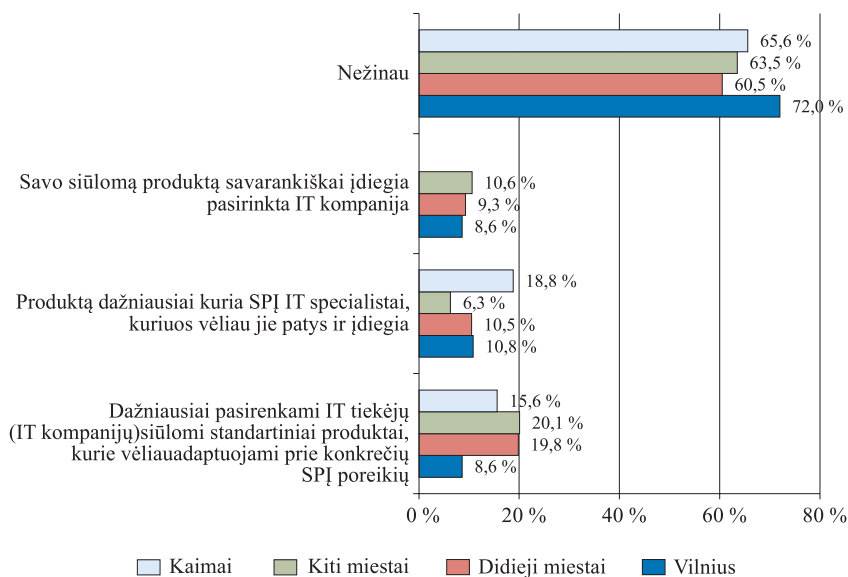


**4.2 pav.** Sužinojimas apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą pagal gyvenamąją vietą<sup>505</sup>

Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

Buvo klausama, kaip dažniausiai yra diegiama nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas? Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistškai reikšmingas skirtumas tarp dažniausio įvardinto e. sveikatos informacinių sistemų diegimo būdo ir gyvenamosios vietos ( $\chi^2 = 1,971$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,05$ ). Vilniuje bei kaime dirbantys apklaustieji ir žinantys diegimo būdus teigia, jog produktą dažniausiai kuria SPĮ IT specialistai, jį vėliau jie patys ir įdiegia. Didžiuosiuose ir kituose miestuose dirbantys respondentai teigia, kad dažniausiai pasirenkami IT tiekėjų (IT kompanijų) siūlomi standartiniai produktai, kurie vėliau adaptuojami prie konkrečių SPĮ poreikių (žr. 4.3 pav.).

<sup>505</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2014, 1(6): 80–98.



**4.3 pav.** Dažniausias e. sveikatos informacinių sistemų diegimo būdas<sup>506</sup>

Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

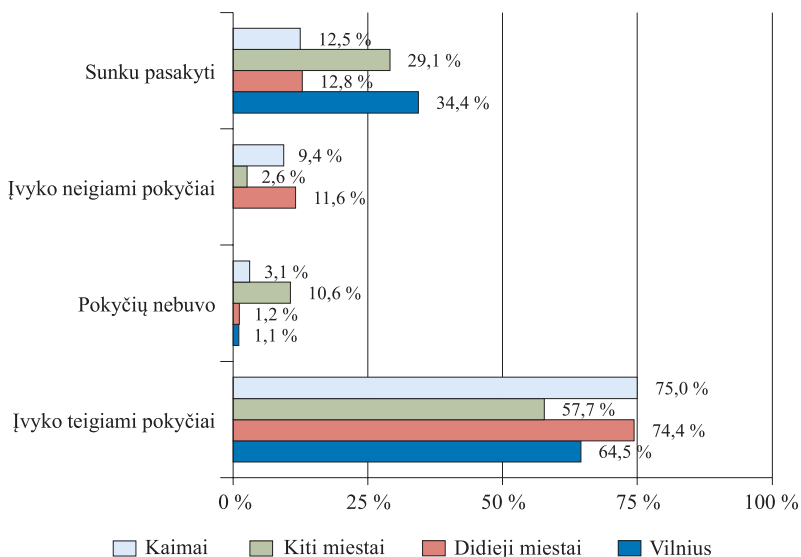
#### 4.1.3. Sveikatos priežiūros įstaigų personalo pasitenkinimas e. sveikata

Buvo klausiama, kaip sveikatos priežiūros specialistai vertina jų įstaigoje jau įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas ar kitus technologinius sprendimus. Dauguma – 75 proc. – specialistų teigiamai įvertino pastaraisiais metais jų SPĮ įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas. Daugelis nurodė, kad jomis yra patogiu naudotis (57 proc.), yra kaupiama tikslesnė informacija (54 proc.), darbus galima padaryti žymiai greičiau (46 proc.).

Specialistų taip pat buvo klausiama, kas, jų nuomone, yra negerai įdiegtas naujas e. sveikatos informacines sistemas (klausiama buvo ir tų, kurie gerai įvertino naujoves). Arti ketvirtadalis (23 proc.) specialistų nurodė, kad naujos sistemos lėtina darbą, 10 proc. nurodė, kad jos neatitiko poreikių, 8 proc. – kad nepatogu naudotis.

<sup>506</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.

Buvo aiškinamasi, ar specialistai pastebėjo pokyčius savo darbe įdiegus vieną ar kitą e. sveikatos technologinį sprendimą? Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp įvykusių pokyčių įdiegus vieną ar kitą e. sveikatos technologinį sprendimą ir gyvenamosios vietos ( $\chi^2 = 9,791$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,05$ ). 4.4 paveiksle matyti, kad Vilniuje dirbantys respondentai teigia, jog neigiamų pokyčių nebuvo.

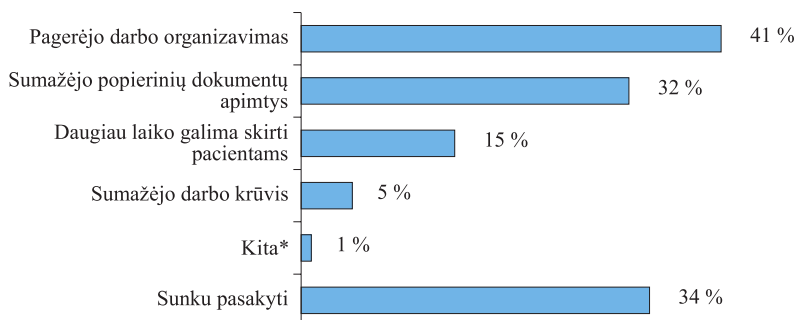


4.4 pav. Įvykę pokyčiai įdiegus vieną ar kitą e. sveikatos technologinį sprendimą pagal gyvenamąją vietovę<sup>507</sup>

Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

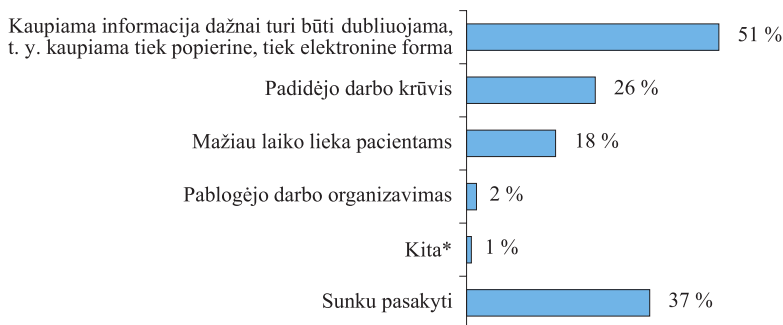
Respondentų buvo klausta, kokie yra teigiami ir kokie neigiami pokyčiai. Prie teigiamų pokyčių specialistai priskiria darbo organizavimo pagerėjimą (41 proc.) ir sumažėjusią popierinių dokumentų apimtį (32 proc.) (žr. 4.5 pav.), o prie neigiamų – informacijos dubliavimą tiek elektronine, tiek ir popierine forma (51 proc.) (žr. 4.6 pav.)

<sup>507</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.



**4.5 pav.** Teigiami pokyčiai diegiant e. sveikatos sistemą<sup>508</sup>

Šaltinis: Jankauskienė, Rotomskienė, Tamošiūnaitė, Stokaitė, Mačiulienė, 2014.



**4.6 pav.** Neigiami pokyčiai diegiant e. sveikatos sistemą

Šaltinis: Jankauskienė, Rotomskienė, Tamošiūnaitė, Stokaitė, Mačiulienė, 2014.

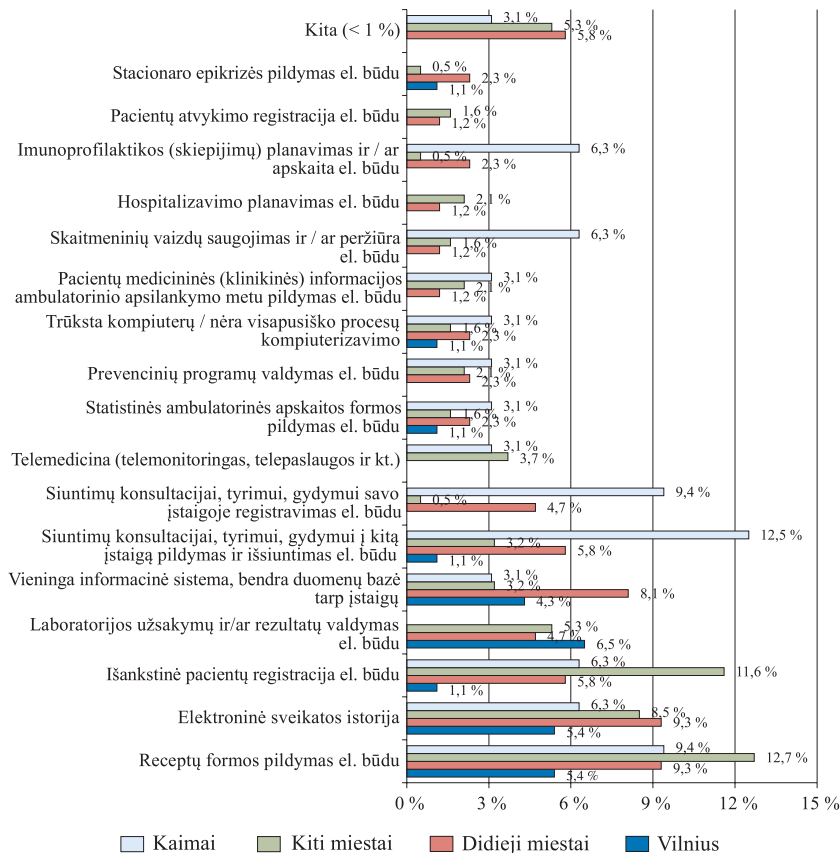
Tyrimo rezultatai parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp teigiamų ar neigiamų pokyčių vertinimo ir gyvenamosios vietos ( $p > 0,05$ ).

#### 4.1.4. Sveikatos priežiūros įstaigų specialistų poreikiai e. sveikatos srityje

Buvo užduoti atviri klausimai, kokių paslaugų labiausiai trūksta Lietuvoje bei jų SPI. Tik nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankamas e. sveikatos informacinių sistemų spektras. 4.7 paveiksle matyti, kad dažniausiai buvo minimos trys paslaugos, kurių la-

<sup>508</sup> Jankauskienė D., Rotomskienė R., Tamošiūnaitė R., Stokaitė V., Mačiulienė M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 78.

biausiai trūksta gyventojams: receptų formos pildymas el. būdu – 12 proc., elektroninė sveikatos istorija – 9 proc., išankstinė pacientų registracija el. būdu – 8 proc.



4.7 pav. E. sveikatos informacinių sistemų, technologinių sprendimų didžiausias trūkumas<sup>509</sup>

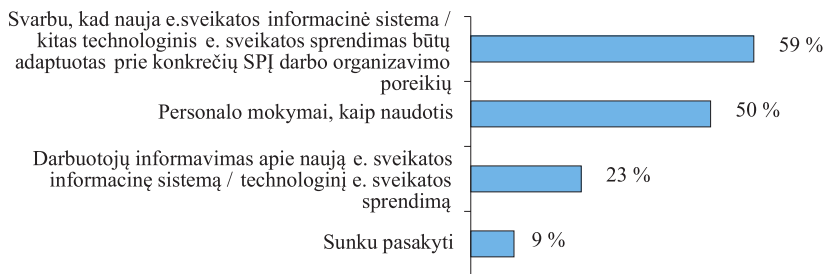
Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

Apklausos dalyvių buvo klausama, kas, jų manymu, svarbiausia diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas. 59 proc. apklaustųjų nurodė, kad labai svarbu diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas /

<sup>509</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.



kitus technologinius e. sveikatos sprendimus, jog nauja e. sveikatos informacinė sistema / kitas technologinis e. sveikatos sprendimas būtų adaptuotas prie konkrečių SPĮ darbo organizavimo poreikių – 59 proc., taip pat personalo mokymai – 50 proc. (žr. 4.8 pav.).



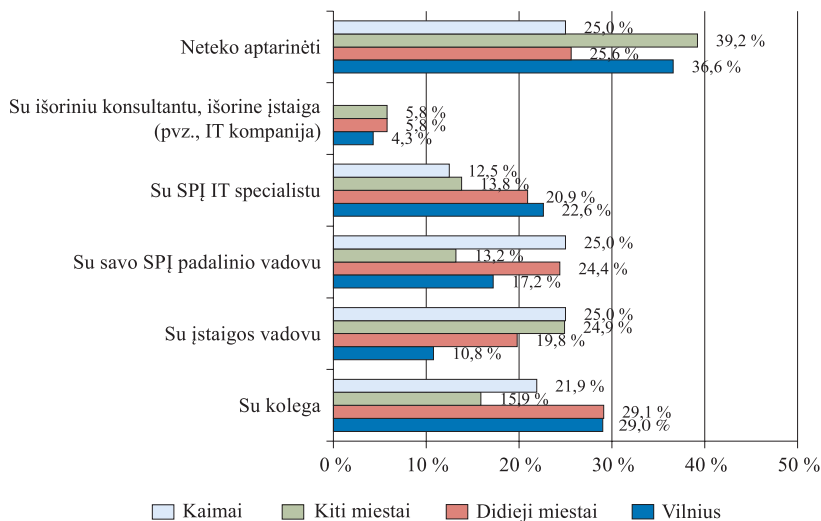
**4.8 pav.** Svarbiausi dalykai diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus, proc.<sup>510</sup>

Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

Apklausoje dalyviams buvo užduodamas klausimas, į ką jie kreipiasi pagalbos, jei dar nemoka naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema ar kitu technologiniu sprendimu. Daugiausia respondentai linkę kreiptis į SPĮ IT specialistą (47 proc.) ir kolegas (37 proc.). Panašiai buvo atsakyta klausiant, į ką specialistai kreipiasi pagalbos kilus neaiškumų dėl konkrečios naujos e. sveikatos informacinės problemos ar kito technologinio sprendimo naudojimo. Tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausiai kreipiamasi į SPĮ IT specialistą – 49 proc. arba į kolegą – 29 proc.

Siekiant išsiaiškinti specialistų poreikius e. sveikatos sistemoje ir dalyvavimą ją diegiant, užduotas klausimas, su kuo dažniausiai yra aptariamasi e. sveikatos technologinių sprendimų vystymo galimybės jų SPĮ. Tyrimo rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą ( $\chi^2 = 8,526$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,036$ ). Matome, kad kaime ir kituose miestuose dirbantys respondentai dažniausiai kreipiasi į įstaigos vadovus ar savo SPĮ padalinio vadovus, tuo tarpu Vilniaus ir didžiųjų miestų respondentai – į kolegas (žr. 4.9 pav.).

<sup>510</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.



**4.9 pav.** E. sveikatos technologinių sprendimų vystymo galimybių aptarimas pagal gyvenamąją vietą<sup>511</sup>

Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

Respondentų teirautasi, ar jie savo SPĮ teikė siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje, ar jų siūlymais buvo pasinaudota (žr. 4.10 pav.). Tik nedidelė dalis – 7 proc. (N = 26) teikė siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje.



**4.10 pav.** Modulių pasiūlymų teikimas<sup>512</sup>

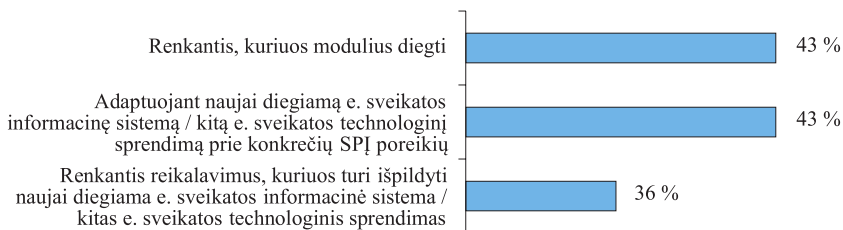
Šaltinis: Jankauskienė, Rotomskienė, Tamošiūnaitė, Stokaitė, Mačiulienė, 2014.

<sup>511</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.

<sup>512</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 88.

Maždaug puse atvejų pasiūlymų teikimais buvo pasinaudota, tačiau absoliučia išraiška tai nedidelis skaičius (N = 14).

Respondentams (N = 14), kurių pasiūlymais buvo pasinaudota, užduotas klausimas, kaip, jų manymu, siūlymais buvo pasinaudota (žr. 4.11 pav.).



**4.11 pav.** Siūlymų diegiant e. sveikatą panaudojimas<sup>513</sup>

Šaltinis: Jankauskienė, Jakubčionytė, 2014.

Lyginant su ankstesniu Sveikatos apsaugos ministerijos (LR SAM) užsakytu atliktu tyrimu, stebima teigiama tendencija. 2011 m. LR SAM atliktoje analizėje pabrėžiama, kad tik ketvirtadalis (25 proc.) apklaustų įstaigų turi įsidedusias SPI IS neskaitant SVEIDRA, iš tų įstaigų, kurios SPI IS dar neturi, apie 65 proc., nurodė, kad planuoja ją diegti ateityje, ir 19 proc. įstaigų jau turi pasirengusios sistemos projektą. Pagrindinės priežastys, kodėl dalis SPI dar neįsidedė SPI IS, buvo susijusios su medicinos personalo, būsimą informacinių sistemų naudotojų, nepakankamu pasirengimu naudoti informacines sistemas, nepakankama įstaigos IT personalo kvalifikacija bei nepakankamu įstaigos IT darbuotojų skaičiumi. Didelė dalis apklaustųjų įstaigų darbuotojų nurodė, kad problemų kelia ir aiškios įdiegtos IS naudos nebuvimas bei skiriamas per mažas prioritetas IS diegimui ir naudojimui<sup>514</sup>. Mūsų atliktas tyrimas rodo, kad didžioji dauguma problemų vis dar išliko.

Išanalizavus tyrimą, remiantis Kruskalio ir Walliso testo vidurkių rangais galima teigti, kad e. sveikatos paslaugos daugiausiai teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose. Laboratorijų užsakyimų ir / ar rezultatų valdymo el. būdu, pacientų medicininės (klinikinės) informacijos ambulatorinio apsilankymo metu pildymo (anamnezė, nu-

<sup>513</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.

<sup>514</sup> LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011, p. 118.

siskundimai ir kt.) el. būdu bei prevencinių programų valdymo (pacientų kvietimas iširti, jų stebėseną ir kt.) el. būdu paslaugas mažiausiai teikiamos kituose miestuose.

Apie strateginį veiklos planą, kuriame yra numatytas e. sveikatos modulių diegimas, dauguma – 63 proc. – tiesiog nežino, tik nedidelė dalis – 20 proc. – žino, kad jų SPĮ turi strateginį veiklos planą su nubrėžtais SPĮ prioritetais, o 7 proc. žino, kad turi strateginį veiklos planą, bet SPĮ prioritetai e. sveikatos srityje nėra minimi. 2011 m. LR SAM e. sveikatos sistemos diegimo analizėje IT strategijos dokumentą nurodė pasitvirtinusios 8 proc. apklaustų įstaigų. Pasakytina, kad tokio pobūdžio dokumento neturėjo ir kai kurios didžiausios šalies SPĮ. Strateginių dokumentų neturėjimas yra galimai susijęs su viena svarbesnių IS diegimo ir IT ūkio palaikymo problemų SPĮ – per mažo prioriteto skyrimo IS diegti ir naudoti. Tarp kitų svarbiausių IS diegimo ir IT ūkio palaikymo problemų reikėtų įvardinti piniginių lėšų nepakankamumą ir įstaigos medicinos personalo, būsimos IS naudotojo, nepakankamą kompiuterinį raštingumą<sup>515</sup>. Pastarųjų metų tyrimas rodo situacijos pagerėjimą, tačiau šios problemos išlieka.

Klausiami apie tai, kada dažniausiai sužino apie savo SPĮ diegiamas naujas e. sveikatos informacines sistemas / technologinius e. sveikatos sprendimus, specialistai vienodai nurodė šias keturias alternatyvas: sužino jau įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą (21 proc.); sužino pasirinkus konkretų produktą ir pristačius jį darbuotojams (21 proc.); sužino, kai organizuojami darbuotojų mokymai, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu (21 %); sužino nustatant SPĮ poreikius e. sveikatos informacinėms sistemoms / technologiniams sprendimams ir įstaigos e. sveikatos plėtros prioritetus (19 proc.). Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp sužinojimo apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą ir gyvenamosios vietos. Vilniuje dirbantys apklaustieji teigia, jog sužino įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą, kaime dirbantys – kad pasirinkus konkretų produktą ir pristačius jį darbuotojams. Didžiuosiuose ir kituose miestuose dirbantys respondentai teigia, kad sužino, kai organizuojami darbuotojų mokymai, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu.

<sup>515</sup> LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011, p. 125–126.

Apklausoje buvo domimasi ne tik kada, bet ir kaip specialistai sužino apie planuojamą diegti naują e. sveikatos informacinę sistemą ar kitą darbo vietoje planuojamą diegti technologinį e. sveikatos sprendimą – dažniausiai yra sužinoma SPĮ susirinkime (58 proc.), kiti šaltiniai buvo minimi žymiai rečiau – sužinoma iš SPĮ IT skyriaus vadovo / IT specialistų (13 proc.), iš kolegų (13 proc.), įstaigos vadovui reguliariai komunikuojant su darbuotojais el. paštu (4 proc.), informuojant per SPĮ informacinį leidinį darbuotojams (2 proc.)<sup>516</sup>.

Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dažniausio įvardinto e. sveikatos informacinių sistemų diegimo būdo ir gyvenamosios vietos ( $p < 0,05$ ). Vilniuje bei kaime dirbantys apklaustieji, žinantys diegimo būdus, teigia, jog produktą dažniausiai kuria SPĮ IT specialistai, jį vėliau jie patys ir įdiegia. Didžiuosiuose ir kituose miestuose dirbantys respondentai teigia, kad dažniausiai pasirenkami IT tiekėjai (IT kompanijų) siūlomi standartiniai produktai, kurie vėliau adaptuojami prie konkrečių SPĮ poreikių.

„Dauguma (75 proc.) specialistų teigiamai įvertino pastaraisiais metais jų SPĮ įdiegtas e. sveikatos informacines sistemas. Daugelis nurodė, kad jomis patogiu naudotis (57 %), kaupiama tikslesnė informacija (54 %), darbus galima padaryti žymiai greičiau (46 %). Arti ketvirtadalis (23 %) specialistų nurodė, kad naujos sistemos lėtina darbą, 10 proc. nurodė, kad jos neatitiko poreikių, 8 % – kad nepatogu naudotis. Prie teigiamų pokyčių specialistai priskiria darbo organizavimo gerėjimą (41 %) ir sumažėjusią popierinių dokumentų apimtį (32 %), o prie neigiamų – informacijos dubliavimą tiek elektronine, tiek ir popierine forma (51 %). Tyrimo rezultatai parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp įstaigoje įdiegto e. sveikatos informacinės sistemos vertinimo ir gyvenamosios vietos, bet nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp įvykusių pokyčių įdiegus vieną ar kitą e. sveikatos technologinį sprendimą ir gyvenamosios vietos ( $0,02, p < \alpha$ ). Nustatyta, kad Vilniuje gyvenantys respondentai teigia, jog neigiamų pokyčių nebuvo. Tuo tarpu daugiausia neigiamų pokyčių pažymi didžiuosiuose miestuose. Kituose miestuose respondentai nurodė, kad pokyčių nebuvo arba sunku pasakyti.“<sup>517</sup> 2011 m. LR SAM e. sveikatos diegimo

<sup>516</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.

<sup>517</sup> *Ibid.*

analizėje vertinant IT poreikius, respondentų taip pat buvo klausama, kas yra svarbiausia siekiant jų įstaigoje sėkmingai diegti ir naudoti IS. 93 proc. respondentų sutiko arba bent iš dalies sutiko su teiginiu, kad svarbiausia pakankamo finansavimo užtikrinimas, 92 proc. – kvalifikacijos tobulinimas, 91 proc. – patirties apsisikeitimas su panašaus pobūdžio įstaigomis. Pasakytina, kad didžioji dalis respondentų (85 proc.) sutiko, kad problemų kelia ir metodinio palaikymo stoka<sup>518</sup>.

„Tik nedidelė dalis (16 %) sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankamas e. sveikatos informacinių sistemų spektras. Pagrindinės trys paslaugos, kurių labiausiai trūksta gyventojams: receptų formos pildymas el. būdu – 12 %, elektroninė sveikatos istorija – 9 %, išankstinė pacientų registracija el. būdu – 8 %. Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingo skirtumo tarp nurodytų paslaugų trūkumo ir gyvenamosios vietos nėra. Rangų vidurkiai rodo, kad panašūs e. sveikatos paslaugų trūkumai vertinami visose vietovėse.“<sup>519</sup> 2011 m. LR SAM e. sveikatos sistemos diegimo analizėje didžiausias poreikis naudoti IS matomas vykdant statistinę ambulatorinę (74 proc.), išankstinę pacientų (66 proc.) ir pacientų atvykimo registraciją (64 proc.), išrašant siuntimus konsultuoti, tirti ar gydyti į kitą įstaigą (66 proc.) bei pildant pacientų ambulatorines korteles (65 proc.) ir receptų formas (61 proc.)<sup>520</sup>.

„Diegiant naujas e. sveikatos informacines sistemas / kitus technologinius e. sveikatos sprendimus, svarbiausia, kad sprendimas būtų adaptuotas prie konkrečių SPĮ darbo organizavimo poreikių – 59 %, taip pat personalo mokymai – 50 %. Jei specialistai dar nemoka naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema arba kilo neaiškumų ja naudojantis, tai dažniausiai kreipiamasi į SPĮ IT specialistą arba į kolegą. Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingo skirtumo tarp pagalbos kreipimosi naudotis nauja e. sveikatos informacine sistema ir gyvenamosios vietos nėra ( $p > \alpha$ ). Rangų vidurkiai rodo, kad respondentai linkę panašiai kreiptis pagalbos dėl naudojimosi e. sveikatos informacine sistema visose vietovėse, dažniausiai kreipiamasi į SPĮ IT specialistą ir kolegas.

<sup>518</sup> LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011, p. 118, 126.

<sup>519</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.

<sup>520</sup> LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011, p. 118, 120.

Dažniausiai e. sveikatos technologinių sprendimų vystymo galimybes savo įstaigoje aptaria su kolegomis, įstaigos vadovu, SPĮ padalinio vadovu, SPĮ IT specialistais. Tyrimo rezultatai parodė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas aptariant e. sveikatos technologinių sprendimų vystymo galimybes ir gyvenamosios vietos ( $0,036, p < \alpha$ ). Stebima, kad kaime ir kituose miestuose dirbantys respondentai dažniausiai linkę kreiptis į įstaigos vadovus ar savo SPĮ padalinio vadovus, tuo tarpu Vilniaus ir didžiųjų miestų respondentai į kolegas.

Dauguma personalo nežino, kokie e. sveikatos moduliai artimiausioje ateityje bus diegiami jų įstaigoje. Tik penktadalis specialistų nurodė, kad jų buvo klausiama apie naujų modulių diegimą įstaigoje. Dar mažiau teikė siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje. Pusė iš jų nurodė, kad į jų pasiūlymus buvo atsižvelgta. Tyrimo rezultatai parodė, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp siūlymų dėl e. sveikatos informacinių sistemų panaudojimo ir gyvenamosios vietos.<sup>521</sup>

#### 4.2. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų požiūris

Atliekant antrąjį kiekybinį tyrimą apklausti 77 SPĮ vadovai, vadovaujantys valstybės ir savivaldybių bei privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Siekiant, kad tyrimas reprezentuotų visos Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų vadovų nuomonę, respondentai atrinkti proporcingai iš kiekvieno Lietuvos regiono valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų, atitinkamai teikiančių ambulatorines ir stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas. Buvo taikomas kombinuotas (akivaizdinis, telefonu, el. paštu) atrankos būdas. Tyrimui atlikti buvo pasirinktas originalus autorių sukurtas klausimynas<sup>522</sup>, kuris rėmėsi logika, padiktuota dabartinės problematikos: domėjimosi e. sveikata lygis, interesų turinys, interesams atstovaujanti organizacijos vidiniai socialiniai tinklai, interesams atstovaujanti organizacijų išoriniai socialiniai tinklai, interesams atstovaujanti organizacijos valdymo organizacinė sistema. Tuo pagrindu buvo sukurtas originalus klausimynas. Anketą sudarė 53 klausimai.

<sup>521</sup> Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.

<sup>522</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 194–206.

„Išanalizavus atlikto tyrimo duomenis galima teigti, kad SPĮ vadovai, kur e. sveikatos technologijos vystomos, yra pakankamai gerai susipažinę su e. sveikatos paslaugomis, teikiamomis Lietuvoje – visi išvardinti e. sveikatos technologiniai sprendimai buvo žinomi bent trečdaliui apklausos respondentų. Respondentai taip pat nurodė, kad labiausiai jiems Lietuvos e. sveikatos sistemoje trūksta receptų formos pildymo el. būdu, išankstinės pacientų registracijos el. būdu bei elektroninės sveikatos istorijos. Vis dėlto, beveik pusė jų į klausimą atsakyti negalėjo, kas rodo, kad toli gražu ne visos įstaigos diegia ir domisi e. sveikatos sistema. Pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu bei nedarbingumo lapelių pildymas yra dvi dažniausiai vadovų minimos paslaugos, kurias daugiausiai teikia jų vadovaujamos SPĮ. Remiantis apklausos rezultatais, galima daryti išvadą, kad paslaugų spektras yra įtakojamas SPĮ dydžio (įvertinto darbuotojų skaičiumi) bei vietovės – kuo daugiau darbuotojų ir kuo didesnis miestas, tuo platesnis paslaugų spektras. Taip pat, pastebima, kad valstybės, savivaldybės SPĮ teikia platesnį paslaugų spektrą nei privačios įmonės. Vadovai nurodė, kad lėšų bei žmogiškųjų išteklių / kompetencijų trūkumas yra pagrindinės priežastys, kodėl e. paslaugų spektras nėra toks platus, kokio norėtusi. Kaimo vietovėse ir mažesnėse įstaigose vadovai dažniau nurodė kompetencijų trūkumą.“<sup>523</sup>

Daugumos SPĮ vadovų nuomone, jų vadovaujamos įstaigos veiklos / strateginiame plane yra numatyta e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra. Vertindami finansavimo mastą, daugiau nei pusė vadovų nurodė, kad e. sveikatos plėtrai skiriama iki 5 proc. biudžeto dalies. Didesnę nei 5 proc. dalį skiria tik 3,9 proc. SPĮ. 16 proc. apklaustųjų nurodė, kad e. sveikatai lėšos iš viso nėra skiriamos. Dažniausiai vadovų nurodytas pagrindinis finansavimo šaltinis e. sveikatos plėtrai ir veikloms vykdyti yra pačios įstaigos lėšos (74 proc.), tačiau trečdaliu atvejų yra finansuojama ir iš ES struktūrinių fondų. Vis dėlto privačiose įstaigose finansavimo iš ES struktūrinių fondų nenurodė nė vienas respondentas<sup>524</sup>.

Dauguma vadovų nurodė, kad e. sveikatos informacinių sistemų / kitų e. sveikatos technologinių sprendimų plėtra yra įtraukta į įstaigos

<sup>523</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 194–206, p. 139–146.

<sup>524</sup> *Ibid.*, p. 94–146.



veiklos / strateginį planą, bet į analogišką klausimą teigiamai atsakė tik penktadalis sveikatos priežiūros įstaigų personalo. Šis statistiškai reikšmingas skirtumas rodo, kad įstaigų darbuotojams trūksta informacijos apie strateginius inovacijų sprendimus įstaigose. Taip pat verta paminėti, kad privačiose įstaigose trečdalis vadovų nurodė, kad e. sveikatos paslaugų plėtra nenumatyta, o ketvirtadalis – kad strateginio plano iš viso nėra. Kaip ir personalo nuomonės tyrime, sprendimus, kokias e. sveikatos informacines sistemas diegti, vadovų nuomonės tyrime taip pat daugumoje SPĮ priima įstaigos vadovas. Daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad sprendžiant, kokias e. sveikatos sistemas diegti, atsižvelgiama į nacionalinės e. sveikatos plėtros strategijos veiksmų planą, tačiau beveik puse atvejų vadovai teigė, kad yra tariamasi su įstaigos darbuotojais. Tik penktadalis jų konsultuojasi su IT.

Nagrinėjant respondentų atsakymus pagal SPĮ nuosavybės formą, pastebima didesnė valstybės reguliuojančių institucijų bei nacionalinių dokumentų įtaka priimant sprendimus, o tai rodo, jog sistemos dalyviai linkę paklusti nacionalinei e. sveikatos politikai<sup>525</sup>.

Aiškinantis įstaigų e. sveikatos sistemos vadybines problemas paaiškėjo, kad daugiau kaip pusė vadovų nurodė, kad jų SPĮ nėra specialaus SPĮ IT skyriaus. Beveik penktadalyje įstaigų IT skyriuje dirba nuo 1 iki 3 darbuotojų. Daugiau nei 4 darbuotojai dirba tik 12 proc. įstaigų. Vilniuje rezultatai smarkiai skiriasi nuo kitų Lietuvos vietovių. Sostinėje tik penktadalis SPĮ neturi IT skyriaus, o kaimo vietovėse jo neturi net 85 proc. įstaigų. Todėl daugiau nei pusėje (52 proc.) įstaigų techninių nesklaidumų šalinimo paslauga teikiama ne visą įstaigos darbo laiką, nes daugeliu atvejų (46 proc.) šią paslaugą teikia išorinis paslaugos teikėjas. Vertinant vadovų atsakymus pagal jų SPĮ vietoves matomas panašus trūkstamų paslaugų pasiskirstymas, išsiskiria tik Vilnius – čia net 71 proc. atvejų paslaugas teikia vidinis SPĮ IT skyrius<sup>526</sup>.

E. sveikatos informacinės sistemos dažniausiai (43 proc.) yra perkamos iš išorinio tiekėjo. Tai standartinės e. sveikatos informacinės sistemos,

<sup>525</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 194–206.

<sup>526</sup> *Ibid.*, p. 94–146.

kurios vėliau yra adaptuojamos prie SPĮ poreikių. Net trečdalis respondentų nurodė, kad e. sveikatos technologinių sprendimų dar neteko rinktis. Daugiau nei pusė (55 proc.) respondentų nurodė, kad yra pasirenkamas toks e. sveikatos technologinis sprendimas, kuris labiausiai atitinka TLK, VLK, SAM reikalavimus. Galima išskirti dideles įstaigas (501–1000 darbuotojų), kurios dažniau nei mažesnės įstaigos pačios aiškinasi, kuris produktas rinkoje yra geriausias, ir tokį renkasi. Ta pati tendencija matoma Vilniaus mieste lyginant jį su kitomis vietovėmis. Vadovai daugmaž vienodai minėjo keletą sunkumų, kurie iškyla nusprendus įdiegti vieną ar kitą e. sveikatos informacinę sistemą ar kitą e. sveikatos technologinį sprendimą: keisti darbo organizavimo procesą, apmokyti personalą, surašyti e. sveikatos technologinio sprendimo specifikaciją viešajam pirkimui, išrinkti e. sveikatos technologinį sprendimą<sup>527</sup>.

Vertinant vadovų pasitenkinimą e. sveikatos paslaugomis, galima teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigų vadovų pasitenkinimas atitinkamas su e. sveikata susietais sprendimais ir veiklomis, priklausomai nuo institucijos dydžio ir vietovės – skiriasi. Didžiųjų SPĮ, kuriose dirba daugiau kaip 501 asmuo ir kur e. sveikatos technologijos geriau išvystytos, vadovai teigiamai vertino finansavimą, mokymus ir konsultacijas bei aprūpinimą kompiuteriais ir kitomis priemonėmis, tačiau neigiamai (blogai / greičiau blogai) vertino jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų, e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumą su išorės SPĮ / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimą keisti duomenimis el. būdu. Tuo tarpu mažų ir vidutinių SPĮ vadovai (SPĮ, kuriose dirba nuo 10 iki 500 asmenų) – neigiamai, kaip nepakankamą nurodė finansavimą bei aprūpinimą kompiuteriais ir kitomis priemonėmis. Tyrimo duomenys leidžia daryti išvagalą, kad vienas pagrindinių Lietuvos e. sveikatos plėtros iššūkių artimiausioje ateityje, siekiant užtikrinti tolesnę sėkmingą e. sveikatos plėtrą – egzistuojančių netolygumų mažinimas.

Pasitenkinimas e. sveikatos plėtra tiesiogiai susijęs su diegiamų naujų IS ar kitų technologinių sprendimų sėkme. Naujų IS sėkmę lemia ne tik pritaikymas konkrečioms įstaigos poreikiams (62 proc.) ar reali nauda, pa-

<sup>527</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 94–146.

sireišianti sumažėjusiu darbo krūviu (49 proc.). Akcentuojama naujos IS ar kito technologinio sprendinio atitiktis IS naudotojų poreikiams bei gebėjimams, todėl personalo apmokymas naudotis įdiegtais e. sveikatos technologiniais sprendimais yra neatsiejamas ne tik nuo naujos SPĮ įdiegtos IS sėkmės, bet ir lemia bendrą pasitenkinimą naujais technologiniais sprendimais įstaigoje (36 proc.)<sup>528</sup>.

Vertinant vadovaujamos e. sveikatos priežiūros įstaigose su e. sveikata susijusius sprendimus ir veiklas, vadovų nuomonė nebuvo homogeniška. Didžioji dauguma respondentų teigiamai vertina jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų kokybę (60 proc.), apmokymus, konsultacijas (47 proc.), e. sveikatos technologinių sprendimų plėtros planavimą (38 proc.). Didžiausias nepasitenkinimas, respondentų nuomone, kyla dėl skiriamo finansavimo (45 proc.). Šiuo aspektu konstatuotina didžiausia teigiamai ir neigiamai atsakiusių respondentų nuomonių takoskyra. Teigiamai skiriamą finansavimą vertina tik 23 proc. respondentų. Dvigubai daugiau respondentų finansavimą įvardino kaip nepakankamą (45 proc. respondentų), tuo tarpu 31 proc. atsakė, kad sunku pasakyti<sup>529</sup>.

„Išanalizavus atlikto tyrimo duomenis matyti, kad įdiegtos e. sveikatos informacinės sistemos SPĮ vadovų yra vertinamos teigiamai dėl kelių priežasčių. Pirma, nauji technologiniai e. sveikatos sprendimai sąlygoja geresnę SPĮ teikiamų paslaugų kokybę (47 %). Antra, padidėjo įstaigos gebėjimai aptarnauti daugiau pacientų nedidinant turimų išteklių skaičiaus (25 %) bei siekiant SPĮ greičiau reaguoti į pokyčius paskatino didesnę specialistų komandinį darbą (12 %).“<sup>530</sup>

Išigilinus į respondentų, kurie neigiamai vertina įdiegtus e. sveikatos sprendimus, atsakymus nustatyta, kad ne pats e. sveikatos sprendimas ar jo diegimas vertinamas neigiamai, tačiau su diegimu susiję procesai. Pavyzdžiui, darbuotojų priešinimasis pokyčiams – tam tikros darbuotojų grupės (vyresnių darbuotojų) vengimas naudotis įdiegta sistema. Kitas aspektas, suponavęs neigiamą nusistatymą, – komunikacijos su IT kompanijomis

<sup>528</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014, p. 94–146.

<sup>529</sup> *Ibid.*

<sup>530</sup> *Ibid.*

trūkumas arba nesusikalbėjimas, dėl kurio įdiegta e. sveikatos informacinė sistema neatitinka jų naudotojų ir vartotojų poreikių<sup>531</sup>.

„Vilniaus ir kitų didžiųjų miestų SPĮ vadovai įdiegta e. sveikatos informacines sistemas bei kitus technologinius e. sveikatos sprendimus vertina teigiamai, tuo tarpu mažesniuose miestuose bei kaimo teritorijose esančių SPĮ vadovai, matomai dėl resursų ir kompetencijos trūkumo, išskiria ir neigiamus aspektus, sąlygojančius net įstaigos darbo sulėtėjimą, t. y. technologiniai e. sveikatos sprendimai sąlyginai traktuojami kaip darbo našumą mažinantys veiksniai.“<sup>532</sup>

Akivaizdu, kad e. sveikatos plėtros proceso sėkmė proporcingai neauga vien diegiant e. sveikatos informacines sistemas ar naujus technologinius e. sveikatos sprendimus. Tai procesas, glaudžiais priklausomybės ryšiais susijęs su įvairiomis suinteresuotųjų grupėmis bei priklausantis nuo pačios SPĮ dedamų pastangų. SPĮ gana ribotai vykdomi e. sveikatos paslaugų tyrimai. Tik 12 proc. respondentų atsakė, kad jų vadovaujamose SPĮ atliekami reguliarūs (4 proc.) ir vienkartiniai (8 proc.) tyrimai. Vadinasi, tai nėra traktuojama kaip integrali e. sveikatos dalis. Pagrindinės nurodytos priežastys, kodėl e. sveikatos paslaugų naudojimo tyrimai neatliekami, gali būti skirstomos į tris grupes. Pirma – poreikio nematymas, nuostata, kad esant dideliame darbo krūviui tyrimams nėra laiko ir neužtenka žmoniškųjų išteklių. Antra – SPĮ, kuriose dar tik pradėti e. sprendimų diegimo darbai, manoma, kad anksti vykdyti tyrimus. Trečia – neigiamas nusistatymas dėl e. sveikatos plėtros, nesinaudojimas įdiegta sistema. Taip pat nurodytas ir lėšų stygius tokiems tyrimams vykdyti įstaigose.

Bet nepaisant, kad SPĮ įdiegtų naujų e. sveikatos sprendimų tyrimų atliekama nedaug, SPĮ vadovų nuomone, darbuotojų pasitenkinimo lygis yra aukštas (64 proc. respondentų mano, kad jų SPĮ darbuotojai yra patenkinti / greičiau patenkinti įdiegtomis IS). Pagrindiniai veiksniai, lemiantys teigiamą darbuotojų nusistatymą, yra: teigiamas poveikis SPĮ, paslaugų prieinamumo bei kokybės didinimas, gerėjančios darbuotojų darbo sąlygos ir auganti motyvacija.

<sup>531</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014, p. 94–146.

<sup>532</sup> *Ibid.*

Buvo aiškinamasi pagrindinės nepasitenkinimo diegiant e. sveikatos sistemą priežastys. Respondentų, nurodžiusių, kad jų vadovaujamų įstaigų darbuotojai nėra patenkinti įdiegtomis naujomis IS, teigimu, didžiausią nepasitenkinimą keliantis veiksnys – techniniai trukdžiai / klaidos, dėl kurių lėtėja darbas ir gaišamas laikas joms pašalinti. Taip pat buvo minimas ir naujų IS funkcionalumo trūkumas bei darbų dubliavimasis (kai būtina pildyti ir elektroninį, ir popierinį tų pačių dokumentų variantą).

„Tyrimo duomenys atskleidžia, kad siekiant didinti pasitenkinimą e. sveikatos plėtra, būtina įveikti vieną iš pagrindinių kliūčių – akcentuoti suinteresuotųjų pusių vaidmens svarbą kuriant ir diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą. Būtent suinteresuotųjų pusių įtraukimas – tyrimo duomenimis – akivaizdžiai nevykstantis procesas SPĮ, dažnai lemiantis nepasitenkinimą bei esmines plėtros klaidas. Reta SPĮ atlieka ne tik darbuotojų nuomonių ir poreikių analizę IS atžvilgiu bei pacientų nuomonių bei poreikių tyrimus (66 % respondentų į klausimą „Ar Jūsų SPĮ pacientai yra patenkinti teikiamomis e. sveikatos paslaugomis Jūsų SPĮ?“ atsakė, kad jiems sunku pasakyti).“<sup>533</sup>.

Aiškinantis e. sveikatos sistemos įtaką vadybos procesams, respondentai, atsakę, kad jų vadovaujamų SPĮ pacientai teigiamai vertina teikiamas e. sveikatos paslaugas, kaip pagrindines priežastis išskyrė: aptarnavimo, paslaugos greitį (ypač teigiamai, respondentų teigimu, pacientai vertina registracijos internetu paslaugą), atsiveriančias didesnes galimybes bei augančią paslaugų kokybę. SPĮ vadovų teigimu, pagrindiniai neigiamą pacientų e. sveikatos paslaugų vertinimą lemia analogiškos priežastys, taip pat SPĮ darbuotojų priešiškus dėl naujų e. sveikatos elementų, laiko ir informacijos trūkumas.

„Sveikatos priežiūros įstaigose per pastaruosius penkerius metus konstatuotina intensyvi e. sveikatos plėtra, kurią lėmė išaugęs e. sveikatos plėtros projektų skaičius. Per pastaruosius penkerius metus didžioji dalis respondentų (71 %) patvirtino, kad buvo įdiegtos naujos e. sveikatos informacinės sistemos bei kiti e. sveikatos technologiniai sprendimai vadovaujamoje SPĮ. Dažniausiai e. sveikatos naujų technologinių sprendimų tarpe, nagrinėjamu penkerių metų laikotarpiu, vadovų minėtas nedarbingumo lapelių pildymas (33 % respondentų) bei SVEIDROS ir jos posistemės kla-

<sup>533</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014, p. 94–146.

sifikatorių (APAP; RSAP; SPAP ir kt.) diegimas (25 % respondentų). Stebima teigiama tendencija, lyginant su 2011 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (LR SAM) atlikta analize, kurioje tik ketvirtadalis (25 %) apklaustų įstaigų turėjo įsidedusios SPĮ IS neskaitant SVEIDRA, iš tų įstaigų, kurios SPĮ IS dar neturėjo, apie 65 % nurodė, kad planuoja ją diegti ateityje, ir 19 % įstaigų jau turi pasirengusios sistemos projektą.<sup>534</sup>

### 4.3. Gyventojų požiūris

Trečiajame empiriniame kiekybiniame tyrime siekiant išsiaiškinti gyventojų požiūrį, respondentams buvo pateikti 37 klausimai. Apklausos tikslinė grupė – 18–90 m. amžiaus Lietuvos gyventojai. Tyrimo imtis – 1 000 respondentų. Taikyta daugiapakopė tikimybinė atranka taip, kad kiekvienas Lietuvos gyventojas turėtų vienodą tikimybę būti apklaustas. Duomenys surinkti atliekant interviu respondento namuose.

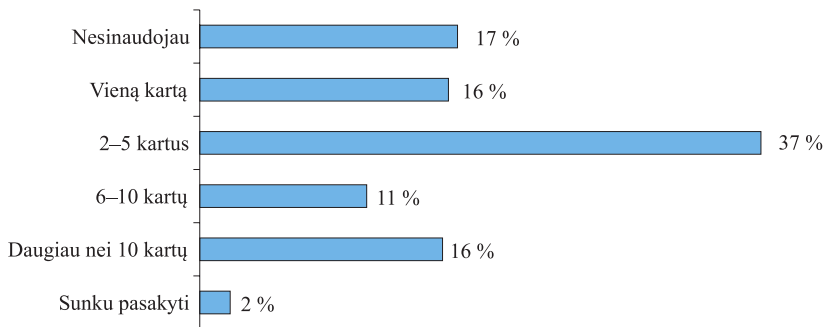
Respondentų demografinės charakteristikos: 45 proc. respondentų vyrai, 55 proc. – moterys. Apklausa vyko: Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, Druskininkuose, Kauno, Alytaus, Šakių, Pakruojo, Utenos, Tauragės, Švenčionių, Raseinių, Kupiškio, Molėtų, Akmenės, Rokiškio, Kretingos, Šilutės, Telšių, Mažeikių, Marijampolės, Trakų ir Ukmergės rajonuose. Tyrimas vyko 18-oje miestų ir 55 kaimuose: 46 proc. respondentų gyveno didžiuosiuose Lietuvos miestuose, 54 proc. kituose miestuose, miesteliuose ir kaimo vietovėse. Respondentų amžius: 38 proc. iki 39 metų amžiaus; 40–49 m. – 18 proc.; 50–59 m. – 17 proc.; 27 proc. buvo 60–90 metų amžiaus.

Nustatyta, kad dauguma gyventojų yra girdėję apie e. sveikatos paslaugas. Žymiai daugiau girdėjusių ar žinančių yra tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą, didesnių pajamų grupėje, vilniečių, o mažiausiai apie šias paslaugas žino pagyvenę, neturintys vidurinio išsilavinimo, kaimo žmonės, bedarbiai.

Nesinaudojančių e. sveikatos priežiūros paslaugomis nėra daug – tik 17 proc. Vieną kartą pasinaudojusių yra 16 proc., o modalus naudojimosi skaičius yra 2–5 kartai – 37 proc., šešis ir daugiau kartų naudojosi 27 proc. gyventojų (žr. 4.12 pav.).

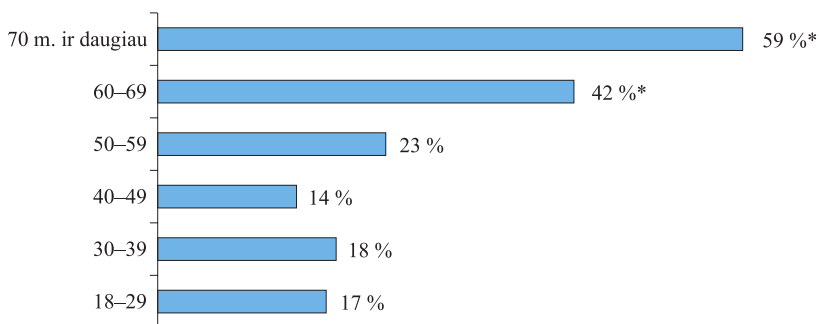
<sup>534</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 94–146.

Tai rodo gana teigiamą tendenciją, sparčiai besivystant e. sveikatos inovacijoms.



**4.12 pav.** Naudojimasis e. sveikatos priežiūros paslaugomis per paskutinius dvejus metus, proc.

Šešis kartus ir dažniau (santykinai galima sakyti, kad tai dažnas lankymasis) lankosi 55 proc. gyventojų, kurių sveikata yra bloga / greičiau bloga (19 proc., kurių sveikata yra gera / greičiau gera). Daugiau tokių tarp didžiųjų miestų gyventojų – 32 proc. (22 proc. rajonų centrų ir 2 proc. kaimo gyventojų) ( $p < 0,05$ ). Natūralu, kad dažnas naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis priklauso nuo amžiaus ( $p < 0,05$ ) (žr. 4.13 pav.).



\* Skirtumas reikšmingas esant  $p < 0,05$

**4.13 pav.** Dažno naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis (6 ir daugiau kartų per metus) priklausomybė nuo amžiaus, proc.

Iki 60 m. naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis kinta nedaug, o nuo 60 metų – stipriai intensyvėja. Visiškai nesinaudojusių sveikatos prie-

žiūros paslaugomis dalis įvairiose grupėse kinta mažai: net ir jauni žmonės, kurių sveikata geriausia, tikrinasi sveikatą gaudami vairuotojo pažymėjimą, priimami į darbą ir t. t.<sup>535</sup>

Buvo analizuojamos 14 e. sveikatos paslaugų, kurios šiuo metu yra įgyvendintos arba iš dalies įgyvendintos Lietuvoje (žr. 4.1 lentelę).

Geriausiai yra žinoma (daugiau kaip pusės gyventojų) registracija pas gydytoją internetu. Nuo pusės iki ketvirtadalio gyventojų žino nedarbingumo lapelių pildymą el. būdu, priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu, paciento siuntimo konsultuotis savo gydymo įstaigoje registraciją el. būdu, skaitmeninių vaizdų saugojimą, laboratorinių tyrimų užsakyimą el. būdu, paciento siuntimą el. būdu konsultuotis į kitą gydymo įstaigą. Ženkliai geriau apie šias paslaugas žino turintys aukštąjį išsilavinimą<sup>536</sup>.

**4.1 lentelė.** Gyventojų žinojimas ir naudojimas kiekviena e. sveikatos paslauga rūšimi

Eil. Nr.	E. sveikatos paslauga	Gyventojų dalis, kuri žino paslaugą		Gyventojų dalis, kuri žino ir naudoja paslaugą	
		N	%	N	%
1.	Pacientų registracija pas gydytoją internetu	660	66,0	294	45,0
2.	Pacientas gauna priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu	353	35,3	167	47,4
3.	Gydantis gydytojas elektroniniu būdu registruoja paciento siuntimą konsultuotis, atlikti tyrimus, gydysis pas <u>savo</u> įstaigos specialistus	334	33,4	157	47,0
4.	Gydantis gydytojas pildo ir išsiunčia elektroniniu būdu paciento siuntimą konsultuotis, atlikti tyrimą, gydysis į <u>kitą</u> gydymo įstaigą	273	27,3	93	34,1
5.	Gydantis gydytojas arba slaugytoja el. būdu tvarko medicininę informaciją apie paciento stacionarinį gydymą (anamnezė, nusiskundimai ir kt.)	237	23,7	76	32,2

<sup>535</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V. Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 147–166.

<sup>536</sup> *Ibid.*



6.	Gydantis gydytojas arba slaugytoja el. būdu užsako laboratorijos tyrimus ir / ar gauna rezultatus	283	28,3	140	49,5
7.	Gydantis gydytojas arba slaugytoja el. būdu saugo ir / ar peržiūri skaitmeninius vaizdus (radiologinių ir / ar instrumentinių tyrimų rezultatus)	289	28,9	147	50,9
8.	Gydantis gydytojas pildo receptus el. būdu	129	12,9	21	16,3
9.	Gydantis gydytojas el. būdu planuoja hospitalizavimą (dėl chirurginio ar terapinio gydymo ir kt.)	152	15,2	36	23,7
10.	Gydantis gydytojas arba slaugytoja el. būdu planuoja imunoprofilaktiką (skiepijimus) ir / ar jų apskaitą	114	11,4	19	16,7
11.	Gydantis gydytojas naudojami telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	108	10,8	27	25,0
12.	Gydantis gydytojas el. būdu stebi / seka nėštumo eigą	107	10,7	17	15,9
13.	Pacientas turi galimybę pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją	137	13,7	24	17,5
14.	Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu	428	42,8	191	44,6

Šaltinis: Jankauskienė, Rotomskienė, Tamošiūnaitė, Stokaitė, Mačiulienė, 2014, p. 156.

Trys Lietuvos gyventojams geriausiai žinomos paslaugos yra pacientų registracija pas gydytoją internetu (N = 660), gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu (N = 428) bei pacientas gauna priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu (N = 353). Šiomis paslaugomis naudojami atitinkamai 45,0 proc. (N = 294), 44,6 proc. (N = 191) bei 47,4 proc. (N = 167) e. sveikatos paslaugas žinančių gyventojų.

„Tyrimas parodė, kad e. sveikatos paslaugas geriau žino moterys (nuo 57,9 proc. iki 60,8 proc.) nei vyrai (nuo 39,2 proc. iki 42,1 proc.) (priklausomai nuo paslaugos p = 0,004; p = 0,007). Nuo 33,3 proc. iki 41,4 proc. respondentų, besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis, yra vyrai, nuo 58,6 proc. iki 66,7 proc. – moterys (priklausomai nuo paslaugos p = 0,053; p = 0,741; p = 0,939), tačiau statistiškai patikimas skirtumas tarp lyties ir naudojimosi e. sveikatos paslaugomis nenustatytas.“<sup>537</sup>

Regioninis gyventojų e. sveikatos paslaugų naudojimo mastas kol kas siekia tik didmiesčius. Apie e. sveikatos paslaugas tiek daugiau žino (55,4–59,9 proc.; p ≤ 0,001), tiek daugiau jomis naudojasi (61,3–67,3 proc.;

<sup>537</sup> Mikulskienė, B., Coronkutė, E. (2014). E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(7): 31–47.

priklausomai nuo paslaugos  $p = 0,007$ ;  $p = 0,012$ ) didmiesčių gyventojai. 40,1–44,6 proc. respondentų, žinančių e. sveikatos paslaugas, gyvena kituose miestuose ar kaimuose, tokių gyventojų tarp respondentų, besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis, yra 32,7–38,7 proc.<sup>538</sup>

„E. sveikatos paslaugų žinojimas ( $p \leq 0,001$ ) ir naudojimasis ( $p \leq 0,001$ ) jomis priklauso nuo amžiaus, šias paslaugas daugiau žino ir jomis naudojami jaunesnio amžiaus gyventojai. Respondentai iki 29 metų sudarė ketvirtadalį paslaugas žinančių gyventojų (21,3–26,6 proc.), 30–39 metų amžiaus grupė sudarė nuo 17,2 proc. iki 20,7 proc. tokių gyventojų, 40–49 metų amžiaus grupė nuo 19,4 proc. iki 24,1 proc., 50–59 – nuo 15,0 proc. iki 18,5 proc., 60–69 – nuo 11,0 proc. iki 12,1 proc., 70 ir vyresni – nuo 4,9 proc. iki 9,2 proc. Respondentai iki 29 metų sudarė trečdalį paslaugomis besinaudojančių gyventojų (24,2–34,1 proc.), 30–39 metų amžiaus grupė sudarė nuo 22,6 proc. iki 24,0 proc. tokių gyventojų, 40–49 metų amžiaus grupė – nuo 15,4 proc. iki 25,3 proc., 50–59 – nuo 14,4 proc. iki 20,0 proc., 60–69 – nuo 6,6 proc. iki 9,7 proc., 70 ir vyresni – nuo 1,1 proc. iki 4,0 proc.“<sup>539</sup>

Taip pat e. sveikatos paslaugų žinojimas ( $p \leq 0,001$ ) ir naudojimasis jomis (priklausomai nuo paslaugos  $p = 0,001$ ;  $p = 0,015$ ;  $p = 0,012$ ) priklauso nuo gyventojų išsilavinimo. Kuo aukštesnis gyventojų išsilavinimas, tuo daugiau gyventojų žino apie e. sveikatos paslaugas ir jomis naudojami. Paslaugas žino 49,5–79,1 proc. aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų, 33,6–66,7 proc. turinčių (spec.) vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą ir 12,0–33,1 proc. nebaigusių vidurio išsilavinimo. Paslaugomis naudojami 51,6–57,5 proc. aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų, 40,2 – 42,7 proc. turinčių (spec.) vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą, nuo 18,8 proc. ( $N = 3$ ) iki 53,3 proc. ( $N = 8$ ) nebaigusių vidurio išsilavinimo<sup>540</sup>.

Nustatytas ryšys ir tarp užimtumo ir e. sveikatos paslaugų žinomumo. Skirtingo užimtumo gyventojai e. sveikatos paslaugas žino ( $p \leq 0,001$ ) ir jomis naudojami ( $p \leq 0,001$ ) nevienodai. Pensinio amžiaus ar neįgalūs gyventojai šias paslaugas žino (23,5–51,6 proc.) mažiausiai. Bedarbių, žinančių e. sveikatos paslaugas, dalis svyruoja nuo 28,7 proc. iki 57,4 proc. Geriausiai paslaugas žino moksleiviai ir studentai (33,8–78,5 proc.), darbininkai ir spe-

<sup>538</sup> Mikulskienė, B., Coronkutė, E. (2014). E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(7): 31–47.

<sup>539</sup> *Ibid.*

<sup>540</sup> *Ibid.*, p. 31–47.

cialistai (39,5 –74,9 proc.), verslininkai ir vadovai (44,4–74,4 proc.). Mažiausiai e. sveikatos paslaugomis naudojasi pensinio amžiaus ar neįgalūs gyventojai (16,9–29,1 proc.). Bedarbių, besinaudojančių paslaugomis, yra 50,6–60,0 proc. Moksleivių ir studentų, besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis, dalis svyruoja nuo 27,3 proc. iki 66,7 proc., darbininkų ir specialistų – nuo 46,4 proc. iki 53,4 proc., verslininkų ir vadovų – nuo 39,2 proc. iki 55,0 proc. Pastebėta keista tendencija, kad gana didelė dalis bedarbių žino ir naudojami e. sveikatos paslaugomis. Tačiau nustatyta, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių bedarbių, žinančių e. sveikatos paslaugas, buvo jauni žmonės, didžiausią dalį sudarė 18–39 metų amžiaus grupės gyventojai (52,8 –55,0 proc.). Taip pat dauguma šios grupės gyventojų turėjo specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą (37,8–61,5 proc.) ir aukštąjį išsilavinimą (29,5– 57,1 proc.) bei gyveno didmiesčiuose (43,4–53,8 proc.). Taip pat dauguma tyrime dalyvavusių bedarbių, kurie naudojami e. sveikatos paslaugomis, buvo jauni žmonės, didžiausią dalį sudarė 18–29 m. amžiaus grupės gyventojai (34,5–45,8 proc.). Dauguma bedarbių, naudojančių e. sveikatos paslaugas, turėjo specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą (44,4–72,4 proc.) ir aukštąjį išsilavinimą (24,1–48,0 iki proc.) bei gyveno didmiesčiuose (42,9–69,6 proc.)<sup>541</sup>.

„E. sveikatos paslaugų žinojimas taip pat priklauso ir nuo gyventojų šeiminės padėties (priklausomai nuo paslaugos  $p \leq 0,001$ ;  $p = 0,005$ ). Santuokoje gyvenantys respondentai e. sveikatos paslaugas žino nuo 38,2 proc. iki 70,2 proc., nevedę ar netekėjusios – nuo 38,9 proc. iki 69,9 proc., gyvenantys neregistruotoje santuokoje – nuo 35,8 proc. iki 67,6 proc., išsiskyrę ar išsiskyrusios – nuo 31,9 proc. iki 62,1 proc. bei našliai ar našlės – nuo 19,8 proc. iki 46,3 proc. Tačiau naudojimasis e. sveikatos paslaugomis jau ne visada priklauso nuo šeiminės padėties. Nustatyta, kad iš trijų analizuotų paslaugų tik viena e. sveikatos paslauga (pacientų registracija pas gydytoją internetu) priklauso nuo šeiminės padėties ( $p = 0,007$ ). Šia paslauga naudojami 53,0 proc. nevedusių ar netekėjusių, 47,0 proc. santuokoje gyvenančių, 39,7 proc., išsiskyrusių, 31,1 proc. neregistruotoje santuokoje gyvenančių bei 30,4 proc. našlių respondentų. Matyt, gyventojai šeimoje dalinasi informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas ir tai svarbu įvertinti inovacijų diegimo procese.“<sup>542</sup>

<sup>541</sup> Mikulskienė, B., Coronkutė, E. (2014). E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(7): 31–47.

<sup>542</sup> *Ibid.*, p. 31–47.

E. sveikatos paslaugų žinojimas priklauso nuo šeimos dydžio, kurioje gyvena respondentas, t. y. nuo vaikų iki 17 metų, gyvenančių respondento namų ūkyje, skaičiaus. Tai aktualu e. sveikatos sistemos diegimo procese. Vaikai gali išmokyti tėvus naudotis e. paslaugomis dėl didesnio jų priimtimumo jauname amžiuje. Tai rodo faktas, kad didesnėse šeimose gyvenantys respondentai e. sveikatos paslaugas žino geriau nei mažesnė (priklausomai nuo paslaugos  $p = 0,003$ ;  $p \leq 0,001$ ). E. sveikatos paslaugas žino 32,5–63,7 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje nėra vaikų iki 17 metų, 41,8–71,3 proc., kurių namų ūkyje gyvena vienas vaikas iki 17 metų, 39,6–71,7 proc., kuriuos turi du vaikai, ir 38,9–77,8 proc., kuriuose 3 ir daugiau vaikų. Bet naudojimas e. sveikatos paslaugomis ne visada priklauso nuo šeimos dydžio. Išanalizavus nustatyta, kad iš trijų analizuotų paslaugų tik viena e. sveikatos paslauga (pacientų registracija pas gydytoją internetu) priklauso nuo šeimos dydžio ( $p \leq 0,001$ ). Šia paslauga daugiausia naudojasi tie gyventojai, kurių namų ūkyje gyvena vienas ir daugiau vaikų iki 17 metų. E. sveikatos paslauga naudojasi 40,2 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje nėra vaikų iki 17 metų, 58,3 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena vienas vaikas iki 17 metų, 53,9 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena du vaikai iki 17 metų, bei 30,8 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena 3 ir daugiau vaikų iki 17 metų.

„E. sveikatos paslaugų žinojimas priklauso nuo gyventojų pajamų dydžio, t. y. nuo sumos tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį dydžio. Didesnes pajamas gaunantys gyventojai paslaugas žino geriau nei mažesnes (priklausomai nuo paslaugos  $p = 0,001$ ;  $p = 0,030$ ;  $p \leq 0,001$ ). Gyventojų dalis, žinančių e. sveikatos paslaugas, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka iki 400 Lt, svyruoja nuo 34,7 proc. iki 60,3 proc. Tokių gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka nuo 401 Lt iki 600 Lt, dalis svyruoja nuo 30,9 proc. iki 64,0 proc., 601–800 Lt – nuo 25,9 proc. iki 55,1 proc., 801–1000 Lt – nuo 38,3 proc. iki 64,2 proc. bei 1001 Lt ir daugiau – nuo 40,1 proc. iki 77,5 proc. Vis dėlto naudojimas e. sveikatos paslaugomis ne visada priklauso nuo pajamų dydžio. Nustatyta, kad iš trijų analizuotų paslaugų tik viena e. sveikatos paslauga (gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu) priklauso nuo pajamų dydžio ( $p = 0,026$ ), šia paslauga daugiau naudojasi didesnes pajamas gaunantys gyventojai. E. sveikatos paslauga naudojasi 42,6 proc. gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka iki 400 Lt, 49,2 proc. –

nuo 401 Lt iki 600 Lt, 32,8 proc. – nuo 601 Lt iki 800 Lt, 35,9 proc. – nuo 801 Lt iki 1000 Lt bei 61,0 proc. – 1001 Lt ir daugiau.<sup>543</sup>

„E. sveikatos paslaugų žinojimas (priklausomai nuo paslaugos  $p = 0,010$ ;  $p = 0,006$ ;  $p = 0,012$ ) ir naudojimasis jomis (priklausomai nuo paslaugos  $p \leq 0,001$ ;  $p = 0,002$ ;  $p = 0,001$ ) priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų naudojimosi dažnio. Gyventojai, dažnai besinaudojantys sveikatos priežiūros paslaugomis, e. sveikatos paslaugas žino geriau bei daugiau jomis naudojasi nei retai besinaudojantys sveikatos priežiūros paslaugomis. Tie respondentai, kurie praktiškai nesinaudoja sveikatos priežiūros paslaugomis (t. y. per pastaruosius 2 metus nesinaudojo ar naudojosi vieną kartą), e. sveikatos paslaugas žino nuo 30,8 proc. iki 62,1 proc., kurie naudojasi nuo 2 iki 5 kartų – 40,2–70,9 proc., kurie naudojasi 6 kartus ir dažniau – 36,4–66,6 proc. Atitinkamai e. sveikatos paslaugomis naudojasi nuo 9,7 proc. iki 17,8 proc. tų gyventojų, kurie per pastaruosius dvejus metus praktiškai nesinaudojo sveikatos priežiūros paslaugomis, kurie naudojosi 2–5 kartus, e. sveikatos paslaugomis naudojasi nuo 22,0 proc. iki 39,1 proc., 6 ir daugiau kartų – nuo 19,5 proc. iki 32,2 proc.

Gyventojų e. sveikatos paslaugų žinojimas (priklausomai nuo paslaugos  $p = 0,207$ ;  $p = 0,122$ ;  $p = 0,880$ ) ir naudojimasis jomis (priklausomai nuo paslaugos  $p = 0,948$ ;  $p = 0,810$ ;  $p = 0,730$ ) nepriklauso nuo to, kokiose ASPĮ, valstybinėse ar privačiose, gyventojai lankosi dažniau. Nuo 32,2 proc. iki 64,5 proc. gyventojų, dažniau besilankančių privačiose ASPĮ, e. sveikatos paslaugas žino, jomis naudojasi nuo 46,7 proc. iki 48,6 proc. tokių gyventojų. Nuo 38,0 proc. iki 69,0 proc. gyventojų, dažniau besilankančių valstybinėse ASPĮ, žino e. sveikatos paslaugas, jomis naudojasi nuo 46,3 proc. iki 49,6 proc. tokių gyventojų.<sup>544</sup>

Apie e. sveikatos paslaugas dažniausiai yra sužinoma iš šeimos gydytojo, internete, iš draugų, pažįstamų, bendradarbių.

Besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis nurodo, kad jie tai daro dėl patogumo, dėl laiko taupymo. Dažniausiai buvo nurodomi tokie trukdžiai naudotis e. sveikatos paslaugomis: nemokėjimas naudotis, kompiuterio neturėjimas, nežinojimas apie tokias paslaugas. Šie trukdžiai būdingesni pagyvenusiems, neišsilavinusiems, kaimo gyventojams.

<sup>543</sup> Mikulskienė, B., Coronkutė, E. (2014). E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(7): 31–47.

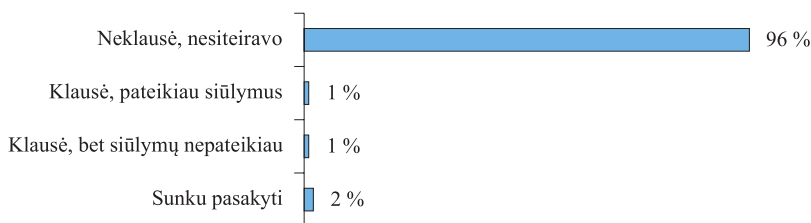
<sup>544</sup> *Ibid.*

Pusė gyventojų negali įvertinti e. sveikatos paslaugų spektro Lietuvoje, tarp vertinančių daugiau yra teigiamų vertinimų. Atskiri paslaugų aspektai taip pat buvo vertinami greičiau teigiamai.

Arti pusės gyventojų teigia, kad jų gydymo įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos, arti pusės to nežino. Dauguma negalėjo įvertinti ir savo gydymo įstaigos teikiamų e. sveikatos paslaugų. Tarp vertinančių paslaugas buvo daugiau pozityvių įverčių, atskiri paslaugų aspektai taip pat buvo vertinami greičiau teigiamai negu neigiamai.

Neigiamai vertinantys savo sveikatos priežiūros įstaigos e. sveikatos paslaugas dažniausiai nurodo, kad tų paslaugų per mažai arba jų nėra.

Absoliuti dauguma – 96 proc. – respondentų nurodė, kad niekas jų neklausė apie e. sveikatos paslaugas jų gydymo įstaigoje (žr. 4.14 pav.).



**4.14 pav.** Respondentų, kurių klausta nuomonės dėl e. sveikatos paslaugų, proc.

Vadinasi, gyventojų dalyvavimo kuriant e. sveikatos sistemą mastas yra labai žemas.

Į atvirą klausimą, kokių e. sveikatos paslaugų labiausiai trūksta gydymo įstaigoje, dažniausiai buvo nurodoma, kad trūksta apskritai informacijos apie teikiamas e. sveikatos paslaugas.

Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, kokie gyventojai dažniausiai naudojami e. sveikatos paslaugomis. Siekiant apibūdinti dažniausia e. sveikatos priežiūros paslauga – pacientų registracija pas gydytoją internetu – besinaudojančių gyventoją, tyrimo duomenimis, jį būtų galima charakterizuoti taip (žr. 4.2 lentelę).

**4.2 lentelė.** Dažniausios e. sveikatos paslaugos naudotojo charakteristika

- Jaunas 18–29 metų didmiesčio gyventojas
- Nevedęs ar neištekėjusi, šeimos ūkyje gyvena vienas vaikas (iki 17 metų)
- Studijuojantis universitete ar jau įgijęs aukštąjį išsilavinimą
- Į ASPĮ per pastaruosius dvejus metus kreipėsi nedažnai, nuo 2 iki 5 kartų

Vis dėlto statistinis apskritai dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojantis Lietuvos gyventojas apibūdinamas visiškai kitaip (žr. 4.3 lentelę).

**4.3 lentelė.** Dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančio gyventojų apibūdinimas

- Didmiestyje gyvenanti moteris
- Vyresnio amžiaus, turinti 60 metų ir daugiau, nedirbanti ar neįgali pensininkė
- Įgijusi (spec.) vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą
- Ištekėjusi, namų ūkyje negyvena nė vienas vaikas (iki 17 metų)
- Vienam šeimos nariui tenkančios vidutinės pajamos yra nuo 601 iki 1000 Lt
- Dažniausiai lankosi valstybinėse ASPĮ.

Šaltinis: Mikulskienė, Coronkutė, 2014.

Todėl galima daryti išvadą, kad e. sveikatos paslaugos Lietuvoje netenkina statistinio Lietuvos gyventojų, o tuo labiau dažno sveikatos priežiūros paslaugų naudotojų.

**4.4. Apibendrinimas**

„Stebima teigiama tendencija, lyginant su 2011 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atlikta analize, kurioje tik ketvirtadalis apklaustųjų įstaigų turėjo įsidiegusios e. sveikatos sistemas.“<sup>545</sup> Šiuo metu jau

<sup>545</sup> LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011, p. 118.

[http://www.sam.lt/get\\_file.php?file=bW1kbG41U21aTkdhcG14a2NLcHF-jcFdabDJxY2E1aG5iSmpHcDJpZVpwZVhvV1dsWTZwams1N1VicFp1b0dkbnl-kRm9wcGRueGFpVnFadWFhNTFrjbh1YlpwYVvuMIRZbDg1dG9XcGlhNnpF eG1pZm1tZkNwV2hqeDZXWGtKZWNSnkZybzJTY2F0ZWVrSEnzYXBsdG9 wclJiWmZjCThKblpwckVvV2lkWnB1VmEydHRhVzZYbWNIUGNxVnZsNXlm bTZCc2M1dW1sWm1ab01haFpxdGttNVZZYUY5cG5wZkZtczF4cW5HbmE-2S1owNW1YeGxpVG1XYW94NW1WcEptaHhabHBvR09yWjhXZWlwMwphYU52 bmNUTG1XMmFjNU0lMQ=&view=1](http://www.sam.lt/get_file.php?file=bW1kbG41U21aTkdhcG14a2NLcHF-jcFdabDJxY2E1aG5iSmpHcDJpZVpwZVhvV1dsWTZwams1N1VicFp1b0dkbnl-kRm9wcGRueGFpVnFadWFhNTFrjbh1YlpwYVvuMIRZbDg1dG9XcGlhNnpF eG1pZm1tZkNwV2hqeDZXWGtKZWNSnkZybzJTY2F0ZWVrSEnzYXBsdG9 wclJiWmZjCThKblpwckVvV2lkWnB1VmEydHRhVzZYbWNIUGNxVnZsNXlm bTZCc2M1dW1sWm1ab01haFpxdGttNVZZYUY5cG5wZkZtczF4cW5HbmE-2S1owNW1YeGxpVG1XYW94NW1WcEptaHhabHBvR09yWjhXZWlwMwphYU52 bmNUTG1XMmFjNU0lMQ=&view=1)

67 proc. sveikatos priežiūros įstaigų specialistų e. sveikatos informacinėmis sistemomis naudojasi kiekvieną dieną. Tokia sparti plėtra rodo, kad ši strateginė sveikatos politikos kryptis duoda rezultatų.

Mūsų atliktų tyrimų duomenimis, e. sveikatos plėtra turi geras bei teigiamas tendencijas ir ateityje: du trečdaliai SPĮ vadovų e. sveikatos plėtra yra numatę savo strateginiuose įstaigų plėtros planuose, trečdalis iš jų žino visus e. sveikatos modulius. Tai leidžia manyti, jog ši sveikatos vadybos inovacija bus plėtojama ateityje. Vis dėlto stebimi dideli e. sveikatos diegimo teritoriniai netolygumai. E. sveikatos paslaugos daugiausiai teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose ir mažose privačiose sveikatos priežiūros įstaigose. Netolygumus atspindi ir tai, kad apie trečdalis sveikatos priežiūros darbuotojų dar sunkiai orientuojasi, kokie atskiri e. sveikatos paslaugų teikimo elementai.

Didžioji dauguma gyventojų vienokiu ar kitokiu būdu ir apimtimi jau naudojami įdiegtomis kai kuriomis (nors ir nedaugeliu) e. sveikatos paslaugomis. Visiškai nesinaudojančių nėra daug – tik 17 proc. Trečdalis gyventojų per pastaruosius dvejus metus jau yra naudojęsi atskirais e. sveikatos moduliais. Tai rodo, kad gyventojams tai gana priimtina. Tačiau naudojimas atskirais moduliais irgi yra labai nevienodas. Miestiečiai naudojasi dažniau nei kaimų gyventojai. Gyventojai naudojasi e. sveikatos paslaugomis žymiai rečiau negu apie jas žino. Net pačia populiariausia e. sveikatos paslauga – registracija pas gydytoją internetu – apie kurią žino 66 proc. gyventojų, naudojasi tik apie pusę respondentų. Iš vienos pusės, viltį teikia gyventojų susidomėjimas šia inovacija ir žinomumas, bet, iš kitos pusės, žinojimo ir naudojimosi masto skirtumas rodo, kad būtinos aktyvesnės vadybinės intervencijos šiam atotrūkiui sumažinti sparčiau investuojant į e. sveikatos diegimą ir sklaidą visoje šalyje, ne tik miestuose.

Toliau gilinantis į e. sveikatos mastą išryškėjo, kad „labiausiai sveikatos sistemos darbuotojams yra žinomi šie Lietuvoje įdiegti e. sveikatos moduliai ar technologiniai sprendimai: išankstinė pacientų registracija el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu. Dar vienuolika e. sveikatos technologinių sprendimų žino trečdalis ir daugiau medicinos specialistų. Dažniausiai ir yra teikiamos šios e. sveikatos paslaugos: nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės ap-



skaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu. Būtent šiomis e. sveikatos technologijomis apklausti specialistai dažniausiai ir naudojami.

Vis dėlto nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankamas e. sveikatos informacinių sistemų spektras. Dažniausiai tiek vadovų, tiek specialistų, tiek gyventojų buvo minimos trys paslaugos, kurių vis dar labiausiai trūksta: receptų formos pildymas el. būdu, elektroninė sveikatos istorija, išankstinė pacientų registracija el. būdu. Kaip tik šiems moduliams diegti pastaruoju metu ir yra skirti nacionaliniai e. sveikatos projektai. Tai rodo, kad e. sveikatos sistema yra plėtojama teisinga kryptimi.

Aiškinantis e. sveikatos diegimo procesą dauguma specialistų ir vadovų nurodė, kad jų SPĮ per penketą metų buvo įdiegtos kai kurios naujos e. sveikatos informacinės sistemos, ir pabrėžė teigiamas jų puses. Tačiau patį diegimo procesą apskritai ir jo mastą vis dėlto neigiamai vertinančių medikų yra žymiai daugiau negu vertinančių teigiamai. Tai gali būti natūralaus pasipriešinimo naujovėms rezultatas, kylantis iš nežinojimo. Beje, tai patvirtina, jog ir medikų susidomėjimo lygmuo e. sveikata yra dar gana žemas. Nuo trečdalyo iki pusės specialistų negalėdavo atsakyti į klausimus, nes nežinojo, kaip juos vertinti vien todėl, kad savo darbe nesusidūrė su atskirais e. sveikatos moduliais. Nedidelė specialistų dalis išsakė kritinių pastabų: e. sveikatos sistemos lėtina darbą, kaupiama informacija dažnai turi būti dubliuojama, t. y. kaupiama tiek popierine, tiek elektronine forma, padidėjo darbo krūvis.

Vis dėlto teigiamai patį diegimo procesą galima vertinti iš atsakymų, kad ten, kur e. sveikatos sistemos įdiegtos, dauguma (trys ketvirtadaliai) apklaustų specialistų yra patenkinti įdiegtomis sistemomis, nurodoma, kad jomis patogiau naudotis, kaupiama tikslesnė informacija, darbus galima padaryti žymiai greičiau, pagerėjo darbo organizavimas, sumažėjo popierinių dokumentų apimtys. Tokių išvadą pagrindžia ir tai, kad įstaigose, kur didesniu mastu veikia e. sveikatos sistema, pats e. sveikatos informacinių technologijų diegimas vertinamas palankiai, o kitų su šių technologijų veikimu susietų vadybinių veikų (finansavimas, planavimas, projektavimas, informacijos sklaida ir t. t.) daugelis apklaustųjų įvertinti negalėjo.

Viena pagrindinių priežasčių, kodėl vartotojai ir mažai informuoti, ir mažai naudoja e. sveikatos sistemas, yra ne vien e. sveikatos sistemos prieinamumas, bet ir suinteresuotųjų įtraukimas į sprendimų priėmimą. Į paslaugų kūrimą, kad jos būtų priimtinos vartotojams, yra įtraukiama tik 2,6 proc. gyventojų ir 7 proc. medikų. Tik 2 proc. besinaudojančių e. svei-

katos paslaugomis gyventojų yra savo iniciatyva pateikę siūlymus, kaip gerinti e. sveikatą. Taigi, ši sritis, ko gero, labiausiai taisytina.

Dažniausiai sprendimus dėl e. sveikatos technologijų priima įstaigos vadovas. Juos priimant daugeliu atvejų yra atsižvelgiama į nacionalinę e. sveikatos plėtros strategiją ir veiksmų planą bei pasitariama su atsakingomis valstybės institucijomis (pvz., SAM, IVPK ir kt.). Tik pusė atsakiusių medikų nurodė, kad vadovai su jais aptarė / pristatė e. sveikatos informacinių sistemų / technologinių sprendimų įtaką ir vietą organizuojant darbą konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Dažniausiai apie tai jie sužino jau įdiegus technologinį e. sveikatos sprendimą arba pasirinkus konkretų produktą ir pristačius jį darbuotojams arba kai organizuojami darbuotojų mokymai, kaip naudotis vienu ar kitu nauju e. sveikatos technologiniu sprendimu, ir tik kas penktas medikas sužino nustatant SPĮ poreikius e. sveikatos informacinėms sistemoms / technologiniams sprendimams ir įstaigos e. sveikatos plėtros prioritetus. Daugeliu atvejų personalas nežino, ar SPĮ turi strateginį veiklos planą, kuriame yra numatytas e. sveikatos modulių diegimas artimiausiu metu. Dažniausiai apie numatomas įdiegti sistemas yra sužinoma sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų susirinkimuose. Dauguma personalo nežino, kas konkrečiai diegia naujas e. sveikatos informacines sistemas, kokie e. sveikatos moduliai bus diegiami artimiausioje ateityje jų įstaigoje. Tik penktadalis specialistų nurodė, kad jų buvo klausiama apie naujų konkrečių modulių diegimą įstaigoje. Dar mažiau teikė siūlymus, kokie moduliai turėtų būti diegiami ateityje. Pusė iš jų nurodė, kad į jų pasiūlymus buvo atsižvelgta. Ketvirtadalis personalo nurodė žinantys, kad SPĮ yra patvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų saugos nuostatai. Du trečdaliai apie tai visai nežino. Dar daugiau yra nežinančių apie pagrindinės SPĮ IS specifikaciją, diegimo instrukciją, naudotojų instrukcijas, incidentų registracijos ir valdymo tvarką, pakeitimų registrą duomenų saugos nuostatus reglamentuojančius dokumentus, veiklos tęstinumo valdymo planą.

Yra nurodoma nemažai ir konkrečių e. sveikatos diegimo problemų ir kliūčių. Neigiamai e. sveikatos sistemas vertinantys gyventojai dažniausiai nurodo, kad tų paslaugų per mažai arba jų apkritai nėra ir kad jiems iš viso trūksta informacijos apie teikiamas e. sveikatos paslaugas, o medikai nurodo, kad daugiau ne pats e. sveikatos sprendimas ar jo diegimas yra vertinamas neigiamai, tačiau dažnu atveju su diegimu susiję procesai. Be finansavimo (ES struktūrinės lėšas buvo gavę tik trečdalis apklausoje dalyvavusių

įstaigų), žmogiškųjų išteklių stygiaus (ypač mažose ir kaimo vietovių SPĮ), aiškiai išryškėjo naujovių diegimo procesų valdymo problemų, pavyzdžiui, darbuotojų priešinimasis pokyčiams: tam tikros darbuotojų grupės (ypač vyresnių darbuotojų) vengimas naudotis įdiegta sistema. Kitas aspektas, suponavęs neigiamą nusistatymą – tai komunikacijos su IT kompanijomis trūkumas arba nesuskalbėjimas, dėl kurių įdiegta e. sveikatos informacinė sistema neatitiko naudotojų ir vartotojų poreikių. Akivaizdi žmogiškųjų išteklių problema. Daugiau kaip pusė SPĮ vadovų nurodė, kad jų SPĮ nėra specialaus IT skyriaus. Sostinėje tik penktadalis SPĮ neturi IT skyriaus. Akivaizdi problema yra jau įdiegtų e. sveikatos informacinių sistemų, e. sveikatos technologinių sprendimų suderinamumas su išorės SPĮ / kitų įstaigų informacinėmis sistemomis / gebėjimas keistis duomenimis el. būdu. Kaip vieną pagrindinių iššūkių, diegiant e. sveikatos sprendimus SPĮ, vadovai nurodė sistemų adaptavimą prie įstaigos poreikių, lėšų stygių, personalo įtikinimą naudotis įdiegtais technologiniais e. sveikatos sprendimais, nežinojimą, į kokius standartus orientuotis. Šias problemas toliau ir detaliau nagrinėjome kokybiniuose tyrimuose.

Kiekybinių tyrimų duomenys atskleidžia, kad siekiant didinti pasitenkinimą e. sveikatos plėtra būtina įveikti vieną iš pagrindinių kliūčių – akcentuoti suinteresuotųjų pusių vaidmens svarbą kuriant ir diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą. E. sveikatos paslaugos Lietuvoje netenkina statistinio Lietuvos gyventojų, o tuo labiau dažno sveikatos priežiūros paslaugų naudotojo. Egzistuoja dideli teritoriniai ir socialiniai ekonominiai e. sveikatos paslaugų naudojimo netolygumai. Būtent suinteresuotųjų pusių įtraukimas, tyrimo duomenimis, akivaizdžiai nevykstantis procesas SPĮ, dažnai lemiantis nepasitenkinimą bei esmines plėtros klaidas. Reta SPĮ atlieka ne tik darbuotojų IS poreikių ir nuomonių, bet ir pacientų nuomonių ir poreikių tyrimus.

Galima pagrįstai teigti, kad e. sveikatos plėtros proceso sėkmė proporcingai nedidėja vien diegiant e. sveikatos informacines sistemas ar naujus technologinius e. sveikatos sprendimus. Tai procesas, glaudžiaus priklausomybės ryšiais susijęs su įvairiomis suinteresuotųjų grupėmis bei priklausantis nuo pačios SPĮ dedamų pastangų.<sup>546</sup>

<sup>546</sup> Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 13–16.

Šios monografijos pabaigoje pateikiami autorių pasiūlymai, kaip ši procesą pagerinti.

### Literatūros sąrašas

1. Dansky K. H., Thompson, D., Sanner, T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, 29(4): 397–404.
2. Friedman, A. L., Miles, S. (2006). *Stakeholders: Theory and Practice*. New York: Oxford University Press Inc.
3. Jankauskienė, D., Rotomskienė, R., Tamošiūnaitė, R., Stokaitė, V., Mačiulienė, M. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
4. Jankauskienė, D., Jakubčionytė, A. (2014). Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e-sveikatos sistemoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6): 80–98.
5. LR SAM. Analizės, kaip diegiama nacionalinė e. sveikatos sistema, galutinė ataskaita. Vilnius, 2011, p. 263.
6. Mikulskienė, B., Coronkutė, E. (2014). E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(7): 31–47.
7. Mykolo Romerio universiteto įgyvendinamas projektas „E. sveikatos plėtos integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ (projekto kodas Nr. VP1–3.1-ŠMM-07-K-02-029), finansuojamas Europos socialinio fondo lėšomis pagal visuotinės dotacijos priemonę.
8. Rotomskienė, R. (2011). Konceptinis nacionalinio e. sveikatos plėtos proceso modelis. *Socialinės technologijos*. 1(2): 415–426.

## 5. KOKYBINIS TYRIMAS: E. SVEIKATOS DALYVIŲ VAIDMENYS IR PROBLEMOS

prof. dr. Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė, Monika Mačiulienė, Birutė Mikulskienė

Kuriant e. sveikatos sistemą, kaip sveikatos sistemos valdymo inovaciją, susiduriama su žmogiškojo faktoriaus nulemtais trukdžiais. E. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo trūkumas<sup>547</sup>, skirtingas sistemos suvokimas ir keitimosi informacija nesklaidumai<sup>548</sup>, priešinimasis naujovėms<sup>549</sup> ir kt. žmogaus nulemti veiksniai mokslinėje literatūroje įvardinami kaip vieni iš reikšmingiausių e. sveikatos sistemos plėtros efektyvumo barjerų. Pagal subjektyviosios teorijos prielaidas apie tiriamąjį objektą įvairūs specialistai turi sukaupę įvairių žinių ir patirties<sup>550</sup>. Todėl norint įvertinti ir / ar prognozuoti tolesnę e. sveikatos plėtros eigą, tikslinga tirti įvairių suinteresuotųjų e. sveikata į(si)traukimo į IT sistemų kūrimo ir diegimo procesų ypatumus, jų požiūrius į e. sveikatos elementus, suinteresuotųjų pasitenkinimą dalyvavimu šiuose procesuose bei jų rezultatais.

Siekiant diagnozuoti suinteresuotųjų pusių dalyvavimo e. sveikatos kūrimo ir diegimo procese turinį, suinteresuotųjų požiūrius į savo ir kitų e. sveikatos sistemos dalyvių vaidmenis ir e. sveikatos sistemos problemas įvairiais jos kūrimo ir plėtros etapais ir aspektais, buvo atliktas kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodą. Šiam tikslui pasiekti ir norint pagilinti žinias apie e. sveikatos plėtros tendencijas, problemų turinį ir mastą, remiantis teoriniu e. sveikatos dėmenų modeliu, parengtas originalus tyrimo įrankis, kurį sudaro šie klausimų blokai: svarbiausi e. sveikatos elementai ir jų įtaka sistemos plėtrai; e. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimas ir dalyvavimo mastas; teisinio reguliavimo vertė ir įtaka sistemos kūrimo efektyvumui ir rezultatams; suinteresuotųjų vaidme-

<sup>547</sup> 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.

<sup>548</sup> *Ibid.*

<sup>549</sup> Jasulaitis, A., Plenta, J.; Justickis, V.; Plentienė, J. (2012). Sveikatos apsaugos įstaigos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4): 272-295.

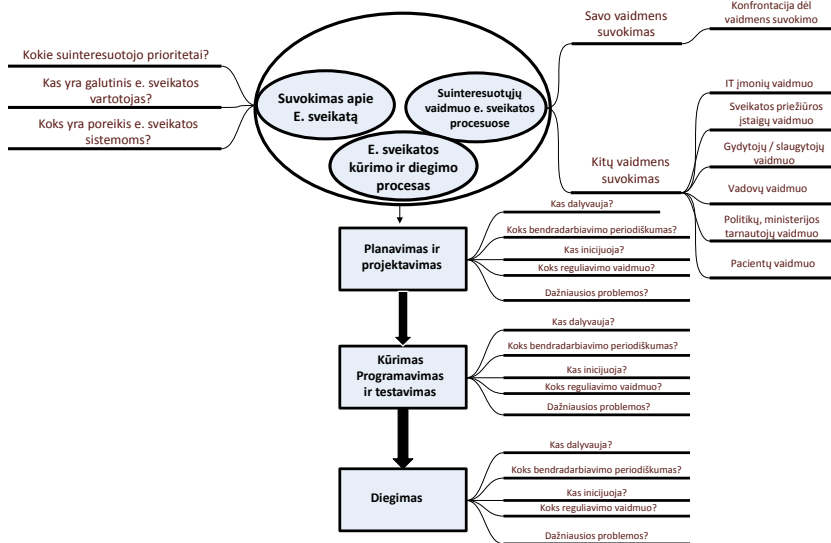
<sup>550</sup> Flick, U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE Publications, 155 p.

nys skirtinguose e. sveikatos plėtros procesuose; didžiausią įtaką darančios ir / ar dažniausiai kylančios šios srities problemos.

## 5.1. Tyrimo metodika

### 5.1.1. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo ir analizės modelis

Kokybinių duomenų analizės modelis sudarytas vadovaujantis Danskų ir bendraautorių pasiūlyta struktūrizuota e. sveikatos vertinimo schema, kuri remiasi keturiais elementais: e. sveikatos metodologija ir dizainas, technologijos, aplinka ir logistika. Suinteresuotųjų vaidmuo yra integruotas į ketvirtą – logistikos elementą. Plačiau apie Danskų su bendraautoriais pasiūlytą schemą skaitykite **6 skyriuje**.



5.1 pav. E. sveikatos sistemos kūrimo valdymo tyrimo duomenų rinkimo ir analizės modelis

Šaltinis: sudaryta autorių.

Kuriant kokybinių duomenų analizės modelį, e. sveikatos vertinimo schema buvo transformuota atskiriant technologinių sprendimų valdymą nuo suinteresuotųjų integravimosi ir įtraukties turinio bei išryškinant subjektyvų e. sveikatos vertės vertinimą. Šis modelis pateiktas 5.1 paveiksle toliau. Jį sudaro trys tiriamosios dalys: e. sveikatos kūrimo ir diegimo procesas;

suinteresuotųjų vaidmuo e. sveikatos procesuose; suvokimas apie e. sveikatą. Nors kiekvieno modelio dalies tyrimo uždavinys yra unikalus, tyrime sudaryta unikali trianguliacijos galimybė, kai lygiagrečiai vis kitame kontekste fokusuojamasi į suinteresuotųjų įtrauktį (bendradarbiavimą, jų vaidmenį ir galimą naudą).

Aptarkime kiekvieną modelio dalį atskirai.

### 1. E. sveikatos kūrimo ir diegimo procesas

Tyrimo uždavinys: rekonstruoti e. sveikatos sistemos vadybinį ciklą, siekiant išsiaiškinti, kuo kiekvienas vadybinis ciklas yra ypatingas ir kaip technologiniai e. sveikatos sistemos kūrimo elementai nulemia suinteresuotųjų įsitraukimą.

Valdymo ciklui rekonstruoti yra renkami duomenys apie planavimo ir projektavimo fazę, kūrimo (programavimo ir testavimo) bei diegimo fazes.

Trianguliacijai būtini duomenys apie suinteresuotųjų vaidmenis yra surenkami pagalbiniais klausimais. Taip lygiagrečiai surenkami duomenys apie valdymo ciklus, jų sąsajas su e. sveikatos technologiniais sprendimais, apie e. sveikatos plėtros problemas kiekvieno valdymo ciklo metu ir dalyvius, kurie yra aktyviausi kiekvieno valdymo ciklo metu. Atskirai dėmesio skiriama suinteresuotųjų išreiškiamoms problemoms, kurios gali būti tiek tiesiogiai išreikštos, kaip atsakymas į klausimą, tiek ir netiesiogiai, diskutuojant apie kitus e. sveikatos elementus.

Valdymo ciklą bei tiriamųjų klausimų ryšys pateiktas 5.1 lentelėje.

### 5.1 lentelė. Valdymo ciklo ir tiriamųjų klausimų ryšys

Valdymo ciklo pavadinimas	Tiriamieji klausimai
Planavimas ir projektavimas	Kas dalyvauja? Koks bendradarbiavimo periodiškumas?
Kūrimas: programavimas ir testavimas	Kas inicijuoja? Koks teisinio reguliavimo vaidmuo?
Diegimas	Dažniausios problemos?

Šaltinis: sudaryta autorių.

### 2. Suinteresuotųjų vaidmuo e. sveikatos procesuose

Tyrimo uždavinys: rekonstruoti suinteresuotųjų vadybinius vaidmenis, kuriuos jie linkę prisiimti e. sveikatos vystymo procesuose arba kuriais jie pasidalina dėl iš anksto sukurtų valdymo taisyklių.

Suinteresuotųjų vaidmenims iširti reikalingi dvejopi duomenys. Vieni duomenys yra apie tai, kaip konkretus suinteresuotasis vertina save ir savo vaidmenį e. sveikatos procesuose. Kiti duomenys yra apie tai, kaip konkretus suinteresuotasis ar jų grupė vertina kitus e. sveikatos sistemos vystymo dalyvius. Suliejus šiuos, galbūt ir konfrontuojančius, duomenis galime išryškinti tikruosius suinteresuotųjų vaidmenis. Tyrimo uždaviniui pasiekti numatyti šie tyrimo analizės klausimai:

- savo vaidmens suvokimas;
- kitų vaidmens suvokimas (IT įmonių vaidmuo, sveikatos priežiūros įstaigų vaidmuo, gydytojų / slaugytojų vaidmuo, vadovų vaidmuo, politikų / ministerijos tarnautojų vaidmuo, pacientų vaidmuo).

### 3. E. sveikatos suvokimas

Tyrimo uždavinys: išryškinti e. sveikatos vystymosi stadijos nulemtus jau veikiančių ir kuriamų naujų e. sveikatos modulių priimtinumą ir subjektyvų e. sveikatos veikėjų suvokimą.

Šio uždavinio analizė gilinasi į suinteresuotųjų subjektyviai suvokiamus prioritetus bei subjektyviai vertinamą e. sveikatos pridedamąją vertę (keliami galutinio e. sveikatos vartotojo, poreikių e. sveikatos sistemoms klausimai). Šis uždavinys taip pat paaiškina kitas kokybinio tyrimo analizės modelio dalis.

#### 5.1.2. Tyrimo priemonės formavimas

Kokybinis tyrimas pagrįstas teorijos, vadinamos subjektyviąja teorija, prielaida, jog apie tiriamąjį objektą įvairūs specialistai turi sukaupę įvairių žinių ir patirties<sup>551</sup>. Šiai patirčiai identifikuoti taikytas pusiau struktūrizuoto interviu metodas. Pasirinktas metodas leidžia suprasti platesnį tiriamo objekto kontekstą ir leidžia lanksčiau interpretuoti suinteresuotųjųusių dalyvavimą e. sveikatos kūrimo ir diegimo procesuose.

Kokybinio tyrimo strategija ir tyrimo priemonė formuojama taip, kad leistų diagnozuoti suinteresuotųjųusių dalyvavimo e. sveikatos kūrimo ir diegimo procese turinį ir suteiktų e. sveikatos elementų analizei priežasties-pasekmės kontekstą.

Pagal kokybinio tyrimo analizės modelį visoms respondentų grupėms formuojamas vienodas klausimynas (žr. 5.2 lentelę). Nors tyrimo modelis

<sup>551</sup> Flick, U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE Publications, 155 p.



yra gana sudėtingas ir turi daug lygiagrečių tyrimo struktūrų, pavyko sukonstruoti paprastą tyrimo klausimyną kokybinei informacijai surinkti ir atspindėti svarbiausius tyrimo uždavinius. Klausimyną sudaro 7 klausimų grupės.

*Pusiau struktūrizuoto interviu klausimų grupės:*

1. *Demografinė informacija.* Tai respondento atstovaujama institucija, jo pareigos bei santykis su e. sveikata. Ši informacija reikalinga nustatyti suinteresuotąsias grupes ir joms priskirti dominuojančią nuomonę.

2. *E. sveikatos elementai.*

Šia klausimų grupe siekiama išsiaiškinti e. sveikatos vadybinį ciklą susiejant su e. sveikatos modulių architektūros, dizaino, taikomų technologijų, saugumo ir privatumo, bendradarbiavimo, kūrimo, diegimo, naudojimo procesų turiniu. Taip pat klausiama subjektyvios nuomonės apie suinteresuotųjų grupių interesus bei skaudžiausių problemų, su kuriomis susiduriama kiekvienoje vystymo fazėje.

3. *E. sveikatos elementai bendradarbiavimas ir dalyvavimo mastas.*

Šia klausimų grupe siekiama išsiaiškinti, kas dalyvauja e. sveikatos sistemos vystyme, kaip yra dalyvaujama, kodėl dalyvauja vienos ar kitos interesų grupės. Klausimai suformuluoti taip, kad būtų galima iširti tiek respondento institucijos, tiek ir jam pažįstamų institucijų ar įmonių vaidmenį. Bandoma užčiuopti dalyvavimo gylį per klausimus apie intensyvumą ir pasyvumą dalyvaujant.

4. *Teisinio reguliavimo pridėtinė vertė.*

Ši klausimų grupė skirta pažinti valstybės valdymo indėlį į e. sveikatos plėtrą, todėl yra teiraujama apie biudžetą, apie lėšų perskirstymo prioritetus, strateginius sprendimus, atskaitomybės ir kontrolės modelius. Taip pat bandoma gauti informacijos apie požiūrį į e. sveikatos centralizuotą valdymą.

5. *Suinteresuotųjų vaidmuo e. sveikatos procesuose.*

Šia klausimų grupe prašoma respondentų įvardinti savo suvokiamus vaidmenis siekiant sėkmingo e. sveikatos projektų įgyvendinimo. Šie atsakymai lyginami su 2 ir 3 grupės klausimais.

### 6. Dažniausios problemos.

Šiuo klausimu respondentui suteikiama galimybė atkreipti dėmesį jo pastebimas negeroves, jei jos dar nebuvo paliestos kituose klausimuose.

### 5.2 lentelė. Klausimyno diagnostiniai blokai ir turinys

Diagnostinis blokas	Klausimų turinys
E. sveikatos elementai	Respondento požiūris į e. sveikatos elementus Lietuvoje ir atstovaujamojoje institucijoje. Nuomonė dėl architektūros, dizaino, technologijų, saugumo ir privatumo, bendradarbiavimo, kūrimo, diegimo, naudojimo procesų Daugiausiai diegimo / kūrimo / naudojimo problemų sukuriančio elemento įvertinimas Nuomonė apie kitų suinteresuotųjų (pvz., gydytojų / gydymo įstaigų, įmonės programuotojų, valstybės tarnautojų) požiūrį į e. sveikatos elementus
E. sveikatos elementas: bendradarbiavimas	Supažindinimo su e. sveikatos naujovėmis dažnumas ir turinys Informacijos apie e. sveikatą šaltiniai Respondento į(si)traukimas atskiruose e. sveikatos kūrimo ir diegimo proceso etapuose Požiūris į įvairių suinteresuotųjų į(si)traukimo būtinumą atskiruose e. sveikatos kūrimo ir diegimo proceso etapuose Bendradarbiavimo subjektas ir pobūdis sprendžiant kylančias problemas Kitų suinteresuotųjų aktyvumo / pasyvumo dalyvauti kuriant ir diegiant e. sveikatą vertinimas IS diegėjų atranka ir bendradarbiavimo pobūdis IS klaidų taisymo praktika
Reguliavimas	E. sveikatos prioritetų, biudžeto, laiko terminų vertinimas E. sveikatos srities politikos formavimo bei kontrolės modelio vertinimas E. sveikatos strategijos įgyvendinimo planavimas atstovaujamojoje institucijoje E. sveikatos teisinio reguliavimo vertinimas Praktinė patirtis dėl teisinio reguliavimo Požiūris į asmens duomenų tvarkymą elektroninėje erdvėje (duomenų saugumas, saugojimas, portabilumas)
Vaidmuo	Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo ir įtaka e. sveikatos projektų sėkmei Respondento institucijos vaidmuo e. sveikatos sistemos integralumui IT firmos (diegėjo) vaidmuo e. sveikatos projektų sėkmei

Nors numatyta gana laisva interviu forma, suplanuota pakankamai griežtai riboti interviu trukmę, siekiant taupyti respondentų laiką. Klausimi-

mynas suformuotas pokalbiui, kurio trukmė galėtų būti nuo 30 iki 60 min., atsižvelgiant į respondento pareigas ir / ar ryšį su e. sveikatos procesais.

### 5.1.3. Respondentų atranka ir interviu atlikimas

Respondentų sąrašas sudarytas naudojant šaltinių, kuriuose pateikiami duomenys apie e. sveikatos procese dalyvaujančias institucijas, analizės rezultatus. Galima skirti šiuos potencialių respondentų atrankos lygmenis:

- atranka pagal teisės aktų, reglamentuojančių e. sveikatos sistemos kūrimą, duomenis. Jos metu identifikuojama, kokių tipų institucijos dalyvauja šiame procese (valstybės lygmens institucijos, atliekančios e. sveikatos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo kontrolę; SPI, diegiančios vidines ir / ar susietas su kitomis institucijomis e. sveikatos informacines sistemas; e. sveikatos IS kuriančios ir diegiančios organizacijos).

- Atranka pagal įgyvendintų ir / ar įgyvendinamų e. sveikatos projektų analizę. Siekiant gauti duomenis apie SPI, kurios yra įdiegę (diegia) e. sveikatos IS, buvo surinkti duomenys (projektų dalyviai, tikslai, lėšos, terminai) apie ES ir / ar valstybės lėšomis finansuotus (finansuojamus) projektus. Taip pat surinkti duomenys apie organizacijas, kurios dalyvavo ir / ar laimėjo e. sveikatos IS kūrimo ir diegimo viešųjų pirkimų konkursus, organizuotus įgyvendinat šiuos projektus. Šios analizės rezultatai suteikė informacijos apie aktyviausiai ir ne taip aktyviai e. sveikatos kūrimo srityje veikiančias SPI ir jų sąsajas su kitomis SPI įgyvendinant bendrus projektus.

- Kadangi e. sveikatos sistema apima visą valstybės teritoriją ir įvairius lygmenis (nuo institucinio iki nacionalinio) bei ją kuriant ir diegiant dalyvauja įvairias pareigas užimantys asmenys, būtina užtikrinti geografinį pasiskirstymą, institucijų atstovavimo ir užimamų pareigų įvairovę. Todėl vykdant e. sveikatos sistemos elementų kokybinį tyrimą iš visų galimų dalyvių potencialūs respondentai buvo atrinkti vadovaujantis tam tikrais orientyrais, kad būtų užtikrinta racionaliai įmanoma respondentų įvairovė:

- poreikis palyginti didžiųjų ir mažesnių miestų SPI pasiekimus e. sveikatos srityje ir darbuotojų požiūrių į e. sveikatą panašumus bei skirtumus. Interviu atrinktos sveikatos sistemos institucijos iš 10 miestų (Viliaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, Tauragės, Utenos, Kupiškio, Rokiškio, Pasvalio);

- siekta užtikrinti, kad būtų respondentų iš skirtingas funkcijas e. sveikatos sistemoje atliekančių institucijų (politikos formuotojų ir įgyvendinimo kontrolę atliekančių institucijų, e. sveikatos sprendimus kuriančių ir diegiančių institucijų, IT ir / ar konsultavimo paslaugas teikiančių organizacijų). Todėl buvo atlikti interviu iš 8 tipų organizacijų (ligoninių, poliklinikų, priminės sveikatos priežiūros centrų, klinikų, klinikų padalinių (klinikų ligoninių), ministerijos, ministerijai pavaldžių institucijų, IT firmų);
- siekta apklausti ir labiausiai pažengusiųjų e. sveikatos srityje, ir mažiau e. sveikatos sprendimų įgyvendinusių sveikatos priežiūros institucijų atstovus. Todėl pasirinkti respondentai iš tokių pirmaujančių institucijų (pagal įvykdytų / vykdomų e. sveikatos projektų skaičių) kaip Centro poliklinika Vilniuje, Vilniaus universiteto Santariškių klinikų bei iš rajonų SPĮ, kurios įdiegę tik centralizuotas IS;
- tiriamas įvairias pareigas užimančių darbuotojų santykis su e. sveikatos sistema. Atlikti interviu su respondентаis, einančiais įvairias pareigas (ligonių vyr. gydytojai, vyr. gydytojų pavaduotojai, poliklinikų direktoriai, jų patarėjai, gydytojai, slaugytojai, SPĮ IT specialistai, SPĮ IT padalinių vadovai, IT firmų vadovai ir darbuotojai, ministerijos padalinių vadovai ir kt.).

Siekiant gauti kuo įmanomai atviresnius atsakymus į interviu klausimus, užtikrinamas respondentų anonimiškumas. Todėl respondentams suteiktas unikalus kodas. Kodas suformuotas taip, kad leistų identifikuoti respondento atstovaujamą instituciją ir jo einamas pareigas. Respondentų atstovaujamos institucijos priskiriamos 5 tipams (poliklinikos arba priminės sveikatos priežiūros centrai, klinikos ir ligoninės, valstybinio reguliavimo institucijos, IT ir konsultacinės firmos, privačios SPĮ). Respondento pareigos skirstomos į 6 grupes (SPĮ administracijos darbuotojai, gydytojai ir slaugytojai, SPĮ IT padalinių vadovai ir darbuotojai, valstybės tarnautojai, SPĮ ir IT firmų e. sveikatos projekto vadovai ir koordinatoriai, IT ir konsultacinių firmų vadovai). 5.3 lentelėje pateiktas bendras interviu respondentų sąrašas, jų atstovaujamų institucijų geografinės vietovės ir tipai bei respondentų einamos pareigos.

## 5.3 lentelė. Bendras interviu respondentų sąrašas

Eil. Nr.	Respondento kodas	Miestas	SPĮ tipas	Respondento pareigos
1.	1-P-A	Šiauliai	Poliklinika	Direktorius
2.	2-P-IT	Šiauliai	Poliklinika	IT specialistas
3.	3-L-A	Šiauliai	Ligoninė	Vyr. gydytojo pavaduotojas
4.	4-L-IT	Šiauliai	Ligoninė	IT specialistas
5.	5-P-A	Panevėžys	Poliklinika	Direktorius
6.	6-P-IT	Panevėžys	Poliklinika	IT specialistas
7.	7-P-M	Panevėžys	Poliklinika	Gydytojas
8.	8-L-A	Panevėžys	Ligoninė	Vyr. gydytojo pavaduotojas
9.	9-L-IT	Panevėžys	Ligoninė	IT padalinio vadovas
10.	10-L-M	Panevėžys	Ligoninė	Gydytojas
11.	11-P-A	Pasvalys	Poliklinika	Direktorius
12.	12-L-A	Pasvalys	Ligoninė	Vyr. gydytojas
13.	13-L-A	Utena	Ligoninė	Vyr. gydytojo pavaduotojas
14.	14-L-IT	Utena	Ligoninė	IT specialistas
15.	15-P-IT	Utena	Poliklinika	IT specialistas
16.	16-L-A	Rokiškis	Ligoninė	Vyr. gydytojas
17.	17-L-P	Rokiškis	Ligoninė	E. sveikatos projekto vadovas
18.	18-L-IT	Kupiškis	Ligoninė	IT specialistas
19.	19-L-M	Kupiškis	Ligoninė	Gydytojas
20.	20-P-A	Kupiškis	PPC	Ekonomistas
21.	21-P-P	Kupiškis	PPC	E. sveikatos projekto koordinatorius
22.	22-P-A	Vilnius	Poliklinika	Direktorius
23.	23-L-A	Vilnius	Ligoninė	Vyr. gydytojo pavaduotojas
24.	24-L-IT	Vilnius	Ligoninė	IT skyriaus vedėjas
25.	25-L-A	Tauragė	Ligoninė	Vyr. gydytojo pavaduotojas
26.	26-L-IT	Klaipėda	Ligoninė 1	IT specialistas
27.	27-L-A	Klaipėda	Ligoninė 2	Vyr. gydytojo pavaduotojas
28.	28-L-M	Klaipėda	Ligoninė 2	Gydytojas
29.	29-L-A	Kaunas	Klinikų ligoninė	Direktorius
30.	30-L-IT	Vilnius	Klinikos	Gydytojas
31.	31-L-M	Vilnius	Klinikų ligoninė	IT padalinio vadovas
32.	32-R-VT	Vilnius	Valstybės reguliuojanti institucija	Skyriaus vedėjas

33.	33-Pr-IT	Vilnius	Privati SPĮ	IT padalinio vadovas
34.	34-Pr-M	Vilnius	Privati SPĮ	Gydytojas
35.	35-Pr-M	Vilnius	Privati SPĮ	Gydytojas
36.	36-IT-D	Vilnius	IT firma	Direktorius
37.	37-IT-D	Vilnius	IT firma	Direktorius
38.	38-IT-P	Vilnius	Konsultacinė / IT įmonė	E. sveikatos projektų koordinatorius
39.	39-IT-P	Vilnius	IT įmonė	E. sveikatos projektų koordinatorius
40.	40-IT-P	Vilnius	Konsultacinė / IT įmonė	Priežiūros direktorius
41.	41-IT-P	Vilnius	Konsultacinė / IT įmonė	E. sveikatos projektų koordinatorius
42.	42-P-A*	Vilnius	PPC	Direktorius / šeimos gydytojas
43.	43-P-M*	Vilnius	PPC	Vyr. slaugytojas
44.	44-P-A*	Vilnius	Poliklinika	Direktorius patarėjas / bendrosios praktikos slaugytojas
45.	45-P-A*	Vilnius	PPC	Vyr. slaugos administratorius
46.	46-P-IT*	Vilnius	Poliklinika	IT specialistas
47.	47-P-IT*	Vilnius	Poliklinika	Kompiuterinių sistemų specialistas
48.	48-R-VT*	Vilnius	Valstybės reguliuojanti institucija	Skyriaus vedėjas
49.	49-R-VT*	Vilnius	Valstybės reguliuojanti institucija	Vyr. specialistas
50.	50-R-VT*	Vilnius	Valstybės reguliuojanti institucija	Skyriaus vedėjas
51.	51-L-A*	Vilnius	Klinikų ligoninė	Vyr. gydytojo pavaduotojas
52.	52-L-IT*	Vilnius	Klinikų ligoninė	IT padalinio vadovas
53.	53-Pr-A*	Vilnius	Privati SPĮ	Direktoriaus pavaduotojas
54.	54-Pr-A*	Vilnius	Privati SPĮ	Vyr. slaugytojas
55.	55-Pr-A*	Vilnius	Privati SPĮ	Laboratorijos vedėjas
56.	56-Pr-A*	Vilnius	Privati SPĮ	Audito tarnybos vadovas
57.	57-Pr-M*	Vilnius	Privati SPĮ	Gydytojas
58.	58-Pr-M*	Vilnius	Privati SPĮ	Slaugytojas
59.	59-Pr-A	Vilnius	Privati SPĮ	Direktorius
60.	60-IT-D	Vilnius	IT įmonė	Direktorius

\* grupinių interviu respondentai (žr. toliau)

Šaltinis: sudaryta autorių.

Interviu vyko kiekvieno respondento darbo vietoje ir buvo įrašytas į diktofoną. Nors interviu vykdyti pagal parengtą klausimyną, respondentams palietus jiems patiems svarbų ar įdomų klausimą, buvo leidžiama nukrypti nuo pokalbio plano. Respondentams nukrypus nuo interviu plano, pokalbis nebuvo stabdomas siekiant užčiuopti iš anksto nežinomų detalių apie vykstančius procesus. Pokalbio metu taip pat buvo daromi užrašai ir komentarai, leidžiantys paaiškinti plačiau interviu metu išgirstą mintį. Kiekvieną respondentą apklausė tyrėjų komanda iš 2 asmenų. Esant dviem, o ne vienam tyrėjui, buvo užtikrinta, kad neliks neatsakytų svarbių klausimų ar nebus atkreiptas dėmesys į svarbias detales.

Prisitaikant prie respondento bendravimo stiliaus, rūpima informacija buvo renkama pateikiant įvairios formos klausimus. Kiekviename interviu buvo naudojamos kombinacijos iš skirtingų klausimų tipų<sup>552</sup> (įvadiniai klausimai, stebėsenos klausimai, zondojuojantys, patikslinantys, tiesioginiai ir netiesioginiai klausimai, struktūrizuojantys, interpretavimo klausimai, nutylėjimas).

Be individualiųjų interviu, buvo organizuoti 3 grupiniai interviu. Kaip ir atsirenkant potencialius respondentus individualiems interviu, taip ir grupinių interviu dalyviai buvo kruopščiai atrinkti, kad būtų užtikrinta nuomonių įvairovė ir diskusijų intensyvumas. Dvi grupės buvo sudarytos iš SPĮ darbuotojų, siekiant tirti poreikius ir požiūrius į e. sveikatos dermę ir prieštaravimą tarp SPĮ administracijos, IT darbuotojų ir gydytojų bei slaugytojų. Todėl vienas grupinis interviu buvo organizuotas vienoje iš Vilniaus poliklinikų (žr. 5.4 lentelę), o kitas – vienoje iš privačių SPĮ (žr. 5.5 lentelę). Trečiasis grupinis interviu buvo skirtas tirti tarpinstitucinį bendradarbiavimą (žr. 5.6 lentelę). Todėl buvo pakviesti e. sveikatos politiką formuojančių, jos įgyvendinimo kontrolę vykdančių, e. sveikatos projektus įgyvendinančių institucijų atstovai. Tokios sudėties informantų grupė padėjo susipažinti su suinteresuotųjų įtraukimu į e. sveikatos sistemos kūrimą valstybės mastu. Kadangi dalyvavo įvairių institucijų atstovai, grupinis interviu buvo organizuotas Mykolo Romerio universitete.

---

<sup>552</sup> Kvale, S. (2008). *Doing Interviews*. London: SAGE Publications Ltd., 160 p.

**5.4 lentelė.** Grupinio interviu poliklinikoje respondentai

Eil. Nr.	Kodas	SPĮ tipas/ organizacija	Respondento pareigos
1.	42-P-A	PPC	Direktorius / šeimos gydytojas
2.	43-P-M	PPC	Vyr. slaugytojas
3.	44-P-A	Poliklinika	Direktorius patarėjas / bendrosios praktikos slaugytojas
4.	45-P-A	PPC	Vyr. slaugos administratorius
5.	46-P-IT	Poliklinika	IT specialistas
6.	47-P-IT	Poliklinika	Kompiuterinių sistemų specialistas

Šaltinis: sudaryta autorių.

**5.5 lentelė.** Grupinio interviu privačioje SPĮ respondentai

Eil. Nr.	Kodas	SPĮ tipas/ organizacija	Respondento pareigos
1.	53-Pr-A	Privati SPĮ	Direktoriaus pavaduotojas
2.	54-Pr-A	Privati SPĮ	Vyr. slaugytojas
3.	55-Pr-A	Privati SPĮ	Laboratorijos vedėjas
4.	56-Pr-A	Privati SPĮ	Audito tarnybos vadovas
5.	57-Pr-M	Privati SPĮ	Gydytojas
6.	58-Pr-M	Privati SPĮ	Slaugytojas

Šaltinis: sudaryta autorių.

**5.6 lentelė.** Mišrios sudėties grupinio interviu respondentai

Eil. Nr.	Kodas	SPĮ tipas/ organizacija	Respondento pareigos
1.	48-R-VT	Valstybės reguliuojanti institucija	Skyriaus vedėjas
2.	49-R-VT	Valstybės reguliuojanti institucija	Vyr. specialistas
3.	50-R-VT	Valstybės reguliuojanti institucija	Skyriaus vedėjas
4.	51-L-A	Klinikų ligoninė	Vyr. gydytojo pavaduotojas
5.	52-L-IT	Klinikų ligoninė	IT padalinio vadovas

Šaltinis: sudaryta autorių.

Visus grupinius interviu moderavo interviu vedimo patirties turintis mokslininkas, dalyvaujant dar bent vienam tyrėjui. Šių interviu trukmė buvo ilgesnė nei individualių (ne mažiau kaip 1 val. 30 min.) sudarant sąlygas pasisakyti visiems dalyviams ir kad būtų paliesti visi tyrimo klausimai.



Tačiau laikas ribojamas ir diskusijos valdomos taip, kad nebūtų pradėta gilintis į smulkmenas.

Organizuojant individualius ir grupinius interviu ir juos atliekant, buvo siekiama sukurti bendradarbiavimo atmosferą. Tam buvo pristatomas įgyvendinamas projektas, jo siekiai ir laukiami rezultatai, pagrindžiama interviu nauda ir kiekvieno respondento indėlio svarba šiame projekte. Sukūrus bendradarbiavimo atmosferą, respondentai noriai ir atvirai diskutavo.

#### 5.1.4. Interviu duomenų analizė

Kokybinė turinio analizė, skirtingai nei klasikinė (kiekybinė), apima kokybinių, o ne kiekybinių teksto aspektų išskyrimą<sup>553</sup>. Kokybine analize siekiama mokytis iš surinktų duomenų, juos nagrinėjant kol pasiekiamas supratimas apie veikimo modelius ir struktūras. Šio tipo tyrimai dažniausiai koncentruojasi į pasaulio suvokimą interviu dalyvių akimis. Teorijos suvokimas yra vystomas keliomis fazėmis siekiant holistinio žmogaus, grupės, kultūros dalyvavimo skirtinguose procesuose suvokimo. Analizės pagrindą sudaro teksto pavidalu išreikštos informacijos skaidymas pagal skirtingus reikšminius aspektus. Atvirai, tiesiogiai tekste išsakoma prasmė – tai išreikštas (angl. *manifest*) turinys. Išreikšto turinio analizė leidžia, remiantis objektus aprašančiu tekstu, tyrimo duomenis kategorizuoti. Netiesiogiai suprantama, gilesnė prasmė – tai latentinis (paslėptas) teksto turinys<sup>554</sup>. Interpretacinė latentinio turinio analizė leidžia aprašymus interpretuoti ir suprasti tekste slypinčią prasmę, išvelgti naujų reikšmių, kurios gali būti skaitomos tarp eilučių arba buvo žodžiu netiksliai išreikštos. Pasitelkus minimą analizę išskiriamos duomenyse pasireiškusios temos ir potėmės bei reikšminiai segmentai. Tolesniuose analizės žingsniuose šie fragmentai yra vėl sujungiami pagal panašumų turinčias reikšmines kategorijas. Tai leidžia vertinti duomenis iš skirtingų perspektyvų ir išvelgti naujų skirtingų veiksnių ryšių bei pasekmių.

Siekiant palengvinti didelės apimties tyrimo duomenų analizę atliekamas duomenų kodavimas. Kodavimas dažnai suprantamas tik kaip

<sup>553</sup> Berg, B. L. (2007). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Pearson Education, Inc.

<sup>554</sup> Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. Antroji pakartotina laida. Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija; S. Jokužio leidykla.

duomenų žymėjimas skirtingomis temomis, tačiau šis procesas yra gero- kai sudėtingesnis. Dažniausiai kodavimas remiasi kategorijų medžio su- kūrimu, kai prasminiai vienetai priskiriami pagrindinėms kategorijoms ir subkategorijoms bei vėliau yra naudojami tolesnei analizei. Kategorijos yra įvairios temos ar perspektyvos, persmelkusios tiriamą tekstą, ir jos tampa priemone klasifikuoti jo semantiniams vienetais – žodžiams, sakiniams, sakinių grupėms.

Kodavimas prasideda nuo interviu teksto skaitymo ir segmentų išsky- rimo. Kiekvienas segmentas yra pažymimas kodu – dažniausiai žodžiu ar trumpa fraze, nurodančia, kaip segmentas susijęs su tyrimo tikslais. Kai kodavimas yra baigtas, tyrėjas gali rengti skirtingas ataskaitas: apibendrin- ti kodų paplitimą skirtinguose segmentuose, aptarti panašumus ir skir- tumus įvairiuose koduose, šaltiniuose, kontekstuose bei lyginti santykius tarp vieno ir daugiau kodų. Koduodamas mokslininkas atlieka perėjimą nuo paprastos analizės prie teorizavimo. Dėl šios priežasties reikalinga saugoti duomenis bei svarbiausias jų dalis apie išskirtas kategorijas, kol jie yra iki galo suprantami. Turint informaciją vienoje vietoje lengviau juos įvertinti, interpretuoti ir gauti naujų įžvalgų. Kodavimas suteikia galimy- bes lengvesnei panašumų, skirtumų, modelių ir ryšių paieškai, todėl yra svarbi analitinio proceso dalis.

Kokybinės duomenų analizės kompiuterinės programos (angl. *Quali- tative analysis software*) pakeitė ilgalaikės rankinio kodavimo tradicijas<sup>555</sup>. Šio tyrimo duomenims apdoroti pasitelktos kompiuterinės programos *Nvivo* ir *Atlas*. Šios programinės įrangos yra skirtos kokybiniam du- omenims tvarkyti ir analizei socialiniuose moksluose bei padeda atlikti kokybinių duomenų analizę keliais aspektais. Pirmiausia, šios programos palengvina duomenų tvarkymo procesus bei leidžia sisteminti kokybinio tyrimo metu sukurtus įrašus. Kompiuterizuotos kokybinės turinio anali- zės programos įgalina tvarkyti bei sisteminti idėjas sukuriant greitą pri- eigą prie tyrimo metu sukurto conceptualaus ir teorinio pažinimo. *Nvivo* bei *Atlas* taip pat įgalina tyrėjus kelti klausimus, susijusius su surinktais duomenimis, ir iš programinėje įrangoje esančios duomenų bazės išrinkti visą informaciją, reikalingą atsakymams į užduotus klausimus, ir grafiškai iliustruoti iš empirinių duomenų kilusias idėjas, sąsajas naudojant mo-

<sup>555</sup> Richards, L. (2005). *Handling qualitative data: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.

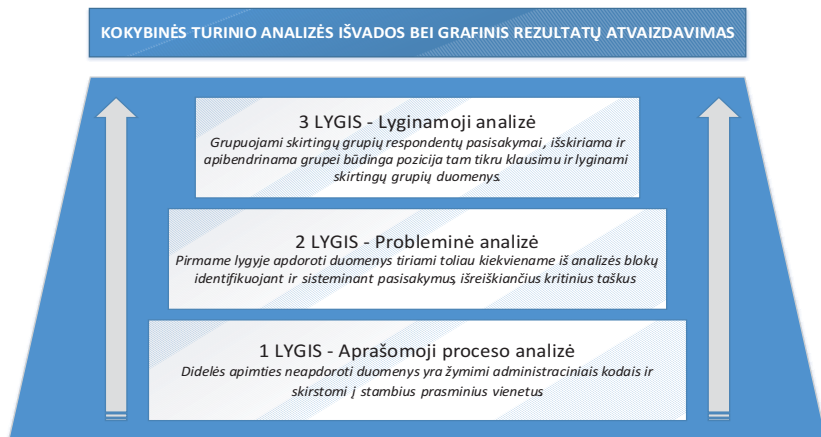
delius ir matricas<sup>556</sup>. *Nvivo* ir *Atlas* programos, kaip ir kitos programinės įrangos, skirtos kokybinei turinio analizei vykdyti, turi metodologinių apribojimų. Pirmiausia, reikia paminėti, kad jos skirtos mokslininko darbui supaprastinti, tačiau pačios programos savarankiškai analizuoti teksto bei daryti išvadų negali. Programos vertingos dirbant su didelės apimties duomenimis, ypač pradinuose analizės etapuose, nukreiptuose į pirminę teksto analizę, temų tekste įvardinimą bei žodžių ir temų paiešką. Vėlesni kodavimo etapai, susiję su duomenų interpretacija, yra smarkiai veikiami analizuojančių mokslininkų. Dėl šių priežasčių tyrėjas ar jų grupė lieka pagrindinis šio darbo įrankis.

Tvarkos, struktūros bei interpretacijų ieškojimas iš surinktų duomenų masės yra nepatogus ir sudėtingas procesas. Dėl šios priežasties egzistuoja galybė skirtingų būdų jį vykdyti. *Crabtree* ir *Milleris*<sup>557</sup> siūlo analizės strategijų įvairovę atspindintį kontinuumą, tačiau pabrėžia, kad egzistuoja beveik tiek pat strategijų, kiek yra tyrėjų. Viename kontinuumo gale randamos techninės, mokslinės, standartizuotos strategijos, kuriose tyrėjas prisiima objektyvią poziciją probleminio klausimo ir kategorijų atžvilgiu. Kitame gale – imersinės strategijos, kuriose kategorijos nėra iš anksto numatytos bei priklauso nuo tyrėjo intuicijos ir interpretavimo galimybių. Šio tyrimo kontekste naudojama kontinuumo viduryje esanti strategija literatūroje įvardinama kaip šabloninė (angl. *template analysis*). Analizės procesas pradedamas naudojant iš anksto numatytą kategorijų šabloną, kuris vėlesniuose etapuose užpildomas kontekstiniais duomenimis. Šio tyrimo kontekste kategorijų šablonas suformuotas taip, kad leistų diagnozuoti suinteresuotųjų pusių dalyvavimo e. sveikatos kūrimo ir diegimo procese turinį ir suteiktų e. sveikatos elementų analizei priežasties-pasekmės kontekstą remiantis penkiais diagnostiniais blokais: e. sveikatos elementai, bendradarbiavimas, reguliavimas, vaidmuo e. sveikatos sistemoje ir problemos.

<sup>556</sup> Morkevičius, V., Telešienė, A., Žvaliauskas, G. (2008). *Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVivo ir Text Analysis Suite: Pavyzdinis metodologinis mokomasis studijų paketas*. Projektas „Empirinių duomenų ir informacijos HSM tyrimams kaupimas ir valdymas: Lietuvos HSM duomenų archyvas“ (LiDA).

<sup>557</sup> Crabtree, B. F., Miller, W. L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.

Pirminio šablono sudarymą lemia grupė faktorių, tokių kaip tyrimo koncepcija, tyrimo klausimas, probleminės sritys ir kt. Autoriai<sup>558</sup> nurodo, kad tas pats teksto segmentas gali būti suprantamas keliais lygiais, todėl išsamiam teksto ir jo reikšmės supratimui siūlo trijų etapų kodavimo procesą. Pirmiausia vykdoma aprašomoji proceso analizė, po kurios eina probleminė ir lyginamoji analizės. Kiekvienas etapas įtraukia duomenų sumažinimo (angl. *data reduction*) procesus, kurių metu duomenų masė yra skaidoma į segmentus ir interpretacijos procesus, kai tyrėjas suteikia prasmę išskirtiems segmentams integruodamas juos į bendrą sistemą. Proceso žingsniai pavaizduoti 5.2 paveiksle bei toliau tekste išsamiau paaiškinami šio tyrimo kontekste.



**5.2 pav.** Kokybinės turinio analizės procesas

Šaltinis: sudaryta autorių remiantis Miles and Huberman, 1994.

### 1) 1 lygis – aprašomoji proceso analizė

Kaip jau minėta, individualių ir grupinių interviu metu buvo fiksuojami dalyvių pasisakymai, įrašant juos diktofonu, vėliau transkribuojant visą interviu medžiagą. Pradedant darbą su programine įranga, transkribuota medžiaga tvarkoma pagal šios programinės įrangos reikalavimus. Darbas su transkribuotais interviu toliau vyko programinėje įrangoje, t. y. reikšminiai analizės vienetai buvo pažymimi ir jiems priskiriami kodai – analizės vieneto reikšmę nusakantys teiginiai. Interviu medžiaga pirmiausia žymėta

<sup>558</sup> Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Second Edition. Sage Publications, London.

administraciniais kodais, nusakančiais interviu dalyvių demografines savybes (SPI tipas, respondento pareigos ir kt.). Vėliau, kiekvienas interviu buvo skaitomas kelis kartus, siekiant nustatyti respondento žodžiais įvardytas pagrindines aplinkybes bei aspektus. Analizuojamas kiekvieno respondento požiūris ir patirtis pagal duomenų analizės blokus juos grupuojant pagal interviu klausimyno kategorijas:

- e. sveikatos poreikis, požiūris į e. sveikatos elementus;
- vidinių ir išorinių suinteresuotųjų dalyvavimas, bendradarbiavimas;
- e. sveikatos srities reguliavimas;
- įvairių lygmenų institucijų vaidmuo;
- e. sveikatos kūrimo problemos.

Proceso metu buvo rašomos pastabos ir komentarai, kurie yra panaudojami vėlesniuose analizės etapuose. Respondentų tekstų pagrindu generuojamos idėjos, kuriomis siekiama apibrėžti bendrą vaizdą bei išskirti svarbias detales.

## 2) 2 lygis – probleminė analizė

Šiame etape visi duomenys skaidomi į mažesnes dalis, ieškoma panašumų ir konceptualių struktūrų, mažiau dėmesio skiriant eiliškumui, ryšiams. Kiekviename iš analizės blokų identifikuojami ir sisteminami pasiskaidymai, išreiškiantys kritinius taškus tam tikrame bloke. Kodai sugeneruoti šiame etape atveria išsamesnį duomenų sluoksnį, nes lyginant duomenis atsižvelgiama į interviu dalyvių aptariamų aspektų panašumus bei skirtumus identifikuojamos ir išskiriamos pasireiškusios temos ir kategorijos. Pirmame etape sukoduoti duomenys yra peržvelgiami pakartotinai detaliau ieškant bendrų aspektų. Tai kategorizavimo, arba į kintamuosius orientuotos (angl. *variable-oriented*), analizės dalis<sup>559,560</sup>. Panašūs aspektai gali būti perkoduojami siekiant iliustruoti naujai įvardintas koncepcijas ar santykius. Anksčiau apibrėžtos sąvokos gali būti perorganizuotos į konkrečių aspektų visumą. Tyrimo metu išskirtos 181 kodų temos ir kategorijos, kurių grafinė iliustracija pateikta toliau 5.3 paveiksle.

<sup>559</sup> Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. Antroji pakartotina laida*. Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija; S. Jokužio leidykla.

<sup>560</sup> Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis. Second Edition*. Sage Publications, London.



5.3 pav. Kokybinio tyrimo temos ir kategorijos

### 3) 3 lygis – lyginamoji analizė

Šiame etape grupuojami skirtingų grupių respondentų pasisakymai, išskiriama ir apibendrinama grupei būdinga pozicija tam tikru klausimu ir lyginami skirtingų grupių duomenys. Milesas ir Hubermanas (1994) šį analizės etapą apibrėžia kaip proceso arba „kontekstinę“ analizę, kurios esmė nustatyti eiliškumą, ryšius tarp identifikuotų kategorijų. Tiek kokybinės, tiek interpretacinės turinio bei pastarosios „kontekstinės“ analizės metu taikytos kelios pagalbinės strategijos: abstrahavimas, dedukcija, kontekstualizacija, numeracija. Tyrėjas svarsto, kaip temos, sąvokos, elgesys ir procesai, nustatyti aprašomojoje bei probleminėje analizėje, yra susiję skirtinguose duomenų rinkiniuose. Pavyzdžiui, išskiriant panašias savybes skirtingose kategorijose pagal respondentų grupes. Šiame etape panašumai, skirtumai, prieštaravimai ir kt. yra nagrinėjami siekiant išskirti

reikšmingus ir iliustratyvius pavyzdžius duomenims aprašyti. Išryškina-  
mi pasireiškusio ryšio tarp kintamųjų panašumai bei skirtumai, išskiriant  
ekstremalius, netipinius atvejus ir sujungiant, integruojant susijusius, ryšio  
turiniu artimus atvejus. Tyrimo metu buvo siekiama diagnozuoti suinteresu-  
otųjų pusių dalyvavimo e. sveikatos kūrimo ir diegimo procese turinį ir  
suteikti e. sveikatos elementų analizei priežasties-pasekmės kontekstą. Ly-  
ginamoji analizė, kurios rezultatai pateikiami tolesnėse šio skyriaus dalyse,  
leido rasti panašumus ir skirtumus tarp skirtingų grupių ekspertų išsakytų  
nuomonių.

### 5.1.5. Tyrimo validumas

Tyrimo vidinis validumas grindžiamas keliais būdais. Siekiant pati-  
rinti, kaip tyrimo dalyviai gerai supranta klausimus, vartojamus termi-  
nus, patikslinti klausimų eiliškumą, buvo atliekami bandomieji interviu.  
Siekiant sužinoti tyrimo dalyvių nuomonę apie duomenų interpretavimo  
atitikimą įgyvendinta tyrimo dalyvių grįžtamojo ryšio kontrolė<sup>561</sup>, t. y. duo-  
menų analizės metu buvo susisiekiama su 5 individualių ir grupinių interviu  
dalyviais, kurie buvo paprašyti įvardyti ir interpretuoti jų įvardintus faktus  
ir aplinkybes. Daugeliu atvejų respondentų ir tyrimo autorių nuomonės  
sutapo. Taip pat buvo atliekama kryžminė kontrolė (angl. *cross-checking*).  
Kiekviename tyrimo duomenų analizės etape rezultatai buvo peržiūrėti  
mokslinio tyrimo projekto bendraautorių. Atsižvelgus į diskusijų metu iš-  
kilusius nuomonių nesutapimus bei siekiant rezultatų objektyvumo buvo  
koreguojamos nepakankamai aiškiai aprašytos temos papildant jas tekstinė-  
mis iliustracijomis, citatomis.

Dar vienas tyrimo kokybę gerinantis rodiklis yra išorinis validumas,  
kuris rodo, kad tyrimo išvadas galima generalizuoti arba priskirti visai ty-  
rimo populiacijai. Kokybinuose tyrimuose statistinis generalizavimas nėra  
svarbus, todėl autoriai<sup>562</sup> siūlo vietoj kiekybinuose tyrimuose tinkamesnio  
termino išorinis validumas vartoti perkeliamumo (angl. *transferability*) ter-  
miną. Viena iš strategijų, padedanti užtikrinti tyrimo perkeliamumą, yra

<sup>561</sup> Creswell, J. W. (2008). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 3rd edition. London: SAGE Publications, Inc.

<sup>562</sup> Guba, E. G., Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage, p. 105-117.

detalus tyrimo aprašymas (angl. *rich, thick description*)<sup>563, 564</sup>. Jis apibrėžiamas kaip išsamus tyrimo eigos aprašymas, detaliai aptariant tyrimo objektą, taikytus metodus ir procedūras, tyrėjo vaidmenį bei kitas tyrimo aplinkybes. Tyrime, siekiant padidinti tyrimo perkeliamumo galimybes, pateikiamas detalus tyrimo proceso organizavimo ir realizavimo aprašymas. Kitas tyrimo kokybės požymis – patikimumas (angl. *reliability*) arba pasiklovimas (angl. *dependability*). Kokybinio tyrimo patikimumas padidinamas tada, kai užtikrinamas gaunamų tyrimo duomenų stabilumas, pasikartojimas<sup>565</sup>. Tyrime patikimumui didinti įtraukti keli tyrėjai kategorizuojant duomenis. Taip pat gaunamų duomenų stabilumui užtikrinti bei tyrimo patikimumui maksimizuoti naudojamas iš dalies struktūruotas klausimynas su atvirais klausimais, kas didina gaunamų aprašymų turinio eiliškumą, konteksto ir situacijos aspektų panašumą.

## 5.2. E. sveikatos dalyvių vaidmenys: savo ir kitų dalyvių vaidmenų suvokimas

prof. dr. Birutė Pitrėnaitė-Žilėnienė, Monika Mačiulienė

E. sveikatos sistemos raidos efektyvumą lemia dalyvių nuostatos dėl savo ir kitų suinteresuotųjų vaidmenų informacinių technologijų diegimo sveikatos priežiūros įstaigose. Todėl tikslinga tirti e. sveikatos sistemos dalyvių požiūrį, kokias funkcijas jie prisiima sau kuriant, diegiant ir plėtojant IS, ir kokio veikimo tikisi iš kitų dalyvių.

Analizuojant kiekybinius interviu duomenis (kiek kartų kokios grupės respondentai pasisakė apie skirtingų e. sveikatos sistemos dalyvių vaidmenis), galima diagnozuoti, kurių e. sveikatos dalyvių vaidmenys yra respondentams aktualiausi. Pastebėtina, kad paprastai kokio nors veikėjo vaidmenų aktualizavimas rodo šių vaidmenų problemišumą. Todėl kokybinių duomenų analizė pradedama nuo kiekybinių interviu charakteristikų analizės.

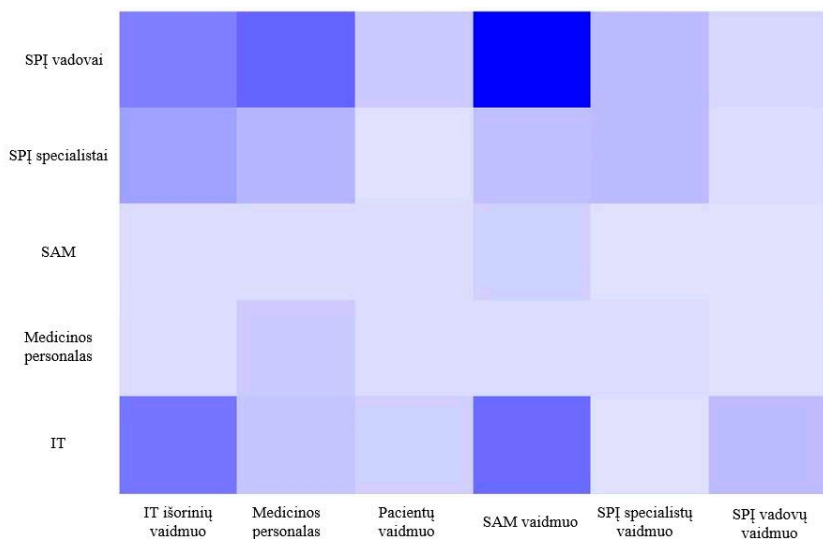
<sup>563</sup> Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. Antroji pakartotina laida. Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija; S. Jokužio leidykla.

<sup>564</sup> Creswell, J. W. (2008). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 3rd edition. London: SAGE Publications, Inc.

<sup>565</sup> Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. Antroji pakartotina laida. Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija; S. Jokužio leidykla.

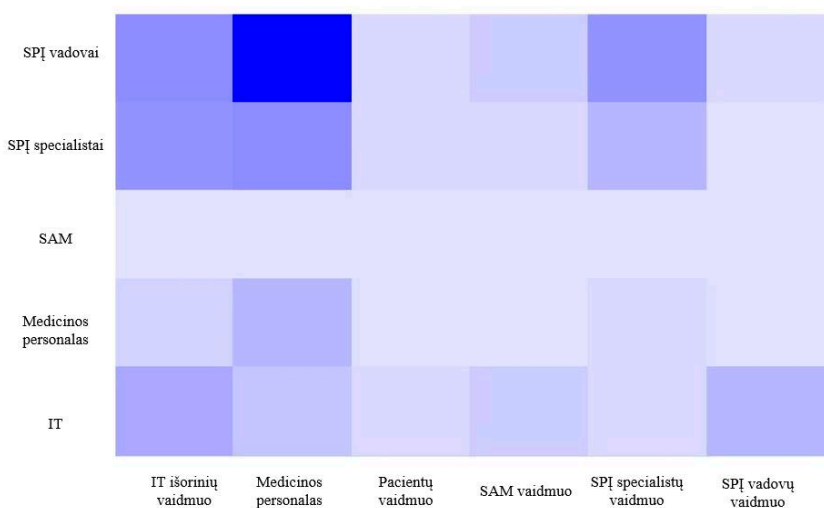


Interviu metu išryškėjo, kad kalbėdami apie savo ir kitų e. sveikatos dalyvių vaidmenis respondentai retai atskiria du svarbiausius e. sveikatos sistemos kūrimo etapus, nebent norėdami pabrėžti vieno ar kito dalyvio vaidmens problemišumą konkrečiame etape. Vis dėlto pirminę interviu analizę pradedame apžvelgdami vaidmenų aktualizavimą kiekybine prasme pagal du esminius e. sveikatos etapus. Pirmasis apima e. sveikatos sistemos kūrimo planavimą ir informacinių sistemų kūrimą, o antrasis – IS diegimą ir procesus po diegimo, kuriuos galima vadinti sistemų plėtros procesu. 5.4 ir 5.5 paveikslai rodo, kiek kartų konkrečios respondentų grupės asmenys kalbėjo apie tam tikros e. sveikatos dalyvių grupės vaidmenis (dažnį rodo langelio tamsumas – kuo tamsesnis langelis, tuo daugiau kartų konkrečios grupės respondentai kalbėjo apie tam tikros dalyvių grupės vaidmenis). Būtina atkreipti dėmesį, kad skaitinių duomenų dažnį galima lyginti tik vienoje respondentų grupėje, t. y. negalima lyginti dažnių tarp skirtingų respondentų grupių. Šis ribojimas atsiranda todėl, kad skirtingų respondentų grupių dydžiai yra ne tolygūs, pvz., didžiausia respondentų grupė yra SPĮ vadovai, todėl atitinkamai citatų apie vaidmenis skaičius yra didesnis už SAM ir kt. reguliuojančių institucijų respondentų citatų skaičių.



5.4 pav. Respondentų pasisakymų apie savo ir kitų e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS planavimo ir kūrimo procesų metu dažnis

Analizuojant respondentų pasisakymų apie savo ir kitų e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS planavimo ir kūrimo procesų metu intensyvumą (dažnį) (žr. 5.4 pav.) matyti, kad interviu metu dažniausiai buvo minimas SAM vaidmuo ir apie jį kalbėjo SPĮ vadovai. Antra pagal vaidmenų aktualumą ir / ar problemišumą SPĮ vadovams yra medicinos personalas, o trečiojoje vietoje – išorinės IT įmonės. Išorinių IT įmonių respondentai taip pat labiausiai aktualizavo savo ir SAM vaidmenį. IT įmonių vaidmenims e. sveikatos planavimo ir IS kūrimo procesų metu daugiausiai dėmesio skyrė ir SPĮ specialistai. Antroje vietoje pagal pasisakymų dažnį – medicinos personalas. SAM ir kitų sveikatos sistemos valstybės institucijų atstovai bei SPĮ gydytojai ir slaugytojai interviu metu daugiausiai dėmesio skyrė savo pačių vaidmenims.



**5.5 pav.** Respondentų pasisakymų apie savo ir kitų e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS diegimo ir plėtros procesų metu dažnis

Analizuojant respondentų pasisakymų apie savo ir kitų e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS diegimo ir plėtros procesų metu dažnį (žr. 5.5 pav.) matyti, kad dažniausiai buvo minimi medicinos personalo vaidmenys, apie kuriuos kalbėjo SPĮ vadovų grupės respondentai. Taip pat šiems respondentams diegimo ir plėtros procesų metu aktualūs išorinių IT įmonių ir jų vadovaujamų SPĮ specialistų vaidmenys. SPĮ specialistams IS diegimo ir plėtros procesų metu (kaip ir planavimo ir kūrimo etapuose) aktualiau-

si išlieka išorinių IT įmonių ir medicinos personalo vaidmenys. SAM respondentai nekalbėjo apie jokių e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS diegimo ir plėtros metu, o medicinos personalui, kaip ir pirmajame etape, aktualiausias išlieka jų pačių vaidmuo. Respondentai, atstovaujantys išorinėms IT įmonėms, interviu metu kalbėdami apie e. sveikatos dalyvių vaidmenis IS diegimo ir plėtros procesuose dažniausiai minėjo savo vykdomų funkcijų problematiką bei gilinosi į SPI vadovų vaidmenis. Taip pat jie minėjo ir medicinos personalo ir SAM veikimo ypatumus šiuose etapuose.

Atliekant kokybinę interviu duomenų analizę būdingos citatos buvo atrinktos taip, kad būtų galima diagnozuoti, kaip kiekvienos e. sveikatos dalyvių grupės atstovai vertina savo ir kitos veikėjų grupės vaidmenis planuojant, kuriant ir diegiant IS. Apibendrinti analizės duomenys tolesniuose skyriuose pateikiami pagal išorinių IT įmonių, medicinos personalo ir pacientų, SAM ir kitų reguliuojančių institucijų, SPI specialistų ir SPI vadovų vaidmenis – t. y. kokius vaidmenis jiems priskiria kiti e. sveikatos dalyviai ir kokius vaidmenis jie numato sau lentelėse pateikiamose citatose, kaip kalbėjo įvairios respondentų grupės apie analizuojamą e. sveikatos dalyvių vaidmenis, bei apibendrinimas, pabrėžiantis atskirų citatų ar jų rinkinio esmę. Paskutiniame skyriuje apie e. sveikatos dalyvių vaidmenis pateikiami apibendrinti suvokiamų vaidmenų palyginimai su teoriniu vaidmenų pasiskirstymo žinių valdymo ciklų metu modeliu.

Lentelėse pateikiant interviu citatas nurodomas respondento kodas. Jo skaičius reiškia respondento numerį, pirmoji kodo raidė – atstovaujamą organizaciją (P – poliklinika arba priminės priežiūros centras, L – ligoninė, R – SAM ar kita reguliuojanti institucija, IT – išorinė IT ar konsultacinė įmonė, Pr – privati SPI), antroji kodo raidė – respondento einamas pareigas (A – administracijos darbuotojas, įskaitant SPI vadovus, IT – informacinių technologijų, kompiuterinių sistemų padalinių darbuotojas ar vadovas, M – medicinos personalas – gydytojas arba slaugytojas, VT – valstybės tarnautojas, P – e. sveikatos projekto vadovas, koordinatorius, D – IT įmonės direktorius).

### 5.2.1. Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo

Pagal teorinį vaidmenų pasiskirstymo žinių valdymo ciklų metu hipotetinį modelį, Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) turėtų daugiausia realizuoti koordinatoriaus funkcijas, išskyrus, kai kuriamos naujos žinios (specialisto vaidmuo) ir formuojamos sutarimo žinios (kai veikia kaip vertintojas).

Visų grupių respondentai pripažįsta svarbų SAM vaidmenį ir didelę jos įtaką e. sveikatos projektų sėkmei (žr. 5.7 lentelę). Pasak SPI vadovų, teisinis reguliavimas daro lemiamą įtaką projektų efektyvumui. Be tinkamos teisinės bazės net geriausiai vykdomi projektai neduos laukiamų rezultatų. Kalbant apie visus e. sveikatos sistemos kūrimo etapus, o ypač planavimą, akcentuojamas vadovavimo ir koordinavimo būtinumas. Respondentai akcentavo, kad šiame etape būtina turėti centrinį sprendimo organą, atsakingą už e. sveikatos plėtrą, antraip nebus įgyvendinti bet kokių iniciatyvų tikslai. Būtent šie vaidmenys siejami su ministerija, kuri, respondentų nuomone, vaidina lemiamą vaidmenį koordinuojant ir orientuojant į bendro tikslo siekimą visus e. sveikatos sistemos dalyvius.

### 5.7 lentelė. E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmenį

Dalyvių grupė	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IT įmonių (išorinių) požiūris	Centrinio valdymo poreikis	36-IT-D. Mes vieną kartą ministerijos paklausėme: „Jūs įsivaizduojate kad Jūs turėsit įkurti tarnybą?“ Tai jie to nesuprato... Kad turi būti žmonės, nuolatos veikianti tarnyba, kur sėdi mažų mažiausiai keletas žmonių išties parą, kurie teikia informaciją visiems vartotojams, nes tokios sistemos sustojimas reiškia, kad sustojo visa sveikatos sistema. <...> Aš manau, kad reikia labai daug dirbti pačiai ministerijai, kuri pas mus tikrai mažai dirba
SAM požiūris	Koordinatoriaus vaidmuo	32-R-VT. Mes, koordinuotai, jau esam šį tą paleidę: <...> sudėjome tam tikrą sąrašą funkcijų, formuojame nuostatas dėl epikrizės...
	Valstybės indėlio svarba	32-R-VT. Na, jei kalbėtume apie e. sveikatos sistemos vystymo finansavimą, tai, be abejojimo, yra geresnis modelis, kad valstybė galėtų pati iš savo biudžeto skirti. Tuomet mes valdome laiko grafikus
SPI specialistų požiūris	Stipraus centro ir koordinatoriaus vaidmens svarba	24-L-IT. SAM turi koordinuoti ir lemti e. sveikatą. Sistemų integravimo prasme jos vaidmuo labai svarbus
	Netektys dėl decentralizuoto e. sveikatos sistemos kūrimo	26-L-IT. Lygiai taip ir ministerijai, vieną produktą sukūrus, jo pakaktų visai Lietuvai ir nereikėtų jokių ten kažkokių naujų sistemų, kurios integruotųsi ir darytų ten kažką tarpusavyje, vienus duomenis siunčiant, kitų – ne-siunčiant... Na, taip išeina, kad vietoj to, kad išleistų dabar šimtą mln., galėjo išleisti penkiasdešimt ir visom SPI patiražuoti

SPI vadovų požiūris	Atsakomybės stabilumo svarba	42-P-A. Kažkas tai turi jaustis šeimnininkas. Ir jeigu (e. sveikata – <i>aut. pastaba</i> ) yra kaip kažkokia pereinamoji raudonoji vėliava, <...> tai tada aš su savo idėjomis, šviešiomis ir patraukliomis, neužbaigsiu jokių projektų
	Centrinio valdymo poreikis	51-L-A. Būtų idealu, jei ministerija sakytų „imkit ir naudokitės“ 11-P-A. Norėjosi nacionalinės sistemos, sukurtų centralizuotų žingsnių, kaip rajonai turėtų ateiti į sistemą 23-L-A. Svarbu, kad SAM būtų branduolys (dėl programų „susikalbėjimo“) 25-L-A. Bet aš manau, tiktai nuo ministerijos turėtų būti pradžia ir tada apimti į tą struktūrą visas institucijas, kurios priklauso, nes iš esmės tai visa Lietuva yra susieta
	Teisinio reguliavimo ir procedūrų svarba	22-P-A. Didžiausia įtaka ir vaidmenį e. sveikatos projektų sėkmei turi ministerija. Galima projektus vykdyti labai gerai, tačiau jeigu nebus sureguliuota teisinė bazė, efektyvumas bus ribotas 1-P-A. Blogiausia, kai nėra reguliavimo ir pačiam reikia priimti sprendimą. Parašom raštą. Ministerijai, aišku, nes ne mano kompetencija yra kreiptis į Seimą, aš per mažas... Man užtenka ministerijos, atakavimu neužsiimu... tiesiog kasdieniniai ryšiai 3-L-A. Man svarbus tos pirminės idėjos įgyvendinimas: kokie bus tarpusavio ryšiai sistemoje, kad būtų galima „vaikščioti“ tarp įstaigų. Man nereikia visų įrašų, bet pagrindinius dalykus svarbu žinoti. Tai būtų ministerijos funkcija

Tačiau respondentai įžvelgia koordinavimo spragų, ypač jo buvo pasigesta pirmajame nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo etape (žr. 5.8 lentelę). Jų nuomone, prieš pradėdant kurti nacionalinę sistemą, būtina išsiaiškinti, kokias veikiančias IT sistemas jau yra įdiegusios SPI, kokie pastarųjų poreikiai ir artimiausi planai dėl sveikatos duomenų skaitmenizavimo. Tačiau šie aspektai nebuvo laiku išanalizuoti ir įvertinti. Koordinavimo stoką respondentai įžvelgia kaip vieną iš pagrindinių priežasčių, kad buvo sukurta daug įvairių vidinių (organizacijos lygio) IS, kurias dabar sudėtinga susieti į vieną integralią sistemą. Vis dėlto ir antrajame nacionalinės e. sveikatos sistemos kūrimo etape respondentai iš SPI (ypač tų, kurios turi mažiau patirties kuriant e. sveikatos produktus) pasigenda informacijos, paramos ir glaudesnio ryšio su ministerijos specialistais. Vadinas, kaip ir numato teorinis modelis, kai kurie e. sveikatos veikėjai tikisi iš ministerijos ne tik koordinatoriaus, bet ir specialisto vaidmens atlikimo. Kita vertus,

e. sveikatos kūrimu suinteresuoti respondentai suvokia, kad už e. sveikatos sistemos kūrimą atsakingiems ministerijos darbuotojams reikalingas politinis palaikymas bei atitinkami žmonių išteklių. Tačiau pasigendama informacijos apie e. sveikatą net ministerijos viešojoje komunikacijoje, o tai rodo šios srities mažesnę svarbą kitų sveikatos sričių atžvilgiu. Politinės galios ir valios trūkumą ministerijoje išvelgė ir kai kurie išorinių IT įmonių vadovai, pastebėję darnos tarp e. sveikatą reguliuojančių institucijų stygių. Anot jų, yra nuolatinių nesutarimų tarp ministerijos ir kitų e. sveikatos sistemos valstybės lygmens institucijų, o kai kurios ministerijai pavaldžios institucijos daro didesnę įtaką e. sveikatos plėtrai nei pati ministerija.

**5.8 lentelė.** E. sveikatos sistemos dalyvių nuomonė apie Sveikatos apsaugos ministerijos atliekamų vaidmenų spragas

Dalyvių grupė	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IT įmonių (išorinių) požiūris	Tvirtesnio ministerijos pozicionavimo poreikis	37-IT-D. Aš manau, kad konsultantai gali būti samdomi tik labai konkrečioms klausimams. Kam tada yra valdininkai?
		60-IT-D. Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios institucijos stovi sprendimų priėmimo ir įtakos sferoj gerokai aukščiau negu pati ministerija
SPĮ specialistų požiūris	Sąveikos su kitais e. sveikatos dalyviais trūkumas	24-L-IT. Mes dalyvaujame, bet iniciatyvos prasme jie nežiūri palankiai. Jei skambini ir kažką siūlai, tai nesidomi ir atstumia: „kai mums reikės, mes patys paklausime“. Pas mane tik epizodiniai kontaktai, o ne iš esmės. Darbas turi būti vertinamas pagal tikslo pasiekimą, o ne kuriama tam, kad kurti...
		26-L-IT. Žinokit, mes vykdydami projektą su SAM praktiškai neturim kažkokio artimesnio ryšio, ir jie mums nėra nei patarėjai, nei koordinatoriai... Nes vis tik mes koordinuojame su CVPA tai, kas sieja mūsų apsirašytas funkcijas su vykdymo realijomis, tad su jais ir turime derinti dokumentus, kurių reikalaujama
SPĮ vadovų požiūris	E. sveikatos srities nuvertinimas valstybėje ir ministerijoje	27-L-A. Esminė problema – valstybinės pozicijos nebuvimas 11-P-A. Reikėtų daugiau tokių žmonių iš ministerijos, ir patyrusių, kad darbo grupė dirbtų centralizuotai. Man neatrodo, kad kol kas kam nors e. sveikata įdomi... Pažiūrėkit į ministerijos lankstinuką: analizė lyg ir vyksta, kažkas yra, bet nieko aiškaus... O jei paieškosim pagal e. sveikatos raktinį žodį...

	Sąveikos su kitais e. sveikatos dalyviais trūkumas	23-L-A. Reikalingas koordinavimas. Kai valstybės institucija kuria kokią nors programą (kaip buvo VLK SveiDra atveju), ji turėtų susirinkti informaciją, kokia institucija ką turi, o tik tada pradėti kurti sistemą
	Netinkamas funkcijų priskyrimas ministerijai	59-Pr-A. E. sveikatą turi kuruoti institucija, kurioje yra daugiausia kompetencijos. Ministerija jos neturėjo ir dabar nelabai turi. <...> Ne ministerijos kompetencija yra įstaigas valdyti ir sistemas tvarkyti. Kur tau, ministerija technines specifikacijas rengia. Ministerijos funkcija – formuoti sveikatos politiką. Ji gali nustatyti, kokių duomenų reikia, užsakyti tuos duomenis, kurie rodytų sveikatos institucijų veiklą
	Klaidos pasirenkant kūrimo modelį	8-L-A. Sukurtas nacionaliniu lygiu branduolys būtų reikalingas, o iš tikrųjų vyksta viskas atvirkščiai – iš apačios į viršų. Ne nuo to galo pradėta...

### 5.2.2. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vaidmuo

Skirtinguose žinių vadybos etapuose sveikatos priežiūros įstaigų (SPI) vadovai pagal teorinį modelį turėtų atlikti vis skirtingus vaidmenis. Išankstinių žinių etape jie turėtų būti formuotojais, asocijuojant žinias – šis vaidmuo pereina medicinos personalui, o vadovai tampa savo srities specialistais. Kuriant naujas žinias, pastarieji turėtų tapti stebėtojais ir vertintojais, o ieškant sutarimo tarp suinteresuotųjų – koordinuoti šį procesą. Sugeneravus žinių rezultatą, SPI vadovams teorija numato formuotojo vaidmenį dėl būtinybės priimti IS kūrimo ir diegimo sprendimus.

Analizuojant respondentų požiūrius į SPI vadovų vaidmenis stebimi nuomonių ir patirčių skirtumai, priklausantys nuo vadovaujančiųjų asmenų nusiteikimo ir aktyvumo kuriant IS (žr. 5.9 lentelę). Kai kurie iš vadovų e. sveikatos elementus vertina kaip svarbią SPI veiklos sritį, kuriai būtina skirti pakankamai dėmesio. Vadovai pripažįsta, kad e. sveikatos sistemos kūrimo dinamika reikalauja nuolatinės stebėsenos ir pokyčių. Kiti vadovai imasi iniciatyvos ir įsipareigoja patys valdyti e. sveikatos kūrimo SPI procesus. Tuo tarpu kitų grupių respondentai (ypač IT specialistai) yra susidūrę su SPI vadovų nusišalinimu nuo sistemų kūrimo veiklos, t. y. šių respondentų patirtis rodo, kad vadovai atlieka tik pasyvaus stebėtojo vaidmenį. Vadovams aktualu tik tai, kad jų vadovaujamoje SPI veiktų IS, o jos turinio ir kūrimo procesai nesulaukia pakankamo vadovų dėmesio. Respondentai akcentuoja būtinybę vadovams atlikti aktyvius vaidmenis, nes „tylios“ pa-

ramos nepakanka. Būtina, kad vadovai kartu su kitais suinteresuotaisiais kolegialiai spręstų IS problemas visuose etapuose. Jei vadovybė atitolusi ir neatlieka reikiamuose etapuose koordinuojančio vaidmens, e. sveikatos sprendimai gali būti realizuoti ne tokie, kokių reikia SPĮ kaip organizacijai, o geriausiai tinkantys tam tikroms grupėms. Todėl IS gali būti nesubalansuota organizacijai tinkamiausiu būdu.

**5.9 lentelė.** E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vaidmenį

Dalyvių grupė	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IT įmonių (išorinių) požiūris	SPĮ vadovų dėmesio e. sveikatai trūkumas	36-IT-D. Ir viskas baigiasi tuo, kad produktas pagaminamas, atiduodamas vartotojui ir vartotojas „apšala“. Nes jis visiškai ne to tikėjosi. <...> Vadovams šitos sistemos neįdomios. Jie nori ją turėti, bet kas ten bus, kaip, ką kursime – nerūpi
	Nepakankamas SPĮ vadovų IS suvokimas	37-IT-D. Vadovai bijo. Mes stengiamės bendrauti su įstaigų informacinių technologijų specialistais – kai kurie ir periferijoje turi labai kvalifikuotus asmenis ir randam bendrą kalbą. Man net lengviau su jais šnekėti nei su vadovais
	Būtinybė SPĮ vadovams dalyvauti IS kūrimo procesuose	37-IT-D. Tai dėl to reguliariai turi susitikti ne projekto komanda, o vadovai, kurie gali informuoti užsakovą, kuriam greičiausiai tai yra pirmas projektas gyvenime, nes Lietuvoje tokių projektų, kurie būtų sėkmingi, turbūt nėra. Tai reiškia, kad turime labai gerai paaiškinti užsakovo vadovybei, kaip tie projektai bus diegiami
SPĮ specialistų požiūris	SPĮ vadovų aktyvaus palaikymo trūkumas	26-L-IT. Tas tylus vadovybės palaikymas – jis nepakankamas. Jis turi būti aktyvus, turi būti domėjimasis, turi būti vis dėlto ...žinote, toks kolegialus... Tuo tarpu sprendimas, vadovybei nesidomint, gaunasi šiek tiek ne taip kaip ligoninei reikia, <...> o kaip IT arba, tarkim, kaip atskiroms įtakos grupelėms tas patogiau. Gali būti toks išbalansuotas šiek tiek
	Hierarchinis IS kūrimo principas	9-L-IT. Daug kas daroma priverstinai. Sistemos „nuleidžiamos“, pirmiausia iškeliamas klausiamas pavaduotojui, jis – savo pavaldiniui, gydytojui patys suinteresuoti, jie patys mus ir krutina. <...> Susirenka valdžia, jie turi savo pageidavimus, gydytojui kalba su savo pavaldiniais ir t. t.



SPĮ vadovų požiūris	SPĮ vadovų atsakomybė dėl IS plėtros	11-P-A. Sistema – kaip ir vadovo rūpestis. Nuolat gaunam nurodymų, ką turim daryti kitaip
	SPĮ vadovai – IS kūrimo iniciatoriai	8-L-A. Toks skirtumas tarp manęs (SPĮ vadovybės – <i>aut. pastaba</i> ) ir gydytojų todėl, kad aš „vedu“ iniciatyvą
	SPĮ vadovai – įgyvendintojai	25-L-A. Na, mes rajonuose esame naudotojai, diegėjai... štai ir viskas... bet aš nemanau, kad mes kažkokią tai doktriną turėtume formuoti

### 5.2.3. Išorinių IT įmonių vaidmuo

Teoriškai, išankstinių ir asocijuotų žinių valdymo etapų metu IT įmonės turėtų atlikti stebėtojų vaidmenį, nes e. sveikatos sistemos esama situacija žinoma ir nauji poreikiai numatomi vidinių sveikatos apsaugos sistemos dalyvių. Tačiau naujų žinių kūrimo etape IT įmonės tampa formuotojais, nes jie geriausiai žino, kaip (ir ar įmanoma) tinkamai įvykdyti norimos sukurti IS sistemos reikalavimus. Kitiems e. sveikatos dalyviams ieškant sutarimo (sutarimo žinių etapas) ir sutarus dėl IS elementų (rezultato žinių etapas), IT įmonė atlieka įgyvendintojo vaidmenį realizuodama užsakovų poreikius.

Dėl išorinių IT įmonių vaidmens išsiskyrė požiūriai tarp to, kaip savo vaidmenį suvokia pačios IT įmonės, ir kokius vaidmenis jiems numato ir / ar kokią patirtį su jais turi kiti e. sveikatos suinteresuotieji (žr. 5.10 lentelę). IT įmonių respondentai sau numato įvairias funkcijas. Jų nuomone, IT firmos atlieka formuotojo vaidmenį, nes vartotojai neturi galimybių numatyti galutinio rezultato. Vis dėlto dažniausiai IT firmos vaidmuo akcentuojamas kaip įgyvendintojo vaidmuo, pripažįstant, kad IT produktai kuriami pagal užsakovų poreikius. Taip pat interviu metu nuskambėjo neutralumo pozicijos požiūriai, kai neprisiimama atsakomybė už sukurto produkto gyvavimą. IT firmų atstovų matymu, jų užduotis yra pateikti siūlymus ir sukurti sistemą, bet neprisiimama atsakomybės dėl šios sistemos naudojimo.

Kitų e. sveikatos dalyvių požiūriu, IT atlieka vienintelį vaidmenį – realizuoja jų poreikius. Tad, SPĮ vadovų požiūriu, nėra didelio skirtumo, kas bus paslaugų teikėjai, o svarbiausia, kad būtų realizuoti poreikiai. Kai kurie respondentai, pavyzdžiui, medicinos personalo atstovai, dažnai net nejaučia sąlyčio taškų su IT firmomis ir tuo nesidomi. Kiti iš kontaktų su IT įmonių atstovais išsiminė, kad jie dažnai nesuvokia sveikatos sistemos procesų sudėtingumo. Sveikatos srityje kaupiama labai daug ir įvairių duomenų, kiek su-

dėtingų sąsajų juos apdorojant, o IT firmos pradeda komunikuoti su SPĮ nesusipažinę su sveikatos srities reikalavimais. Tačiau daugelis e. sveikatos dalyvių pastebi, kad IT firmos, kaip įgyvendintojai, dėl didėjančios konkurencijos vis labiau stengiasi realizuoti užsakovo poreikius. Konkurencijos didėjimas, SAM atstovų požiūriu, yra puiki prielaida sustiprinti e. sveikatos produktų kokybę, suteikia užsakovams pasirinkimo laisvės ir nepriklausomumo nuo netinkamo IS kūrėjo, diegėjo ir / ar prižiūrėtojo. Be to, konkurencija tarp nacionalinių ir į rinką ateinančių užsienio IT firmų padeda užtikrinti IS priežiūros ir tobulinimo tęstinumą, nes jei vienas diegėjas nepateisina lūkesčių, yra galimybė pasirinkti kitą IT firmą, kuri tinkamai prižiūrėtų sistemas.

#### 5.10 lentelė. E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į IT įmonių vaidmenis

Dalyvių grupė	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IT įmonių (išorinių) požiūris	IT įmonių problema – vartotojų poreikių neapibrėžtumas	36-IT-D. Čia jau yra šventa taisyklė – niekada vartotojas nežino, ko jis nori iki galo. Kol jis „nepačiupinės“ galutinio produkto, tol jis nepasakys, kas yra blogai. O produktą jis „pačiupinės“ pačioje pabaigoje. Gali būti taip, kad susipažinus su produktu paaiškės, kad reikia keisti analizę, o jos nieks nebekeičia
	Nuolatinės IS plėtros poreikis	37-IT-D. Sistemos turi būti nuolatos vystomos. Jei firma padės tašką ir paskys „viskas, mes viską suprogramavom, daugiau jokių pretenzijų mums reikšti negalit“, tai tokia sistema numirs per 3 metus, nes dokumentai keičiasi ir ji jau po pusmečio turės esminių trūkumų, nors realizuota buvo visiškai tvarkingai ir iki galo. Jas reikia prižiūrėti 60-IT-D. Dažniausiai sistemų plėtrą daro tas, kas darė ir pradžią, nes jis turi visą konkurencinį pranašumą laimėti tą plėtros projektą. Taip yra dėl to, kad jis žino, kaip, kas ir su kuo daryta. Todėl jis gali labai adekvačiai padaryti vertinimus ir pateikti gerą kainą. Atėjus kitam diegėjui dirbti su jau sukurta sistema, kaina automatiškai bus didesnė
	IT įmonių veikimo pagrindas – vartotojo poreikiai	37-IT-D. Mūsų strategija ir yra tokia: yra poreikis – mes produktą kuriam 36-IT-D. Mes – ne ministerija, mes negalim sakyti, kad „štai mes čia sukūrėm labai gerai ir jūs privalot tai naudoti“. Mes parodom – štai yra taip. Norit – naudojot

Medicinos personalo požiūris	IT įmonių atotrūkis nuo medicinos personalo	7-P-M. Kokia IT firma laimėjo konkursą? Ne, nežinau, nes man tai nelabai aktualu 28-L-M. Tai ne mano kompetencija
SAM požiūris	Konkurencija – IT sprendimų kokybės gerėjimo pagrindas	32-R-VT. Nuolatinis vargas. Padarai sutartį, sakykim, sistemos aptarnavimo. Jeigu tas diegėjas neaptarnauja, tai kitas diegėjas gali tą patį daiktą aptarnauti. Masės tų diegėjų! Jų skaičius auga atsižvelgiant į mūsų programą. Interesas atsirado, tai atėjo ir iš kaimyninių šalių kompanijos. Jos yra pasaulinės kompanijos, gal ne pasaulinės, bet kelių šalių filialų kompanijos, kurios` turi sprendimus ir juos rengia adaptuotus Lietuvai
SPĮ specialistų požiūris	IT įmonių veikimo pagrindas – vartotojo poreikiai	4-L-IT. Jie klausosi mūsų poreikių. Kitų variantų nėra... 18-L-IT. Ar jie įsiklauso? Taip. Bet aišku, jie pasiūlymų kažkokių tai neteikia. Jei iškyla problemų, jie padeda
	Konkurencija – IT sprendimų kokybės gerėjimo pagrindas	14-L-IT. IT firmos stengiasi reikalavimus įvykdyti. Tenka juos vykdyti, jie tapo lankstesni. Jei ne jie, tai atsiras, kas padarys. Tai yra variklis. Atsirado konkurencija. 33-Pr-IT. IT firmas reikia tik tokias samdyti, kurios žino mūsų sistemas. Su viena firma pavojinga dirbti, kad ji nepasijustų nepakeičiama. Reikalinga vidinė konkurencija
	E. sveikatos IS kūrimas – politizuotas	26-L-IT. Kai kurie tiesiog yra dėl savo pažangių sprendimų įdomūs, bet gali būti stumiami iš rinkos vien dėl to, kad jie neturi iki šiol nei vieno diegimo Lietuvoj. Tokių bus, aš manau, kad tokios kompanijos, kurios siūlo tinkamus sprendimus, labai gerai technologiškai programiškai sukurtus, jei nebus priimti į rinką, tai dėl to, kad yra politiniai sprendimai, na... politiniai užsakymai, politinės jėgos
	IT sprendimų kokybės sąlyga – specializacija sveikatos srityje	33-Pr-IT. Didelės įmonės mažiau patikimos. Jų labai sudėtingas biurokratinis aparatas, nuo to kenčia kokybė. <...> Be to, didelės nesispecializuoja. O e. sveikatoje vien programuotojo neužtenka. Reikalinga suprasti specifiką: kam daro, kam to reikia, kaip veiks. Medicinos sektoriuje yra labai daug niuansų, kuriuos reikia suprasti

	Komunikacijos svarba kuriant IT sprendimus	33-Pr-IT. Stengiamės dirbti su tais, kurie nori bendrauti. <...> Kartais būna, kad IT firmos direktorius perima bendravimą, bet tai nėra gera praktika. Vadovui svarbiausia turi būti firmos bendra nauda, bet mums geriau, jei projekto vadovas konkretų darbą atlieka. Mes stengiamės bendrauti su tais, kas konkretų darbą daro
SPĮ vadovų požiūris	IT įmonių veiklos variklis – gauti pakankamą užmokestį	51-L-A. IT firmų vaidmuo geras, „superinis“! Jie atleikia iš karto, tada pašneka, tada sako kainuos tiek... Ačiū. Viso gero 59-Pr-A. IT firma tikrai nepaliks kodo ir tik klausimas, kada jie pakels kainą
	IT įmonėms trūksta sveikatos sistemos suvokimo	23-L-A. IT firmų problema – jos ateina nežinodamos reikalavimų. Jos nežino, kiek daug ir įvairių duomenų reikia teikti sveikatos srityje. Mes papasakojam, ko reikia, bet jos ateina nesusipažinę, kokie yra reikalavimai, ką privalu daryti
	Pirmiausia – vartotojo poreikiai	8-L-A. Taigi konkursas. Tas, kas laimės konkursą, tas ir padarys, ką mums reikia
	Komunikacijos svarba kuriant IT sprendimus	56-Pr-A. Kai reikia, tai ir kreipiuosi į IT firmą. <...> Jie mums visada prieš akis. Ypač diegimo periodu

#### 5.2.4. Sveikatos priežiūros įstaigų specialistų vaidmuo

Pagal teorinį vaidmenų pasiskirstymo žinių valdymo ciklą metu modelį, SPĮ specialistams (IT padalinių darbuotojams, finansininkams ir pan.) išankstinių, asocijuotų ir naujų žinių etapuose tenka įgyvendintojo vaidmuo, nes idėjas reikia paversti realybe. Sutarus dėl sprendimų alternatyvų, jie savarankiškai atlieka užduotis, o sukūrus produktą, jiems tenka stebėtojo, ateinančio į pagalbą IS vartotojams, vaidmuo.

Lūkesčiai ir patirtys dėl SPĮ specialistų, o iš jų ypač dėl IT specialistų, vaidmenų jų pačių ir kitų e. sveikatos dalyvių požiūriu, yra įvairios (žr. 5.11 lentelę). Jie pripažįstami kaip vieni iš pagrindinių veikėjų, lemiančių SPĮ IS projektų sėkmę, ir vertinami kaip vienas iš lemiamų e. sveikatos diegimo SPĮ sėkmės veiksmių. Išorinių IT įmonių atstovai jais pasitiki kaip specialistais, gebančiais atstovauti užsakovų interesams, nes vadovai dažnai negali tinkamai paaiškinti SPĮ poreikių ir jų realizavimo reikalavimų. Kai kurių SPĮ vadovai IT specialistams patiki koordinatoriaus ir formuotojo vaidmenis. Jų nuomone, IT padalinys gali būti e. sveikatos daly-

vių nuomonių rinkimo, analizės ir derinimo centras, siūlymus teikiantis vadovybei. Nepamirštas ir IT specialistų kaip įgyvendintojų vaidmuo, kai jie ne tik teikia idėjas, bet ir yra tinkamesni IS kūrėjai, nes vėliau gali užtikrinti sistemos veikimo tęstinumą. Respondentai IT specialistai pastebi savo vaidmenų kaitą. Anksčiau iš jų buvo tikimasi tik savarankiškai kurti, prižiūrėti sistemas. Tačiau šiuo metu jie papildo ir remia savo žiniomis kitų e. sveikatos dalyvių, ypač medicinos personalo, poreikius. Kaip teorinis modelis ir numato, SPĮ specialistų stebėtojo vaidmuo labai reikšmingas SPĮ administracijos ir medicinos darbuotojams. Respondentai dažnai minėjo, kad IT specialistai teikia metodinę pagalbą mokantis naudotis sistemomis, nuolat padeda iškilus naudojimo problemoms.

**5.11 lentelė.** E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į sveikatos priežiūros įstaigų specialistų vaidmenis

Dalyvių grupė	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IT įmonių (išorinių) požiūris	IT specialistų kvalifikacijos svarba	36-IT-D. Mes stengiamės bendrauti su įstaigų informacinių technologijų specialistais – kai kurie ir periferijose turi labai kvalifikuotus asmenis ir randam bendrą kalbą. Man net lengviau su jais šnekėti nei su vadovais 41-IT-P. Labai daug kas priklauso nuo tos įstaigos darbuotojo. Vieni pasako, aiškiai gali išreikšti reikalavimą, jog „aš noriu, kad būtų čia juoda, o čia – balta“. O kiti gali pasakyti, kad „ai, darykit kaip norit“
	IT įmonės ir IT specialistų funkcijų atskyrimas	36-IT-D. Mes neatsakom už jų kompiuterius ir kitą įrangą, kuri genda, stringa ir daro visokias kitokias kiauylstes. Jūs privalot turėti žmogų, labai greitai pasiekiamą, kuris išspręs bėdą. Dažnai būna, kad skambina, kad pas mus neveikia, mes negaunam duomenų iš ligonių kasų. Ką tu jiems gali pasakyti? Sakai – ieškokit savo IT specialisto ir jis viską sutvarkys, nes mes jau jam 3 k. esam paaiškinę, kaip tai reikia atstatyti tuos ryšius, ir jis tai moka padaryti
Medicinos personalo požiūris	IT specialistas – pagalbininkas	7-P-M. Visaip bendraujame. Jeigu stringa, ateina, pamoko. Pats eini mokaisi

SPĮ specialistų požiūris	IT specialistas – dalyvis visuose IS kūrimo, diegimo ir vėlesniuose procesuose	4-L-IT. Labai dažnai informatikai ir paskatina su savo idėjomis, patys kuria be subrangovų, nes tęstinumui geriau dirbti be jų
	IT sprendimų derinimo su kitais veikėjais poreikis	9-L-IT. Iš pradžių buvo požiūris, kad IT žmonės tik buvo atsakingi už sistemas, dabar viskas derinama su gydytojais, jie turi išsakyti savo poreikius
	IT specialistų iniciatyvų ignoravimas	24-L-IT. Mes dalyvaujame modeliuojant, bet iniciatyvos prasme jie nežiūri palankiai. Jei skambini ir kažką siūlai, tai nesidomi ir atstumia: „kai mums reikės, mes patys paklausime“
SPĮ vadovų požiūris	IT specialistų kvalifikacijos svarba	3-L-A. Manau, mūsų pagrindinė sėkmė yra IT komanda, septyni žmonės, jauni entuziastai, kai kurie dirba nuo pat pradžios. Netingi eiti, padėti, visi žino telefonus, jie nuolat eina padėti, vieni daugiau apie programas, kiti – techninius dalykus
	Per siaura IT specialistų žinių sritis	5-P-A. Informatikas turi siaurą sritį. Jis nesuveida visų galų
	IT specialistas – koordinatorius ir iniciatorius	8-L-A. Informatiko nuomonė turi būti svarbiausia. Visi siūlymus pateikia informacinių technologijų skyriaus vadovui. Jis ne tik surenka, bet ir pats po to apibendrina ir siūlo, ką reikia daryti
	IT specialistas – pagalbininkas	1-P-A. Taip, pamoko, padeda kaip naudotis 3-L-A. Jie nuolat eina padėti 56-Pr-A. IT mums visada prieš akis. Ypač diegimo periodu

### 5.2.5. Medicinos personalo ir pacientų vaidmuo

Skirtinguose žinių vadybos etapuose pagal teorinį modelį medicinos personalui tenka skirtingi vaidmenys. Jie atlieka specialistų vaidmenį pirmajame (išankstinių žinių) ir paskutiniame (rezultato žinių) etapuose. Proceso pradžioje jie geriausiai žino, kokia informacija turi būti kuriamoje IS, o pabaigoje jie tampa šios skaitmeninės informacijos pagrindiniais kūrėjais ir IS vartotojais. Asocijuotų ir sutarimo žinių etapuose medicinos personalas atlieka formuotojo vaidmenį, dalindamasis ir derindamas įvairių medicinos specialistų žinias. Naujų žinių etape gydytojai ir slaugytojai tampa koordinatoriais, nes turi nuspręsti, kas žinių gausoje geriausiai atitinka jų poreikius.

Kalbėdami apie medicinos personalo vaidmenį kai kurie respondentai išklė problemą, kuriam pagrindiniam e. sveikatos veikėjui ši sistema kuriam, t. y. kas pagrindinis naudos gavėjas – medicinos personalas ar pacientai (žr. 5.12 lentelė). Kol nacionaliniu lygmeniu neišspręstas šis klausimas, medicinos personalui IS iki šiol nepalengvina darbo (jei nenuspręsta, kad medicinos personalas – pagrindinis vartotojas), o pacientai nepakankamai įtraukiami į sistemų kūrimo procesą ir / ar jų kokybės vertinimą (jei nenuspręsta, kad sistemos kuriamos pacientams). Bet kuriuo atveju respondentai neakcentuoja pacientų vaidmens, o tik mini kaip stebėtojus: „*pacientai nedalyvauja niekur, o jų ir nereikia – mes žinom, ko jiems reikia*“ (23-L-A). Kaip rodo Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatai<sup>566</sup>, vartotojų (ir pacientų, ir medicinos personalo) įtraukimas į e. sveikatos paslaugų kūrimą dar gana problemiškas: kuriant e. sveikatos sistemas dalyvauja tik 2,6 proc. gyventojų ir 7 proc. medicinos personalo, o tik 2 proc. besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis gyventojų aktyviai prisideda prie e. sveikatos kūrimo teikdami siūlymus dėl jos tobulinimo. Tačiau negalima vienareikšmiškai teigti, kad būtina kuo daugiau pacientų įtraukti į visus e. sveikatos kūrimo ir diegimo žingsnius, nes kai kuriuose iš jų jie gali ir neturėti žinių, kurių tikimasi. Svarbiausia, kad būtų atsižvelgta į pacientų kaip būsimų vartotojų poreikius bent atitinkamo modulio kūrimo pradžioje ir būtų vertinama jų nuomonė dėl e. sveikatos paslaugų kokybės. Be to, bendras Lietuvos gyventojų ir asocijuotų pacientų organizacijų socialinio aktyvumo lygis, dažniausiai sveikatos paslaugas gaunančių pacientų kompiuterinio raštingumo lygis, e. sveikatos sistemos naujumas, e. paslaugų pasiekiamumo aprėptis ir kt. veiksniai gali apsunkinti pacientų įtraukties procesą. Vis dėlto paminėtina, kad kai kurios SPĮ randa aktyvių pacientų ir juos įtraukia į ankstesnius e. sveikatos IS kūrimo etapus, o ne tik į jau įdiegtų IS vertinimus. Tuo tarpu kai kurios SPĮ atlieka pacientų apklausas, vertindamos jų pasitenkinimą sistemomis: „*mes darom gi apklausas. Mes, pavyzdžiui, ir dabar 500 pacientų anketas surinkom*“ (5-P-A).

Interviu rezultatai rodo, kad medicinos personalas atlieka labai svarbų vaidmenį, bet kartu ši e. sveikatos dalyvių grupė – viena iš problemiškesniųjų. Jautriausia vieta – kaip įtraukti gydytojus į IS kūrimą, kartu netrukdam

<sup>566</sup> Jankauskienė, D. et al. (2014). *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e. sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*. Mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

jiems atlikti pagrindinių darbų. Pagrindinis gydytojo darbas – paslaugų teikimas pacientams, o kuriant, diegiant ir plėtojant IS, jis apkraunamas pašaliniais darbais. Tačiau neretai medicinos personalas yra mažai motyvuotas dalyvauti kuriant ir diegiant IS, nes šie sudėtingi procesai atitraukia nuo darbo su pacientais. Gydytojų požiūriu, e. sveikatos priemonės daro jų darbą sudėtingesnį, atima daug laiko, o ne pagerina jį. Ilgai besitęsiantys IS kūrimo, diegimo procesai ir nuolatinė plėtra, kurios metu programos veikia nesklandžiai, vargina medicinos personalą, o tai trikdo pagrindinę gydytojų veiklą – darbą su pacientais. Siekdama sušvelninti tokias situacijas SPĮ administracija stengiasi iš anksto informuoti darbuotojus ir pasiekti, kad medicinos personalas atliktų bent jau stebėtojo ir vertintojo vaidmenį, kol programos bus paruoštos naudoti ir gydytojai bei slaugytojai taps savarankiškai dirbančiais specialistais. Tam kai kurios SPĮ skiria daug dėmesio rengdamos e. sveikatos dalyvių informacinius susirinkimus, organizuodamos pasikartojančius mokymus, skirdamos individualų dėmesį tiems, kurie labiausiai nusiteikę prieš IS ar kuriems sunkiausiai sekasi sklandžiai jomis naudotis. SPĮ vadovybė suvokia tokių priemonių svarbą motyvuojant medicinos personalą priimti e. sveikatos sistemas kaip neatsiejamą sveikatos paslaugų dalį. Nors dauguma SPĮ medicinos personalą įtraukia tik tuomet, kai sistemos pradeda funkcionuoti ir reikia pradėti dirbti su jomis, kai kurios įstaigos nepaliekia medicinos personalo nuošalyje nuo pat poreikių formavimo etapo. Suvokdamos gydytojų ir slaugytojų kaip formuotojų vaidmens svarbą, stengiamasi įvairiais būdais aktyvinti medicinos darbuotojų į(si)traukimą nuo IS kūrimo pradžios, išgirsti ir realizuoti jų poreikius. Kai kurie respondentai gydytojai prisimena dalyvavę darbo grupėse, kur įvairių sričių specialistai galėjo pateikti savo poreikius, jų nuomonės buvo svarstomos ir derinamos, ir sutarti sprendimai tapo pagrindu sistemoms kurti.

Deja, interviu metu neretai išsakyti SPĮ vadovų ir IT specialistų požiūriai, kad medicinos personalas atlieka tik vartotojo vaidmenį, o anksčiau e. sveikatos kūrimo procesuose retai kada atlieka teoriniame modelyje numatytus koordinatoriaus ir formuotojo vaidmenis. Dažnai administracijos darbuotojai akcentavo, kad tik jau sukūrus programas ir organizavus mokymus jomis naudotis yra galimybė diskutuoti su medicinos personalu, išvelgti, kokie IS funkcionalumai yra reikalingiausi ir naudingiausi šios kategorijos vartotojams. Kita vertus, kai kuriais atvejais SPĮ specialistai, prisiimdami šiuos vaidmenis sau, nemato didelio poreikio me-



dicinos darbuotojų integruoti į sistemų kūrimą, o tik jas pradėjus naudoti atlieka specialisto vaidmenį ir padeda jiems spręsti išskylančias technines problemas. Pastarieji respondentai teigia, kad ir jiems paprasčiau operatyviai reaguoti į jau iškilusias sistemos veikimo problemas, nei bandyti gauti išankstinę informaciją ankstyvuosiuose IS kūrimo etapuose iš nenorinčių gilintis į pašalinius darbus gydytojų.

Tos SPĮ, kurios susiduria su aštriausia medicinos personalo atotrūkio nuo e. sveikatos kūrimo problema, kaip pagrindinę priežastį įvardina žemą gydytojų motyvacijos lygį. Respondentai minėjo, kad yra mažai gydytojų, kurie domėtusi sistemos tobulinimu, o dažniausia praktika, kad vienas gydytojas entuziastas stengėsi pateikti visų gydytojų poreikius. Žemos motyvacijos naudoti e. sveikatos priemones dažnai neneigia ir patys medicinos personalo atstovai. Nemažai šios grupės respondentų teigia, kad sistemos labiau trukdo dirbti, atima laiko, kurį jie turėtų skirti pacientams, todėl stengiasi kuo mažiau gilintis į IS naudojimą, jau nekalbant apie aktyvų įsitraukimą šias sistemas kuriant ir diegiant. Vis dėlto interviu metu pastebėta, kad reta kuri SPĮ neranda bent vieno gydytojo ir / ar slaugytojo, kuris būtų besidomintis IS ir aktyviai dalyvautų visuose e. sveikatos sistemų kūrimo, diegimo ir palaikymo procesuose kartu atlikdamas medicinos personalo interesų ir poreikių patenkinimo atstovavimo vaidmenį. Be to, didėjant gydytojų ir slaugytojų kompiuteriniam raštingumui, stebimi teigiami pokyčiai aktyvinant šių e. sveikatos sistemos dalyvių vaidmenis.

**5.12 lentelė.** E. sveikatos sistemos dalyvių požiūris į medicinos personalo vaidmenis

Dalyvių grupė	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IT įmonių (išorinių) požiūris	Medicinos kompiuterinio raštingumo svarba	60-IT-D. Dauguma gydytojų yra vyresnio amžiaus ir daugiau pripratę prie popierių, o ne prie kažkokių IT dalykų. Jam parašyti ant popieriaus yra žymiai lengviau negu „suspauzdinti“ į sistemą. Tai vėlgi, kaip jie sako, reikia turėti kažkokį žmogų, kuris sėdėtų ir suvedinėtų, ir kuris su gydytojo parašu pasirašinės ir tvirtins 40-IT-P. Tarkim, 2008 metais reikėjo važinėti po gydymo įstaigas ir ten mokyti darbuotojus, moteriškes, seseles, pavadinkim taip. Jos visai nemokėjo su kompiuteriu dirbti, na, nemačiusios jos buvo kompiuterio. Tai dabar jau lygis išsivystymo kitas

Medicinos personalo požiūris	Įsiklausymas į medicinos personalo poreikius prieš kuriant sistemas	30-L-M. Klausia mūsų nuomonės. Aš netgi buvau tam komitete, kuris buvo sudarytas iš gydytojų visų specialybių, teikėme pasiūlymus, ko mes norim, ir pagal tai ir buvo kuriama ta sistema 28-L-M. Buvo tokios apklausos, klausė mūsų, ko mes norėtume, kaip galėtų būti geriau 53-Pr-A: aš kaip gydytoja, keliuose susitikimuose buvome ministerijoje.<...> Mes po to būtent pagal tai ir aiškinom, kas neatitinka realios šitam projekte
	Gydytojo prioritetas – darbas su pacientais	30-L-M: Kuriant sistemas reikia suprasti, ką gydytojui turi veikti – gydyti ar užsiimti pašaliniais darbais. Todėl gydytojų stengiasi neapkrauti. Duomenis į sistemą pildo slaugytojai. Gydytojas neturi atitrūkti nuo paciento
	Savo vaidmens nematymas kuriant sistemas	34-Pr-M. Ar pačioje sistemoje norėtume ką nors keisti? Čia nuo mūsų nepriklauso
	IS – labiau trukdanti nei padedanti dirbti priemonė	57-Pr-M. Aš jums prisipažinsiu, kad kitose įstaigose aš neturiu nei kompiuterio, nei laiko, kad galėčiau gilintis į visus mygtukus. Man labiau sistema trukdo. Aš neturiu jai laiko 28-L-M. Gydytojų požiūris yra toks, kad e. sveikatos priemonės turi pagerinti gydytojų darbą, bet ne daryti jį dar sudėtingesnį. Pastoviai besitęsiantys diegimo procesai ir tobulinimai, neužtikrintas jau įdiegtų programų veikimas vargina ir erzina personalą
SAM požiūris	Medicinos personalo pasipriešinimas	32-R-VT. Sudėtingas dalykas yra, be abejo, IT plėtra... Ji turi tą rezistencijos komponentą. Pokytis pakankamai sunkus, nes yra laiko faktorius, kurį gali atidėti gydytojas
SPĮ specialistų požiūris	Entuziastų poreikis atstovauti gydytojų interesams	18-L-IT. Mažai tokių gydytojų, kurie susiduria su sistemos plėtra. Vienas gydytojas rašė už visus. Pasiūliusiųjų nedaug. Entuziazmo trūksta. Vis tiek mums reikalinga pozicija, kas gydytojams būtų geriau
	Gydytojo prioritetas – darbas su pacientais	6-P-IT. Jeigu dirba daktarai savo reikalais užsiėmę, jie nori kuo mažiau gilintis. Mums paprasčiau prisitaikyti. Kada būna koks nors nesklaidumas, tada ir klausinėjame
	Būtinybė įvertinti gydytojų poreikius	9-L-IT. Iš pradžių buvo požiūris buvo tik IT žmonės buvo atsakingi už sistemas. Dabar viskas derinama su gydytojais, jie turi išsakyti savo poreikius. Tačiau daug kas daroma priverstinai

SPI vadovų požiūris	Specifinių žinių poreikis kuriant sistemas	55-Pr-A. Tuomet su gydytojais dirbsime, kad kiekvienas savo turinį sudėliotų.<...> Na, tai gydytojai su-rašo, kokios šios intervencijos galimos komplikacijos ir panašiai  25-L-A. Labai sudėtingas procesas diegimo yra. <...> Tiesiog reikia administracinėmis priemonėmis šitas diegti, o taip va gražiuoju nelabai tas pavyksta...
	Medicinos personalo intereso nuvertinimas	27-L-A. Būtent, reikia „užnorinti“ tuos žmones, įtraukti juos ne tik tai informaciniame lygmenyje, kad jie žinotų, kas vyksta, bet kad jie aktyviai dalyvautų. Atvirai pasakius, jiems nelabai įdomu. Ir neturėtų būti įdomu...  13-L-A. Gydytojai dar nėra tiek informuoti (dėl kuriamos IS – aut. pastaba) 53-Pr-A. Gražiai bandai. Surenki kelis (gydytojus – aut. pastaba), parodai, kad gal tau palengvės, čia viskas pritaikyta, kad tau būtų geriau, bandai tai parodyti 8-L-A. Kiekvieną kartą, kai diegi kažkokią naują, visada padarai susirinkimą, pravedi mokymus, išaiškini, po to dirbi individualiai. Juk reikia įtikinti žmogų norint, kad jis pradėtų dirbti 53-Pr-A. Sesutė gali dirbti su vienu gydytoju, sukelti, perduoti daug duomenų. Techninis darbuotojas netgi geriausia būtų 51-L-A. Sesutės gal kartais net per daug daro už daktarus, kaip sekretorės 25-L-A. Taip kad padiskutuoti su kolektyvu galima tiksliai mokymo procese, kai reikia realizuoti, išmokyti naudotis kažkokiais tais konkrečiam gydytojui naudingsiais, reikalingais funkcionalumais ir t. t. 3-L-A. Tokių atsiranda, kurie rodo iniciatyvą naudotis tomis e. paslaugomis, nori, kad jų skyrius būtų patrauklesnis, kad ateitų kolegos paskaityti

### 5.2.6. Teorinio e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo ir respondentų požiūrio palyginimas

Lyginant hipotetinį teorinio e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo realizavimą ir tai, kaip e. sveikatos dalyviai suvokia savo ir kitų vaidmenis žinių valdymo ciklą metu, matyti, jog yra nemažai prieštaravimų tarp praktinio požiūrio ir teorinių nuostatų bei kai kuriais atvejais išryškėjo skirtumai tarp skirtingų respondentų grupių požiūrių dėl vieno ar kito dalyvio vaidmenų (žr. 5.13 lentelę).

**5.13 lentelė.** Apibendrintas e. sveikatos sistemos dalyvių teorinių vaidmenų ir praktinio požiūrio palyginamas

Žinių valdymo (ŽV) ciklas						
Išankstinės žinios	Asocijuotos žinios	Naujos žinios	Sutarimo žinios	Rezultato žinios		
Vaidmenys <sup>567</sup> :	IT išorinių vaidmuo	Medicinos personalo vaidmuo	Pacientų vaidmuo	SAM vaidmuo	SPĮ specialistų <sup>568</sup> vaidmuo	SPĮ vadovų vaidmuo
Vaidmenų kaita pagal teorinį ŽV ciklą  Respondentų požiūris	steb. → form. → įgyv.	spec. → form. → koord. → form. → spec.	steb.	koord. → spec. → steb. → koord.	įgyv. → spec. → steb.	form. → spec. → steb. → koord. → form.
IT įmonių požiūris	įgyv.; spec.	naudotojas, steb., form.	steb.	form., koord.	naudotojas, įgyv.	steb., koord.
Medicinos personalo požiūris	įgyv.	įgyv., naudotojas	neturi funkcijų	apie tai nekalba	form., spec., įgyv.	apie tai nekalba
SAM požiūris	įgyv., form.	steb., spec.	steb.	koord.	apie tai nekalba	form.
SPĮ specialistų požiūris	įgyv., spec.	spec., form., naudotojas	form., neturi funkcijų	koord.	įgyv.	koord., form., steb.
SPĮ vadovų požiūris	įgyv., steb.	form., steb., įgyv., naudotojas, spec.	steb.	koord., form., steb.	steb., spec., įgyv.	form., koord.

**IT įmonių vaidmuo.** Ryškiausias neatitikimas tarp teoriniame modelyje numatytų ir e. sveikatos dalyvių suvokiamų IT įmonių vaidmenų stebimas dėl formuotojo funkcijų. Visų grupių respondentai, išskyrus SAM atstovus, neišvelgia IT įmonių kaip formuotojų vaidmens. Tuo tarpu naujų žinių kūrimo etape IT įmonės atlieka būtent šį vaidmenį, nes tik jos turi patikimos informacijos apie technologinius e. sveikatos informacinių sis-

<sup>567</sup> Vaidmenų santrumpos: **steb.** – stebėtojas / vertintojas; **form.** – formuotojas; **įgyv.** – įgyvendintojas; **koord.** – koordinatorius; **spec.** – specialistas.

<sup>568</sup> SPĮ specialistai: IT specialistai ir finansininkai.

temų kūrimo ypatumus, problemas ir kaip jas galima spręsti arba kaip jos sprendžiamos užsienyje, kur e. sveikatos sistemos jau funkcionuoja.

**Medicinos personalo vaidmuo.** Medicinos personalui teoriniame modelyje skirtingais žinių valdymo ciklo etapais tenka visi aktyvūs vaidmenys, išskyrus stebėtojo / vertintojo vaidmenį, kuris yra labiau pasyvus. Tačiau tik SPĮ vadovai išvelgia didesnę gydytojų ir slaugytojų vaidmenų įvairovę lyginant su kitų e. sveikatos dalyvių požiūriais. O kai kurių respondentų požiūriu, medicinos personalas tėra IS naudotojas, kuris dar ir stabdo pažangą.

Respondentų požiūriu, pacientai arba visai neturi funkcijų kuriant, diegiant ir plėtojant e. sveikatos sistemas, arba tėra stebėtojai, kurie teoriškai galėtų pateikti savo kaip vertintojo nuomonę, tačiau tik dalis e. sveikatos dalyvių šia nuomone rūpinasi.

**Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo.** Pagal hipotetinį teorinio e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo realizavimo modelį SAM pirmuosiuose ir paskutiniame žinių valdymo ciklo etapuose turėtų atlikti koordinatoriaus vaidmenį, o kai kuriamos naujos žinios, reikėtų SAM kaip specialisto indėlio. Sutarimo žinių etape SAM turėtų stebėti ir vertinti, kaip įvairios suinteresuotosios pusės ieško priimtinausių ir geriausių sprendimų kuriant e. sveikatos sistemą. Tačiau respondentai, įskaitant ir SAM atstovus, neįžvelgia SAM kaip specialisto vaidmens, o daugiausia akcentuojama, kad SAM turi vykdyti koordinatoriaus funkciją ir tam tikrame etape prisiimti e. sveikatos sistemos savininko atsakomybę. Nemažai respondentų pastebi, kad SAM iki šiol per silpnai atliko e. sveikatos sistemos kūrimo koordinatoriaus vaidmenį, nes dažnai keitė nuomonę, kas sukėlė sunkumų ir papildomų problemų.

**Sveikatos priežiūros įstaigų specialistų vaidmuo.** Pagal teorinį vaidmenų modelį, SPĮ specialistai pirmuosiuose žinių valdymo ciklo etapuose (kai identifikuojamos išankstinės žinios, telkiamos asocijuotos ir kuriamos naujos žinios) atlieka paramos funkciją ir tenkina kitų e. sveikatos dalyvių poreikius savo kompetencijų sferoje, t. y. atlieka įgyvendintojo funkciją. Vis dėlto reikia pasakyti, kad minėtuose etapuose SPĮ specialistų vaidmuo kinta priklausomai nuo to, ar jie patys kuria e. sveikatos sistemas, ar perka paslaugas iš išorinių IT įmonių. Kai patys kuria vidines SPĮ sistemas, jų pagrindinis vaidmuo – įgyvendintojas, o kai paslaugos perkamos, jie veikia kaip specialistai, glaudžiai bendradarbiaujantys su paslaugų teikėjais. Medicinos personalo požiūriu, SPĮ specialistai atlieka daugiau įvairių vaidmenų

(veikia ir kaip formuotojai, ir įgyvendintojai bei specialistai). Tikėtina, kad toks požiūris susiformavęs dėl to, kad IT specialistas – arčiausiai esantis asmuo, kuris padeda medicinos personalui visais su IS ir kompiuterinės technikos veikimo klausimais – nuo techninių problemų sprendimo iki mokymo ir pagalbos kylant bet kokiems darbo su IS nesklaidumams.

**Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų vaidmuo.** Teorinis e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo modelis SPĮ vadovams numato visus vaidmenis, išskyrus įgyvendintojo vaidmenį, kurį skirtinguose žinių valdymo ciklo etapuose realizuoja kiti e. sveikatos dalyviai. Tačiau praktikoje SPĮ vadovai nemato savo vaidmens kaip specialistų, kurie turėtų pateikti savo poziciją asocijuotų žinių formavimo etape. Šios grupės respondentai dažniausiai išvelgia savo kaip poreikių formuotojo koordinatoriaus vaidmenį, tačiau neįvelgia, kad, kai kuriamos naujos žinios, jie turėtų atlikti atsakingo stebėtojo ir vertintojo vaidmenį. Tikėtina, kad šis vaidmuo, jų požiūriu, yra IT specialistų ir / ar išorinių IT įmonių funkcija, pamiršdami apie funkcijų atskyrimą, nes šie dalyviai tuo metu turėtų veikti kaip formuotojai ir įgyvendintojai. Kitų e. sveikatos dalyvių požiūriu, SPĮ vadovai per daug nusišalina kuriant ir diegiant IS, veikia kaip pasyvūs stebėtojai, neturi ar nereiškia savo nuomonės ir per mažai domisi, tuo tarpu jie turėtų užimti lyderio poziciją. Įdiegus sistemą (-as), SPĮ vadovai turėtų aktyviau koordinuoti e. sveikatos sistemos plėtrą jų vadovaujamose SPĮ.

### 5.3. E. sveikatos sistemos kūrimo problemos e. sveikatos dalyvių požiūriu

prof. dr. Birutė Pitrenaitė-Žilėnienė, Monika Mačiulienė

Interviu atskleidė keletą pagrindinių sričių, kuriose egzistuojančios problemos, respondentų požiūriu, daro didžiausią įtaką e. sveikatos sistemos plėtrai:

- teisinė bazė ir e. sveikatos sistemos reguliavimas;
- e. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimas ir komunikacija;
- vidinės organizacijos problemos planuojant e. sveikatos plėtrą;
- informacinių e. sveikatos sistemų architektūra ir dizaino sprendimai.

Analizuojant pasisakymų dėl kiekvienos iš probleminių sričių dažnį matyti, kad respondentams yra aktualiausia teisinės bazės ir e. sveikatos sistemos reguliavimo sritis (užfiksuoti 263 pasisakymai). Antroje vietoje pagal aktua-

lumą – informacinių e. sveikatos sistemų architektūros ir dizaino sprendimų problemos (respondentai šios srities ypatumus minėjo 232 kartus). Pagal pasisakymų dažnį nuo minėtų probleminių sričių atsilieka e. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo (111 pasisakymų) ir komunikacijos bei vidinių organizacijos ypatumų planuojant e. sveikatos plėtrą problemos (116 pasisakymų). Tačiau būtina atkreipti dėmesį, kad didžiausia respondentų dalis buvo SPĮ vadovai ir kiti administracijos vadovaujantys asmenys bei išorinių IT įmonių atstovai, o šioms respondentų grupėms aktualiausias buvo dvi pirmosios probleminės sritys (žr. toliau). Todėl šių sveikatos dalyvių pasisakymai sudaro didžiausią citatų dalį atitinkamose srityse.

Panagrinėkime probleminių sričių turinį, kokius pagrindinius iššūkius ir stiprybes kiekvienoje srityje išvelgia respondentai. 5.14–5.17 lentelėse pateiktos probleminės sritys ir jose identifikuotos problemos, išdėstytos pagal pasisakymų dažnį.

*Teisinės bazės ir e. sveikatos sistemos reguliavimo* srityje respondentai dažniausiai minėjo valstybės lygio organizacijos (prie ministerijos ar ne prie jos) trūkumą koordinuoti e. sveikatos veiklas (žr. 5.14 lentelę). Dažnam respondentui susirūpinimą kelia e. sveikatos sistemos kūrimo finansavimas, akcentuojant šioje srityje kontrolės perteklių, strategijos trūkumą, nereikalingų ir brangių sprendimų priėmimą. Problemos kyla dėl tarpusavyje nesuderintų įstatymų, neaiškaus vaidmenų ir funkcijų reglamentavimo bei dėl to, kad įstaigos nespėja įvykdyti projektų ar įdiegti sistemų, o įstatymų bazė jau pasikeičia ir atsiranda naujų reikalavimų. Informacinių sistemų suderinamumo, duomenų saugumo ir privatumo, viešųjų pirkimų problemos taip pat matomos kaip nepakankamai gerai parengtos teisinės bazės problemos. Pasak respondentų, e. sveikatos sistemos plėtrą trikdo per didelė valstybinių institucijų kontrolė, valstybės institucijų vangumas priimant sprendimus, nereikalinga biurokratija, ilgalaikio planavimo trūkumas, nes anksčiau buvo priimti trumpalaikiai sprendimai, leista sukurti visko daug, tačiau nesuderinta tarpusavyje. Politinės valios trūkumas suvienodinti sistemas, priimti reikalingus standartizacijai sprendimus, nepakankamas gebėjimas išvengti lobizmo ir politinio spaudimo, nereguluota konkurencija, kompetencijų trūkumas reguliuojančiose institucijose ir kt. problemos, respondentų požiūriu, taip pat išvelgiamos kaip teisinės bazės ir e. sveikatos sistemos reguliavimo spragų išdavos.

**5.14 lentelė.** Teisinės bazės ir e. sveikatos sistemos reguliavimo srities problemų turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį

Eil. Nr.	Probleminės srities turinys	Pasisakymų dažnis
<b>Iš viso:</b>		<b>263</b>
1.	Koordinavimo, centrinės organizacijos trūkumas	77
2.	Finansavimas, ES finansavimo trūkumai, ES rekomendacijos	43
3.	IS suderinamumas	41
4.	Sureguliuotos teisinės bazės trūkumas, dažni jos pokyčiai	38
5.	Duomenų saugumo ir privatumo klausimai	30
6.	Viešieji pirkimai	26
7.	Kontrolė ir biurokratizmas	19
8.	Ilgalaikio planavimo trūkumas	18
9.	Lobizmas ir politinis spaudimas	12
10.	Politinės valios trūkumas	10
11.	Valstybinių institucijų vangumas, nepasitikėjimas partneriais	9
12.	Konkurencija rinkoje	8
13.	Kompetencijų trūkumas SAM	5
14.	Dvigubas darbas su elektroninėmis formomis	4

Respondentų dažniausiai minėtos *e. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo ir komunikacijos srities* problemos yra susijusios su problemomis bendraujant su valstybinėmis organizacijomis ir ryšiais tarp jų (SAM, Ligonių kasos, Registrų centras ir kt.), išorinėmis IT įmonėmis, diegėjais bei problemomis, kylančiomis plėtojant bendradarbiavimą su ir tarp e. sveikatos projektus rengiančių ir vykdančių sveikatos priežiūros įstaigų (žr. 5.15 lentelę).

**5.15 lentelė.** E. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo ir komunikacijos srities problemų turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį

Eil. Nr.	Probleminės srities turinys	Pasisakymų dažnis
<b>Iš viso</b>		<b>111</b>
1.	Komunikacija tarp arba su valstybinėmis organizacijomis	41
2.	Komunikacija tarp arba su IT įmonėmis	32
3.	Komunikacija su diegėjais	19
4.	Komunikacija tarp arba su SPI	19



*Vidinių organizacijos problemų planuojant e. sveikatos plėtrą* srities turinį sudaro problemos nuo personalo motyvacijos ir kompetencijos spragų iki finansavimo ir techninių priemonių trūkumo (žr. 5.16 lentelę). Dažniausiai respondentai akcentavo personalo pasitenkinimą veikiančiomis ir kuriamomis e. sveikatos IS, išreiškė susirūpinimą dėl darbuotojų kompetencijos ir jos ugdymo šioje srityje (ne tik dėl medicinos personalo, bet ir IT specialistų), dėl projektų rengimo ir vykdymo trukdžių, problemų, kylančių dėl projektų dokumentų derinimo ir terminų. Kaip svarbią efektyvios vadybos problemą respondentai minėjo, kad SPĮ vadovai nepakankamai įsitraukia į e. sveikatos įgyvendinimo ir planavimo procesus, o gydytojai ir slaugytojai apkraunami papildomu darbu pildant dokumentus. Regioninių SPĮ atstovai minėjo, kad vis dar dėl finansavimo stygiaus neišspręstos kompiuterinės technikos trūkumo problemos.

**5.16 lentelė.** Vidinių organizacijos problemų planuojant e. sveikatos plėtrą srities turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį

Eil. Nr.	Problemės srities turinys	Pasisakymų dažnis
<b>Iš viso:</b>		<b>116</b>
1.	Personalo pasitenkinimas	42
2.	Personalo kompiuterinis raštingumas, e. sveikatos srities kompetencijos, prisitaikymas prie IT naujovių	27
3.	Projektų rengimas ir vykdymas	18
4.	Terminai, derinimas	11
5.	Efektyvios vadybos trūkumas	9
6.	Vidinis e. sveikatos srities reguliavimas	5
7.	Medicinos personalo darbo ypatumai	2
8.	Finansavimo, techninės įrangos trūkumas	2

*Informacinių e. sveikatos sistemų architektūros ir dizaino sprendimų* srityje respondentai dažniausiai minėjo, kaip sudėtinga numatyti galutinį produktą, kad jis atitiktų kintančius lūkesčius ir visų e. sveikatos dalyvių poreikius, šių poreikių išsiaiškinimo ir suderinimo problemas, sunkumus, kylančius prižiūrint ir plėtojant IS (žr. 5.17 lentelę). Už minėtas problemas skaitine prasme šiek tiek mažiau aktualios e. sveikatos IS naudotojų mokymų, IS tobulinimo, gedimų šalinimo bei sunkumų, kylančių dėl užsakovų

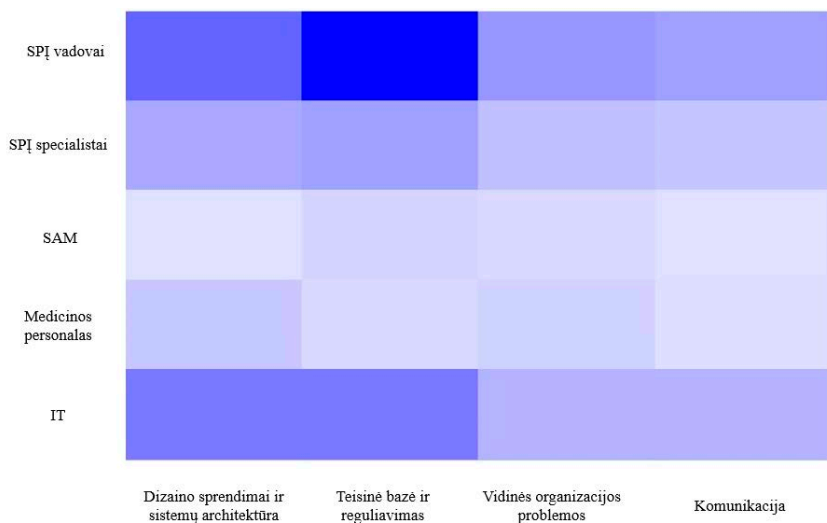
noro elektroniskai atvaizduoti turimas popierines formas, problemas. Prie rečiau akcentuotų e. sveikatos IS architektūros ir dizaino srities problemų priskirti suinteresuotųjų pusių įtraukimo ir sprendimų dėl architektūros ir dizaino priėmimo sunkumai, techninės bazės trūkumai, iššūkiai testavimo metu, IS dizaino ir galutinio produkto išvaizdos ypatumai, IS architektūros sudėtingumas, IS kūrimo proceso lėtumas. Taip pat kai kuriems respondentams šioje srityje aktualios IS kūrimą ir plėtrą ribojančios finansinės galimybės, viešojo sektoriaus keliami apribojimai ir problemos, kylančios dėl IT įmonių nenoro prisiimti rizikos.

**5.17 lentelė.** Informacinių e. sveikatos sistemų architektūros ir dizaino sprendimų problemų srities turinys ir aktualumas pagal respondentų pasisakymų dažnį

Eil. Nr.	Probleminės srities turinys	Pasisakymų dažnis
<b>Iš viso:</b>		<b>232</b>
1.	Galutinis produktas, atitikimas lūkesčiams	59
2.	Poreikių aiškinimasis ir suderinamumas	48
3.	IS aptarnavimas ir palaikymas	27
4.	Mokymai	19
5.	Sistemų keitimai, tobulinimai	16
6.	Norima elektroniskai atvaizduoti tokias pačias formas kaip popierines	13
7.	Gedimai	10
8.	Suinteresuotųjų pusių įtraukimas ir sprendimų dėl architektūros ir dizaino priėmimas	7
9.	IT įmonių e. sveikatos srities kompetencija	6
10.	Techninė bazė	6
11.	Testavimas	6
12.	IS dizainas, galutinio produkto išvaizda	5
13.	IS architektūros sudėtingumas, kūrimo proceso lėtumas	5
14.	Ribojančios finansinės galimybės, viešojo sektoriaus apribojimai	3
15.	IT įmonių prisiimama rizika	2

Analizuojant interviu kiekybinius parametrus pagal probleminių sričių aktualumą atskiroms e. sveikatos dalyvių grupėms matyti, kad SPĮ vadovams aktualiausia teisinės bazės sritis (žr. 5.6 pav.). Ši sritis kelia daugiausiai susirūpinimo ir SPĮ specialistams bei sveikatos sistemos valstybinių institucijų atstovams. Tuo tarpu medicinos personalui aktualiausi informacinių

e. sveikatos sistemų architektūros ir dizaino sprendimų iššūkiai. Išorinių IT įmonių atstovai interviu metu daugiausiai dėmesio skyrė teisinės bazės ir e. sveikatos sistemos reguliavimo problemoms bei sunkumams, kylantiems dėl informacinių e. sveikatos sistemų architektūros ir dizaino sprendimų formulavimo ir realizavimo.

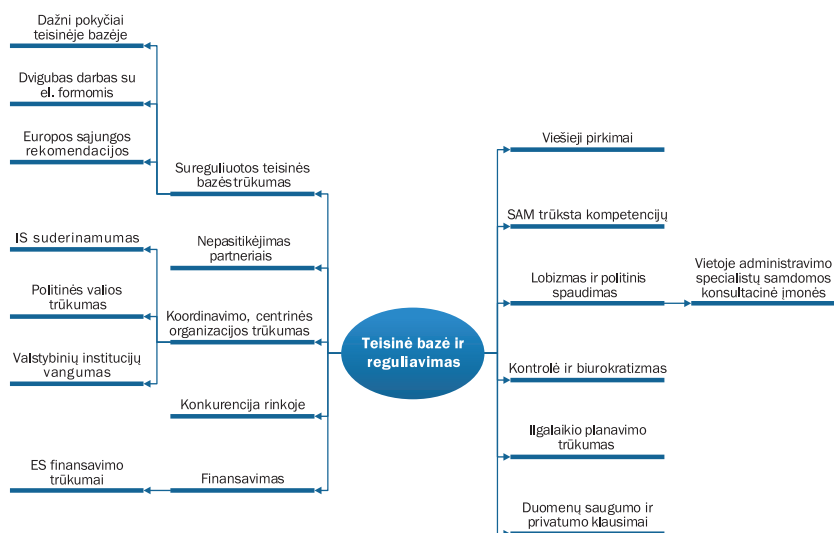


**5.6 pav.** Respondentų pasisakymų apie e. sveikatos sistemos kūrimo, diegimo ir plėtros problemas dažnis

Tolesniuose poskyriuose pateikiama kokybinė interviu duomenų turinio analizė, akcentuojant apibendrintas būdingiausias kiekvienos iš keturių sričių problemas, o lentelėse pateikiamos ne tik šias problemas iliustruojančios citatos, bet ir originalūs, išsiskiriantys iš bendro konteksto, respondentų pasisakymai.

### 5.3.1. E. sveikatos sistemos teisinio reguliavimo problemos

E. sveikatos sistemos teisinio reguliavimo problemos yra aktualiausios visų respondentų grupių, išskyrus medicinos personalą, atstovams. Analizuojant šios srities probleminį turinį, išryškėjo per dešimt skirtingų temų, iš kurių keliose identifikuotos specifinės siauresnės temos (žr. 5.7 pav.).



5.7 pav. E. sveikatos teisinės bazės ir reguliavimo srities problemų turinio analizės struktūra

Respondentai įsitikinę, kad didžiausią įtaką ir vaidmenį e. sveikatos projektų sėkmei turi Sveikatos apsaugos ministerijos gebėjimas norminti ir reguliuoti e. sveikatos sritį. Viena iš ankstesniojo e. sveikatos kūrimo etapo nesėkmės priežasčių – strategijos, teisės aktų bei procesą valdančios institucijos nebuvimas.

Kalbėdami apie e. sveikatos sistemos kūrimo strategijos ypatumus respondentai atkreipė dėmesį, kad sistemos kūrimo priežastys, bent jau praeityje, buvo nulemtos strateginio mąstymo trūkumo, pokyčių politinėje valdžioje ir su tuo susijusių pokyčių įgyvendinant pradėtus darbus. Taip pat minėtos problemos, susijusios su per daug aprėpiančiais planais tinkamai neįvertinus situacijos ir galimybių, strategijos įgyvendinimo procesų palikimas savieigai nepaskyrus atsakingų institucijų ir asmenų. Daug nuostolių atnešė ir sunkumų ateičiai sudarė tai, kad nebuvo sistemiškai žiūrima į SPĮ turimas ir / ar kuriamas IS, laiku nenumatytos priemonės joms integruoti, o vėluojantis teisinis reguliavimas lėmė, kad SPĮ kūrė ir diegė e. sveikatos sistemas pagal savo poreikius, neturint orientyro, kaip jos turės būti plėtojamos ateityje ir kokio galutinio rezultato tikimasi nacionaliniu lygiu (žr. 5.18 lentelę).

Pirminėje e. sveikatos sistemos kūrimo stadijoje buvo galvojama, kad sistema tėra programinė dalis, bet nesuvokta, kad siekiant sukurti IS, turi būti gerai išplėtotos planavimo ir projektavimo stadijos. Buvo sutelktas dėmesys į formų suprogramavimą, tačiau nebuvo susitarimo, kokie ryšiai, kokie draudimai, nesukurta pamatas, ant kurio toliau būtų galima kurti tarpusavyje galinčias komunikuoti IS. Dėl to, pradiniam e. sveikatos kūrimo etape pradėti darbai, negavus laukiamo rezultato, privedė iki teisminių procesų. Tokiomis neapibrėžtomis sąlygomis buvo prikurtas daug lokalių sistemų, kurių integracijai vėliau pradėta skirti daug dėmesio ir kuri reikalauja daug išteklių.

Tačiau respondentai pripažįsta, kad šiuo metu e. sveikatos politika labai sustiprėjo. SPĮ mato e. sveikatos sistemos plėtros kryptis vadovaudamiesi pakankamai aiškiais gairėmis, finansavimas, nors ir ne visada pakankamas, taip pat numatytas. Svarbu, kad kuriamoms sistemoms jau nustatytas vienas iš reikalavimų – turėti galimybę integruoti su kitomis IS. SPĮ tikisi, kad galiausiai SAM bus sukurtas branduolys dėl programų „susikalbėjimo“. Atkreipiamas dėmesys, kad reikalingas stiprus koordinavimas, politinis palaikymas užtikrinant strategijos įgyvendinimo tęstinumą. Tačiau iki šiol tai vis dar stebima, ypač nuo didžiųjų centrų nutolusiose SPĮ, kad per daug aprėpiantys planai neužtikrinant aiškaus, stipriai koordinuojamo jų įgyvendinimo proceso, nepakankamai atsižvelgiant į lokalias problemas bei tęstinio politinio palaikymo trūkumas išlieka kaip svarbūs rizikos veiksniai e. sveikatos plėtrai.

### 5.18 lentelė. Respondentų požiūris į ilgalaikio planavimo problemas

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Trūksta strateginio mąstymo	<p>17-L-P. Anksčiau bandė nuleisti nuo centrų, nežiūrėdami, kas ten žemiau. Dabar davė apačiai dirbti. Dabar bando statyti nuo apačios. Ir dabar jeigu bus metodinis palaikymas, tada išaugs. Nes matot kas yra, dabar yra iš kažko pareikalauti, kai ne pati ministerija daro. Jie kai patys darė, tai ir nepadarė</p> <p>27-L-A. Tai iš tikrųjų pagrindinė problema yra bendros strategijos nebuvimas ir kažkokių tai lokalių projektų kažkaip tai dominavimas toje mūsų Lietuvoje, neapsisprendimas, ką toliau darome</p> <p>60-IT-P. Aš sakyčiau, kad nėra tokio bendro vaizdo iš viršaus, aš tai sakyčiau, kad tą turėtų daryti ministerija, kuri numatytų bendrą vaizdą, nes, man atrodo, kad niekas jo net nemato</p> <p>8-L-A. Sukurtas nacionaliniu lygiu branduolys būtų reikalingas, o iš tikrųjų vyksta viskas atvirkščiai – iš apačios į viršų. Ne nuo to galo pradėta</p>

Pokyčiai politinėje valdžioje	<p>27-L-A. Aš manau, kad mes su kiekviena politine valdžia vis keičiam savo norus ir poreikius, ir klausimas kieno norai ir poreikiai, kieno yra politinės valios... Bet klausimas, kiek tai atspindi tų darbuotojų lūkesčius, nes yra labai paprasta tiesa, kurios niekaip kai kurie negali suprasti</p> <p>42-P-A. Tada yra beviltiškas net ir šitas susitikimas, nes kažkas tai turi jaustis šeiminku. Ir jeigu yra kaip kažkokia pereinamoji raudonoji vėliava, kad šiandien prie pinigų lovio stoviu aš, rytoj aš, rytoj atsistos jinai, tai tada aš su savo idėjomis, šviesiomis ir patraukliomis, neužbaigtu jokių projektų &lt;...&gt; Gaunasi kažkokių tai neužbaigtų idėjų kratinys, projektų nepabaigtų, pinigų iki galo nepaskirtų, priežiūros po įdiegimo, neapsvarstytos. Nes kažkas atėjo, penkis metus pabuvo, išėjo, ten dalį jūsų nugriebė, viršūnėles pakeitė, pasistatė savus</p>
Per daug aprėpintys planai	<p>33-Pr-IT. Daug įvairių programų, platformų įvairovė, daug integracijos reikia. Milijonai integracijai, o valstybė nieko nenori daryti. Nes pagal tai, ką jie daro ir kaip daro, nenori turėti rezultato. Manau, jie per daug utopinius planus turi, o reikia eiti mažais žingsneliais. Geriau eiti mažom funkcijomis, bet tai, ko reikia. Tikrai per dideli pinigai išleidžiami. Ten pinigai, mano nuomone, didžiąja dalimi eina pro šoną. Realiai jiems to galiausiai nereikia, ką kuria</p>
Nėra atsakingų asmenų	<p>53-Pr-A. E. sveikata yra aišku dėl ko susistabdžiusi. Jeigu išsiplovė, skirta šitiek pinigų, bet tų pinigų nėra, atsakingų nėra, išeinu iš darbo – <i>quit</i> &lt;...&gt; Įsivaizduokite, buvo skirti tokie milijonai, pinigai kur tai dingo, o niekas nepadaryta. Žmonės išėjo iš darbo, o kaltų nėra</p> <p>11-P-A. Čia man tokia vizija dviprasmiška... Centralizuotos e. sveikatos projektas jau buvo Lietuvoje ir viskas paskui išnyko, išmesta keletas milijonų. Tai pakalbėjo, ar reikia nubausti kaltus ir niekas nenubaustas liko, nes pirmasis projektas ir kūrė tą nacionalinę sistemą, nežinau kiek ten tų milijonų, bet nesukurta nieko, idėja buvo, darbininkų nebuvo, ar iš naujo dabar bandyti? Esmė tai gal neįgali valstybė, tai turėtų būtų grupės, kurios galvotų, kaip įvedinėti naujus modulius, kai atsiranda pinigų, ir rajonai į tai orientuoti, o dabar darom kažką kaip mums atrodo</p>
IS suderinamumas	<p>25-L-A. Nacionaliniu mastu nėra įdiegtos bendros sistemos. Yra įdiegti atskiri funkcionalumai, atskiros funkcijos. Bet dabar viskas tik pajudėjo &lt;...&gt; Viskas priklauso taip, yra techninių darbuotojų lygyje, kaip pavyks sukurti tas integracijas. Kaip sureaguos regionai. &lt;...&gt; Yra dar šiai dienai neįtrauktų įstaigų, kurios šitos e. sveikatos rėmuose nebus aprėptos, įtrauktos ir tada automatiškai suprantat tai taip nebus vis dėlto šimtaprocentinis – net dabar jau aišku modelis</p> <p>26-L-IT. Mes esam visiškai pliki, nuogi ir esam labai palankioj situacijoje, nes iš tiesų mes nesam prisikūrę jokių sistemų iki tol, ta prasme, mes nesiremiam jokiais kol kas patirtimis</p> <p>27-L-A. Man čia „nesiklijuoja“ tie visi dalykai, o integraciniai procesai... ir čia atsiranda krūvos problemų. Pirmiausia, prisikuri dalykų paskui, kai reikia suintegruoti, moki dar tiek pat pinigų, kad paskui jas suintegruoti</p> <p>60-IT-P. Kai kiekvienas kūrėsi pats sau, tai pats sau ir susikūrė</p>

Vėluojantis teisinis reguliavimas	23-L-A. E. sveikatoje problema, kad kai jau sistemų prikurta, tai atsirado pagaliau reikalavimai 25-L-A. Reformos turėjo būti įstatyminėje bazėje baigtos iki projektų pradžios. Tiek nacionalinio, tiek mūsų regioninio ir remiantis va šita platforma turėjo būti įvykdyti šitie projektai, sukurtos sistemos, o toliau vėl tobulinama 26-L-IT. Aš galvoju, kai tik atsirado teisinis reguliavimas – jinai tapo įmanoma, nes iki tol – viskas buvo daroma tiktai: „na, padarom sistemą, o paskui pasižiūrėsim, kaip ją įteisinti“
-----------------------------------	---

Kalbėdami apie teisinę bazę respondentai prisiminė ankstesnius e. sveikatos kūrimo etapus, kai ypač trūko teisės aktų, kurie reguliuotų e. sveikatos IS kūrimą. Todėl ir dabar, net jei e. sveikatos projektai būtų vykdomi labai gerai, tačiau nebus tinkamai sureguliuota teisinė bazė, jų efektyvumas bus ribotas. Šiuo metu dauguma respondentų patenkinti teisiniu e. sveikatos procesų reguliavimu, nors kai kuriais atvejais šiek tiek trūksta nuostatų dėl procedūrų vykdymo. Tačiau taikydamos teisines nuostatas praktikoje, kai kurių respondentų atstovaujamos SPĮ buvo susidūrę su jų trūkumais (žr. 5.19 lentelę).

Teisės aktų pokyčiai – natūrali tobulėjimo išraiška, tačiau kuriant IS toks nestabilumas dažnai lemia papildomas išlaidas sukurtų elementų perdarymui arba nėra aiškiai nustatyta, į ką šiuo metu reikia orientotis. Be to, Lietuvos teisinėje bazėje, reguliuojančioje bet kokią sritį, per griežtai traktuojamos Europos Sąjungos rekomendacijos, nepaliekant sistemų kūrėjams galimybių racionaliai pasirinkti, ar tikslinga pažodžiui realizuoti rekomendacijas. Respondentai įžvelgia problemų dėl dvigubo darbo su elektroninėmis ir popierinėmis formomis, kai sistemos sukurtos, bet vykdydami teisės aktų nuostatas jų naudotojai dar turi pildyti ir popierines formas. Kai kurie kalbėjusieji tokiose nuostatose įžvelgia privačių verslo interesų realizavimą.

#### 5.19 lentelė. Respondentų pasisakymai dėl sureguliuotos teisinės bazės trūkumo

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Nestabilumas, dažni teisinės bazės pokyčiai	40-IT-P. Aš irgi apie reikalavimus galiu pasakyti vieną tokią reikalavimą, kad „reikia turėti omeny, jog gali tekti kurti ar vystyti kažkokią naują sistemą, pokyčius daryti sistemoje, vadovaujantis teisės aktų projektais“. Reiškia, dar nėra jį įteisintas... tas kažkoks pokytis juridiskai, bet jau jį reikia realizuoti. Yra labai didelė tikimybė, kad paskutiniu momentu prieš pasirašant jį ministras ar ten kažkas pasirašys kitokį, negu kad mes jau beveik sukūrė

	41-IT-P. Jeigu žiūrėti pagal patirtį ir mūsų teisinės bazės stabilumą, kas iš principo irgi nėra jau taip stabilu. Būtent tie pokyčiai ir pačių užsakovų. Nebūna taip, kad ką sutarėm, ką apibrėžėm, tas ir nesikeičia. Tad tie pokyčiai tuos kaštus paprastai augina. Čia panašiai kaip statybose
Europos sąjungos rekomendacijos	41-IT-P. Čia galbūt ne tik e. sveikatai galioja. Tai susiję daugiau su Europos sąjungos reguliavimu. Tačiau čia tokia, kaip ir bendra turbūt, problema, kad pas mus Lietuvoje dažnai Europos Sąjungos rekomendacijos priimamos direktyviai. Netgi, pavyzdžiui, konkurso sąlygose, informacinių sistemų kūrimui būna, kad direktyviai reikalauja laikytis standartų, bet jeigu skaityti standartus, tai standartuose yra rekomendacijos
Dvigubas darbas su elektroninėmis ir popierinėmis formomis	49-R-VT. Mes tiktai informacinėje sistemoje surenkame reikiamą blanką, užpildome, atspausdiname, pasirašome ir archyvuojame. Tai kur e. sveikata? O kaip mes nusiunčiame dokumentą? Mes jį skenuojame pasirašę ir siunčiame <...> Galbūt labiau hibridas arba pereinamasis etapas e. sveikatos 48-R-VT. Kiek kainuoja tos popierinės formos – tai yra milžiniški pinigai. Man čia įstaigos skambina, skundžiasi, tai mums liepė dar vieną registracijos žurnalą. Galiu pasakyti: mes toneriams per metus apie 100 tūkst. Lt išleidžiame, o blankams – apie 60 tūkst. Tai, be abejo, taupymas, jis tikrai bus. Jeigu atsisakysime bent dalies popierinių formų, tai jis vis tiek jau bus <...> Taupysis tiek laikas, tiek pinigai

Kalbėdami apie e. sveikatos strateginių dokumentų įgyvendinimą, respondentai minėjo, nors dabartiniai e. sveikatos prioritetai yra tinkami, bet biurokratinis šių prioritetų įtvirtinimo mechanizmas žlugdo visą procesą (žr. 5.20 lentelę). Didžiausia problema yra dokumentų suderinimas. Kol nesuderinti dokumentai, tol nevykdomas pirkimas. Respondentai prisiminė atvejus, kai dėl daug ir ilgai truncančių e. sveikatos sistemos dokumentų derinimo procedūrų nesilaikyta projekto laiko grafiko. Be to, akcentuotas sveikatos srities gremėzdžiškas kontrolės mechanizmas, reikalaujantis daug darbo. Kalbėjusiųjų nuomone, tokios daug išteklių reikalaujančios kontrolės procedūros – nepasitikėjimo sveikatos sistemos institucijomis išraiška, lemianti, kad atimamas laikas, kuris turėtų būti skiriamas pacientams, dėl to nukenčia paslaugų kokybė.

Susidūrę su neigiama patirtimi dirbant su kontroliuojančiomis institucijomis respondentai siūlė, kad galėtų būti daugiau keitimosi informacija apie projektų įgyvendinimo metu išskylančias problemas ir jų sprendimo būdus. Tikimasi, kad ministerija galėtų tokio pobūdžio informaciją perduoti kitoms SPĮ, kad jos išvengtų pakartoti klaidas.



### 5.20 lentelė. Respondentų požiūris į biurokratinius mechanizmus ir dokumentų derinimą

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Kontrolės mechanizmas reikalauja daug darbo	11-P-A. Ligonių kasos atiduoda pinigus per kontrolę, yra pinigų suma, su kuria turi išgyventi, turim pastoviai dirbti ir rodyti, kad teikiam paslaugas, jie tikrina, ar gerai padarėm, ir kovojam dėl to, kad pasiimti visą sumą, kuri mums skirta, mechanizmas dėl atsiskaitymų sudaro daug darbo, jei būtų pasitikėjimas, nereiktų tų visų popieriukų, skirtų tam tikrą sumą ir leistų ją valdyti. Dėl to kenčia pacientas, mažėja paslaugų kokybė, nes skiriama jam mažiau laiko. <...> Būtų šaunu, jei kompiuterizacija tarautų mums, bet pagerėjo tik kontrolė
Ilgas nuostatų derinimo procesas	48-R-VT. Ne, ministerija nereguliuoja. Nesakytume, kad sistemą labai reguliuoja. Kaip tik viskas išplaukė labai, jie patys nežino, kas ten ką daro. Nuostatus tik peržiūri, nieko nereguliuoja. Nuostatų derinimo procesas tikrai labai pasitėngas, dieve tu mano. Žiūrėk su visais suderini, vienas žmogus žodį pakeičia, pradžioje prašo derinti net ne oficialiai, o po to paskutinę dieną lauki, lauki ir ką nors pakeičia. Jau pasimokinome. Atrodo, lyg su visais suderini, viskas tiko. Tačiau, jeigu žmogus išeina iš darbo, vėl viską derinti reikia iš naujo 25-L-A. Jei kažkur kažkam užkliuvo kažkokiai tai, atsiprašant, darbuotojai, sėdinčiai kasose ar dar kažkur, kad čia taip ne taip tas sakinyš parašytas. Ir vėl dėl šito vieno sakinuko, nors tai jokios praktinės reikšmės neturi, tie įstatai yra visi suderinti. Dėl to vieno sakinuko pabaigos, suprantate, dabar tu turi vėl iš naujo metus kokius knistis 27-L-A. Kontorų krūvos, kontroliuojančių daug, o vykdančių nėra. Pirštus atkišusių... Derinimus pasižiūrėkime: siunčiam visokius... Ten gyvas velnias IPVA, IVPK, viešieji pirkimai IVPT, dar ten kažkas tai, kažkur tai. Kiekvienas turi teisę kažką išsakyti, kažkokią nuomonę.. Ir įdomiausiai, kad sėdi kažkokia tai viena darbuotoja, kuri išsako savo nuomonę <...> Labai daug kontroliuojančių, patys sau prisikėlėm ypač struktūrinių fondų lėšų, o ten taip viskas sudėtingai
Per griežti, per daug detalūs reikalavimai IS	36-IT-D. Tokių „šposų“ iš ministerijos kartas nuo karto nutinka. Jie dabar labai intensyviai reguliuoja ir pačios IS kūrimą, darbus, programinį dokumentą, apie kuriuos šnekama, ir vėl galima sugrįžti prie analizės periodo: kada yra parašyti dokumentai, kaip atrods jų platforma, kurią jie sukurs. Kiek žinau, nėra dar net laimėtojo, bet jis kažkada tai sukurs tą sistemą ir mums jau yra parašyta, kaip ji atrodys. Ji neatrodys taip, neatrodys.. Taip negali būti. Ji atrodys panašiai, bet ne taip!

Tokios respondentų minėtos tarpusavyje susijusios problemos kaip valstybės institucijų vangumas, politinės valios trūkumas, ribota SAM įtaka, SAM pajėgumų ir kompetencijų trūkumas bei koordinavimo spragos taip pat gali būti vertinamos kaip integruotos e. sveikatos strateginės plėtros ir jos realizavimo teisinio reguliavimo problemos (žr. 5.21 lentelę).

Respondentai pasigenda konkretesnių žingsnių, rodančių, kad ministerijos politinė vadovybė įsipareigojusi užtikrinti darnų tęstinį e. sveikatos strategijos įgyvendinimą. Turėtų būti sukurtas administracinis aparatas, gebantis išsiklausti į visų svarbiausių dalyvių poreikius, įvertinti situaciją, išvelgti sąsajas ir, matant bendrą vaizdą, numatyti tinkamiausias priemones tikslams pasiekti, koordinuoti visų suinteresuotųjų pusių veiksmus. Interviu metu minėta, kad buvo ketinimų, kad atskiros e. sveikatos IS būtų kuriamos darniai IT įmonėms paskirsčius atskirų e. sveikatos elementų kūrimą ir diegimą užtikrinant sąsajas tarp šių elementų. Tačiau tokiems planams realizuoti reikėtų didelio valstybinio projekto, o realūs tokie veiksmai neįvyko. Todėl tarp SPĮ stebimi didžiuliai pažangos e. sveikatos srityje netolygumai, kai vienoms SPĮ trūksta net kompiuterinės technikos, o kitos – gerokai ištobulinę savo IS daugumoje įstaigos veiklos procesų.

Kalbėdami apie ministerijos veiklą reguliuojant e. sveikatos sistemos plėtrą respondentai užsiminė, kad reikėtų stipresnės ir daugiau kompetencijos turinčios organizacijos – atskiros arba stiprinti ministerijos pajėgumus e. sveikatos srityje. Tačiau ministerijos siekių e. sveikatos srityje sklandžiam įgyvendinimui ir tęstinumui trukdo keturių, o kartais dar mažiau, metų politinis ciklas. Todėl ne vienas kalbėjusysis užsiminė apie atskiros institucijos, kuri vadovautų nacionalinės e. sveikatos sistemos plėtrai ir koordinuotų lokalių SPĮ veiklą šioje srityje, poreikį.

### 5.21 lentelė. Respondentų požiūris į e. sveikatos valdymą valstybės lygiu

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Valstybės institucijų vangumas	<p>11-P-A. Reikėtų daugiau tokių žmonių, iš ministerijos, ir patyrusių, kad darbo grupė dirbtų centralizuotai, man neatrodo, kad kol kas kam nors e. sveikata įdomi, pažiūrėkit į lankstinuką ministerijos... Analizė... Lyg ir vyksta, kažkas, bet nieko aiškaus</p> <p>36-IT-D. Iš ministerijos reikėtų ne komanduojančios įstaigos, o klausiančios, žiūrinčios, vertinančios ir siekiančios surasti sąsajas. Girdėjau vieną iš versijų, kad ministerija norėtų susodinti visus prie vieno stalo – bet to dar nei karto nepadarė</p> <p>60-IT-P. Nėra tokio bendro vaizdo iš viršaus, aš tai sakyčiau, kad tą turėtų daryti ministerija, kuri numatytų bendrą vaizdą, nes, man atrodo, kad niekas jo net nemato, tu gali nueiti į atskirą įstaigą ir pasižiūrėti, koks ten yra IT ūkis, kokias jie turi sistemas. Vienos įstaigos atrodo kaip glūduma tamsuma, kitos yra visiškai „advanced“, su tikrais visokiomis aplikacijomis ir viskuo</p>

Politinės valios trūkumas	<p>42-P-A. Žinot, čia yra kaip ir namų ūkyje, gal aš labai noriu didelio plazminio televizoriaus, bet aš tiesiog žinau savo atlyginimą ir kad aš susidėliojau savo prioritetus kitaip. Tai valstybė kaip šeiminiškė savo finansų lėšas kažkaip turi sudėlioti prioritetus. Tik žinot kaip, reikia labai politinės valios ir ne paslaptis, kad yra populiariu pasakyti, kaip viskas bus gerai ir viskam užteks pinigų, o po to gyvensim taip, kaip gyvensim. &lt;...&gt; Tai galima, aišku, tai bandyti. Bet turi visi suprasti, kad tai kainuoja pinigus ir negali iš to pačio katilo imti, kuris ir dabar nėra pilnas</p> <p>27-L-A. Mes su kiekvienu politine valdžia vis keičiam savo norus ir poreikius, ir klausimas kieno norai ir poreikiai, kieno yra politinės valios, bet klausimas kiek tai atspindi tų darbuotojų lūkesčius, nes yra labai paprasta tiesa kurios niekaip kai kurie negali suprasti</p> <p>33-Pr-IT. Milijonai integracijai, o valstybė nieko nenori daryti. Nes pagal tai, ką jie daro ir kaip daro, nenori turėti rezultato. Manau, jie per daug utopinius planus turi, o reikia eiti mažais žingsneliais. Geriau eiti mažom funkcijomis, bet tai, ko reikia. Tikrai per dideli pinigai išleidžiami. Ten pinigai, mano nuomone, didžiąja dalimi eina pro šoną. Realiai jiems to galiausiai nereikia, ką kuria</p>
Ribota SAM įtaka	<p>60-IT-P. Kiek žinau iš tų pačių institucijų pasakojimo, tai susidurdavo jie su tais sunkumais, stabdymais ir tos pačios ministerijos, iš kitų susijusių institucijų, nes ne paslaptis, kad jos visos yra nuolatiniam konflikte. Ir nežinau, kas jas išves iš to konflikto. Gal, jeigu pati Sveikatos apsaugos ministerija būtų stipri ir autoritetinga...</p> <p>36-IT-D. Lietuvoje čia istoriškai taip yra susiklostę, kad ministerija savo ruožtu, kaip žinia, keičiasi per kiekvienus rinkimus, o kartais ir dažniau. O tos kitos institucijos dažniausiai ten po dvidešimt metų žmonės sėdi ir daugiau. Tai jie turi kažkokią savo labai aiškią viziją, jiems ten ta besikeičianti ministerija kas keturis metus arba ir dažniau nelabai daro įtaką. Jie mato savo kelią, kaip jie įsivaizduoja tai vystyti, kai kurios iš jų yra labai pažengusios</p>
SAM trūksta pajėgumų ir kompetencijų	<p>49-R-VT. Ministerija ne guminė ir ne visada turi kompetencijos įgyvendinti projektus</p> <p>36-IT-D. Jei kalbėti apie ministerijos kompetencijas IS kūrime, tai ji yra nulinė. Gal tai sakyti ir per drąsu. Bet yra taip, kad niekas nederina kuriamų naujų reikalavimų su IS kūrėjais. Ir niekam neįdomu, kaip tai bus realizuota. Deklaruoja, kad mes viską skaitmenizuosim ir ministras pats pasirašo kokį nors įstatymą ar įsakymą, kuris iš principo padaro didžiulį žingsnį atgal</p> <p>60-IT-P. Jeigu SAM turėtų tą aukštesnio lygio IT, ne tik teisiškai, bet ir realiai, ir jeigu jie būtų tie, kurie mato vaizdą iš viršaus, būtų tie strategai, kurie mato, kas yra kas, ir kur ko trūksta, ir kad čia gal nedubliuojame, ir kad tuos projektus koordinuotų, tai ten sėkmė ir būtų. Nes dabar kiekvienas tempia į savo pusę ir gaunasi ištisinė konkurencija, įtakos sferų dalybos ir jokio matymo iš viršaus. Tad į viena sujungti turi viena ministerija</p>

	27-L-A. Per mažai žmonių dirba, na kiek dirba, paskaičiuokite, internetą atsidarykite ir pažiūrėkite ministerijose kiek jų ten e. sveikatos projekte dirba žmonių? Na kiek? Savu laiku buvo tikrai geras modelis, sako, kad jis neteisėtas buvo, bet tai čia jau ne mano galvos skausmas. Buvo sveikatos projektų biuras, toks, kuris vykdė visus viešuosius pirkimus, sėdėjo Vilniuje šalia CPVA, šalia VPK, šalia juristas, trys juristai, kurie užsiiminėja viešaisiais pirkimais <...> Tai iš tikrųjų buvo gerai ir jie niekuo kitu neužsiiminėjo
Koordinato- riaus poreikis	23-L-A. Reikalingas koordinavimas. Kai valstybės institucija kuria kokią nors programą (kaip buvo VLK „Sveidra“ atveju), ji turėtų susirinkti informaciją, kokia institucija ką turi, o tik tada pradėti kurti sistemą. <...> Gal reiktų nustatyti, kad norint kurti kažkokią IS, reikia suderinti su SAM ir gauti jų leidimą. SAM, turėdama bendrą informaciją apie Lietuvoje esančias programas, tiesiog nurodytų, kokia jau yra sukurta atitinkama programa (arba duoda šią programą) 51-L-A. Būtų idealu, jei ministerija sakytų imkit ir naudokitės. O ar būtų geriau, jei valstybė pati įsteigtų IT įmonę, kuri aptarnautų visus? Jeigu sveikatos ministerija suvoktų ir kurtų tokią įstaigą su atitinkamais atlyginimais. Vis dėlto ministerijoje tokių dalykų negali būti. Ir atlyginimų tokių nebus. Jeigu kursį viešąją įstaigą, reiks skelbti viešąjį konkursą. Čia yra tarsi užburtas ratas...

Interviu metu, dažniausiai respondentai atstovaujantys IT įmonėms, minėjo e. sveikatos rinkos ir interesų veikimo joje ypatumus (žr. 5.22 lentelę). Jų nuomone, nacionaliniame lygyje e. sveikatos sistema yra labai didelių interesų ir įtakos zona, kuri, beje, formuojama ne rinkoje veikiančių IT įmonių, bet pačių valstybės institucijų sferoje. Tai rodo tokie požymiai kaip nenoras bendradarbiauti, nuolatinis reikalavimų keitimas arba reikiamų sprendimų vilkinimas, išteklių srautų sutelkimas į kažkieno projektus, ne visada aiškūs motyvai samdyti konsultacines kompanijas. Kai kurie respondentai įsitikinę, kad tinkami IS pasiūlymai atmetami dėl politinių užsakymų, bet neneigia ir nesąžiningos konkurencinės kvos tarp pačių IT kompanijų.

### 5.22 lentelė. Respondentų požiūris į interesų įtaką e. sveikatos plėtrą

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Konkurencija rinkoje	50-R-VT. Mes neturime kitos išeities, mes visada perkame ekonominiu naudingumu. Nes yra skundžiami viešieji pirkimai. Netgi tada kitai firmai verta teistis, kad konkurentas negautų suplanuotų pajamų. Jie žino, kad nelaimės, bet jeigu konkurentai negaus pajamų, taip dar geriau. O mums tuomet viskas sustoja

	37-IT-D. Ji specifinė ta konkurencija. Niekas iš tikro nežiūri, ką tu ten turi ar ką tu moki. Tų konkurentų yra daug, bet jie siūlo kitokių dalykus. Mes bent jau verslo sektoriuje pagrindus esame pasidėję ... tai pas mus kokybė yra didelis fokusas ir į greitą diegimą, kas viešajam sektoriuje nelabai yra privalumas. Kažkaip šiai dienai jiems tai nėra labai svarbu, o verslo klientams tuo tarpu tai yra labai svarbu
Politiniai sprendimai stabdo kokybiškų projektų įgyvendinimą	26-L-IT. Iš tiesų pas mus labai politiškai angažuota yra rinka ir aš negaliu slėpti, kad mane tas nuvilia. Visgi labai tas didelis spaudimas daromas tiek per vadovus, iš jų partiečių arba jų, tarkime, ankstesnių partnerių 27-L-A. Aš manau, kad mes su kiekviena politine valdžia vis keičiam savo norus ir poreikius, ir klausimas, kieno norai ir poreikiai, kieno yra politinės valios
Privačių interesų įtaka planavimo ir pirkimų procesuose	36-IT-D. Tą popierių pakeisti – reikia tik vieną kartą ministrui brūkštelti ir jis galbūt net nesupras, ką padarė. Ten yra žmonių, kurie tais dalykais užsiiminėja ir, manau, kad tą daro sąmoningai 59-Pr-A. Pirmame etape laimėjo privatus interesai. Ne privačių asmenų... Aš netikiu, kad ir dabar bent viena firma gali skaidriai laimėti. Taip pat netikiu kokybe, nes visada permokama už kokybę, nes dar kažkam sumokėti reikia. Tad kokybės sąvokoje „vertė už kainą“ tokio balanso nėra. Oficialus konkursas, kad geriausias produktas laimi – čia taip nėra 7-P-M. Receptų knygelės yra privatus verslas leidyklai. Čia yra užsakyamas. Baisūs pinigai. Su vandens ženklais. Popierius brangus. Penkiasdešimt lapukų, penkiasdešimt litų

Kalbėdami apie saugumą, respondentai minėjo, kad tai labai svarbus, nors ir sudėtingai realizuojamas, e. sveikatos elementas (žr. 5.23 lentelę). Anot jų, elektroninė erdvė turi būti labai gerai apsaugota ir turėti daug sverčių reguliuoti saugumo lygį. Tačiau kartu tai ir prieštaringa, paini sritis. Niekam nekyla abejonių, jos svarbu IS sistemose užtikrinti asmens duomenų saugumą ir privatumą. Tačiau kai kalbama apie ligos istorijos įslaptinimą, IS keliami perdėtai aukšti reikalavimai lyginant su dabar saugomų ligonių istorijų saugumu, kai popierinės ligonių istorijos saugomos registratūroje, sudėtos į spintelę, kur jos prieinamos praktiškai visiems. Antra vertus, duomenys elektroninėse laikmenose išlieka ilgiau ir yra laikomi saugiau lyginant su popieriniuose dokumentuose saugomais duomenimis. Sunku viena reikšmiškai vertinti ir asmens kodo naudojimo įslaptinimą, nes asmens kodas yra konfidenciali informacija ir tai apsunkina pacientų identifikavimą. Respondentų nuomone, dėl per griežto konfidencialumo reglamentavimo apsunkinamas duomenų rinkimas moksliniams tyrimams.

Interviu metu kalbėta ir apie duomenų apsaugos ir privatumo teisinio reguliavimo spragas, kurias lemia neaiškios nuostatos dėl keitimosi elektro-

niniais dokumentais, jų išdavimo ir originalumo patvirtinimo ir pan. Kai kuriais atvejais pagal dabartines teisinės nuostatas net technologijos yra pasenusios, kad užtikrintų duomenų saugumą.

Kai kurie respondentai pastebėjo, kad nepaisant taikomų teisinių ir technologinių priemonių duomenų saugumui ir privatumui užtikrinti, ne visi IS vartotojai, ypač gydytojai, laikosi saugumo reikalavimų (dalinas slaptažodžiais, palieka atvirus duomenis ir pan.). Tačiau tokia praktika dažniau pasitaiko tose SPI, kur gydytojai dar neša duomenų pildymo į IS našta, kur nėra pakankamo skaičiaus kompiuterinės technikos.

### 5.23 lentelė. Respondentų požiūris į duomenų saugumo ir privatumo užtikrinimo problemas

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Asmens kodas yra konfidenciali informacija ir tai apsunkina pacientų identifikaciją	<p>26-L-IT. Yra Lietuvoj tokie mitai gajūs, kad asmens duomenys ta vulgariąja prasme asmens kodas, vardas pavardė yra kažkokia ten labai saugoma vertybė. Iš tiesų jų paskirtis nuo pat pradžių buvo kaip tik atviram asmens kodavimui, ta prasme, kad tai bus naudojama vietoj visų kitų duomenų. O čia staiga dabar jisai tapęs kaip šventa karvė. Čia skundai vienas po kito eina... Nežinau, kaip valstybė toliau sureguliuos tuos dalykus, nes kai kuriais atvejais kaip ir racionaliau būtų naudoti tą asmens kodą. Kitais atvejais tu turi jį dar slėpti po savo susikurtu kodu, kuris irgi nežinia, ar nepasidarys šventa karve</p> <p>11-P-A. Buvo nurodymas, kad nerašyti asmens kodų dėl asmens duomenų apsaugos, bet mes negalim nepildyti patvirtintų formų, tai gal pirmiausiai formas reiktų sutvarkyti, prieštarauja vienas kitam įstatymai</p> <p>36-IT-D. Kuo viskas tampa – mes negalim naudoti asmens kodo. Įstatyme yra parašyta – negalima viešai atskleisti asmens duomenų. &lt;...&gt; Ką mes padarėm – mes pakeitėm sistemą. Kur reikalaujama įvesti slaptažodį. Slaptažodžių turbūt turit kokį dvidešimt... Jei jūs retai vaikštote į gydymo įstaigą – jūs jį tikrai pamiršit. Apie ką ir šneka. Tokie reikalavimai mažina prieinamumą</p>
Per griežtas konfidencialumo reglamentavimas trukdo moksliniams tyrimams	<p>29-L-A. Mes labai didžiuojamės savo registru, kurį turim diabetu sergančiams vaikams registruoti, nes ne visose, net labai išsivysčiusiose, šalyse tai yra jau padaryta, dabar norim jau tarptautiniame projekte tokiaime dalyvauti, kad mūsų duomenys būtų prieinami tarptautiniu mastu, tai tarptautinis registras, kuris ne tik užregistruoja duomenis, bet ir seka ligos eigą &lt;...&gt; tai labai svarbus įrankis, nes visi gali pasinaudoti tais rezultatais, lygini, analizuoji, įvairias šalis, lygini gydymo metodus ir t. t. Jis dabar net nesivaidina registru, nes jo nėra, negali būti, tai padaryta tik entuziastų dėka, nes tai vos ne nusikalstama veikla, būtent dėl tos duomenų apsaugos, bet iš to eina labai daug publikacijų ir mokslinių darbų</p>

	40-IT-P: Man atrodo, kad tas variantas, kad nuasmeninti duomenys būtų galima išnaudoti moksliniams kažkokiems tyrimams, yra gerai. O šiaip privatumas turi būti
Neaiškus reglamentavimas	42-P-A. Klausimas dėl saugumo bus, kaip dabar su elektroniniais dokumentais... Popieriuje viskas aišku: parašai, uždėjai spaudą, įdėjai, viskas saugoma. Pavyzdžiui, dabar su elektroniniais mums aiškumo yra mažai, nes jeigu elektroninis ir žmogus nori pasiimti – galim įrašyti arba galim atspausdinti, kai atspausdinam jis jau tampa nebe elektroninis ir nebe originalas <...> Ir dėl saugumo duomenų, tarkim, tas siuntimas elektroniniu paštu, negalima kaip ir siųsti kitoms įstaigoms. Nu va, tokių visokių atsiranda saugumo klausimų ir kaip daryti. Man atrodo, visiems labai mažai aiškumo yra 11-P-A. Dėl duomenų apsaugos neišspręstas klausimas, man kvepia komercija, kai sumoki pinigus ir tada jau gauni prieigą. Jei nemoki, tai nėra prieigos, o argumentai, kad tai yra konfidencialu, negalima žinoti apie kitą žmogų. Nacionalinės sistemos saugios nėra, kad galėtume skaityti epikrizę, bet reiktų apsispręsti, kas ką galėtų daryti 25-L-A. Problema kykla, kad pradėjus įgyvendinti projektus pradėti keisti duomenų saugą reglamentuojantys įstatymai. Ir jeigu mes kažką buvom susikūrę su sena redakcija dokumentų, dabar pasikeitė va šitie dokumentai – saugos reikalavimai. Kodėl juos keitė va dabar, kai vyksta masiškai visi projektai. Kodėl jie negalėjo būti pakeisti ir su naujomis nuostatomis, ruošiami dabartiniai saugos dokumentai?
Duomenys elektroninėse laikmenose išlieka ilgiau ir yra laikomi saugiau	15-P-IT. Aš į duomenų saugojimą iš savo pusės – ar ji debesyse, ar kur –nelabai svarbu. Svarbiausia, kad juos galima būtų atkurti. Bet morališkai saugiau, kai stovi išorinis diskas čia, o ne kur ten kažkur 22-P-A. Elektroninė erdvė yra labai gerai apsaugota ir turi daug svertų saugumo lygį reguliuoti. Ne veltui egzistuoja elektroninė bankininkystė, kuria naudojames darydami pinigų operacijas. <...> Duomenys yra dubliuojami ir saugomi skirtingose vietose, todėl jų išnykimo galimybė yra minimali 36-IT-D. Kitas klausimas, kad saugos lygis persikelia į el. erdvę ir kiek saugi bus ta aplinka. Jei sugebėsi ten įeiti, galėsi išdarinėti bet ką. <...> Bet tai nėra ypatingo kažkoko dėmesio iš kriminalinio pasaulio dalis. Nemačiau, kad kas nors labai tuo piktnaudžiautų. Tai yra nesunkiai padaromas dalykas. Bet kol kas tai nepadaryta
Technologijos yra pasenusios duomenų saugumo atžvilgiu	27-L-A. Sukurtos lietuvių technologijos yra pasenusios vienareikšmiškai, dėl saugumo užtikrinimo ten sudėtinga, privatumo klausimai irgi yra sudėtingi, tai va tai. Nežinau, jie visi žada kažką daryti, bet kol kas tiktai žada, bet padaryta nieko nėra

Respondentų nuomonės dėl e. sveikatos finansavimo apimčių išsiskyrė (žr. 5.24 lentelę). Privataus sektoriaus SPĮ visas IS kuria savo lėšomis. Šių institucijų atstovų nuomone, biudžetinių SPĮ sistemoms kurti skiriama per daug lėšų. Valstybė turi per daug utopinius planus, kuriems skiriami mili-

jonai. Kuriant sistemas geriau eiti nuosekliai, diegiant funkcionalumą po funkcionalumo ir tik tai, ko reikia gydytojų darbui palengvinti. Tuo tarpu dabar kuriamos didelės apimties sistemos, kurių ne visi moduliai bus intensyviai naudojami, tad sistemoms sukurti skirtos lėšos bus panaudotos neefektyviai. Kiti respondentai teigia, kad pagal norimas sistemų apimtis numatytas per mažas biudžetas. Projektus įgyvendinančios SPĮ sunerimę, kad per viešųjų pirkimų procedūras paaiškėja sistemų kūrimo sąmatos, gerokai viršijančios planuotas lėšas. Respondentai iš IT firmų taip pat pritaria, kad planuojamos apimties sistemos kainuoja daug daugiau, nei numatyta lėšų. Rajoninių SPĮ administracijų atstovai išvėlgę problemą, kad ES paramos ir valstybės biudžeto lėšomis sukūrus ir įdiegus e. sveikatos sprendimus, reikės lėšų sistemoms palaikyti. Tačiau SPĮ nėra numatę ir išvėlgia sunkumų skirti papildomų lėšų IS palaikyti.

#### 5.24 lentelė. Respondentų požiūris į finansavimo problemas

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
ES finansavimo klausimai	<p>32-R-VT. Na, jei kalbėti apie finansavimą, viso to vystymo finansavimą, tai be abejo, yra geresnis modelis, kad valstybė galėtų pati iš savo biudžeto skirti, tada mes valdom laiką. Bet kai mes laiko nevaldom, o remiamės, pavyzdžiui, europine parama. &lt;...&gt; Nes mums duoda pinigus, nepanaudoti būtų neprotinga</p> <p>49-R-VT. Šių visų projektų sėkmė yra pagrįsta europiniais pinigais. Ir iš tikrųjų tada, kai sakoma, kad nereikės pinigų, tuomet duoda žalią šviesą. O kai reikia pinigų, jų nėra</p>
Neskiriamas finansavimas projektų tęstinumui užtikrinti	<p>49-R-VT. Sakoma „nemokamai, o po to kainuos tiek“. Už prisijungimą reiks mokėti, už paslaugas, o mokės pacientas, įstaiga. O įstaigai kas pinigų duos? Ministerija? O kas ministerijai? Taip ir eis šlubuojančiai. Perleidžiam šitą našta ant žmogaus, išdalins. Sukūrimas yra smulkmė. Vėliau bus sudėtingiau</p> <p>48-R-VT. Sistemą vieną kartą sukūrus reikia ją nuolat palaikyti: kažkas pasikeitė, pakito, reikia ją patvarkyti. Ji turi būti gyva</p> <p>11-P-A. Kažką toje vietoje esam praleidę, ne visur pasaulyje yra taip sudėtingai tai daroma. Resursų tam taip pat neturim, kasmet turim kažkiek patys investuoti į e. sveikatą. Reforma be pinigų nieko gero neduoda, ir pinigai projektų ne visada tinkamai panaudojami</p> <p>23-L-A. E. sveikatos problemų sprendimui, situacijos tobulinimui reikia pinigų. Nes lėšų reikia ne tik programai sukurti, bet ir technikai. Dar reikia IT specialistų komandos, kad gerai palaikytų programas. Dėl medicinos personalo gebėjimų dirbti su IS, tai jau priimant į darbą yra nustatytas reikalavimas mokėti dirbti su tam tikromis programomis</p>



IS finansavimas visuomenės interesų atžvilgiu	42-P-A. Jei viešai išdrįs kažkas pasakyti iš ministerijos, kad, žinot, mes turim milijoną ir turėsime kitais metais, bet dar iš to milijono, pavyzdžiui, du šimtus tūkstančių dabar skirsime informacinės sistemos diegimui. Taip kad jums, brangieji pacientai, lieka tiesioginio apmokėjimo paslaugų aštuoni šimtai tūkstančių. Aš nemanau, kad sulauksime pritarimo iš visuomenės
Nekontroliuojamas, neadekvatus valstybinis finansavimas	49-R-VT. Visi sako, kad negražu sakyti, jog problema piniguose, bet aš manau, kad šioje vietoje ji tikrai yra kertinis akmuo. Kalbant nacionaliniu mastu, tai ten pinigai yra milžiniški. Bet, jeigu jūs manęs paklaustumėte, ar aš žinau, ką daro nacionaliniu mastu, tai aš nežinau, ką daro. Žinau nuotropomis, kai mane kur nors pakviečia. <...> Čia yra problema. Pinigų yra skirta labai daug. Pasižiūrėjus, kas yra padaryta, galima galvoti, kad ne piniguose reikalas 33-Pr-IT. Privacioje įstaigoje juk medicinos įrangą irgi patiems reikia pirkti. Valstybiniame sveikatos sektoriuje yra pavyzdys, kaip taškomi milijonai, kai kuriamos sistemos, kurios paskui nelabai veikia

Dar viena visų respondentų, išskyrus medicinos personalo atstovų, minėta aktualių problemų grupė e. sveikatos teisinio reguliavimo srityje – viešųjų pirkimų problemos (žr. 5.25 lentelę). Siedami su anksčiau aptartais interesų įtakos e. sveikatos plėtrai iššūkiais, kalbėjusieji dalinasi patirtimi, kai pirkimai stabdomi dėl ne visada aiškių priežasčių. Pasak respondentų, pirkimuose naudojamas mažiausios kainos kriterijus potencialiai trukdo projektų kokybei, o įsigyjant paslaugas vadovaujantis ekonominio naudingumo kriterijumi susiduriama su IT įmonių nesažiningos konkurencijos apraiškomis, kai apskundžiami pirkimų rezultatai. Dėl to užsitęsia pirkimų procedūros, o tai trikdo e. sveikatos projektų laiko grafikus. Tais atvejais, kai sudėtingesnei sistemai sukurti organizuojami keli viešieji pirkimai, esant problemų vieno pirkimo procese, stringa kitų susijusių projektų įgyvendinimas. Dėl sistemų techninių specifikacijų viešiesiems pirkimams vienareikšmiškų požiūrių nebuvo daug. Vieni respondentai akcentavo, kad IS kūrėjai ir diegėjai reikalauja per konkrečių techninių specifikacijų. Tačiau jie suvokia, kad yra natūralu, jog IT įmonėms reikia gerai suprasti, koki produktą jiems reikės pateikti užsakovui. Kiti respondentai atvirkščiai – stebėjosi, kodėl reikalavimai formuluojami gana aptakiai, nes tai sudaro sąlygas užsitęsti pirkimų procedūroms. Tačiau respondentai, ypač IT įmonių atstovai, svarstė, kad tam tikras reikalavimų neapibrėžtumo laipsnis turėtų išlikti, nes tai sudarytų sąlygas užsakovams ir IS kūrimo paslaugas teikiančioms įmonėms kartu ieškoti geriausių abiem pusėms priimtinių sprendimų. Be to, suprantama, kad kol sistema nepradėta kurti ir nėra galimybės įsitikinti, ar ji atitinka lūkesčius, yra labai sudėtinga numatyti ir tiksliai ap-

rašyti sistemos reikalavimus. Nepalikus vietos lankstiams sprendimams ir IS kūrimo ar diegimo proceso metu išryškėjus trūkumams, labai sudėtinga realizuoti geresnius sprendimus nepažeidžiant griežtų teisės aktų nuostatų.

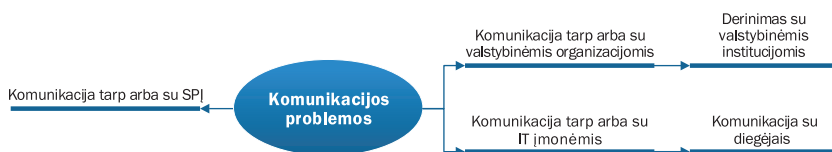
### 5.25 lentelė. Respondentų požiūris į viešųjų pirkimų problemas

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Pirkimai stabdomi dėl ne visada aiškių priežasčių	26-L-IT. Na, terminus naikina viešieji pirkimai, tai va vėl kažkas neatitiko, vėl kažkas sustabdė, vėl kažkas iš naujo. Kažkur tai siunti, vėl kažką tai padarei... Reikia penkiolika dienų laukti, tą vėl padarei ir vėl reikia penkiolika dienų laukti supranti. Na va, šitie dalykai užpjauna, viešųjų pirkimų reziūmė, ką mes visi pirsim, tai čia yra problema labai didžiulė 42-P-A. Vėl viešieji pirkimai, va čia tas, kurio aš nevaldau. <...> Čia dar sėkmės elementas atsiranda. Didelis sėkmės elementas, kur kiekvienas gali pirštu badyti tą sėkmės elementą ir po dviejų metų sakyti, žinai, čia konkurencija buvo pažeista. Ir vėl konkursas...
Projektų kokybei trukdo mažiausios kainos kriterijaus naudojimas pirkimuose	50-R-VT. Teko susitikti su kūrėjais, jų požiūris lygiai toks pat, reikia žiūrėti, kas parašyta sąlygose, ir viskas. <...> Ne žmonės kalti, viešieji pirkimai kalti, kai norime už mažiausius pinigus, turėti tai, kas išeina. Kas laimi pigiausiai. Bet šiandieną galima pirkimus vykdyti kitais būdais. Bet pačios įstaigos kaltos. Galima pirkimus vykdyti ir kitais būdais, ne vien su mažiausia kaina. Bet pasirenkama dėl įvairių priežasčių mažiausia kaina, o po to su ja turi problemų 26-L-IT. Tai dar nereiškia, kad įmanoma atsirinkti patį tą ką geriausia, nes vis dėlto vienaip ar kitaip remiasi į kainą. O anaipol ne viskas yra pigu ir gera. Ne visais atvejais yra taip, mes kažkaip tai gyvename truputį kitaip, mes ieškom racionalaus sprendimo, o čia yra praktiškai neįmanoma. Aišku, galima čia priekaištauti, ekonominis vertinimas...
Diegėjai reikalauja per konkrečių techninių specifikacijų	48-R-VT. Iš diegėjų pusės yra verslas. Jeigu jiems nėra suformuluojamos konkrečios užduotys, tai kam jiems daryti. Kitas klausimas, kodėl yra taip aptakiai formuluojama, kad po to patys nežino, ką jie užsakinėja. Žinoma, informacinės sistemos tokios sudėtingos, kad neįmanoma viską suvaldyti
Viešieji pirkimai trukdo įgyvendinti susijusius projektus ir kurti sąsajas	60-IT-P. Abu pirkimai buvo paskelbti kartu, bet e. receptas yra eSPB <sup>569</sup> posistemė, tai gerai, jeigu tas pats teikėjas laimi. Bet ne tas pats laimėjo, kiek žinau. eSPB <sup>569</sup> yra pagrindinė sistema. Tai jūs įsivaizduokit, vyksta viešasis pirkimas. Eilinį kartą visokie skundai, pretenzijos, o kartu startavę, nereiškia, kad kartu ir prasidės sutartys, jų vykdymas. Gali skųstis rezultatais, gali skųstis dar eigoje iki pridavimo. Dažniausiai taip būna Lietuvoje... Tai turėti tokią iliuziją, kad jie vienodai startuos <...> yra visiškai naivu. Jeigu jie startuoja skirtingai tarpusavyje, vėl neaišku, kuris pirmas. Tai reiškia, vėl trukdo vienas kito darbą

<sup>569</sup> Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra.

### 5.3.2. E. sveikatos suinteresuotųjų dalyvavimo, bendradarbiavimo ir komunikacijos problemos

Atliekant kokybinę interviu turinio apie e. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo ir komunikacijos srities analizę išryškėjo, kad respondentams aktualių problemų išškyla ryšiuose su visomis e. sveikatos dalyvių grupėmis ir tarp jų: valstybinėmis organizacijomis, išorinėmis IT įmonėmis, sveikatos priežiūros institucijomis. 5.8 paveikslas rodo nagrinėjamos srities problemų susitelkimo struktūrą.



5.8 pav. E. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimo ir komunikacijos srities problemų turinio analizės struktūra

Interviu metu kaip viena iš problemų buvo minima vertikalaus ir horizontalaus bendradarbiavimo ir visų suinteresuotųjų dalyvavimo stoka. Didžioji dalis respondentų minėjo iššūkius, kuriuos nulėmė bendradarbiavimo ir komunikavimo su valstybinėmis institucijomis ir tarp jų spragos (žr. 5.26 lentelę).

Viena iš nacionalinių e. sveikatos projektų vėlavimo priežasčių yra jo dydis ir sudėtingumas. Tai lemia poreikį užtikrinti efektyvią komunikaciją tarp daugelio įvairių dalyvių: SAM, kitų valstybės institucijų, SPĮ ir atskirų dalyvių jose (vadovai, gydytojai, slaugytojai, pacientai, administracija, IT specialistai ir kt.), IT įmonių ir kitų suinteresuotųjų pusių. Pasak respondentų, priimti sprendimus, neatsižvelgiant į e. sveikatos dalyvių patirtis ir interesus, o nurodant, kad reikia daryti vienaip, o ne kitaip, būtų netinkamas būdas kuriant e. sveikatos sistemą. Ypač tai aktualu toms SPĮ, kurios jau yra įsidiegę e. sveikatos IS ir kurioms teko dirbti dvigubai, kad galėtų pereiti nuo lokalių į centralizuotas IS. Tad respondentai akcentavo, kad pirmiausia valstybės institucijos turėtų išsiaiškinti dėl sukurtų esamų sistemų ir ieškoti būdų, kaip kiek įmanoma sklandžiau įdiegti nacionalinio lygio technologinius sprendimus, kartu tausojant SPĮ išteklius. Ir SPĮ, ir išorinių IT įmonių atstovai kelė klausimą, kaip galima padaryti, kad sistemos bendradarbiautų ir nereikalautų per daug žmogiškųjų išteklių. Jų nuomone, to-

kios problemos sprendžiamos valstybės institucijų lygyje. Esant norui rasti tokius sprendimus, susitarti visada galima, tačiau, pasak kai kurių respondentų, valdžia niekada nebandė rasti vienijančių išeičių. IT firmų atstovai išreiškė susirūpinimą, kad ministerijos „pozicija yra labai keista“, kelianti įtarimų, ar tikrai norima pasiekti deklaruojamus rezultatus.

Respondentai, kalbėdami apie e. sveikatos sistemos kūrimo problemas, prisiminė ir lygino dabartį su praėjusiu e. sveikatos kūrimo etapu. Jų nuomone, anksčiau sprendimai buvo priimami valstybės lygiu centralizuotai nepakankamai atsižvelgiant į institucinį lygmenį. Dabar bandoma sistemą kurti nuo apačios. Respondentų nuomone, tam, kad rezultatai būtų pasiekti „iš apačios“, reikalingas stiprus ministerijos metodinis palaikymas ir koordinavimas. Tačiau kai kurie respondentai gana kritiškai atsiliepia apie tokį darbo principą. Jie išvelgia, jog pirmiausia turi būti stiprūs pagrindai, o ant jų konstruojamos atskiros dalys. Antraip esamo e. sveikatos kūrimo proceso negalima vadinti sistemos kūrimu, o tai tėra posistemų kūrimas ir bandymas posistemius sujungti į sistemą. Tokiu būdu išlieka posistemų nesuderinamumo grėsmė ir centrinių modulių netinkamumas instituciniu lygmeniu. Todėl labai reikalinga, kad būtų sukurtas branduolys nacionaliniu lygiu.

Dėl valstybės tarnautojų, kaip suinteresuotųjų, dalyvavimo respondentų atsiliepimai buvo įvairūs. Kai kurie respondentai teigia, kad valstybės tarnautojai yra svarbūs suinteresuotieji, tačiau labai ilgai tenka laukti jų sprendimų. Yra labai teigiamai vertinančiųjų Sveikatos apsaugos ministerijos valstybės tarnautojų veiklą.

Kai kurie respondentai, ypač įgyvendinančių valstybės ar ES finansuojamus e. sveikatos projektus SPĮ atstovai, kaip vieną iš esminių bendradarbiavimo ir komunikacijos su valstybės institucijomis problemų minėjo procesų eigos trukdžius, sukeltus biurokratinių mechanizmų. Jų nuomone, e. sveikatos diegimas Lietuvos mastu stringa dėl neracionalaus, nelankstaus ir per daug biurokratinio derinimo ir susirašinėjimo. Kai kuriems kalbėjusiems ryšys su ministerija ir kitomis valstybės institucijomis yra svarbus, tačiau laikui bėgant jie nusivylė bendravimu su ministerija dėl nepakankamo įtraukimo, netinkamo SPĮ interesų įvertinimo ir derinimo, iniciatyvų ignoravimo, netoliaregiško ir nelankstaus formaliųjų reikalavimų taikymo. Interviu metu užfiksuota ir labai kritiškų pasisakymų dėl ministerijos personalo e. sveikatos srities kompetencijos, tačiau respondentai objektyviai vertina, kad tinkamam šios srities valdymui valstybės lygyje reikia kur kas

daugiau specialistų, nei šiuo metu e. sveikatos klausimais dirba žmonių. Kai kurių respondentų nuomone, SAM neturėtų užsiimti vadybiniais IS kūrimo klausimais, o formuoti šios srities politiką, tad natūralu, kad ministerijos e. sveikatos padalinys nėra pajėgus suvaldyti situacijos, įskaitant ir suinteresuotųjų pusių įtraukimą ir bendradarbiavimo užtikrinimą. Vis dėlto interviu metu nuskambėjo ir ne vienas pozityvus pasisakymas dėl darbo su ministerijos atstovais, kad pagal galimybes stengiamasi ieškoti visiems e. sveikatos dalyviams priimtinių konstruktyvių sprendimų, tariamasi su specialistais, turinčiais trūkstatų žinių sprendimams priimti.

**5.26 lentelė.** Respondentų požiūris į komunikaciją su valstybinėmis organizacijomis arba tarp jų

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Nevienareikšmiška e. sveikatos samprata apsunkina komunikaciją	48-R-VT. Susitarkime dėl sąvokų. Apie ką mes kalbame? Ar apie e. sveikatą, kurią kuria ministerija, tą dalį bendrąją, ar apie e. sveikatą visa plačiąja prasme, t. y. visas informacines technologijas, egzistuojančias sveikatos sistemoje? Tai yra du skirtingi dalykai. Kodėl manau, kad sąvokas reikia atskirti? Todėl, kad šiandien dienos situacija yra tokia: yra nesikalbama ir nesusikalbama. Papasakosiu, kaip yra kuriamos sistemos, na, bet kokios. Ateina pas mane, pabendrauja vieną kartą, valandą laiko ir viskas. Jie – specialistai, aš daugiau jų nematau. Aš abejoju, ar galima per vieną valandą viską žinoti. Arba dar geriau. Aš su ministerija šneku. Daro elektroninį mirties liudijimą. Mes sakome palaukite, kas kur vyksta. Neatsako nieko. Nežinome, kas dalyvauja, nesuprantame
Nepriklausomumo nuo ministerijos privalumas	56-Pr-M: Pas mus, privačioje SPĮ, daugiau stabilizuota sistema ir nėra kažkokių tai problemų. Kadangi ministerija mūsų nefinansuoja, tai ir tų ataskaitų mažiau reikalauja. Nėra šitoje vietoje vargo. Kad dėl jų mums reikėtų papildomų ataskaitų daryti, taip nėra
Neužtikrintas suinteresuotųjų pusių nuoseklus įtraukimas	53-Pr-A. Ministerijos projekto mes neturime. Mes nedalyvaujame tame projekte. Aš esu dalyvavusi to projekto darbo grupėse, dar mūsų informatikas buvo toks X. Aš kaip gydytoja, keliuose susitikimuose buvau ministerijoje. <...> Mes būtent aiškinom, kas neatitinka realios šitam projekte. Kaip užsitikrinti, kaip gydytojas konsultuoja pacientą, kaip gauti tuos duomenis. Tuo momentu ten buvo labai daug spragų. Vienas įstatymas buvo bendras ir buvo tas antras, dėl kurio niekas nekonsultavo, niekas nekviatė, mus tiesiog išmetė lauk. Ir informatiko nekviatė
Nelankstūs reikalavimai	11-P-A. Esu bandęs diskutuoti dėl sutarties, bet buvo atsakymas, kad sutartis universali visoje Lietuvoje ir mums ją reikia tiksliai vykdyti, ir diskusija baigta

Atotrūkis tarp ministerijos ir SPI	19-L-M. Ar ministerijos vaidmuo gali būti reikšmingas tokiose ligoninėse vykstančiuose procesuose? Ryšio nematau, bet jis turėtų būti
Informacijos trūkumas diegiant naujoves	20-P-A. Čia jau kažkokia atsiranda sistema. Ligonių kasa ar kažkas teritorinė būtų informavus ar būtų sakiusi, kad kažkokia sistema čia įvedama, su algoritmų schemomis, sudaryta sutartis, kad iš naujo daro, tvarko. Mes nieko gi nežinojom. Dar nežinodami šito dalyko, jau kaip supratau, tą projektą pradėjome
Valstybės institucijos ignoruoja iniciatyvas	24-L-IT. Mes dalyvaujame, bet iniciatyvos prasme jie nežiūri palankiai. Jei skambini ir kažką siūlai, tai nesidomi ir atstumia: „kai mums reikės, mes patys paklausime“. Pas mane tik epizodiniai kontaktai, o ne iš esmės. Darbas turi būti vertinamas pagal tikslo pasiekimą, o ne kuriama tam, kad kurti
Suinteresuotųjų pasitarimų ministerijoje svarba	3-L-A. Ar svarbūs santykiai su SAM? Man svarbus pirminės idėjos įgyvendinimas, kokie bus tarpusavio ryšiai sistemoje, kad būtų galima „vaikščioti“ tarp įstaigų. Man nereikia visų įrašų, bet pagrindinius dalykus svarbu žinoti. <...> SAM buvo pasitarimas dėl to. <...> Ministerija uždavė klausimų, tikrai jautėmės išklausti, geras darbinis susitikimas
Ministerija nevaldo reikiamos informacijos	48-R-VT. Ne, ministerija nereguliuoja IS detalių. Nesakytume, kad sistemą labai reguliuoja. Kaip tik viskas išplaukė labai, jie patys nežino, kas ten ką daro
Ilgas, procesus trikdantis, neracionalus dokumentų derinimo procesas valstybės institucijose	51-L-A. Derinimo procesas tikrai labai sudėtingas, Dieve tu mano. Žiūrėk su visais suderini, vienas žmogus žodį pakeičia, pradžioje prašo derinti net ne oficialiai, o po to paskutinę dieną lauki lauki ir ką nors pakeičia. Jau pasimokinome. Atrodo, lyg su visais suderini, viskas tiko. Tačiau, jeigu žmogus išeina iš darbo, vėl viską derinti reikia iš naujo
	48-R-VT. Tai čia yra kitas klausimas, kaip eina visi teisės aktai per ministeriją. Tai yra dar atskira katastrofa
	25-L-A. Aš net asmeniškai nesulaukiau po mėnesio laiko, negavau atsakymo. Vienintelėj X institucijoj buvo užstrigęs. Paskambinau, susiradau per tuos jų kontaktus tą žmogų ir paklausiau. Sakau, „kas pasidarė, kodėl negaunam, čia mums taip ir taip, norim judėti“, nes mes be to suderinimo negalėjome pirkimo diegimui vykdyti. <...> Tai viskas, sakė, daug yra dokumentų, dirbam, o šį darbą kitą savaitę gausit. Na, viskas – nusiraminau, padėjau telefoną. Na, bus pusantro mėnesio ar ne? Mėnesis buvo praėjęs, paskambinau... Du su puse gavosi, kai atėjo...

Respondentų atsiliepimai apie SPI tarpinstitucinį bendradarbiavimą e. sveikatos srityje – labai įvairūs (žr. 5.27 lentelė). Kai kurie respondentai paminėjo tik tai, kad žino kai kurias e. sveikatos srityje pažengusias SPI, tačiau jiems neteko dalyvauti jokiuose e. sveikatos kūrimui skirtuose renginiuose, jie nesiekia bendradarbiavimo su kitų institucijų darbuotojais e. sveikatos klausimais. Kita respondentų kategorija – specialistai, kurie poreikiui esant

trūkstančių žinių ieško kitose SPI per asmeninius kontaktus. Respondentai iš šiuo metu aktyviai e. sveikatos IS kuriančių ir diegiančių SPI teigia, kad būtų naudingi renginiai, kuriuose būtų galima susipažinti su jau veikiančiomis sistemomis, aptarti e. sveikatos kūrimo ir funkcionavimo problemas. Kai kurie respondentai iš SPI, kurios šiuo metu įgyvendina bendrus su kitomis SPI projektus, teigia, kad instituciniu lygiu bendradarbiavimas vyksta tik per projektus. Tačiau net tarp projektų partnerių ne visais atvejais išlaikytas atvirumas ir aiškumas bei skaidrus interesų derinimas.

Respondentų požiūriu, tokie dabartiniai e. sveikatos sistemos iššūkiai kaip platformų įvairovė, jų suderinamumo ir sukurtų sistemų integracijos problemos yra nulemtos sąveikos tarp suinteresuotųjų pusių trūkumo. Kai kurie respondentai iš rajoninių mažiau e. sveikatos srityje pažengusių SPI jaučiasi demotyvuoti ankstesnių e. sveikatos kūrimo nesėkmių, jiems trūksta informacijos apie dabartinius procesus. Kai kurių respondentų požiūriu, nesant intensyvaus bendradarbiavimo tarp SPI bei tarp SPI ir valstybinio reguliavimo institucijų, e. sveikatos sprendimai kuriami ir diegiami pagal subjektyvų SPI supratimą, kompiuterinio raštingumo, projektų valdymo kompetencijos lygį. Tokiu būdu atsiranda vietinės kompiuterinės programos, kurioms atnaujinti ir suderinti vėliau reikalinga skirti daug lėšų. Tačiau pradėjus susieti įvairias sistemas ir atitinkamai įtraukiant institucijas, kurios atsakingos už šių sistemų funkcionavimą (pvz., „Sodra“, VLK, Registrų centras ir kt.), e. sveikatos sistemas kuriančioms SPI labai apsunko ir prailgo projektams įgyvendinti reikalingų dokumentų derinimo procesas. Šiuo aspektu respondentai pasigenda informavimo ir geranoriškos sąveikos.

**5.27 lentelė.** Respondentų požiūris į komunikaciją su sveikatos priežiūros įstaigomis arba tarp jų

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Nepakankamas SPI vadovų įsitraukimas ir parama dėl IS kūrimo	36-IT-D. Sakau, būna taip, kad sėdi vadovas. Tiesą pasakius, šitas dalykas mane stebina... Vadovams šitos sistemos neįdomios. Jie nori ją turėti, bet kas ten bus, kaip ten ką ... Mes atvažiuojam kartais su pristatymais ir vadovas ateina taip kaip senis šaltis. Jis pabūna apie 5 min. ir išeina. Ta prasme, aš darbą padariau, parodžiau dėmesį, pagerbiau jus, bet ką Jūs čia darysit, diegsit – man visiškai neįdomu. Ir žaidimas atrodo taip, kad tas žmogus, kuris su tavim šneka, jis dažnai net nežino to proceso iki galo

Poreikis dalintis patirtimi tarp SPĮ	1-P-A. Per projektus daugiausia kooperuojamės su kitom SPĮ. Kaip ir reikėtų bendrauti su kitais e. sveikatos srityje, buvo sveikatos komiteto organizuotas produktų pristatymas. Manau, kad tai naudinga, papasakoti, kas ką padarė. Reikėtų kažkokių nepriklausomų susibūrimų
SPĮ, vadovaujančios bendriems projektams, ignoroja partnerius	11-P-A. Projektas kažkur toli nuo mūsų vyksta... Kiek X duos, tiek ir bus pinigų. Pirmiausia, manau, jie patys savim pasirūpins, jei kaip koordinatoriai turi tam teisę, bet gal gausim kompiuterių, elektroninėms kortelėms tikrai nebus pinigų 20-P-A. Mūsų IT specialistas nuvažiavęs, bet nėra tikro jausmo, ką mes gausim. Siunčiam žmones į darbo grupes, bet nelabai mūsų klausia. Tos darbo grupės yra privalomos, bet mes į jas nevažiuojam, nes man ten konstruktyviai niekas neatrodo
Bendros informacinės sistemos lemia bendradarbiavimą tarp SPĮ	5-P-A. Niekas netrukdo, pinigai trukdo. Aš negaliu nusipirkti to produkto ir įsivesti pas save. Iš X nusipirksiu, su X bendrausiu. O kaip aš bendrausiu su, sakykim, ponu Y, su klinikomis, kur ten ligočiai guli ir mes laukiam išrašų po du mėnesius? Programos yra skirtingos...
Nepasitikėjimas regioniniais partneriais ir jų nuvertinimas	13-L-A. Tie rajoniniai partneriai... pas juos silpnoka. Jų pagrindinis klausimas, kada pas juos bus kompiuteriai. <...> Ir savo jie nieko neturi. Aš jaučiu atsakomybę ir baimę, kai viskas čia pasileis ir kai kažkas neveiks, tai visi skambins – ne tik mūsiškiai 27-L-A. Be mūsų regione... yra projektas su mūsų 18 partnerių, kitiems niekam nereikėjo, o aš labai ir nesisiūlau. Nežinau, aš nemanau, kad esu kažkoks tai baisus žinovas ir mes turim savo metodiką, vadinkim, diegimo šito. Mes ją „perlipome“ ir dabar einame ženkliai geriau kituose dalykuose
Komunikacijos taro projektų partnerių trūkumas	5-P-A. Tai aš jums ir aiškinu, kad to projekto yra trūkumas (ir visų projektų), kad nėra komunikacijos
Būtinybė visoms SPĮ bendradarbiauti ir įsipareigoti dėl duomenų pildymo IS	60-IT-D. E. sveikata yra toks dalykas, kur tie duomenys, na, jeigu kiekviena institucija nepateiks savo indėlio į sistemą, tai ji bus neveiksni, nepilna, reiškia, vėl reiks papildomai ieškoti kažkur kitur. Čia tokia sistema, gal, priešingai nuo kitų. <...> Tai turi būti visiškai pilnas bendradarbiavimas. Na, o jisai yra stabdomas, kaip ir visada Lietuvoje, parodant, kad tai, ką aš turiu ir ką aš darau, yra geriau, negu tu planuoji daryti, ir tai įrodyti aš galiu dar ir sužlugdydamas tavo projektą, t. y. su tavim nebendradarbiaudamas. Tai čia tokių dalykų būna 8-L-A. Ar bendraujam su kitom ligininėmis? Tai aišku, juk jie mūsų konkurentai. Viską lemia kontaktai, ryšiai. Svarbios visos dešimt respublikinių ligininių



Kalbėdami apie komunikaciją su IT įmonėmis, kuriančiomis ir diegiančiomis e. sveikatos IS, respondentai SPI atstovai minėjo, kad su jomis būtinas nuolatinis bendravimas nuo pat poreikių išaiškinimo diegėjams iki sutartinių santykių pabaigos (žr. 5.28 lentelė). Kartu respondentai akcentuoja, kad lygiagrečiai turi vykti ir glaudus bendradarbiavimas tarp SPI vidinių suinteresuotųjų pusių, siekiant išsiaiškinti visų jų poreikius, laiku įžvelgti kuriamų IS spragas. Tam reikia, kad kiekvienos iš būsimų vartotojų grupių atstovai periodiškai įvertintų kuriamo ir /ar diegiamo produkto elementus pagal duomenų išsamumą, tikslumą ir patogumą naudotis IS. Siūlymai ir poreikiai turi būti nuolat aptariami su diegėjais, kurie įvertina galimybes realizuoti šiuos poreikius. Tačiau nepaisant galinčių kilti programavimo sunkumų, pagrindinis orientyras – dirbti tol, kol technologiniai sprendimai tenkina visus žmones, kurie kas dieną turės dirbti su IS. Respondentų bendravimo su išorinėmis IT įmonėmis patirtys gana įvairios. Vieni iš jų išreiškė nusivylimą, kad diegėjai veikia tik pagal sutartinius įsipareigojimus ir IT įmonės pasinaudoja savo pelno didinimo tikslais nepakankama užsakovų kompetencija formalizuojant savo poreikius. Kiti respondentai atvirksčiai – patenkinti bendravimu su diegėjais, jaučia jų nuolatinę paramą iškilus problemoms bei siekį patenkinti užsakovų poreikius. Antra vertus, ne kartą interviu metu nuskambėjo nusivylimas, kad yra nemažai įmonių, kurios nei išmano, nei domisi sveikatos srities ypatumais ir, nesuvokdami šios srities specifikos, siūlo bazinius produktus, tikėdamiesi lengvai juos pritaikyti e. sveikatai.

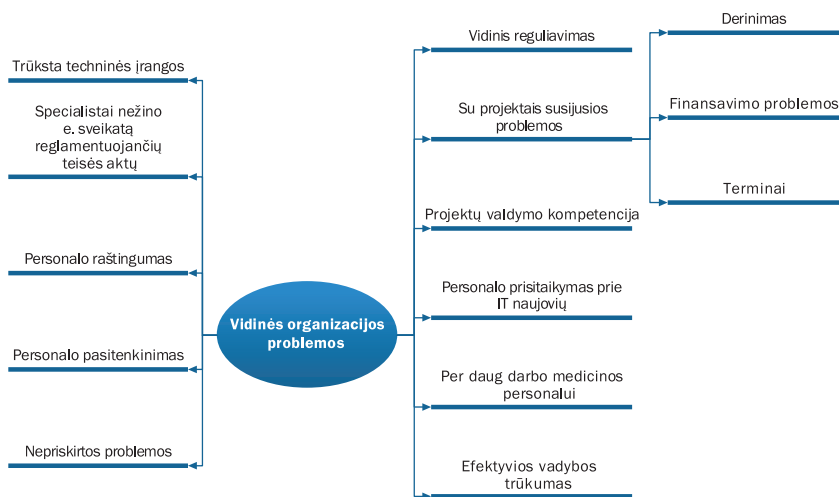
IT įmonių atstovai, kalbėdami apie savo ryšius su kitomis IT įmonėmis, akcentavo šio bendradarbiavimo dvilypumą. Viena vertus, visos šiame sektoriuje veikiančios įmonės – konkurentės, siekiančio savo individualių tikslų, neretai viešųjų pirkimų proceso metu dėl jų stabdančios e. sveikatos sistemos kūrimo procesą. Kita vertus, kai yra poreikis diegti IS skirtingose SPI ir nustatytas reikalavimas, kad šios sistemos integruotųsi, diegėjai turi derinti veiklas tarpusavyje. Tačiau šiuo atveju bendradarbiavimo klausimas tampa labai jautrus, ypač jei kitos suinteresuotosios pusės nepakankamai bendradarbiauja. Todėl, IT įmonėms komunikavimo klausimai su kitomis firmomis ir kitais e. sveikatos dalyviais interviu metu buvo viena iš aktualių probleminių sričių.

## 5.28 lentelė. Respondentų požiūris į komunikaciją su IT įmonėmis arba tarp jų

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IS kūrimo pagrindas – aiškūs reikalavimai ir sutarčių nuostatos	50-R-VT. Dabar visi verslo subjektai išmoko skaityti tai, kas parašyta sąlygose paraidžiui, ir jeigu nebus padaryta, tuomet reiks taisyti. Teko susitikti su eSPBĮ kūrėjais, jų požiūris lygiai toks pat, kad reikia žiūrėti, kas parašyta sąlygose ir viskas. Ar jie ieško lengviausio būdo? Ne, IT vadovų, vadybininkų reikalavimas, padaryti kuo daugiau darbų, kuo mažesėmis sąnaudomis. Tikrai IT specialistai nėra kalti
Lankstus bendradarbiavimas nenumatytais atvejais	53-Pr-A. Na, kaip... visur – sutartiniai dalykai. Tu – man, aš – tau. Jeigu mes matome, kad čia IT įmonės klaida arba nesugalvota iki galo, tuomet nereikia tų sutartinių dalykų. Jie greitai koreguoja, perprogramuoja. Na, tarkim, mes matome, kad mums reikalinga geltona spalva, kad mes geriau matytume. Tai šitą jie labai greitai padaro ir pakeičia. Reaguoja
Specifinių e. sveikatos žinių trūkumas IT įmonėse	32-R-VT. Faktiškai nelabai yra iš ko rinktis. Sakysim, IT sektorius neturi supratimo apskritai, kas yra e. sveikata. Tas supratimas labai yra miglotas. Visi galvoja, kad „ateisim, čia bazinius produktus, kurie jau yra sukurti kažkieno, įdėsime, sukursime rankomis, bus patenkinti“. Iš tikrųjų – ne
Poreikis palaikyti nuolatinį ryšį su diegėjais	54-Pr-A. Tam, kad mano personalas galėtų normaliai dirbti, tai tą programą reikia išmanyti. Tam, kad programą išmanytum, kažkas tai turi ją suprasti. Tam, kad suprastum, tu sėdi ir knisiesi pats, kartu su tais diegėjais. Klausiu, kas tau neaišku, skambini jiems, derini derini derini. Žiūrėk, vėliau viskas ir aiškiau. Tai visą laiką taip išlenda kažkokie tai niuansai. <...> Aš skambinu jiems ir klausiu, gal aš kažko nežinau, o jie man atsako arba pasako, kaip tai reikia padaryti
Siūlomų bazinių produktų netinkamumas specifinei sričiai	44-P-A. IT įmonės iš kitų šalių produktą atveža ir sako, kad pritaikysim. Mes jau turėjome tokią patirtį 32-R-VT. Ne vieną turėjome patirtį, kad jie visiškai netinkami. Procesai ne tokie. Veiklos procesai ne tie. Lietuva jau yra išbandžius, bet nieks nesimoko. Ateina politikai nauji ir vėl taip pat
Konkurencijos specifinėje rinkoje ypatumai	36-IT-D. Patirtimi, kaip taisykle, mes nelabai dalinamės. <i>Know-how</i> yra mūsų. Jei kažkas kažko labai nori, integracijai mes esam atviri. Jei kažkas nori produktą sudėti ir jie turi tai, ko mes neturim, jei reikia, kad būtų pasikeičiama informacija tarp tų dalykų 36-IT-D. Bet yra poreikis susišnekėti ir yra poreikis konkuruoti. Lietuvoj pinigais niekas nesidalina, todėl visi projektai yra kažkieno. Ir to proceso turbūt neįmanoma pakeisti. Konkursą turi laimėti... ir tavo draugas tampa konkurentu. Ir pokalbiai tampa labai komplikuoti
Kliento pasitenkinimas – svarbus paslaugų kokybės elementas	53-Pr-A. IT firma labai gerai susigaudo visoje programoje ir apmokina, ir naujas įveda 3-L-A. Su diegėjais bendraujame neblogai, nes kiekvienas diegėjas nori, kad jo klientas būtų patenkintas 18-L-IT. Taip, diegėjai įsiklauso. Bet, aišku, jie pasiūlymų kažkokių tai ne-teikia. Jei iškyla problema, jie padeda

### 5.3.3. Organizacijų vidinės problemos planuojant e. sveikatos priemonių kūrimą, diegimą ir plėtrą

Organizacijų vidines problemas planuojant e. sveikatos sistemų kūrimą, diegimą ir plėtrą respondantai interviu metu dažnai susiedavo su bendresnėmis sisteminėmis problemomis. Tačiau akivaizdu, kad respondentams, nepriklausantiems valstybės lygio ir SPĮ vadovybės grupėms, organizacijų vidaus problemos yra aktualiausios. Kita vertus, ir valstybės institucijų atstovai, ir išorinių IT įmonių atstovai bei SPĮ vadovai neneigė, kad daug ir įvairios SPĮ vidaus problemos gali lemti nacionalinio lygio trukdžius plėtojant e. sveikatos sistemą. Todėl buvo atlikta išsami šios srities problemų kokybinė analizė jas grupuojant į pakankamai daug specifinių temų (žr. 5.9 pav.).



5.9 pav. Vidinių organizacijos problemų turinio analizės struktūra

Atliekant kokybinę interviu analizę respondentų minėtas problemas galima sugrupuoti į susijusias su personalu (žr. 5.29 lentelę), kylančias dėl neefektyvios vadybos (žr. 5.30 lentelę), projektų vadybos problemas (žr. 5.31 lentelę) ir vidinio strateginio valdymo problemas (žr. 5.32 lentelę).

Pasak respondentų, e. sveikatos projektuose kuriant ir diegiant įvairius elementus ar modulius dalyvauja: gydytojai, slaugytojos, statistikai, registratorės, informacinių technologijų specialistai, programuotojai, tes-

tuotojai, pacientai, administracija, diegėjai, valstybės tarnautojai. Visuose etapuose turėtų dalyvauti kuo daugiau skirtingų sričių specialistų. Tačiau SPĮ administratoriai, IT specialistai, valstybės tarnautojai interviu metu paminėjo, kad kurdami ir diegdami e. sveikatos sprendimus susiduria su didesnėmis ar mažesnėmis įvairių suinteresuotųjų į(si)traukimo problemomis įvairiuose etapuose. Su personalo įtraukimu ir dalyvavimu susijusios problemos, respondentų požiūriu, yra nulemtos natūralios žmonių neigiamos reakcijos į naujoves, požiūriu į nuolatinės permainas, riboto kompiuterinio raštingumo ir kt., o tai sukelia personalo pasipriešinimą kuriant ir diegiant e. sveikatos IS.

Ligoninių ir poliklinikų atstovų interviu atskleidė, kad sudėtingiausia įtraukti į IS kūrimą gydytojus. Respondentai akcentavo, kad atsargus, o iš pradžių kartais net priešiškas, gydytojų požiūris į naujas IS yra natūralus, nes pagrindinė gydytojų veikla – darbas su pacientais, o visa kita – pašaliniai darbai, kurie neturi trukdyti gydymo procesui. Todėl kiekviena SPĮ, kurianti ir diegianti e. sveikatos sistemas, sprendžia klausimus, kaip koreguoti institucijos procesus, kad sukurtos sistemos neperkrautų darbuotojų. Dėl gydytojų aktyvumo respondentų patirtis buvo panaši – gydytojų reakcijos, aktyvumas ir naujovių priėmimas labiausiai priklauso nuo amžiaus ir kompiuterinio raštingumo. Jaunesnio amžiaus medicinos personalas į e. sveikatos naujoves reaguoja geriau, o vyresni – sunkiau. Respondentų požiūriu, būtina skirti dėmesio ir pokyčių vadybai prieš kuriant ir diegiant IS. Svarbu personalą informuoti, skatinti, tinkamai motyvuoti ir nuosekliai mokyti. Be šių veiklų, respondentų požiūriu, nebus įmanoma pasiekti, kad visi darbuotojai, kuriems privaloma, tinkamai naudotų ir suvestų duomenis į sistemas. Svarbu ir tai, kaip informacija apie IS pateikiama būsimiems naudotojams, nes tai lemia pasitenkinimą sistemomis. Jei tai suvokia SPĮ vadovybė, ji iš anksto pradeda aktyvią komunikaciją su personalu, taip sumažindama pasipriešinimo potencialą ir sutrumpina pereinamąjį laikotarpį, sumažina IS naudojimo pradžioje kylančius sunkumus.

## 5.29 lentelė. Su personalu susijusios problemos

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Sudėtinga IS naudojimo pradžia	<p>42-P-A. Galbūt taip, pradžia buvo sunki dėl to, kad iš principo reikėjo išmokti pirmiausia. Kažkaip mobilizuojamės. Iš tikrųjų kai jau išmoksta, bėdų nebekyla</p> <p>20-P-A. 1995 m. išmokom. Buvo labai sunku, bet išmokom. Slaugytojos priprato, joms buvo tragedija. Bet visos išmoko ir visos dabar patenkin-tos, suveda tą paketą kiekvieno mėnesio, uždaram korteles</p> <p>27-L-A. Iš tikrųjų reikėjo dėti daug pastangų. Sudarėm komandas, ku-rios užsiiminėjo šitais dalykais. Nu žodžiu, sudarėme labai aiškią strate-giją įstaigoje, kad tie dalykai bus daromi ir įtraukiami žmonės į visą šitą procesą. Na čia jau, kaip sakoma, va būtent, būtent šita problema buvo vienintelė ir pati didžiausia. O po to viskas ritosi jau kaip ta gniūžtė, ar ne? Valdyba, kaip yra, jei 33 procentai tavo pusėje, tai reiškia toliau tas 66 procentų žmonių nuomonės pakeisti praktiškai nebereikia, tik laiko rei-kia, ypač su tais, kurie yra priešininkai, su tais iš vis nieko daryti nereikia</p>
Paspriešini-mas – natūrali reakcija diegiant naujoves	<p>14-L-IT. Viskas turi būti paprasta. Paspriešinimas didžiulis, nauja, laiko kažkiek reikia, neveikia kažkas, serveris užstringa ir viskas sustoja</p> <p>18-L-IT. Pasiųkystam, o po to jau sprendžiam toliau ramiai. Vieniems lė-čiau ateina, kitiems greičiau</p> <p>4-L-IT. Pradžioje būna daug problemų, bet vėliau jau nenori atiduoti sis-temos</p> <p>8-L-A. Kaip ir visoje Lietuvoje. Iš pradžių visi pyksta. Tada pradeda dirb-ti, o paskui pradeda rékti, kad atsisakom popierinio varianto, kad reikia greitesnio kompiuterio, greitesnių serverių</p>
Požiūris į nuolatines permainas	<p>28-L-M. Gydytojų požiūris yra toks, kad e. sveikatos priemonės turi page-rinti gydytojų darbą, bet nedaryti jį dar sudėtingesnį. Pastoviai besitęsian-tys diegimo procesai ir tobulinimai, neužtikrintas jau įdiegtų programų veikimas vargina ir erzina personalą</p> <p>16-L-A. Ar negąsdina visos permainos? Jau mes susigyvenom su tuo. Kai ta e. sveikata prasidėjo... Visur bijojo, iš kur ištraksim, kur varnelę uždėti ir pan. Bet viskas išmokstama. Svarbiausia, kad sistemos nelūžtų, jei duo-menys vaikščioti normaliu greičiu, va tada bus pykčio</p>
Egzistuojanti bausmių kultūra stabdo e. sveikatos plėtrą	<p>59-Pr-A. E. sveikata stringa ir strigs, kol yra bausmių kultūra. Kai bus elektroniniai įrašai, nebus galima nuslėpti jokių klaidų. Tad gydytojai la-biausiai nesuinteresuoti, nes jie dabar gali apsiginti, kai nėra el. įrašų. O elektroninių įrašų kiekvienas laike yra atsekamas, negalima taisyti ir nai-kinti. &lt;...&gt; Jei būtų ne baudimo kultūra, tai įrašai turėtų eiti lygiagrečiai su vadybinėmis priemonėmis nepageidaujamų įvykių kontrolei. Pirmiausia reikalinga kultūra, principai, vertybės, tada atsakomybės ir instrumentai. O ne pirmoje vietoje atsakomybės ir instrumentai</p>

<p>Informacijos apie IS pateikimas lemia pasitenkinimą sistemomis</p>	<p>27-L-A. Mes susiformulavome iš karto diegimo problemas ir problema numeris vienas, ir praktiškai vienintelė problema, kuri priklauso nuo mūsų tiesiogiai, tai buvo mūsų darbuotojų, tikslas užnorsinti juos dalyvauti šituose dalykuose &lt;...&gt; būtent užnorsinti tuos žmones, įtraukti juos ne tik tai informaciniame lygmenyje, kad jie žinotų, kas vyksta, bet kad jie aktyviai dalyvautų. Mums tą dalyką pavyko padaryti, ir aš labai džiaugiuosi, dabar žmonės jau klausia, kada bus naujesni dalykai</p> <p>53-Pr-A. Pirminiame etape atsiranda tarsi toks pasipriešinimas, nes užtrunkama daugiau laiko ir atrodo, kad to nenorima. Gražiai bandai, kad surenkami kelis, parodai, kad gal tau palengvės, čia viskas pritaikyta, kad tau būtų geriau, bandai tai parodyti. Pavyzdžiui, susikurti šabloną, vėliau bus lengviau. Aišku, pradžioje parodai galimybes programos ateičiai. &lt;...&gt; Pradedu dėliotis ir sako, kad ne taip baisu, kaip atrodo. Bet reikia būtinai kreipti dėmesį ir mokinti. Darome taip ir net individualiai mokiname</p> <p>62-IT-P. Dabar priklauso, kaip tiems gydytojams bus informacinės sistemos pateikiamos. Ar grubiai trenks durimis ar kumščiu per stalą ir pasakys, kad nuo rytojaus nemokės atlyginimo, jeigu žmogus neišmoks dirbti su sistema, na, tai kokia žmogui motyvacija. Bet jeigu išmokai, paaiškinai, parodai. Kita motyvacija. Žinote, aš vis dėlto manau, kad dauguma žmonių nori tobulėti, bet jiems baisu pasakyti, kad aš nemoku, man neišeina, nesuprantu. Todėl atsiranda pasipriešinimas</p>
<p>IS trukdo tiesioginiam personalo darbui</p>	<p>44-P-A. Jeigu bus ministerijos patvirtinta tas elektroninės sveikatos modelis, tai turėsim prie jo prisitaikyti, bet galvojant, kiek mes dabar realiai matant, kiek tai kainuoja nervų, kiek, žinoki, būna barnių, kiek mes išsi-trankom durimis, išeinam ir burbam, kiek atima iš tavo tiesioginio darbo, nes nieks manęs neatleidžia nuo jo, kai mes sėdim tose grupėse ar susitikimuose, arba atskirai su firmomis kuriančiomis, kai ten mano norus kažkokius bando įgyvendinti. Laiko sąnaudų, nervų sąnaudų</p> <p>57-Pr-M. Ar informacinėje sistemoje yra bent vienas mygtukas, kuris mums palengvina darbą? Aš jums prisipažinsiu, kad kitose įstaigose aš neturiu nei kompiuterio, nei laiko, kad galėčiau gilintis į visus mygtukus. Man labiau sistema trukdo. Aš neturiu jai laiko</p> <p>11-P-A. Ligonių kasų kontrolės mechanizmas veikia, nori jie pasidrausti ir viską gauti, bet gydytojui – tai tragedija, pagal diplomą tą laiką galėtų skirti darbui su pacientu, taip pat yra ir su receptiniais kompensuojamais vaistais, per du egzempliorius, visus kodukus nurašyti, kokia kompensacija, tarptautiniais vardais pavadinti, mokomės daug naujų dalykų, ypatingo palengvinimo tikrai nėra</p> <p>33-Pr-IT. Kuriant sistemas reikia suprasti, ką gydytojai turi veikti – gydyti ar užsiimti pašaliniais darbais. Todėl mes gydytojų neapkraunam – duomenis į sistemą pildo slaugytojai. Gydytojas neturi atitrūkti nuo paciento</p> <p>7-P-M. Norėtusi, kad kompiuteris pats daugiau darytų. O dabar mes kompiuteriui dirbam</p>

Specialistai nežino e. sveikatą reglamentuojančių teisės aktų	18-L-IT. Ar mums tenka teisės aktus paskaiityti, kurie e. sveikatą reglamentuoja? Kad nebuvo tokių..
Personalo pasipriešinimą lemia ribotas kompiuterinis raštingumas	<p>3-L-A. Žmogiškasis faktorius irgi yra problema, skirtingo lygio kompiuterinis raštingumas, ne visada šimtu procentų viskas pradeda veikti, ta pati problema ir dėl elektroninio įrašo, nes yra gydytojai ,kurie savo atsakymus formuoja formoje 027, o kiti šito dar nedaro, tai čia irgi daugiausia dėl asmeninių savybių, nes iš principo turėtų daryti visi</p> <p>3-L-A. Negalim rinktis žmonių, džiaugiamės, kad juos turim, su jaunimu nėra problemų, jauni žmonės nekelia jokių problemų, net rezidentai duoda puikių pasiūlymų dėl standartizavimo įrašų pokalbių metu, dalijamės su jais mintimis</p> <p>23-L-A. Dar reikia IT specialistų komandos, kad gerai palaikytų programas Dėl medicinos personalo gebėjimų dirbti su IS, tai jau priimant į darbą yra nustatytas reikalavimas mokėti dirbti su tam tikromis programomis</p> <p>55-Pr-M. Gal ta baimė atsiranda daugiausia dėl techninių nesklandumų. Gydytojai įsivaizduoja, kad elektroniniame formate žymiai ilgiau užtrunkama, negu ranka rašyti. Mes manome, kad priešingai, užtrunkama yra trumpiau</p>
Vyresnio amžiaus darbuotojų požiūris į IS	<p>36-IT-D. Kaip žinot, amžiaus spektras pasiskirsto labai stipriai tarp daktarų ir faktiškai yra į vyresnę amžiaus pusę nuslinkęs, tai žmonėms, kuriems virš 50 m., – jie kompiuterių bijo. Ir ypatingai daktarai. Net mes susiduriam su tokiu fenomenu, kad net jauni daktarai sunkiai dirba kompiuteriais (...) Interesas kitas ir gyvenimo resursai atiduoti ne į kompiuterius, o į mediciną ir tai yra stabdis</p> <p>49-R-VT. Dar yra ir kitas dalykas, tegu neužpyksta vyresnio amžiaus žmonės. Dar yra mentalitetas. Aš pats, kai susiduriu su e. sveikata, pamatau vaikų ligininėje, viskas yra sukurta, o vis tiek ant popieriuko rašo, nes sakoma, kad jiems greičiau, patogiau</p> <p>55-Pr-M. Jie įpratę, visą gyvenimą dirbo taip, rašė, o dabar reikia viską keisti. Užsispyrę ir nusistatymas toks</p> <p>33-Pr-IT. Gydytojai jauni reaguoja gerai, o vyresni – sunkiau</p>
IT specialistų pritraukimo į viešąjį sektorių sunkumai	<p>37-IT-D. Čia yra viešojo administravimo klausimas. Per kiek laiko priimami vieni, kiti sprendimai – ne tik projektuose, visur jie priimami taip pat. Tai yra tikrai labai neefektyvu. Jeigu žiūrėti į tai, kiek kokiems ginčams išleista laiko, jei turi projektą metams. Kodėl yra sudėtinga geriausius specialistus pritraukti į viešojo sektoriaus projektus? Užtai, kad tai yra be galo neefektyvus darbas. Sprendimai priimami labai ilgi, o be geriausių specialistų padaryti geriausias sistemas – čia Lietuva galėtų būti įžymi, nes to nepavyks padaryti. Specialistus tai demotyvuoja tas neefektyvus procesas</p> <p>48-R-VT: Daug kas rūpinasi. Bet sistema nepajudės, jeigu darbo jėga kainuos pigiau negu kompiuteris. Čia kaip statybų kompanijoje, pasamdai 10 žmonių, pigiau negu traktorius</p>

	37-IT-D. Tai be abejo. Šiandien IT specialistai gauna darbo užmokesčio pasiūlymų ir su tokiomis algomis... Jie realiai renkasi, kur čia įdomiau. Už tai, kad visur bus gerai. Tai tada tegu būna įdomus projektas. O jei projektas neįdomus, demotyvuojantis, tiesiog jis ten neis, nes pasirinkimą jis turi nemažą
--	---

Kai kurių respondentų nuomone, viena iš esminių priežasčių, kodėl stringa e. sveikatos informacinių sistemų produktų kūrimas, diegimas, bendra plėtra Lietuvoje, yra pastarųjų procesų vadybos spragos (žr. 5.30 lentelę). Vidinės SPĮ neefektyvios vadybos problemos, anot respondentų, dažniausiai kyla, jei vadovybė yra nepakankamai motyvuota e. sveikatos klausimais ar laikosi pozicijos, kad vadovas gali likti nuošalyje, o IS tėra žemesniuose lygmenyse realizuojama administracinė priemonė. SPĮ vadovybės klaidingas sistemų suvokimas ir nepakankama šiuolaikinės vadybos kompetencija taip pat įvardinami kai e. sveikatos plėtrą stabdantys veiksniai. Svarbu, kad vadovaujančiuose lygmenyse būtų suvokiamas IS organizacijos veiklos efektyvumo didinimo poreikis ir numatytos organizacinės priemonės šiam poreikiui realizuoti.

### 5.30 lentelė. Dėl efektyvios vadybos trūkumo kylančios problemos

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
SPĮ vadovų motyvacijos trūkumas	36-IT-D. Įstaigos lygmeniu – mano galva protingas vadovas turėtų pamatyti visus produktus, išsirinkti, kas jam tinka labiausiai, ir tą produktą pasirinkti. Šitoj vietoj atsiranda prisirišimas. Jei kažką įsileidai – pakeisti jį mažų mažiausiai tai yra išmesti pinigai. <...> Mane stebina tai, kad vadovai tuo nesidomi. Mes darėm pristatymus e. sveikatos projektų pradžioj, kol dar buvo galima kažką rinktis. Dar buvo dokumentai neparašyti, dar galėjai kažką gudriau daryti ir t. t. Mes pravažiavome faktiškai visus, kurie valdo projektą. Vaizdas maždaug toks: vadovas ateina, pabūna 10 min. ir išeina. Nežinau, gal iki mūsų jus visus užkniso ir mes ten buvom kaip devintas vanduo, kad nieko naujo nebeapsakysim, bet man toks jausmas, kad ne taip. Tiesiog vadovui nei labai reikia tos sistemos ...
Šiuolaikinės vadybos išmanymo poreikis sėkmingai e. sveikatos plėtrai	37-IT-D. Šiandien visi mato tai kaip neišvengiamą dalyką – įskaitant vadovus ir net mato kažkokių plusų. Yra dar vadovų, kurie yra iš senosios kartos su savo požiūriu į vadybą kitokiu – bet tai nedidelės įstaigos ir jiems jei kažkas sako mes padarysim, jūs nesukit galvos dėl nieko – mes ateisim instaliuosim ir viskas bus gerai. Kas realiam gyvenime taip nebūna, bet jie yra patenkinti tokiu sprendimu. Tuo tarpu didelių įstaigų, kiek teko kalbėti, ypač kur yra naujai paskirti, labai gerai supranta, ką reiskia įstaigos administravimas.



Poreikis numatyti IS plėtros perspektyvą	60-IT-P. Aš manau, kad nuo vadovų požiūrio priklauso sėkmė. Kaip jie žiūri į IT poreikį, kaip jie įsivaizduoja IT skyrių, ar kaip administratorių, ar kaip strategą, kuris domisi, kas vyksta pasaulyje, ar kviečia potencialius tiekėjus
--	---

Pasak respondentų, IS organizacijoje neturi būti „politizuota“, o tai tėra priemonė padėti vykdyti kasdienę veiklą, pagerinti ir pagreitinti paslaugų teikimą. Jei IT produktai nepadeda pasiekti šių tikslų, jie bus nenaudojami, o sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų dalis bus išleista neefektyviai. SPĮ vadovai akcentavo, kad nacionaliniu lygiu e. sveikatos projektai vėluoja dėl eSPBĮ projekto sudėtingumo ir poreikio integruoti su esamomis sistemomis. Sukurti ryšius, kad SPĮ vidinėse sistemose viskas būtų suvienodinta ir būtų užtikrinta komunikacija duomenimis tarp SPĮ – gana ilgas ir sudėtingas procesas. Be to, SPĮ jau „turi savo gyvenimą“, savo sistemas ir taisykles, o nacionalinės sistemos kūrimas lemia, kad įstaigoms bus nurodoma, ką jos turi daryti kitaip. Sudėtingumą lemia ir aplinkybė, kad yra labai daug suinteresuotųjų pusių, kurios dalyvauja. Yra gana sunku greitai suderinti jų interesus ir požiūrius, o priimti sprendimus, neatsižvelgiant į tas puses, būtų netinkamas būdas.

Kalbėdami apie e. sveikatos projektų rengimo ir įgyvendinimo procesus SPĮ lygiu respondentai teigė, kad jų efektyviam ir sėkmingam realizavimui trukdo neapibrėžtumas valstybės lygyje, kad nėra priimtų sisteminių sprendimų, pokyčiai teisinėje bazėje, nelankstūs ir problemiški viešųjų pirkimų procesai, per trumpi projektams parengti ir įgyvendinti skirti terminai, neužtikrintas laiku ir pakankamas finansavimas. Be to, kaip vidinių organizacijos problemų veiksniai minėti per trumpas laikas projektams įgyvendinti, komunikacijos tarp projektų partnerių spragos bei projektų valdymo kompetencijų trūkumas (žr. 5.31.lentelę).

### 5.31 lentelė. Su projektais susijusios problemos

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Nėra centralizuotos sistemos, projektų įgyvendinimo plano nacionaliniu mastu	11-P-A. Kalbant apie e. sveikatą, man norėjosi nacionalinės sistemos, sukurti centralizuoti žingsniai, kaip rajonai turėtų ateiti į sistemą. <...> Į regionus yra nuleisti projektai, buvom vieni iš tų, kur rašėm, buvo nustatyti pradiniai kriterijai, kuriuos atitikom, po to tuos kriterijus panaikino, pridėjo dar keletą įstaigų iš rajono ir pasakė, jums yra du milijonai, darykit e. sveikatą, kai kurie pradiniam etape net nedalyvavo

Trūksta komunikacijos tarp projekto partnerių	<p>5-P-A. Tai aš jums ir aiškinu, kad to projekto yra trūkumas, ir visų projektų, kad nėra komunikacijos</p> <p>11-P-A. Regione kiekviena įstaiga teikia savo matymą, man trūko bendros matricos, neišku buvo, koks turi būti rezultatas, vieni nori vienaip, kiti kitaip, paraiškos rašymo metu tik žinojom, kad kažką diegsim, bet projektas nuo paraiškos visiškai skyrėsi</p>
Laiku įgyvendinti projektus trukdo su viešaisiais pirkimais susijusios problemos	<p>27-L-A. Na, terminus naikina viešieji pirkimai. Tai va, vėl kažkas neatitiko, vėl kažkas sustabdė, vėl kažkas iš naujo, kažkur tai siunti vėl kažką tai padarei, reikia penkiolika dienų laukti, tą vėl padarei ir vėl reikia penkiolika dienų laukti, supranti</p> <p>60-IT-P. Abu pirkimai buvo paskelbti kartu, bet e. receptas yra eSPBĮ sistemoje, tai gerai, jeigu tas pats teikėjas laimi. Bet ne tas pats laimėjo, kiek žinau. eSPBĮ yra pagrindinė sistema, tai jūs įsivaizduokit, vyksta viešasis pirkimas, eilinį kartą visokie skundai, pretenzijos, o kartu startavę, nereiškia, kad kartu ir prasidės sutartys, jų vykdymas, gali skūstis rezultatai, gali skūstis dar eigoje, iki pridavimo ir dažniausiai taip būna Lietuvoje, tai turėti tokią iliuziją, kad jie vienodai startuos, tarkim, ten rugsėjį ar spalį tie abu projektai, tai yra visiškai naivu. Jeigu jie startuoja skirtingai tarpusavyje, vėl neišku, kuris pirmas. Tai reiškia, vėl trukdo vienas kito darbą. Nes kaip techninėje specifikacijoje buvo parašyta, tai realiai yra viena sistema. Ir vienai sistemai reikia <i>input'o</i> iš kitos sistemos, o ji, pavyzdžiui, nepradėta dar kurti. Dar sutartis nepasirašyta. Tai automatiškai ir šita stoji, o ji turi savo terminus, per kiek ji turi būti padaryta nuo pasirašymo, na ir tokios elementarios problemos. Čia vien tik tokios techninės to laiko persidengimu</p> <p>60-IT-P. Terminas buvo labai aiškus 2007–2012 pateikti CPVA, kad gautų pinigų, o projektai finansuojami iš europinių pinigų, ir visas tas užsitęsęs procesas, jis tiesiog trumpina diegėjų laiką, o diegėjas stovi pačiame gale... Visų tų pirkimų</p>
Terminai: pokyčiai įstatymų bazėje lemia per trumpus projektų įgyvendinimo terminus	<p>26-L-JT. Kaip terminai? Blogai. Viskas blogai... Šiek tiek trūksta informacijos iš tiesų, kaip tą daryti, kai kurie derinimai, o... institucijos atsakingos už suderinimus, tarkim, IS specifikacijos, į ką mes labai kreipiam dėmesį kurdami savo techninę specifikaciją. Tai yra tarpusavyje derantys dokumentai, o irgi labai ilgai buvo derinami ir praktiškai iki pat paskutinio laikotarpio buvo atidėliojamas pastabų pateikimas</p> <p>41-IT-P. O kitas dalykas, aišku, kur panaši situacija, yra jau vykdam projektą, ypač jeigu jisai yra ilgesnis, didelės apimties, nes tai gali būti metai ar dveji. Projekto eigoje keičiasi arba teisinė bazė, arba tiesiog keičiasi pačio užsakovo poreikiai, tai tas irgi sudaro. Jeigu tai dar yra ankstyvose projekto stadijose, tai iš esmės turbūt didelės įtakos neturi. Tačiau, pavyzdžiui, kažkokie pakeitimai, kad ir teisinėje bazėje, poreikiuose, atsiranda jau prieš, na, nežinau kokį tai laikotarpį, bent jau sakykim paskutiniam kokiame trečdalyje... Iš tikrųjų tai gali lemti bendrus rezultatus, nes tada reikalinga arba perdarymai</p> <p>41-IT-P. Kita kaip čia, galbūt čia ne tai, kad problema tai tokia situacija, tai yra ta pati mūsų įstatyminė bazė arba teisiniai pokyčiai, kartais būna derinami labai ilgai ir po to, kai priimami, įgyvendinti paliekamas labai trumpas laikotarpis</p>

Terminai: per trumpas projektų įgyvendinimo laikotarpis	25-L-A. Terminai, kaip apie terminus, sakykim, nėra palankūs iš tikrųjų tas truputį galbūt per trumpas laikotarpis 28-L-M. Bendrai tai laiko ir pinigų trūksta visada
Neužtikrintas pakankamas finansavimas	44-P-A. Norėčiau sugrįžti prie to apie lėšas inovacijoms, nes tas teisinis pagrindas viskas yra gerai, be jo vėl nieko nepadarytume, bet lygiai taip pat kaip lėšos medicininei įrangai, inovacijoms, atnaujinimams tų medicininių informacinių technologijų apimtų visus ir leistų visiems vieną daryti, vis dėlto leidžiamos lėšos. Kad būtų jos po to palaikomos, nes baigiasi projekto pinigai, ir tada įstaiga paliekama su faktu, kad ji turi tą daryti arba ji to nedaro 32-R-VT. Projekte turi būti numatyta dvejų metų ar trejų metų priežiūra, poreikis naujas ir pinigų už tą daiktą skirta 3-L-A. Dar ne kiekvienam kabinete pats gydytojus įveda, nes trūksta kompiuterių, bet kompiuterių daugėja 25-L-A. Kai kuo naudojasi, kai kuo nesinaudoja, nes trūksta, pavyzdžiui, paprasčiausios kompiuterinės bazės tinkle, na, sakykim, įrangos, kompiuterių, ir dėl to negali naudotis, dėl to pilnai sistema neveikia
Projektų valdymo kompetencijos trūkumas	22-P-A. Nevienodas sveikatos priežiūros įstaigų kompiuterinis raštingumas, projektų valdymo kompetencija 32-R-VT. Tą vadybą aš turiu gerą iš Santariškių klinikų, bent jau aš pats ten dirbau metus, labai aiškiai pasimatė trūkumas tokių žmonių. Tokius žmones turi ruošti universitetai, aš manau, kurie vadybininkai, turintys e. sveikatos, IT žinių, arba technologijų universitetai, kurie ruošia, suteiktų e. sveikatos sektorius žinių 60-IT-P. Vėl priklauso nuo organizacijos, kiek ji yra patyrusi projektiniame valdyme. Iniciatyvi ir mato tą poreikį, supranta. Vidinis IT poreikis labai skiriasi visose institucijose Lietuvoje. Vienur apsiribotų, kad jie turi IT ūkį, t. y. kompiuterį, kurį turi kiekviena IT įmonė, ir turi specialistų, kurie prižiūri kompiuterius ir spausdintuvus <...> Skirtumai priklauso nuo vadovų požiūrio

Kalbėdami apie nacionalinės e. sveikatos strategijos įgyvendinimą SPI lygiu respondentai, ypač iš mažesnių ir / ar regioninių SPI, teigė, kad nema-to prasmės turėti savo organizacijos e. sveikatos srities strategijas ar planus, nes trūksta aiškumo ir stabilumo nacionalinėje strategijoje (žr. 5.32 lentelę). Be to, kai kurie kalbėjusieji akcentavo politikos formavimo ir įgyvendini-mo ciklo įtaką. Anot jų, nacionalinės sistemos kūrimo nesėkmes lemia tai, kad neįmanomas joks projektas, kurio trukmė ilgesnė nei ketveri metai, o jei ministrai keičiasi dar dažniau, tai prioritetų pergrupavimas ir interesų kaita daro tiesioginę įtaką e. sveikatos strategijos nuosekliam įgyvendini-mui. Nepaisant, kad viešųjų pirkimų konkursai jau gali būti laimėti, yra

tikimybė, kad ministras gali pakeisti reikalavimus ir tai paveiktų įgyvendinimų projektų eigą. Todėl SPI, neturinčioms vidinių e. sveikatos plėtros įgyvendinimo strateginių dokumentų, pagrindinis orientyras organizuoti IS kūrimo, diegimo ir palaikymo procesus – įgyvendinami e. sveikatos projektai, o į situacijos pokyčius reaguojama operatyviai, nesistengiant į ateitį žvelgti strateginiu požiūriu.

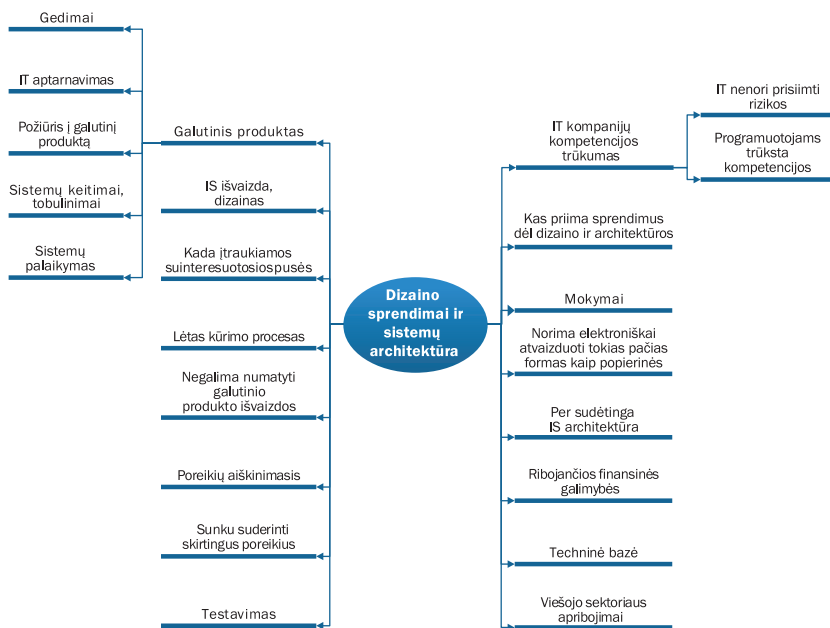
Tačiau yra SPI, kurios, suvokdamos IS svarbą ir įtaką organizacijos veiklai, mato prasmę sistemas plėtoti taikant strateginio valdymo principus. Tokios įstaigos yra pasitvirtinę e. sveikatos strategijos įgyvendinimo dokumentus ir jais vadovaujasi kaip darbo dokumentais, padedančiais užtikrinti geresnę e. sveikatos plėtros vadybą.

### 5.32 lentelė. Vidinio strateginio valdymo problemos

Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Strateginis planas įstaigoje neįmanomas, nes nėra aiškiai suformuotos nacionalinės strategijos	25-L-A. Ne, strategijos neturime. Kliaunamės pačiu projektu, nes žinau, iki tol, kol nebuvo visų šitų projektų, tai e. sveikatos nebuvo jokios nacionalinės, tai kam /miesto pavadinimas/ kažkokios e. sveikatos strategijos, jei nebuvo net nacionalinės 27-L-A. Ar turime e. sveikatos įgyvendinimo strategiją ar planą? Iš dalies taip, iš dalies ne. Todėl kad aš nežinau, kaip vyksta Lietuvoj toliau, tie visi procesai kaip ten tęsis. Lokali mūsų institucijos strategija, aš manau, ta vizija yra labai lokali, labai aiški, kaip tą dalyką daryti, tai yra nieko nauja. Mes, aišku, turime viziją, kaip mes įdiegsime, bet vienaip ar kitaip mes esam priklausomi
E. sveikatos strategijos įgyvendinimo planas – IS plėtros organizavimo pagrindas	26-L-IT. Mes iš tiesų esam susikūrę e. sveikatos strategijos įgyvendinimo planą, ir mes jo pilnai laikomės. Tiesą sakant, mes tą e. sveikatos projektą kurdami ir siekiama du zuikius nušauti – ir susikurti tą strategiją, ir susikurti produktą, aplik kurį galėsime tą savo strategiją įgyvendinti

### 5.3.4. Dizaino sprendimų ir sistemų architektūros problemiškas

E. sveikatos informacinių sistemų architektūros ir dizaino sprendimų srities problemų sąrašas gana ilgas ir įvairus. Šiai sričiai priskiriami tokie iššūkiai kaip poreikių nustatymas ir derinimas, lūkesčiai dėl galutinio produkto ir jo gamybos proceso problemos, IT įmonių kompetencija, IS išvaizda ir t. t. (žr. 5.10 pav.).



5.10 pav. E. sveikatos informacinių sistemų architektūros ir dizaino sprendimų krities problemų turinio analizės struktūra

Visi respondentai sutinka dėl informacinių sistemų diegimo sveikatos sektoriuje poreikio. Pagrindinis orientyras, formuojant e. sveikatos informacinių sistemų architektūrą ir kitus elementus, – galutinis naudos gavėjas. Tačiau interviu metu išryškėjo įvairių nuomonių dėl pagrindinio e. sveikatos naudos gavėjo. Kai kurių respondentų nuomone, e. sveikatos diegimas turi būti orientuotas į pacientą ir jis yra pagrindinis e. sveikatos naudos gavėjas. Pacientas gali matyti savo duomenis, nereikia gaišti laiko vykstant į SPĮ, nes duomenys prieinami internete. Įstaigai e. sveikata sukuria pridėtinę vertę pritraukiant ir išlaikant pacientą. Šiuo požiūriu svarbiausias e. sveikatos bruožas – patogumas pacientui. Kai kurie iš respondentų akcentavo, kad šiame e. sveikatos kūrimo etape nereikia kalbėti apie naudą kažkam kitam kaip tik pacientui, o vėliau šią naudą pajus ir SPĮ.

Kita respondentų grupė kaip pagrindinį e. sveikatos sukuriama naudos gavėją išskyrė gydytoją, nors pripažįsta naudą ir pacientui. Pasak jų, gydytojai patenkinti ir visada palaiko priemones, kurios taupo jų laiką. Tačiau e. sveikatos kūrimo atveju jie nepatenkinti, kai atsiranda papildomi

darbai – kodavimas, informacijos paieška. Visas gydytojų laikas turėtų būti skiriamas pacientui. Ypač tai jautrus klausimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, kur labai ribotas pacientui skiriamas laikas. Tad jei pacientui skirtu laiku reikia dar ir elektronines formas pildyti bei įrašus dubliuoti popieriuje, tai kelia gydytojų nepasitenkinimą. SPĮ administracijos darbuotojai suvokia šią problemą ir ieško būdų, kaip efektyviau organizuoti darbus, derinamus su e. sveikatos sprendimais. Tačiau respondentai pažymi, kad dabartinė teisinė bazė nesudaro pakankamų sąlygų taip organizuoti SPĮ procesus, kad būtų išvengiama darbų dubliavimo ir pasiekta SPĮ lėšų ekonomijos dėl įdiegtų e. sveikatos funkcionalumų.

Kai kurie respondentai paminėjo, kad e. sveikata gali būti naudinga ne tik pacientams ar / ir gydytojams, bet ir mokslininkams. Jei būtų sudarytos sąlygos sveikatos srities tyrėjams gauti duomenis apie sergančiųjų tam tikra liga skaičių, ligos raidos ir gydymo charakteristikas ir t. t., tai leistų apskaičiuoti ir suplanuoti gydymo išlaidas, ligos kontrolės strategijas ir pan.

Interviu metu išryškėjo įvairių grupių respondentų (SPĮ vadovų, IT specialistų, IT firmų atstovų) vienoda nuomonė dėl e. sveikatos plėtros etapų. Jų nuomone, IS kūrimo procesas yra vienas iš sudėtingiausių procesų, kadangi turi būti sumodeliuota trijų lygių architektūra: dizainas, procesų valdymas / logika ir duomenų bazė. Į kūrimo procesą turi būti įtraukta kuo daugiau suinteresuotųjų, atstovaujančių įvairioms veiklos sritims, sektoriams ir lygiams. Šiame etape pats svarbiausias veiksnys – bendradarbiavimas. Turi būti įtraukti visi galimi / susiję atstovai: gydytojai, slaugytojos, programuotojai, analitikai, pacientai, valstybės tarnautojai. Visų suinteresuotųjų pusių įtraukimas lemia e. sveikatos projekto sėkmę. Esant didelei suinteresuotųjų pusių įvairovei, egzistuoja ir didelė poreikių įvairovė. Todėl svarbu šiuos poreikius išsiaiškinti ir suderinti iš anksto, dar nepradėjus kurti sistemos, ir toliau juos tikslinti viso IS kūrimo ir diegimo metu. Poreikių įvairovė, jų sudėtingumas ir būtinybė juos suderinti lemia, kad SPĮ ieško tinkamiausio laiko ir būdų suinteresuotiesiems dalyviams įtraukti ir priimti sprendimus dėl IS architektūros ir dizaino (žr. 5.33. ir 5.34 lenteles). Skirtingose SPĮ tai vyksta įvairiai. Vienose iš jų sprendimai priimami atsiiribojus nuo didžiosios dalies suinteresuotųjų, ypač jei SPĮ juntamas stiprus pasipriešinimas naujovėms. Tuo tarpu kitose SPĮ stengiamasi sprendimus priimti kolegialiai, stengiantis užtikrinti nuolatinį suinteresuotųjų dalyvavimą viso IS kūrimo ir diegimo proceso metu.

### 5.33 lentelė. Respondentų požiūris į poreikių suderinamumą, sprendimų priėmimą dėl IS dizaino ir suinteresuotųjų įtraukimą

Probleminė sritis	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Poreikių suderinamumas	Poreikių įvairovė ir jų derinimo sudėtingumas	46-P-IT. Sunkiausia yra suderinti... Laboratorijos vedėja ir laboratorijos atstovai, laborantai nori vieno. Sako, reiktų dar papildomai arba privalomai. Administracija galbūt nori dar kažko. Statistikai sako mums reikia skaičiuoti tą, tą. Buhalterija sako, kad mums reikia pagal tokius ir tokius. Ir kai tų norų yra labai daug iš visų pusių, sumodeliuoti yra velniškai sunkus darbas, kiekvienos grupės nariui įtikinti, kad būtų galima gauti aukščiausią rezultatą
	IT įtaka poreikių plėtrai	42-P-A. Darėm sąrašą ir žiūrėjom. Vis tiek jau yra tas pritaikomumas. Tarkim, popierinėje jos vienaip atrodo, o informacinėje sistemoje jau žiūrime, kad mums dar trūksta informacijos: kokių laukų mums trūksta, kaip juos klasifikuoti, kad įdėti klasifikatorius, kad ten nerašyti ranka. Kuo mažiau iš ministerijos formų ėmėme, bet slaugos buvo didelė forma. Tačiau ji dabar gavosi dvigubo dydžio, nes mes pamatėm, kad mes norim daugiau
	Aiškaus poreikių formulavimo svarba	48-R-VT. Kad sudėtinga, ne IT firmų kaltė. Iš jų pusės svarbu – verslas. Jeigu jiems nėra suformuluojamos konkrečios užduotys, tai kam jiems daryti. Kitas klausimas, kodėl yra taip aptakiai formuluojama, kad po to patys nežino, ką jie užsakinėja
Sprendimų priėmimas dėl IS dizaino	Hierarchija iš apačios į viršų	42-P-A. Nepasitenkinimą dėl formos pirmiausia tai praneša kabinetai, vedėjai. Tada mes renkamės, perduodam dar vyresniems. Tada suburiam grupes. Galvojam, ar galima tą padaryti. Tikriausiai kažkaip tai galima.... juk viską galima
	Direktyviniai sprendimai	18-L-IT. Kaip atsiranda sistemos architektūra ir dizainas? Valdžia pasako, kad turi būti
	Kolegiali sprendimų paieška	33-Pr-IT. Mes patys sprendžiame dėl dizaino, t. y. koks yra poreikis, o ne samdomė konsultantus. Koks yra poreikis, pirmiausia asmeniškai aš stengiuosi suprasti kalbėdamas įstaigoje su darbuotojais. Tada pakalbu su diegėjais, jie pateikia sąmatą, kiek naujas funkcionalumas kainuos. <...> IT firma neturi daryti taip, kaip jiems atrodo geriau, bet taip, ko nori užsakovas

	Kompetencijos svarba sprendimams priimti	41-IT-P. Dizaino klausimų nepaliekam vien užsakovui. Pasiūlom. Iš tikrųjų, tai priklauso nuo užsakovo pasiūlymo savo žiniomis ir jėgomis. <...> Jeigu imam konkretų užsakovą, tarkim X organizaciją, tai aplamai būna taip, kad jie turi savo nuomonę apie dizainą, ir reikalauja, kad dizainas būtų toksai. <...> Na, ką norėjau pasakyti, kad tai irgi labai priklauso nuo užsakovo demokratiškumo, kiek jis jį leidžia vykdytojai dizainą daryti tokį, kaip jis atrodo vykdytojo pusei
Suinteresuotųjų dalyvių įtraukimo laikas ir būdai	Gydytojų įtraukimo IS kūrimo pradžioje svarba	55-Pr-A. Formos ruošimas kartu su gydytojais, žinokit, priklauso nuo pačios formos ir nuo gydytojų. Jeigu jie dalyvauja kartu ir patys iniciatyvą rodo, tuomet realiai jie jau duoda tą medžiagą. Štai dabar kaip tik dėliojame bendrinę kraujo paėmimo sutikimo formą. Formą pasiruošėme, kaip tik šiandien pasitvirtinsime, tokią atsinaujinusią. Tuomet su gydytojais dirbsime, kad kiekvienas savo turinį sudėliotų. Na, tai gydytojai surašo, kokios šios intervencijos galimos komplikacijos ir panašiai. Tai po to jau vyks darbas pagal tą sutikimo formą pačią. IT įsijungia pačiame paskutiniame etape, kai praeina viską ir yra ta forma parengta
	Nuolatinio būsimų IS naudotojų dalyvavimo svarba	37-IT-D. Kuo vėliau tu nori padaryti korekcijas – tuo brangiau jos kainuoja ir tuo ilgiau užima laiko. <...> Kuo anksčiau klientas pamato, kaip kas atrodys, kuo anksčiau ne tik klientas protestuoja, bet ir vartotojams (na, kokiam daktarui) duodama „pamaigyti“, „paklikinti“, kad jie pasakytų, ar jiems patogus bus, tuo ekonomiškėnis projektas. Jeigu tu daktarui „nulesi“ sistemą neparodęs, kaip jis turės naudotis po metų, ir sakysi, kad „jungiam ir naudokit“, tai kas bus...

Be poreikių nustatymo ir suderinimo svarbu, kad jie tinkamai būtų pateikti potencialiems jų realizuotojams. Išorinės IT įmonės gali teikti specifinius pasiūlymus, kaip turėtų būti sukurta IS atsižvelgiant į gerosios patirties rekomendacijas, tinkamiausias naudotojų sąsajas ar kitų IS elementų standartus. Tačiau reikia įvertinti, kad IS kūrimo ir diegimo paslaugas teikiančios įmonės turės rasti tokius sprendimus, kaip užsakovas reikalauja, nes paprastai vykdytojai turi prisitaikyti pagal sutartines nuostatas. Jeigu užsakovas yra atviras pasiūlymams, netgi reikalauja, kad būtų daugiau laikomasi standartų, tai IT įmonės gali pasiūlyti geresnius nei užsakovas įsivaizduoja, labiau standartizuotus ir pritaikytus, patogesnius ir lankstesnius sprendimus. Šiuo atveju didelę įtaką daro užsakovų ir paslaugų teikėjų gebėjimai komunikuoti ir bendradarbiauti.



Kalbėdami apie e. sveikatos dizainą, respondentai minėjo, kad visose SPĮ dizainas turi būti panašus ir turėtų turėti bendrų elementų. Kuo panašesnis visų įstaigų dizainas, tuo lengviau visiems naudotojams greičiau perprasti skirtingas programas, naudojamas skirtingose SPĮ. Taip pat e. sveikatos srityje pažengusių SPĮ respondentai pripažįsta ir šiuolaikinių technologijų naudojimo svarbą. Esant Lietuvoje gerai išvystytam interneto tinklui, respondentų nuomone, turėtų būti taikoma WEB technologija, kuriai nebereikia įdiegimo darbų, reikalingas tik interneto ryšys ir svarbu naudoti tarptautinius standartus. Tačiau rajoninėse SPĮ technologiniai e. sveikatos sprendimų elementai dar nėra tokie aktualūs, nes šiose įstaigose nėra išspręstas net darbuotojų aprūpinimas pakankamu skaičiumi kompiuterinės technikos.

5.34 lentelė. Respondentų požiūris į IS kūrimą, architektūrą ir dizainą

Probleminė sritis	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
IS kūrimas	Proceso lėtumas	28-L-M. Manau, kad kūrimo, diegimo procesai yra per lėti sveikatos sistemoje, žinant šiuolaikinių technologijų ir žmogiškųjų išteklių galimybes. Naudojimas priklauso nuo to, kiek ir kokių funkcionalumo instrumentų turime, nes jei turėtume daugiau, daugiau ir naudotume
IS architektūra	IS architektūros sudėtingumas	44-P-A. Štai dabar, pavyzdžiui, tokį paprastą dalyką pasakysiu, ten tą nulis dvidešimt penktą formą pildom. Tai va, patogį ji yra... Tačiau mes su daktare X paskaičiavom, kiek žingsnių reikia ją užpildyti... Gavosi dvidešimt, mažiausiai... Na, tai sakom, kad sunku, daug laiko užima. Tai dabar naujoje formoje sakome, kad turi būti tikrai mažiau. Ir kaip sako „Google“, jeigu kažką nori surasti, tai iki devyniolikos žingsnių tu tikrai rasi tą informaciją
	Sunkiai prognozuojami nauji poreikiai	48-R-VT. Bet ar įmanoma viską suformuluoti? Čia sutinku, informacinės sistemos tokios sudėtingos, kad neįmanoma viską suvaldyti
	Valstybiniame sektoriuje neišspręstas IS naudojimo patogumo klausimas	37-IT-D. Aš esu tikrai pabandęs ne taip seniai naudotis kai kuriomis, sakykim, per prievartą įdiegtomis valstybinėmis sistemomis, tiek sveikatos ir kitomis privalomomis, kur aš turiu kažką tai deklaruoti, tai... na ... tai šiaip sau patyrimas, turiu pasakyti... Aš kaip vartotojas, ir aš turiu inžinieriaus ir verslo diplomus. Ir man stresas yra naudotis tomis sistemomis. Kažkas yra ten blogai...

		Tos sistemos yra masiniam vartotojui ir kiekvienas nuo ūkininko iki profesoriaus turi prisijungti ir per minutę be jokių instrukcijų skaitymų padaryti ką reikia. Jeigu jis nepadaro, tai inžinierių reikalas yra sutvarkyti, kad jos būtų patogios naudotis. Šiandien taip nėra
IS dizainas	Paprastumo naudoti svarba	22-P-A. Dizainas turi būti aiškus ir paprastas. Tai svarbu, nes e. sveikatos sprendimais dirbama nuolat (gydytojai, slaugytojos ir kitas personalas). <...> Kiekvieną norimą elementą pasiekti, veiksmą atlikti turi būti galima trimis pelės paspaudimais. Turi būti apgalvotas svarbiausias ir reikalingiausias informacijos pateikimas optimalioje vietoje. Visose SPĮ dizainas turi būti panašus, turėtų turėti bendrų elementų. Kuo panašesnis dizainas tarp visų įstaigų, tuo lengviau visiems naudotojams greičiau perprasti skirtingas programas, naudojamas skirtingose SPĮ
	Svarbiausia – funkcionavimas, o ne dizainas	27-L-A. Kaip ir daugeliu atvejų, ten produktas yra visiškai kitos firmos. Tai, sakykim, toliau diegi... Padaro tau tą funkcionalumą, sėdi specialistai to funkcionalumo vartotojai. Sėdi jie, maigo mygtukus ir žiūri to funkcionalumo kalbą, žiūri patogumą, nekreipdami dėmesio į spalvas, į dizainą. Sakykim, dizainas yra toks, koks yra. Kokia ten bėda – man patinka žalias, jums patinka raudonas, bet ką dabar, kaitaliosim, ar ką?

Viena iš esminių e. sveikatos IS kūrimo problemų, nuo kurios priklauso e. sveikatos sistemos sėkmė, – poreikis aiškiai nuspręsti, kas yra pagrindinis e. sveikatos naudos gavėjas. Anot kai kurių valstybės lygmens institucijų atstovų, nors visos sveikatos apsaugos principas – orientacija į pacientą, e. sveikata pirmiausia turi tarnauti gydytojui. Didžiausią naudą iš e. sveikatos sistemų pacientai pajus tada, kai šis sistemos palengvins gydytojams darbą. Tačiau tam, kad IS būtų efektyvios ir netaptų papildomais ir / ar dubliuojančiais veiksmis, reikalinga suderinti organizacijos veiklos procesus su IS funkcionavimo procesais. Tačiau organizacinių procesų lankstumą dažnai riboja labai detalus ir griežtas sveikatos apsaugos srities teisinis reguliavimas. Tad iki šiol išlieka SPĮ veiklos ir IS procesų suderinamumo problema. Šią problemą išvelgė ir IT firmų, diegiančių informacines sistemas SPĮ, atstovai. Jų matymu, diegdamos e. sveikatos sprendimus SPĮ dažnai nenumato veiklos procesų pokyčių, tikslinimų suderinant juos su IS

naudojimo sąlygomis. Tokiais atvejais IS ne tik nepadaeda efektyviau panaudoti personalo ir materialiuosius išteklius, bet dar ir apsunkina papildomomis arba neberekalingomis veiklomis (pvz., popierinių žurnalų pildymas jau esant elektroniniams duomenims) bei kenkia darbo atmosferai. Todėl respondentai siūlo, kad pirmiausia reikia suvokti, kad pagrindinis e. sveikatos naudos gavėjas yra gydytojas, tuomet visą sistemos kūrimą orientuoti pagal gydymo procesus, nevengiant peržiūrėti ir patikslinti juos siekiant suderinamumo su IS procesais.

Kita labai reikšminga interviu metu įvardinta problema – besitęsiantys bandymai įprastas popierines formas atvaizduoti elektroniškai bei veiklų dubliavimas pildant duomenis ir į IS, ir į popierines formas (žr. 5.35 lentelę). Respondentams SPĮ atstovams skausmingiausia, kad gydytojai ir slaugytojai turi dirbti dvigubą darbą dėl šios problemos. Tuo tarpu išorinių IT įmonių atstovai neretai akcentavo, kad patys užsakovai nesuvokia, jog siekiant sukurti tinkamą IS, būtina ne orientotis į įprastų formų skaitmenizavimą, o analizuoti veiklos procesus ir pagal juos formuoti sistemos architektūrą. Išsiaiškinus procesus ir kodėl tam tikra būsimų IS naudotojų grupė atlieka vienus ar kitus veiksmus ir pildo atitinkamus dokumentus, galima rasti darbą palengvinančius sprendimus.

**5.35 lentelė.** Respondentų požiūris į galutinį produktą, popierinių ir skaitmeninių formų dermę

Probleminė sritis	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantys teiginiai
Galutinis produktas	Galutinio rezultato numatymo sunkumai	14-L-IT. Aš, kaip IT pusės atstovas, manau, kad svarbiausia, jog būtų patogiu vartotojams, ir kad sistema stabiliai veiktų. O kaip ji atrodys, tai praktiškai niekas nežino iš anksto
	Pagalba naudotojui geriau suvokti galutinį rezultatą	37-IT-D. Kodėl mes galime suvaldyti procesus per trumpesnę laiką? Mūsų diegimo būdas yra kiek kitoks, nes mes turim labai daug vizualizacijos. <...> Tipinė situacija: užsakovui paduoda knygą ir sako, kad „čia yra specifikacija, pagal ką gaminsim. Turbūt nieko nesuprantat, bet pasirašykite, nes kitaip nieko nedarysim“... na, dar įdeda keletą paveikslukų. Tačiau mes turime tokius prototipus, kurie leidžia naršyti, pamatyti, kaip po kokių trijų-keturių mėnesių darbo sistema atrodys pačioje pabaigoje. Ten yra realiai matoma, kokia programa, kaip pateikiama, kaip navigacija, ar ji patogi, greitai

Popierinių ir skaitmeninių formų dermė	Poreikis keisti požiūrį į IS, kad jos – ne popierinių formų pakaitalas	37-IT-D. Visi stengiasi daryti „popieriniu“ ipročiu, tiksliai elektroniškai. Reikia, kad būtų galvojimo pasikeitimas, jog yra naujos priemonės... Visi nori matyti taip, kaip matė popieriuje, tik kompiuteryje. Tačiau tai, kad daug ko nebereikia, ko reikėjo popieriuje, kažkaip žmonės dažniausiai nesistengia to suvokti
	Noras elektroniškai atvaizduoti tokias pačias formas kaip popierines	41-IT-P. Pagal mūsų patirtį turbūt dizainas daugiau buvo panašus ar gretinamas su popierinėmis dokumentų formomis. Kad atitiktų naudotojo ir vartotojo patogumus buvo gretinamas su tuo, kad jeigu prieš tai buvo panaudojamos kažkokios popierinės formos, tai jos turėtų būti maksimaliai artimos ir perkeltant į kompiuterio ekraną. Kad tiesiog būtų perėjimas paprastesnis
	Būtinybė peržiūrėti procesus diegiant IS	48-R-VT. Suprantate, kompiuterizacija numato visų darbo procesų peržiūrą, jeigu to nepadarysi, o dirbsi taip, kaip su popierinėmis formomis, tai niekas nepadės

Kalbėdami apie IS kūrimo ypatumus viešojo sektoriaus institucijose išorinių IT įmonių atstovai kėlė problemą, kad šiame sektoriuje klaidingai manoma, kad kuriamos sistemos iš esmės skiriasi nuo privačioms organizacijoms kuriamų produktų (žr. 5.36 lentelę). Jų nuomone, kaip ir privačiose, taip ir viešosiose organizacijose kuriant IS reikia pirmiausia galvoti apie būsimus naudotojus, jų poreikius ir patogumą naudoti. Tačiau jie pastebi, kad į e. sveikatos dalyvių, kurie kas dieną dirbs su sistemomis, lūkesčius per mažai atsižvelgiama.

Kiti IS kūrimo ir diegimo viešojo sektoriaus institucijoms ypatumai, trikdantys e. sveikatos sistemos plėtrą, anot respondentų, yra nelankstūs formalieji reikalavimai. IS kūrimas yra nuolat kintantis procesas, kurio metu iškyla vis naujų poreikių, išryškėja klaidos, išvelgiamos naujos galimybės, bet formalieji reikalavimai neleidžia operatyviai ir lanksčiai reaguoti dinamiškoje aplinkoje. Todėl to gali nukentėti produkto kokybė, kilti naudotojų nepasitenkinimas dėl lūkesčių neatitikimo. Tai gali padidinti naudotojų pasipriešinimą, sulėtinti IS įsisavinimą, o vėliau prireikti papildomų laiko, žmogiškųjų išteklių ir lėšų sistemos tobulinimui.

Kai kurioms, ypač regioninėms, SPĮ atstovams viena iš aktualiausių problemų išlieka nepakankamas finansavimas. Nors skiriama lėšų e. sveikatos projektams įgyvendinti, jų neužtenka, kad būtų įmanoma realizuoti poreikius.

### 5.36 lentelė. Respondentų požiūris į IS kūrimo ypatumus viešajame sektoriuje ir finansavimo ypatumus

Probleminė sritis	Apibendrintas požiūris	Patvirtinantis teiginiai
IS kūrimo ypatumai viešajame sektoriuje	Valstybiniame sektoriuje neišspręstas IS naudojimo patogumo klausimas	37-IT-D. Labai paprasta, kam mes atstovaujame. Mes atstovaujame vartotojui. Plačiąja prasme. Ir kai žmonės sako, kad „na tai kas, kad jūs čia banke ar telekome padarėt savitarnos sistemą, viešajam sektoriui viskas turi būti kitaip“. Tai sakau: „palaukit, tų pačių bankų 1,5 mln. vartotojų (tie, kurie naudojami bankui), jie turi lūkesčių kartelę, kokia turi būti šiandien paslauga“. <...> Kai vartotojai ateina į viešojo sektoriaus sistemas ir ten tos kartelės nėra, tai visi klausia – kodėl? Tie patys gydytojai naudojami banko sistema ir kai jie ateina prie kompiuterio naudotis ligoninės sistema, juk jie tikisi bent jau tokio pat lygio
	IS kūrimo lankstumą ribojantys formalieji reikalavimai	60-IT-D. Na, manau, kad IT įmonės kiekviena jų yra suinteresuota padaryti projektą, nei viena neturi tikslo to projekto vilkinti ar sužlugdyti, numarinti ir taip susigadinti savo vardą. Bet pas mus irgi IT iš viešųjų pirkimų logikos išplaukia tai, kad tu turi daryti tai, kas parašyta techninėje specifikacijoje, net jeigu tu matai vietomis, kad tai yra nesąmonė ir tai neveiks. <...> Jau vėliau ir pats klientas mato, kad, na, iš tikrųjų čia tokią nesąmonę parašėme arba pasikeitė kažkas. Tie pakeitimai vėl negalimi, nes CPVA žiūrės, kas buvo reikalavimuose ir panašiai. Galima nebent specifikacijas taisyti
Finansavimo ypatumai	Ribojančios finansinės galimybės	26-L-IT. Jei privati įstaiga, visai kiti kriterijai būtų ir pasirinkimas kitas... Vienas dalykas, į kurį visą laiką remiasi galimybės, – tai finansinės galimybės. Dabar irgi mes esame „atremti“ į visiškai... na, tokias, sakyčiau, labai neerdvius... neerdvius rėmus, dėl to yra labai sunku pasirinkti tai, ko pačiam norisi

Apibendrinant respondentų išvelgtas e. sveikatos sistemos kūrimo ir plėtros problemas įsitikinta, kad problemos visose interviu metu minėtose srityse (teisinė bazė ir e. sveikatos sistemos reguliavimas, e. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimas ir komunikacija, vidinės organizacijos problemos planuojant e. sveikatos plėtrą, informacinių e. sveikatos sistemų architektūra ir dizaino sprendimai) yra tarpusavyje susijusios ir dažnai net sudėtinga identifikuoti, ar vienos srities problema yra kitos srities problemos priežastis ar pasekmė. Vis dėlto galima išvelgti, kad apie kurią sritį

respondentai bekalbėtų, dažniausiai akcentuojama komunikacijos ir bendradarbiavimo svarba arba pastebėti ar patirti nesklandumai.

#### 5.4. Apibendrinimas

Atliktas kokybinis tyrimas atskleidė e. sveikatos dalyvių požiūrį, kad e. sveikatos plėtros sėkmei svarbūs ne tik IT sistemų techniniai ir technologiniai sprendimai, bet ne mažiau reikšmės turi e. sveikatos sistemos taikymo tikslų ir apimčių nustatymas, teisinis reguliavimas, IT sistemų ir veiklos procesų suderinamumas, suinteresuotųjų įtraukimas.

E. sveikatos sistemos dalyviai, atstovaujantys visas respondentų grupes, pritaria poreikiui glaudžiai bendradarbiauti kuriant informacines sistemas sveikatos priežiūros įstaigose. Būtinis visų lygmenų darbuotojų dalyvavimas – turi būti įtraukti administratoriai, gydytojai, slaugytojai, IT specialistai. Tačiau tyrimas rodo, kad kol kas toks bendradarbiavimas dažniausiai pasireiškia daugiausia organizacijos viduje. Tuo tarpu bendradarbiavimas tarp institucijų dėl e. sveikatos politikos formavimo, e. sveikatos sprendimų kūrimo ir įgyvendinimo išlikęs fragmentiškas, paremtas daugiau asmenine komunikacija, o ne sistemišku žinių perdavimu. Iki šiol nėra sukurtos platformos, jungiančios e. sveikatos sistemos dalyvius į tinklą ir užtikrinančios jų komunikaciją ir žinių perdavimą.

Interviu atskleidė, kad daugiausia problemų, darančių įtaką e. sveikatos sistemos plėtros efektyvumui ir rezultatyvumui, egzistuoja teisinės bazės ir e. sveikatos sistemos reguliavimo mechanizmų, sistemos dalyvių bendradarbiavimo ir komunikacijos srityse. Trūkumai šiose srityse lemia vidines SPĮ problemas planuojant e. sveikatos sprendimus ir juos įgyvendinant bei formuojant informacinių sistemų architektūros ir dizaino sprendimus ir juos realizuojant.

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovybės ir specialistų bei IT įmonių vadovų nuomone, Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimo pirmojo etapo nesėkmių pagrindinės priežastys buvo Sveikatos apsaugos ministerijos negėbėjimas sutelkti visų suinteresuotųjų pusių, tinkamai įvertinti ir suderinti jų poreikių bei parengti pagrįstą strategiją ir jos įgyvendinimą remiančius teisės aktus. Šiuo metu, įvertinus praeities klaidas, stebimi teigiami pokyčiai šioje srityje. Vis dėlto tebetrūksta stipresnio koordinavimo, siekiant integruoti atskiras informacines sistemas ir sutelkti e. sveikatos sistemos dalyvius, nors ir pritaikytas principas kooperuotis kelioms SPĮ kartu įgyvendin-

ti e. sveikatos informacinių sistemų kūrimo ir diegimo projektus. Tačiau problemiškas ne tik vertikalus (tarp SPĮ, IT įmonių ir valstybės reguliuojančiųjų institucijų), bet ir horizontalus (tarp SPĮ) e. sveikatos sistemos dalyvių bendradarbiavimas ir komunikavimas. Todėl ne visada egzistuoja sutarimas ir sklandus bendravimas net tarp projektų partnerių.

### Literatūros sąrašas

1. Berg, B. L. (2007). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Pearson Education, Inc.
2. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. Antroji pakartotina laida. Klaipėda: Socialinių mokslų kolegija; S. Jokužio leidykla.
3. Crabtree, B. F., Miller, W. L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
4. Creswell, J. W. (2008). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 3rd edition. London: SAGE Publications, Inc.
5. Dansky, K. H., Thompson, D., Sanner, T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, 29(4): 397–404.
6. Flick, U. 2006. *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE Publications, 155 p.
7. Guba, E. G., Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage, p. 105–117.
8. Jasulaitis, A., Plenta, J., Justickis, V., Plentienė, J. (2012). Sveikatos apsaugos įstaigos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4): 272–295.
9. 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.
10. Kvale, S. (2008). *Doing Interviews*. London: SAGE Publications Ltd., 160 p.
11. Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Second Edition. Sage Publications, London.
12. Morkevičius, V., Telešienė, A., Žvaliauskas, G. (2008). *Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVivo ir Text Analysis Suite: Pavyzdinis metodologinis mokomasis studijų paketas*. Projektas „Empirinių duomenų ir informacijos HSM tyrimams kaupimas ir valdymas: Lietuvos HSM duomenų archyvas“ (LiDA).
13. Richards, L. (2005). *Handling qualitative data: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.

## 6. E. SVEIKATOS PROJEKTŲ SUINTERESUOTŪJŲ VAIDMENYS: SOCIALINIŲ TINKLŲ ANALIZĖ

---

prof. dr. Birutė Mikulskienė

Bet kokios inovacijos, tarp jų ir e. sveikatos sprendimai, susiduria su dideliu neapibrėžtumu, nes neretai ne tik reikia rasti netikėtą ir naują sprendimą, bet ir numatyti labai kompleksines sprendimo pasekmes. Dažniausiai situacijos būna naujos visiems, tiek praktikams, tiek ir teoretikams, o paruoštų naudoti sprendimų nėra. Toks veikimas pareikalauja ne tik inovatyvaus dalykinio rezultato, bet ir inovatyvaus vadybinio mąstymo, keičiant tiek pačią organizaciją, tiek ir vykdomus procesus.

E. sveikatos sistemos kūrimas pareikalauja tarpdalykinių žinių. Čia susikerta sveikatos, informacinių technologijų ir valdymo mokslų žinios, kurias dar papildo edukologijos (inovacijų mokymosi sparta), psichologijos (pasipriešinimas naujovėms), ekonomikos (kaštų optimizavimas), prognozavimo (numatyti technologijų vystymosi raidą) ir pan. žinios. Besiformuojančios įtampos tarp įvairių suinteresuotųjų grupių taip pat nuolat stebimas reiškiny, kai pacientai nepatenkinti paslaugos kokybe, o paslaugų teikėjas turi pastabų politikos formuotojams ar technologijų paslaugų teikėjams.

Kai jau sukuriama e. sveikatos sistema, iškyla kiti iššūkiai, pvz., atsiranda poreikis įvertinti esamą rezultatą, pamatuoti jo funkcionalumą ir prasingumą. Taip e. sveikatos kūrimo ir diegimo problematika susipina su e. sveikatos valdymo atsakomybės ir atskaitomybės klausimais. Veiklos valdymas (angl. *performance management*) sprendžia didesnės atsakomybės ir sėkmės matavimo klausimus<sup>570</sup>, tačiau e. sveikatos turiniui pritaikyti reikia papildomų pastangų, net jei veiklos valdymas rekomenduoja standartizuotus veiklos vertinimo modelius<sup>571</sup>.

---

<sup>570</sup> Buschor, E. (2013). Performance Management in the public sector: Past, current and future trends. *TĖKHNE*, 11(1): 4–9.

<sup>571</sup> van Heldena, G. J., Reichard, C. (2013). A meta-review of public sector performance management research. *TĖKHNE - Review of Applied Management Studies*, 11: 10–20.



Veiklos valdymo praktikos skiria dvi prieigas<sup>572</sup>, viena yra nukreipta į vidinius sistemos reiškinius, kita yra orientuota į veiklos rezultatams poveikį darančius išorinius reiškinius. Kai kalbama apie vidinius reiškinius, turima omenyje sistemos veikimo būdus, organizavimo praktikas, organizacinę struktūrą, reikalingą rezultatui pasiekti, tuo tarpu išoriniai reiškiniai apima daugiausia suinteresuotųjų veikimą drauge ir komunikaciją su jais.

Tiesa, vidinių veiklos valdymo reiškinių analizė daugiau mažiau jau standartizuota<sup>573</sup> bei susitarta dėl veikimo būdų. Tuo tarpu išoriniai veiksniai veiklos rezultatyvumo vertinimo aspektu yra vis dar gan silpnai išvystyti, nors suinteresuotųjų vaidmuo sveikatos politikoje ir valdyme nėra naujovė. Suinteresuotieji pažįstami, įtraukiami į sprendimų procesus, su jais tariamasi, o politika orientuojama jų atžvilgiu<sup>574</sup>. Tačiau suinteresuotųjų dinamika ar jų poreikiai bei poreikių atspindys organizacijos veikloje dar nėra naudojami kaip sistemos veiklos rodikliai. Tuo tarpu nemenkas e. sveikatos sistemos kūrimo nesėkmių skaičius gali būti tiesiogiai kildinamas iš neišvystyto bendradarbiavimo tarp suinteresuotųjų. Gebėjimas fiksuoti suinteresuotųjų įtraukimą, suinteresuotųjų ištraukimo vaidmenis, o vėliau šių rodmenų atžvilgiu formuojami strateginiai sprendimai gali sukurti laiku į pokyčius reaguojančią e. sveikatos sistemą ir geriau atliepti būsimų e. sveikatos sistemos vartotojų poreikius.

Tuo tikslu buvo išsikelti du **tyrimo uždaviniai**. Vienas jų yra ištirti Lietuvos e. sveikatos sistemą kuriant ir įgyvendinant jau veikiančius suinteresuotuosius ir pažinti, koks yra jų vaidmuo visoje e. sveikatos kūrimo grandinėje. Pažinus, kaip suinteresuotieji dalijasi vaidmenimis, galima rekonstruoti, kokios vystant e. sveikatos sistemą vyrauja įtraukimo praktikos. Jų pagrindu galima formuoti veiklos valdymo rezultatyvumo matavimo rodiklius, susijusius su suinteresuotaisiais, o vėliau kurti tų rodiklių gerinimo strategijas. Antrasis uždavinys yra integruoti suinteresuotųjų pažinimo metodus į e. sveikatos sistemos veiklos rezultatyvumo vertinimo sistemą, parenkant tam tinkamiausius metodus.

<sup>572</sup> Scottish Government. (2008). *Organizational Performance Management in a Government Context: A Literature Review*. Dr. Bobby Mackie, p. 42.

<sup>573</sup> Driessen, P. H., Hillebrand, B. (2013). Integrating multiple stakeholder issues in new product development: An exploration. *Journal of Product Innovation Management*, 30(2): 364–379.

<sup>574</sup> Zinkhan, G. M., Balazs, A. I. (2004). A stakeholder-integrated approach to health care management. *Journal of Business Research*, 57(9), p. 984–989.

### 6.1. Literatūros apžvalga: suinteresuotųjų įtrauktis į e. sveikatos kūrimo procesus ir jų poveikis veiklos valdymui

**Suinteresuotųjų svarba.** Per paskutinius dvidešimt metų nuolat augantis mokslinių publikacijų srautas apie suinteresuotųjų įtraukimą ir jų vaidmenį visuose veiklos sektoriuose rodo, kad suinteresuotųjų integravimas yra sudėtingas ir vis dar nėra vienareikšmiškai išspręstas, todėl tai dar vis aktuali mokslinė problema<sup>575</sup>. Suinteresuotųjų teorijos vystytojai ir toliau tiria, kaip pažinti suinteresuotuosius, koku būdu atliepti jiems rūpimus klausimus, bet netgi suinteresuotųjų teorijos pradininkai neturi paruošto atsakymo, sakydami, kad vis dar nesiseka pateikti teorinių rekomendacijų, kurios veiktų kaip standartizuoti algoritmai kasdieniui valdymo veiklai palengvinti ir sprendimams priimti<sup>576</sup>. Tyrėjai vengia analizuoti suinteresuotųjų valdymo proceso anatomiją organizacijos viduje, pateikdami pačią organizaciją kaip juodąją dėžę<sup>577</sup>, kurios viduje procesai tarsi ir nebeįdomūs. Tuo tarpu praktikams reikalingos konkrečios strategijos ir jų įgyvendinimo būdai, kaip pasitelkus suinteresuotuosius siekti organizacijos sėkmės kartu.

Nagrinėjant sveikatos priežiūros institucijas (SPI) ir jų santykį su suinteresuotaisiais, suinteresuotųjų teorinės prielaidos yra derinamos su veiklos rezultatyvumu suvokiant sveikatos priežiūros organizaciją kaip vieną iš plataus veikėjų tinklo dalyvių. Privataus sektoriaus tinklas gal ir galėtų būti traktuojamas kaip baigtinis bei sudarytas iš riboto skaičiaus veikėjų, tačiau viešojo sektoriaus ir privataus sektoriaus formuojami tinklai dėl labai diversifikuotų veikimo būdų ir tikslų tampa kompleksiniai, neretai dar ir sunkiai pažintini dėl politinių interesų konfrontacijos<sup>578</sup>.

<sup>575</sup> Driessen, P. H., Kok, R. A. W., Hillebrand, B. (2013). Mechanisms for stakeholder integration: Bringing virtual stakeholder dialogue into organizations. *Journal of Business Research*, 66(9): 1465–1472.

<sup>576</sup> Phillips, R., Freeman, R. E., Wicks, A. C. (2003). What stakeholder theory is not. *Business Ethics Quarterly*, 13(4): 479–502, p. 485.

<sup>577</sup> Driessen, P. H., Hillebrand, B. (2013). Integrating multiple stakeholder issues in new product development: An exploration. *Journal of Product Innovation Management*, 30(2): 364–379.

<sup>578</sup> Provan K. G., Milward H. B. (2001). Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating *Public-Sector Organizational Networks* *Public Administration Review*, 61 (4): 414–423.

Neretai pačios SPI suinteresuotos didesniu suinteresuotųjų įsitraukimu dėl labai kompleksinio reformų turinio, ypač jei organizuojami didesnių apimčių pokyčiai. Dažnai SPI pokyčiams nebepakanka vien finansinių ir buhalterinių kriterijų analizės<sup>579</sup>, iškyla poreikis naujiems kokybės, rezultatyvumo, tvarumo, kaštų prasingumo bei atskaitomybės<sup>580</sup> pokyčių ir jų vertinimo kriterijams. O ir besikeičiantys suinteresuotųjų poreikiai, poreikių įvairovė, skirtingi įvairių suinteresuotųjų prioritetai skatina ieškoti būdų, kaip derinti interesus, juos matuoti ir vertinti. Jau pats suinteresuotųjų įtraukimas ir nuolatinis bendradarbiavimas su jais skatina sveikatos priežiūros sektorių ieškoti ir kitokių veikimo būdų. Neretai jų praktikų yra ieškoma į rinką orientuotuose sektoriuose<sup>581</sup>, t. y. versle. Nauji veikimo būdai, bandydami išgirsti kiekvieną individualų interesą, neišvengiamai sukelia konfliktines situacijas<sup>582</sup> tarp individualių interesų ir tuos interesus siekiančių realizuoti institucijų. Vis dėlto tokie tyrimai dėl sudėtingo tyrimo objekto kol kas yra gan menkos apimties ir reti<sup>583</sup>.

Kartu su informacinių technologijų pažanga, kuri sveikatos priežiūroje padėjo sukurti elektronines paslaugas, toliau vieningai vadinamas bendrinio pavadinimu e. sveikatos sprendimais, susidarė ir prielaidos geresniam suinteresuotųjų įtraukimui, o vėliau ir veikimo drauge vertinimui<sup>584</sup>. Šiandien e. sveikatos brandos lygis Europoje yra toks, kad piliečiai gali gauti išplėtotas nutolusias paslaugas, o tai padidino ir sveikatos priežiūros prienamumą, padidėjo bendras sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertini-

<sup>579</sup> Mauro, M., Cardamone, E., Cavallaro, G., Minvielle, E., Rania, F., Sicotte, C., Trotta, A. (2014). Teaching hospital performance: Towards a community of shared values? *Social Science and Medicine*, 101: 107–112.

<sup>580</sup> Alonzo, A., Simon, A. (2008). Have stethoscope, will travel: contingent employment among physician health care providers in the United States. *Work, Employment and Society*, 22: 635–654.

<sup>581</sup> Koelewijn, W. T., Ehrenhard, M. L., Groen, A. J., van Harten, W. H. (2012). Intraorganizational dynamics as drivers of entrepreneurship among physicians and managers in hospitals of western countries. *Social Science and Medicine*, 75 (5): 795–800.

<sup>582</sup> Guisset, A. L., Sicotte, C., Leclercq, P., D'Hoore, W. (2002). Defining hospital performance: a survey among key stakeholders in hospitals. *Sciences Sociales et Santé*, 20 (2): 65–102.

<sup>583</sup> Mauro, M., Cardamone, E., Cavallaro, G., Minvielle, E., Rania, F., Sicotte, C., Trotta, A. (2014). Teaching hospital performance: Towards a community of shared values? *Social Science and Medicine*, 101: 107–112.

<sup>584</sup> Venkatraman, S., Bala, H., Venkatesh, V., Bates, J. (2009). Six strategies for electronic medical records systems. *Communications of the ACM*, 51(11): 140–144.

mas. Tiek pacientai, tiek ir sveikatos paslaugų specialistai kartu su e. sveikatos galimybėmis įgijo daugiau instrumentų bendriems tikslams siekti. Tarp reikalingiausių ir geriausiai išplėtotų priemonių galima paminėti e. recepto, e. sveikatos istorijos, telemedicinos paslaugas. Deja, drauge su nauda, kurią atnešė e. sveikatos plėtra, iškilo nemažai ir dalykinių problemų. Viena jų suinteresuotųjų įtrauktis, bendradarbiavimo ryšių standartizavimas, teisinis reguliavimas, finansų trūkumas, asmens duomenų apsaugos ar socio-ekonominio poveikio vertinimas ir panašios problemos<sup>585</sup>. E. sveikatos kūrimo praktikos parodė, kad sunkumai išeina už vienos organizacijos ribų ir paliečia daug sudėtingesnę socialinių reiškinių visuomenėje turinį, kurio sprendimas dažnai glūdi suinteresuotųjų poreikiuose ir supratime<sup>586, 587, 588</sup>. Tad sėkmingas naujų technologijomis grįstų sistemų taikymas didžia dalimi priklauso nuo to, kaip sugebama<sup>589, 590, 591, 592</sup>:

- pažinti kiekvieną suinteresuotųjų grupę,
- išgirsti jų interesus ir poreikius,
- atskleisti esminius suinteresuotųjų IT sprendimų suvokimo skirtumus,
- gebėti priartėti prie bendro pridėtinės vertės suvokimo visiems suinteresuotiesiems drauge.

<sup>585</sup> European Commission. (2011). European Countries on tHlr journey towards national eHealth infrastructures, *Final report*, ISBN: 978-92-79-19766-6, p. 46.

<sup>586</sup> Blake, R. T., Massey, A. P., Bala, H., Cummings, J., Zotos, A. (2010). Driving health IT implementation success: Insights from The Christ Hospital. *Business Horizons*, 53: 131–138.

<sup>587</sup> Ash, J., Gorman, P., Lavelle, M., Lyman, J. (2000). Multiple perspectives on physician order entry. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2243815/pdf/procamiasymp00003-0062.pdf>.

<sup>588</sup> Lorenzi, N., Riley, R. (2000). Managing change: An overview. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(2): 116–124.

<sup>589</sup> McLoughlin, I. (1999). *Creative technological change*. Routledge Publishers: London.

<sup>590</sup> Hage, E., Roo, J. P., van Offenbeek, M. AG, Boonstra, A. (2013). Implementation factors and tHlr effect on eHealth service adoption in rural communities: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 13(19): 1–16.

<sup>591</sup> Singleton, P., Pagliari, C., Detmer, D. (2009) *Critical Issues for Electronic Health Records, Considerations from an Expert Workshop*. The Nuffield Trust, London.

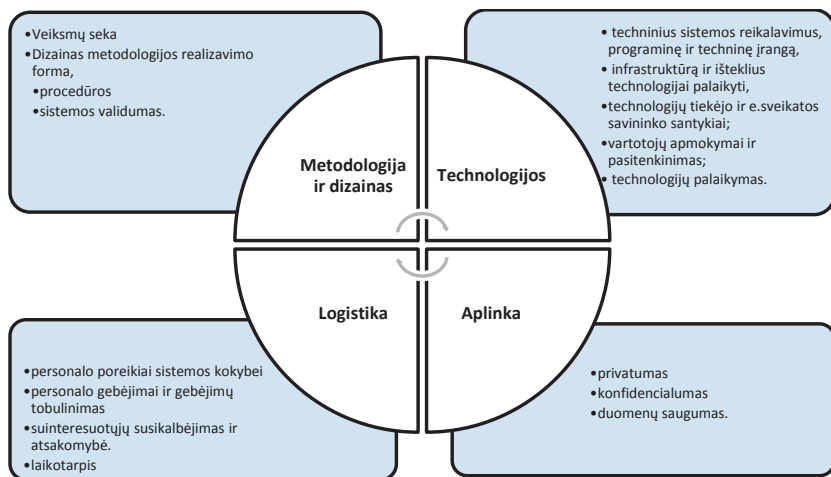
<sup>592</sup> Boonstra, A., van Offenbeek, M. (2010). Towards consistent models of e-Health implementation: structural analysis of a telecare programme's limited success. *Information Systems Journal*, 20(6): 537–561.

Tad laiku įsitraukus visoms suinteresuotųjų grupėms ne tik geriau suvaldomi kompleksiniai procesai, bet kartu galima paskatinti visą organizaciją siekti aukštesnių tikslų, naujų kokybės standartų. Suinteresuotųjų vaidmens pridėtinė vertė jau suvokta ir net sukurtos integralios e. sveikatos plėtros vertinimo schemos. Vieną jų, pasiūlyta Dansky ir bendraautorių<sup>593</sup>, struktūrizuoja e. sveikatos vertinimą per keturis elementus: e. sveikatos metodologija ir dizainas, technologijos, aplinka ir logistika. Suinteresuotųjų vaidmuo yra integruotas į ketvirtą elementą (žr. 6.1 pav.):

- **Metodologija ir dizainas.** Tai metodologija, kuria remiantis buvo sukonstruota e. sveikatos sistema. Dizainas dažniausiai metodologijos realizavimo forma, kuri remiasi griežtomis procedūromis ir taip užtikrinamas sukurtos sistemos validumas.
- **Technologijos.** Technologijos apima: a) techninius sistemos reikalavimus, programinę ir techninę įrangą, b) infrastruktūrą ir išteklius technologijai palaikyti, c) technologijų tiekėjo ir e. sveikatos savininko santykius; d) vartotojų apmokymus ir pasitenkinimą; e) technologijų palaikymą.
- **Aplinka.** Prie aplinkos dėmens priskiriami teisiniai iššūkiai, susiję su privatumu, konfidencialumu, duomenų saugumu.
- **Logistika.** Tai personalo poreikiai sistemos kokybei bei personalo gebėjimai ir gebėjimų tobulinimas pasiekiant reikiamą technologijų vartojimo lygį. Dažnai e. sistemas kuria ir diegia daugiadalykinė komanda, tad svarbus visų narių susikalbėjimas ir atsakomybė. Kuriant sistemas, laikotarpis sistemai sukurti ir įdiegti dažniausiai yra fiksuotas ir retai būna realistinis.

---

<sup>593</sup> Dansky, K. H., Thompson, D., Sanner, T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, 29(4): 397–404.



6.1 pav. Struktūrizuota keturiais elementais grįsta e. sveikatos sistemos vertinimo schema<sup>594</sup>

**E. sveikatos sistemos suinteresuotųjų vaidmenys.** Konkretūs suinteresuotųjų vaidmenų tyrimai susilaukia nemenko tyrėjų dėmesio. Suinteresuotųjų sąrašas nuolat pildomas bei detaliau klasifikuojamas. Toliau aptarsime ryškiausias jų.

Iš **medicinos personalo** išskiriamos dvi didelės suinteresuotųjų grupės: gydytojai ir slaugytojai. Tai tikėtiną didžiausią įtaką e. sveikatos sprendimams turinčios grupės. Tiesa, neretai jų poreikiai kartais net ir užmirštami arba nepakankamai įvertinami kaip svarbūs<sup>595, 596, 597, 598</sup>, iškeliant kitų suinteresuotųjų

<sup>594</sup> Dansky, K. H., Thompson, D., Sanner, T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, 29(4): 397–404.

<sup>595</sup> Garman, A. N., Leach, D. C., Spector, N. (2006). Worldviews in collision: Conflict and collaboration across professional lines. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7): 829–849.

<sup>596</sup> Bhattacharjee, A., Hikmet, N. (2007). Physicians' resistance toward healthcare information technology: A theoretical model and empirical test. *European Journal of Information Systems*, 16(6): 725–737.

<sup>597</sup> Jensen, T. B., Aanestad, M. (2007). Hospitality and hostility in hospitals: A case study of an EPR adoption among surgeons. *European Journal of Information Systems*, 16(6): 672–680.

<sup>598</sup> Fratantuono, M. J., Sarcone, D. M. (2008). Clear, strong, and balanced links among environment, culture, and strategy: The case of a successful nonprofit community hospital. *Strategic Management Review*, 2(1): 23–43.

grupių poreikius aukščiau. Dažniausiai medicinos personalo vaidmuo konkuruoja su pacientų vaidmeniu, tarsi taip sutelkiant didesnę dėmesį į pacientus ir iškeliant jų svarbą, kaip vienintelius e. sveikatos paslaugų vartotojus.

Trečiaja suinteresuotųjų grupe galime vadinti sveikatos priežiūros institucijos **administratorius**. Jie neretai turi visiškai kitokių poreikių, lūkesčių ir vadovaujasi dažnai visiškai kitokiomis vertybėmis nei gydytojai ar slaugytojai<sup>599</sup>. Administratoriai neretai, be tiesioginių lūkesčių dėl e. sveikatos paslaugų, kurios palengvina medicinos gydymo procesus, tikisi iš naujų technologinių sistemų ir valdymui tinkamų duomenų kaupimo, stebėsenos, o vėliau ir analizės. Toks poreikis atsiranda, kai administratoriai, vykdydami savo kasdienes funkcijas, tampa atsakingi už įstaigos teikiamų paslaugų kokybės vertinimus. Jie dažniau nei medicinos personalas susiduria su teisinio reguliavimo interpretacijomis bei išoriniu spaudimu realizuoti vienas ar kitas savo institucijos funkcijas nauju lygiu. Šie papildomi administratorių tikslai išplečia ir e. sveikatos plėtros kryptis<sup>600</sup>.

Vidiniai sveikatos priežiūros institucijų suinteresuotieji daugiau mažiau yra pažinti ir pažinūs, tačiau išoriniai suinteresuotieji, tokie kaip **informacinių technologijų (toliau – IT) paslaugų teikėjai** bei konsultantai yra mažiau pažinti<sup>601</sup>. IT sprendimai darosi vis sudėtingesni, jų taikymai diversifikuojasi, o vidiniai sveikatos priežiūros institucijų resursai samdyti IT specialistus yra riboti, atsiranda gyvybiškas poreikis bendradarbiauti su išoriniais IT paslaugų tiekėjais, juos pripažįstant suinteresuotaisiais. Deja, neretai, sveikatos priežiūros įstaigos tikisi iš IT paslaugų teikėjo tik techninio sprendimo, kai įmonė yra jau suformuotos užduoties vykdytoja. Iš jos nebesitikima kūrybinio problemų sprendimo, todėl neretai jų ir neįtraukia į e. sveikatos procesus<sup>602</sup>, palikdami tik kaip pavedimų vykdytojus<sup>603</sup>.

<sup>599</sup> Dhillon, G. (2005). Gaining benefits from IS/IT implementation: Interpretations from case studies. *International Journal of Information Management*, 25(6): 502–515.

<sup>600</sup> Ramanujam, R., Rousseau, D. (2006). The challenges are organizational, not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7): 811–827.

<sup>601</sup> Blake, R. T., Massey, A. P., Bala, H., Cummings, J., Zotos, A. (2010). Driving health IT implementation success: Insights from The Christ Hospital. *Business Horizons*, 53: 131–138.

<sup>602</sup> Aubert, B. A., Barki, H., Patry, M., Roy, V. (2008). A multi-level, multi-theory perspective of information technology implementation. *Information Systems Journal*, 18(1): 45–72.

<sup>603</sup> Somers, T., Nelson, K. (2001). *The impact of critical success factors across the stages of enterprise resource planning implementations*. Proceedings of the 34th Hawaii International Conference on System Sciences, Maui, Hawaii, p. 1–10.

Dar viena reikšminga suinteresuotųjų grupė yra pacientai. Kadangi jau visa sveikatos politika orientuojama į pacientą, suprantant, kad tik pacientas gali įvertinti sveikatos paslaugų kokybę, visi sveikatos priežiūros teikimo modeliai yra grindžiami pacientų poreikiais, įtraukiant pacientus į sprendimų parengimą<sup>604</sup>. Taip pat yra siekiama sukurti tokius e. sveikatos sistemos modulius, kurie padėtų pacientams tapti atsakingiems už savo sveikatą, įsitraukiant į sveikatinimo procesus ir įgalinant pacientą priimti jiems patiems geriausius sprendimus (angl. *self-management*)<sup>605, 606</sup>.

Nepaisant didelio suinteresuotųjų rato bei aiškiai išreikštų jų interesų, egzistuoja gan ryškūs neatitikimai tarp suinteresuotųjų jų pačių vaidmens e. sveikatos procesuose suvokimo, be to, duomenų ir žinių apsikeitimas yra ribojamas įvairių išorinių faktorių, tokių kaip geografinis bei socialinis nutolimas. O visa tai stabdo prasmingą dialogą ir susikalbėjimą nusibrežiant e. sveikatos kūrimo tikslus bei pasirenkant įgyvendinimo priemones<sup>607</sup>. Nors jau yra surinkta pakankamai įrodymų, kad tos organizacijos, kurios deda pastangas pažinti suinteresuotuosius, o vėliau įtraukia juos į savo siekiamo rezultato kūrimą, pasiekia aukštesnių veiklos rezultatų bei pakelia savo rezultatų veiksmingumą<sup>608</sup>, o pasiektas rezultatas suvokiamas kaip bendros kūrybiškos veiklos (angl. *co-production*)<sup>609</sup> pasekmė.

**Suinteresuotųjų kriterijaus įtraukimas į veiklos rezultatyvumo stebėseną.** Jei suinteresuotųjų veiklos indėlis yra toks reikšmingas e. sveikatos sistemos plėtros rezultatyvumui, kaip buvo aptarta, suinteresuotųjų įtrauktis turi tapti integruoto e. sveikatos rezultatyvumo stebėsenos objekto sudeda-

<sup>604</sup> Dansky, K. H., Thompson, D., Sanner, T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, 29(4): 397–404.

<sup>605</sup> Chatterjee, S, Price, A. (2009). Healthy living with persuasive technologies: framework, issues, and challenges. *J Am Med Inform Assoc*, 16(2): 171–178.

<sup>606</sup> van Gemert-Pijnen, J. E., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., Seydel E. R. 2011. A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. *J Med Internet Res*, 13(4), 111.

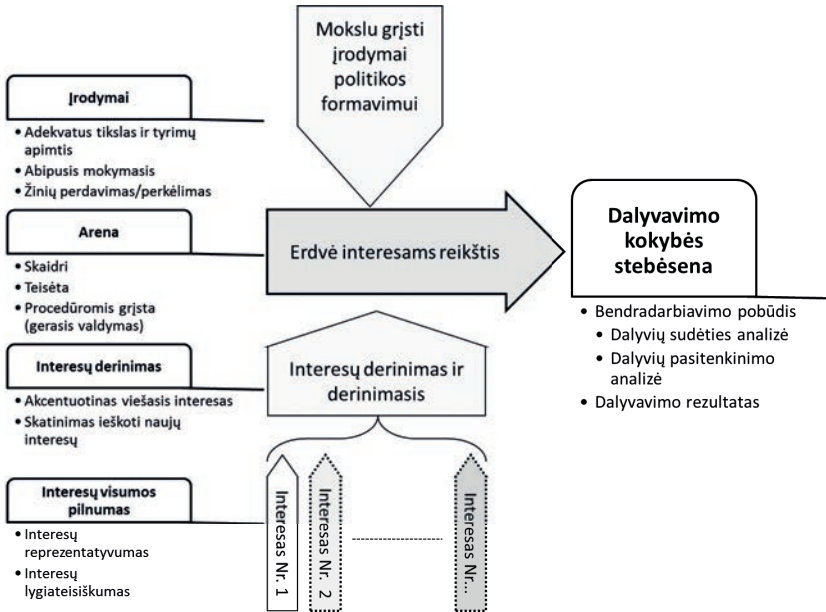
<sup>607</sup> King, G., O'Donnell, C., Boddy, D., Smith, F., Heaney, D., Mair, F. S. (2012). Boundaries and e-health implementation in health and social care, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12(100): 1–11, <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/100>.

<sup>608</sup> Moynihan, D. P., Pandey, S. K. (2010). The big question for performance management: Why do managers use performance information? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(4): 849–866.

<sup>609</sup> Jackson, P. M. (2011). Governance by numbers: What have we learned over the past 30 years? *Public Money and Management*, 31(1), 13–26.



mąja dalimi. Kokius rodiklius būtina stebėti, padeda apsispręsti dalyvavi-  
mu grįstas modelis, kuris išryškina suinteresuotųjų įtraukimo prielaidas ir  
sąlygas<sup>610</sup>, o jo „esminė ašis yra interesų veikimo sritis, veiksmų vieta, kur  
susikerta ar susitinka įvairūs, dažniausiai labai skirtingi ir iš pradžių stipriai  
konfrontuojantys interesai“ (žr. 6.2 pav.).



6.2 pav. Dalyvavimu grįsto sprendimų priėmimo modelis<sup>611</sup>

Dalyvavimu grįstas modelis sujungia:

- **Interesų raiškos veikimo erdvę,**

kuri aprašoma šiomis savybėmis: *skaidrumo* (galimybė interesams reikštis kiekviename sprendimo kūrimo ir paieškos etape), *teisėtumo* (bendrų taisyklių, kurios taikomos interesams valdyti, paskelbimas ir taikymas) bei vadybos *procedūromis grįsta* (už įtraukimą atsakinga institucija dėms tinkamas pastangas įtraukti visiems intere-

<sup>610</sup> Mikulskienė, B., Pitrenaitė, B., Jankauskienė, D. Augaitė, V. 2013. *Interesų raiška viešojo valdymo institucijose: švietimo ir sveikatos sektorių darbo grupių veiklos palyginamoji analizė*: mokslo studija. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 299 p.

<sup>611</sup> *Ibid.*

sams atstovaujančias grupes ir bus įpareigota tai padaryti iš anksto numatytu laiku);

- **Visą interesų rinkinį,**

kuris aprašomas šiomis savybėmis: *reprezentatyvumo* (reikalavimas įtraukti kiek galima daugiau interesų grupių, siekiant mažinti interesų atstovavimo fragmentiškumą), *lygiateisiškumo* (visi interesai vertinami vienodai, vengiant bet kokio vieno intereso protegavimo kito atžvilgiu),

- **Interesų derinimas ir derinimasis,**

kuris aprašomas šiomis savybėmis: *viešojo intereso pirmumo* (konkrečios pastangos nustatyti viešojo ir individualaus intereso ribas), *pastangos ieškoti naujų interesų* (dažniausiai dar tik besiformuojančių ir nesuvoktų visuomenės grupėse).

- **Mokslu grįstų įrodymų naudojimas,**

kuris aprašomas šiomis savybėmis: *adekvatus mokslu grįstų įrodymų* ir *abipusis mokymasis* (susipažinus su esamu įrodymų rinkiniu gali efektyviai vykti, kai įrodymai, pateikiami interaktyviuoju būdu, tampa aktualūs ir susieti su interesų derinimu).

- **Dalyvavimo kokybės stebėseną,**

kuri aprašomas šiomis savybėmis: *bendradarbiavimo pobūdžiu* (įtrauktų į procesus dalyvių sudėtis) bei *dalyvavimo rezultato apibrėžtimi* (naujas suvokimas apie savo interesą, naujos žinos apie kitų interesus, pasitikėjimo susikūrimas tarp konfrontuojančiųjų pusių, įsipareigojimas įgyvendinti pasiektus susitarimus).

Kaip tik dalyvavimo kokybės stebėseną numato pareigą integruoti suinteresuotųjų vaidmenų analizę.

## 6.2. Metodologija

**Duomenys.** Suinteresuotiesiems pažinti reikalinga empirinė informacija. Egzistuoja dvi suinteresuotųjų pažinimo strategijos. Viena jų remiasi kokybiniais tyrimais. Tyrimo metu pradedama nuo kelių gerai žinomų suinteresuotųjų. Pokalbių su jais metu išsiaiškinama, kaip jie vertina save kaip suinteresuotuosius ir kaip jie vertina kitas jiems žinomas suinteresuotąsias organizacijas ar asmenis. Toliau į tyrimą įtraukiami pirmųjų tyrimo etapų metu atrasti suinteresuotieji. Tai kartojama, kol jų ratas tampa baigtinis ir nauja informacija daugiau nebeatrandama. Šia metodika veikia žinomi

metodai, tokie kaip tikslinės grupės, pusiau struktūrizuoti interviu, sniego gniūžtės metodai, interesų įtakos matrica, Q metodologija<sup>612</sup>. Kita suinteresuotųjų tyrimo strategija remiasi dokumentuota informacija, kurioje yra užfiksuoti procesų dalyviai, ir taip rekonstruojamas formalus tinklas. Toks formalus tinklas atspindi ryšius tarp institucijų<sup>613</sup>. E. sveikatos dalyviai gan gerai yra reprezentuojami e. sveikatos plėtros projektuose. Projektai grįstas e. sveikatos finansavimas yra naudingas dėl dviejų dalykų. Viena vertus, tai padeda kurti e. sveikatos elementus pagal pirmo būtinumo prioritetus ir koncentruojant lėšas tik į tuos sistemos elementus, kurie gali turėti reikšminį poveikį sistemai. Antra vertus, projektinis valdymas palengvina laiko ir fiksuoto biudžeto valdymą, įpareigojant pasiekti apsibrėžtus rezultatus projekto pabaigoje. Kadangi e. sveikatos plėtra yra brangi ir sudėtinga veikla, reikalaujanti didelių laiko ir finansų investicijų, beveik visi e. sveikatos pasiekimai yra atlikti Lietuvoje naudojantis tiksliniu finansavimu, skiriant tam tikslines investicijas iš ES struktūrinės paramos arba kitų šaltinių. Labai retais atvejais kai kurias, ne tokias sudėtingas e. sveikatos sistemos dalis, sveikatos priežiūros įstaigos bandė kurti savo lėšomis, bet tai buvo pavienės, mažų apimčių iniciatyvos. Be to, reikia turėti omenyje, kad tai galėjo daryti tik labai stiprios sveikatos priežiūros įstaigos. Todėl pasirinkus ES struktūrinės paramos projektų dalyvius socialinių tinklų analizei nepadarysime reikšminės paklaidos.

Tyrimui buvo surinkti visi 2007–2013 metais vykdyti e. sveikatos projektai. Juose dalyvaujančias įmones ir organizacijas galime vadinti suinteresuotaisiais, kurie kiekviename projekte gali užimti vis kitą vaidmenį. Jei viename yra koordinatorius, kitame gali būti partneris. Regionines ligonines dėl jų unifikuoto vaidmens e. sveikatos projektuose toliau nagrinėsime kaip vieną suinteresuotųjų grupę. Kartu su regioninėmis ligoninėms iš viso projektuose dalyvavo 40 organizacijų. Visas e. sveikatos projektų dalyvių sąrašas pateiktas 6.1 lentelėje.

<sup>612</sup> Reed, S. M., Graves A., Dandy, N., Posthumus, H., Hubacek, K., Morris, J., Prell, C., Quinn, C. H., Stringer, L. C. (2009). Who's in and why? A typology of stakeholder analysis methods for natural resource management. *J. of Env. Manag.*, 90: 1933–1949.

<sup>613</sup> van Egeraat, Ch., Curran, D. (2010). Social Network Analysis of the Irish Biotech Industry: Implications for Digital Ecosystems. Digital Ecosystems. Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, *Social Informatics and Telecommunications Engineering*, 67: 31–43.

Pagal ES struktūrinės paramos paskirstymo taisykles, šių projektų koordinatoriai ir projektų partneriai yra sveikatos priežiūros įstaigos arba vyriausybės paskirtos įstaigos, vykdančios politikos įgyvendinimą arba priežiūrą, arba joms pavesta teikti specifines paslaugas. Tuo tarpu e. sveikatos kūrimo ir diegimo paslaugos yra įsigyjamos viešųjų pirkimų būdu. **Šias paslaugas teikia privataus kapitalo įmonės, kurios specializuojasi** teikti IT paslaugas. Informacija apie e. sveikatos projektus ir apie projektų dalyvius yra viešai prieinama ir buvo surinkta iš viešojo ES paramos internetinio puslapio. Tuo tarpu informacija apie kitus projektų veiklų vykdytojus, kurie buvo atrinkti viešojo pirkimo būdu, buvo surinkta iš viešųjų pirkimų oficialių ataskaitų. Į tyrimo imtį taip pat pateko ir viešuosiuose pirkimuose dalyvavusieji, bet konkurso nelaimėję dalyviai, taip surenkant informaciją apie esamus, bet nerealizuotus interesus.

**6.1 lentelė.** 2007–2013 m. e. sveikatos vykdytų projektų dalyvių sąrašas ir jų klasifikacija

	Organization	Pagrindinė veikla	Status	Pagrindinis vaidmuo
1.	UAB „Jostra“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
2.	UAB „Informacinės konsultacijos“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
3.	UAB „IO projects“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
4.	UAB „CIVITTA“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
5.	UAB „Santa Monica Networks“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
6.	UAB „S4ID“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
7.	UAB „ERNST AND YOUNG BALTIC“	Konsultacijos	Privataus kapitalo įmonė	Konsultacijos
8.	UAB „Investiciniai projektai“	Konsultacijos	Privataus kapitalo įmonė	Konsultacijos
9.	UAB „Price waterhouse Coopers“	Konsultacijos	Privataus kapitalo įmonė	Konsultacijos
10.	UAB „TOWI“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas

11.	UAB „Metasite Business Solutions“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
12.	UAB „GLIMSTEDT“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
13.	UAB „Webmedia“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
14.	AS Webmedia (Estonia)	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
15.	UAB „ERP“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
16.	UAB „Sintagma“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
17.	UAB „ALGORITMŲ SISTEMOS“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
18.	UAB ATEA	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
19.	UAB „AFFECTO LIETUVA“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
20.	Daekyo CNS Co. Ltd (Soth Korea)	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
21.	UAB „Tieto Lietuva“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
22.	Tieto Latvia, SIA (Latvia)	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
23.	UAB „PUBLICUM“	Konsultacijos	Privataus kapitalo įmonė	Konsultacijos
24.	UAB „Avenire“	IT	Privataus kapitalo įmonė	IT paslaugų tiekėjas
25.	Sveikatos apsaugos ministerija	Ministerija	Valstybės valdymo institucija	Valstybinis reguliavimas
26.	Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos	Ligoninė	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
27.	LSMU ligoninė Kauno klinikos	Ligoninė	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
28.	Regioninės ligoninės	Ligoninė regione	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
29.	Viešojoji įstaiga Kauno klinikinė ligoninė	Ligoninė regione	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
30.	Registrų centras	Registravimo paslaugos	Biudžetinė įstaiga	Viešosios paslaugos

31.	VšĮ Kauno universitetinė ligoninė	Ligoninė	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
32.	VšĮ VU ligoninė Žalgirio klinikos	Ligoninė regione	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
33.	VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė	Ligoninė	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
34.	VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	Ligoninė regione	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
35.	VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	Ligoninė regione	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
36.	Lietuvos medicinos biblioteka	Biblioteka	Biudžetinė įstaiga	Viešosios paslaugos
37.	VšĮ Centro poliklinika	Ligoninė	Biudžetinė įstaiga	Sveikatos priežiūros įstaiga
38.	Susisiekimo ministerija	Ministerija	Valstybės valdymo institucija	Valstybinis reguliavimas
39.	Lietuvos paštas	Paštas	Valstybės įmonė	Pašto paslaugų teikėjas
40.	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiksnių tarnyba	Akreditavimo agentūra	Biudžetinė įstaiga	Priežiūros institucija

**Metodai.** Pirminiame analizės etape e. sveikatos projektuose dalyvaujančios organizacijos buvo sugrupuotos pagal jų funkcijas projektuose (pvz., IT paslaugos, konsultacijos, reguliavimas), pagal atstovaujamos organizacijos pagrindinę veiklos kryptį (pvz., ministerija, IT ir pan.) bei pagal kapitalo pobūdį (pvz., privati įmonė, biudžetinė įstaiga). Toks suinteresuotųjų klasifikavimas leido toliau išryškinti esminius jų vaidmenis procese.

Suinteresuotųjų vaidmenų tyrimas buvo atliekamas socialinių tinklų analizės (STA) metodu, taikant UCINET tinklų analizės paketą, tinklų vizualizacija atlikta naudojant NetDraw<sup>614</sup>. Socialinių tinklų analizė, padėdama atkurti egzistuojančius ryšius tarp tinklo narių, padeda pažinti susiformavusią bendradarbiavimo praktiką tarp suinteresuotųjų. Taip pat analizuojant tinko ryšių ilgius galima pažinti, kokius vaidmenis prisiima suinteresuotieji tinkle ir projekte arba kokius vaidmenis jiems skiria dominuojantys tinkle nariai. Tyrimui buvo formuojami dvimačiai tinklai, iš kurių toliau buvo formuojami vienmačiai tinklai.

<sup>614</sup> Borgatti, S., Mehra, A., Brass, D. & Labianca, G. (2009). Network Analysis in the Social Sciences. *Science*, 323(5916): 892–895.

Naudojantis projektų ir juose dirbančių projekto dalyvių tarpusavio priklausomybe yra atkuriamas dvimatis tinklas, grįstas tinklo narių (dalyvis-projektas) dvimatėmis priklausomybėmis (angl. *affiliation network*), kai tas pats narys yra susiejamas su visais tais projektais, kuriuose jis dalyvauja<sup>615</sup>. Dvimačių priklausomybių tinklai dažniausiai yra atgaminami iš dokumentų ir reprezentuoja visą tinklą, be kokių nors tinklo trūkių dėl informacijos nepasiekiamumo ar pan., kaip dažnai būna sniego gniūžtės metodais atkuriamų socialinių ryšių tinkluose. Kadangi stebimas formalus tinklas, smulkesnė suinteresuotųjų analizė negalima, o šis tyrimas yra institucinių suinteresuotųjų analizė.

Taigi e. sveikatos tinklas suformuotas iš 19 projektų ir 40-ties tuose projektuose dalyvavusių organizacijų. Nors pirminis socialinis tinklas formuojamas kaip dvimatis tinklas, jį išnagrinėjus, dvimatis tinklas buvo transformuojamas į vienmatį tinklą, kuriame jau suinteresuotieji yra susieti ne su projektais, bet tarpusavyje. Toliau analizuojami vienmačio tinklo parametrai.

### 6.3. Socialinių tinklų analizė: suinteresuotųjų bendradarbiavimo raiška

E. sveikatos projektų ir suinteresuotųjų STA yra siekiame užčiuopti viešai neišreikštus priklausomybės ryšius, kurie gali nulemti bendradarbiavimo formavimąsi ir dinamiką ateityje bei daryti poveikį e. sveikatos vystymosi eigai. Dvimatis tinklas, dar vadinamas priklausomybių tinklu, formuojamas tarp dviejų skirtingų vienetų, t. y. tarp projektų ir suinteresuotųjų. Tokia tinklo raiška leidžia užčiuopti tuos centrinius tinklo mazgus, kurie yra linę bendradarbiauti viename projekte ir turi daugiau galimybių savo sukauptas žinias viename projekte perkelti į kitą projektą ir paskleisti tarp kito projekto narių, taip sukuriant stipresnius ir glaudesnius ryšius su didesniu skaičiumi tinklo narių. Taigi dvimatis tinklas pateikia daugiau informacijos interpretuojant tinklo narių suformuotų ryšių prigimtį, nes, be tiesioginių ryšių tarp narių, tyrėjai taip pat gali sekti ir ryšių atsiradimo priežastį (dalyvavimas viename ar kitame projekte). Dvimatis e. sveikatos tinklas pavaizduotas 6.3 paveiksle. Raudonas rutuliukas simbolizuoja projektus, mėlynais kvadratėliais žymimi suinteresuotieji – projektų dalyviai.

<sup>615</sup> Borgatti, S. P., Everett, M. G. (1997). Network analysis of 2-mode data. *Social Networks*, 19: 243–269.

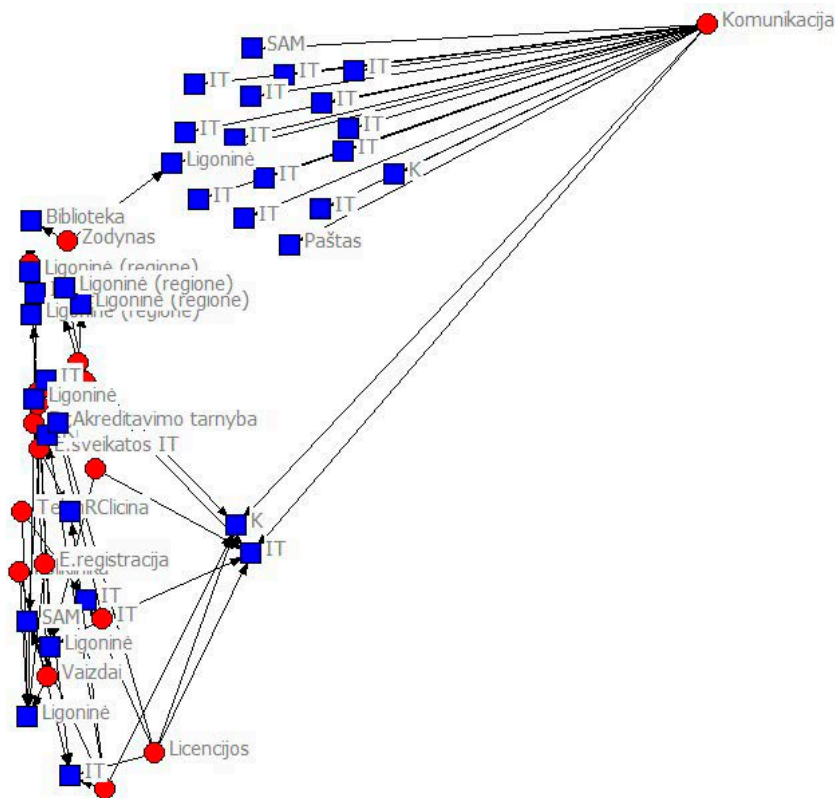




Pirminė dalyvių analizė rodo, kad projektuose dalyvių spektras gan platus. Projektuose yra įtraukti ir dalyvauja valstybės reguliavimo ir koordinavimo funkciją vykdančios institucijos (pvz., ministerijos), priežiūros institucijos (pvz., akreditacijos įstaiga), verslas (IT įmonės).

Bendra tinklo analizė rodo, kad kiekviename projekte dalyvauja mažiausiai du dalyviai, kurių vienas yra koordinatorius, o kitas paslaugas parduodanti įmonė. Tiesa, tokių projektų, kur dalyvauja tik vienas ar du dalyviai per tiriamąjį laikotarpį, buvo tik trys. Taip pat iš šių mazgų jungčių matome, kad šiais konkrečiais atvejais pirkimo metu nebuvo net jokių papildomų pasiūlymų iš IT rinkos dalyvių, o paslauga buvo nupirktą tik iš vieno pasiūlymo. Svarbu atkreipti dėmesį, kad visi trys tokie projektai buvo įgyvendinami regionuose, kur tikėtina IT paslaugų pasiūlos konkurencijos galėjo ir nebūti dėl mažos pasiūlos. Kitais atvejais tiek projekto dalyvių, tiek susidomėjusių pirkimu buvo daugiau. Tinklo analizė taip pat parodė, kokia strategija paslaugų tiekėjai vadovavosi, bandydami dalyvauti viešuosiuose pirkimuose: IT paslaugų tiekėjai paprastai susiburdavo į konsorciumus ir dalyvavo pirkime kaip įmonių grupė iš dviejų trijų įmonių. Tad jau vien iš tinklo matome, kad įmonės, veikdamos e. sveikatos srityje, siekia minimizuoti galimą konkurenciją rinkoje susiburdamos į konsorciumus ir taip iš konkurencinės kovos siekdamos pašalinti kitas e. sveikatos paslaugas galinčias tiekti įmones.

Analizuojant turimą dvimatį tinklą, buvo atlikta pagrindinių komponentų analizė (angl. *Principal component analysis*). Ši analizė skaičiuoja atstumus tarp mazgų ir pagal mazgų nutolinimą vienas nuo kito vizualiai grupuoja juos į klasterius (tarsi juos grupuoja pagal būdingus bruožus – elgsenos panašumus ir skirtumus). Vienodais atstumais nutolę mazgai tinkle užima tą pačią erdvinę poziciją ir suformuoja santalkas (angl. *hub*). 6.4 paveiksle aiškiai išsiskiria viena koncentruota dalyvavimo erdvė, kurią užima projektas: „Elektroninių pranešimų ir elektroninių dokumentų fiziniams ir juridiniams asmenims pristatymo sistemos (toliau – E. pristatymo sistema) sukūrimas“. Jis sukėlė neįtikėtina didelį verslo įmonių susidomėjimą. Tai Susisiekimo ministerijos įgyvendinamas projektas, kuriame kaip partneriai dalyvauja Paštas ir Centro poliklinika. Įdomiausia, kad šio projekto pirkimuose aktyviai dalyvavusios įmonės, neparodė analogiško susidomėjimo jokiam kitam e. sveikatos projektui. Tik dvi šiuo projektu susidomėjimą parodžiusios įmonės yra laimėjusios kitų projektų konkursą.



6.4 pav. Dvimačio 2007–2013 m. e. sveikatos sistemos plėtros projektų tinklo vizualizacija pagal pagrindinių komponentų analizės metodą

Maža arba išnykusi IT įmonių konkurencija taip pat gerai matosi ir iš tinklo periferijos. Lokalus e. sveikatos projektai įgyvendinami vienos konkrečios įmonės, kuriai nėra poreikio burtis į konsorciumą ir bendradarbiauti su kitomis įmonėmis. Ir gan keista tendencija, kad šios periferijoje veikiančios įmonės neturi daugiau ryšių su kuriuo nors per septynerių metų laikotarpį vykdomu projektu. Šioje tendencijoje galime užvelgti nemažai pavojų: vienas jų – įmonė, dalyvaujanti vieninteliame projekte, neturi patirties su kokiomis sėkmėmis ar nesėkmėmis susiduriama įgyvendinant analogiškus projektus. Jų žinios, kaip tos problemos buvo spręstos arba išspręstos, taip pat ribotos. Joms tenka mokytis pačioms iš savęs. Nebent tikimasi, kad projektų koordinatoriai turi pakankamai tokių projektų įgyvendinimo patirties.

Iš šios tinklo vizualizacijos taip pat matoma, kad minėtas projektas pasirodė įdomus rinkos dalyviams. Akivaizdu, kad dvi verslo įmonės (viena jų konsultacinė įmonė) užima gan ryškų koordinuojantį vaidmenį tinkle, tuo tarpu visi kiti projektai ir jų dalyviai dalinasi ta pačia tinklo erdve, tuo parodydami savo panašumą.

Detalesnes tinkle veikiančių suinteresuotųjų (mazgų) tarpusavio ryšių savybes gali atskleisti suinteresuotųjų vienmatis tinklas. Tada antru žingsniu dvimatis tinklas buvo transformuotas į vienmatį bendradarbiavimo (angl. *co-affiliation*) tinklą. Šiam tinklui buvo suskaičiuoti visi tinko bendrieji parametrai, tarp jų centriškumas (angl. *centrality*), artumas (angl. *Closeness*), tarpininkavimas (angl. *Betweenness*).

Bendra tinklo parametrų statistika (angl. *multiple statistics*) (pateikta 6.2 lentelėje) bei tinklo vizualizacija leidžia ištirti e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasidalinimą.

**6.2 lentelė.** Bendra 2007–2013 m. e. sveikatos sistemos plėtros projektų dalyvių vienmačio tinklo parametrų statistika

	Tinklo parametrai	Vertė
1.	Vidutinis laipsnis (angl. <i>Avg Degree</i> )	10,75
2.	H rodiklis ( <i>H-Index</i> )	18
3.	Tankis (angl. <i>Density</i> )	0,275641
4.	Fragmentai (angl. <i>Components</i> )	4
5.	Fragmentų santykis (angl. <i>Component Ratio</i> )	0,076923
6.	Suderinamumas (angl. <i>Connectedness</i> )	0,808974
7.	Susiskaldymas (angl. <i>Fragmentation</i> )	0,191026
8.	Artumas (angl. <i>Closure</i> )	0,889704
9.	Vidutinis atstumas (angl. <i>Avg Distance</i> )	1,900159
10.	Standartinis nuokrypis vidutiniam atstumui (angl. <i>SD Distance</i> )	0,810695
11.	Diametras (angl. <i>Diameter</i> )	5
12.	Plotis (angl. <i>Breadth</i> )	0,48735
13.	Kompaktiškumas (angl. <i>Compactness</i> )	0,51265

Toliau aptarsime pagrindinius tinklo parametrus, suteikdami jiems paaiškinamąją prasmę.

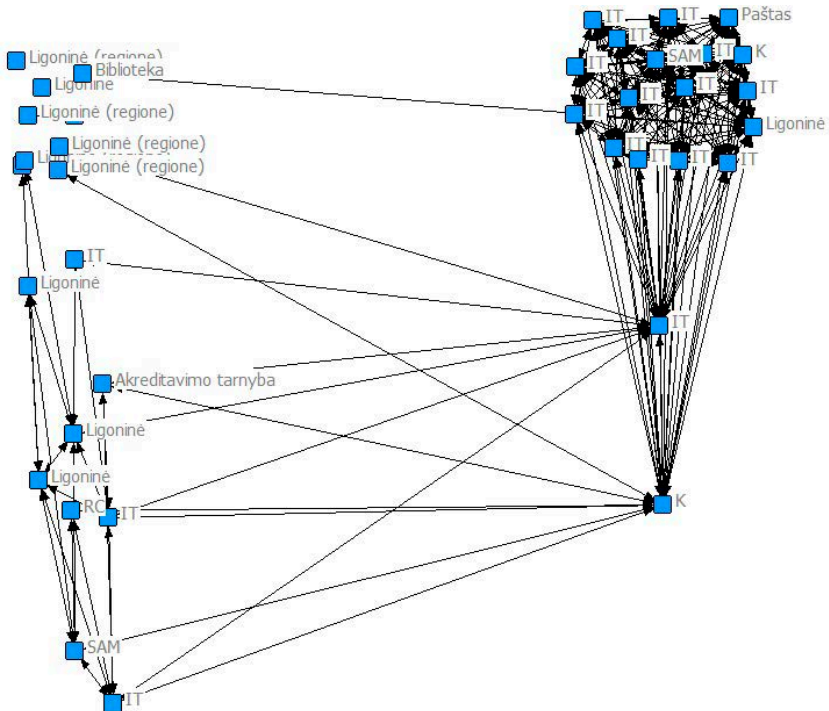
- **Tinklo tankis** rodo, kokia dalis visų maksimaliai galimų tinklo ryšių yra aktyvūs. Šis rodmuo gali charakterizuoti komunikacijos tinkle kokybę: informacijos sklaida tinklu yra galima, tik jei visi mazgai yra su-

sieti ryšiais. Jei kuris nors mazgas neturi ryšių, jis lieka izoliuotas nuo informacijos. Kitas kraštutinis atvejis, kai keli mazgai tinkle yra susieti daugiau nei vienu ryšiu su kitais tinklo mazgais. Toks mazgas tampa informacijos perdavėju. Kuo daugiau yra mazgų, kuriuos sieja daugiau nei vienas ryšys, tuo tankesnis tinklas, tuo informacija sklinda tinke lengviau. Taigi, analizuojant e. sveikatos projektų suformuotus tinkus, stebime gan žemą tinklo tankio vertę, tik 0,28. Tai neturėtų labai stebinti, nes, viena vertus, šią konkrečią vertę nulemia tinklo formavimo si principas – projektą laimi tik vienas pareiškėjas ir vienas ar kelios IT paslaugas teikiančios įmonės ir tik jos priimamos bendradarbiauti. Kita vertus, menkas galimų ryšių skaičius rodo ir sąmoningą norą izoliuoti arba izoliuotis: kadangi kiekviename pirkime laimi vis kita įmonė, tai didžioji tinko narių dalis yra nesusieta tarpusavyje. O tai reiškia, kad informacija apie procesus, vykstančius viename projekte, neturi jokių galimybių būti perduota kito projekto dalyviams.

- **Fragmentai.** Tinklo statistika rodo, kad galima išskirti keturis tinklo fragmentus, kuriuose tinklo nariai elgiasi panašiai ir visi jie fragmento viduje susiję ryšiais. Vienas tinklo fragmentas yra centras – keli dideli projektai, kuriuose dalyvauja tos pačios institucijos ir įmonės, kitas tinklo fragmentas yra tinklo periferija, kuri sutampa su geografine periferija – keli projektai, kuriuose dalyvauja vietinė įmonė ir ligininė. Kiti fragmentai išsidėsto tarp šių dviejų kraštinių sąlygų.
- **Fragmentų santykis.** Šis rodmuo yra lygus vienetui, kai visi tinklo mazgai yra izoliuoti ir lygus nuliui, kai tinkle yra tik vienas fragmentas. E. sveikatos tinklo fragmentų santykis yra 0,07 ir rodo, kad tinkle nedominuoja izoliuoti nariai, bet vienas fragmentas beveik sutampa su visu tinklu. Vadinasi, vienas iš tinklo fragmentų aprašo statistiškai paplitusių mazgų elgseną.
- **Tinklo artumas.** Šis rodmuo parodo, kaip arti kiekvienas tinklo mazgas yra kito atžvilgu (arba mazgo draugai yra ir draugų draugai). Tai reiškia, kad tinkle su dideliu artumo laipsniu visi nariai yra susieti ir nė vienas negali išvengti kito nario poveikio ar nuo tinklo narių pasislėpti. Viena vertus, tai didina informacijos pasidalinimo kokybę, kita vertus, sukuria didesnę pasitikėjimą tinko nariais. E. sveikatos tinklo artumo rodmuo yra gan aukštas, rodydamas, kad atskiri fragmentai tinkle gan gerai dalinasi informacija, kitus izoliuodami.

- **Diametras ir geodezinis atstumas.** Diametras yra didžiausias galimas geodezinis atstumas tarp mazgų, E. sveikatos tinklo diametras yra 5, vadinasi norint pereiti visą tinklą, reikia įveikti penkis žingsnius. Tuo tarpu geodezinis atstumas yra 1.9, tai gan mažas atstumas, rodantis, kad reikia dviejų žingsnių, kuriuos nuėjus tinkle pasieksi bet kurį tinklo narį.

Vienmačiui tinklui taip pat buvo pritaikytas pagrindinių komponentų analizės metodas (žr. 6.5 pav.). Galima labai aiškiai išskirti du tinklo sektorius: viename sektoriuje stebime susikoncentravusias sveikatos priežiūros įstaigas, kitame sektoriuje matome dominuojant IT įmones. Šioje grupėje savo ryšių tankiu išsiskiria du mazgai, kurių vienas yra konsultacijų įmonė.



6.5 pav. Vienmačio tinklo vizualizacija, pritaikius pagrindinių komponentų analizės metodą

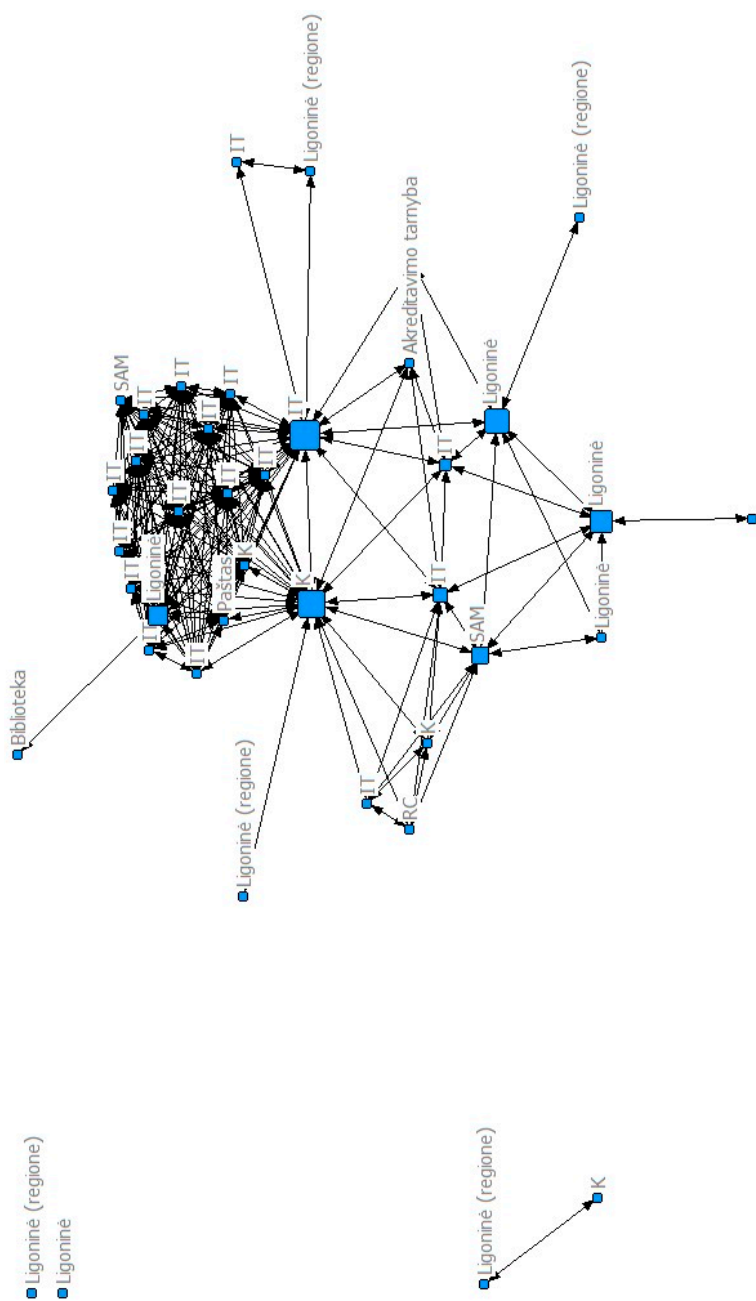
Šią analizę papildoma tinklų parametrai, tokių kaip artumo, tarpininkavimo ir centriškumo analizė.



**Centriškumas.** Centriškumas (angl. *centrality*) – tai kiekvieno tinklo mazgo rodiklis, kuris parodo, kiek konkretus mazgas turi ryšių su kitais mazgais. Kuo didesnis centriškumo laipsnis, tuo įtakingesnis šis mazgas yra kitų mazgų atžvilgiu. Artumo centriškumas ( angl. *Closeness centrality*) yra taip pat mazgo charakteristika ir parodo, kaip arti konkretus mazgas yra kitiems tinklo mazgams. Dažniausiai pats artimiausias mazgas yra geras komunikatorius ir jį siejantys ryšiai su kitais tinklo nariais yra patys artimiausi – juos sieja trumpiausi atstumai. Kuo mažesnė šio rodiklio vertė, tuo didesnis atstumas jungia mazgą su didžiausią įtaką darančiu tinklo nariu. E. sveikatos tinkle galime vienareikšmiškai išskirti keturis svarbiausius tinklo žaidėjus (žr. 6.6 pav.). Tai viena didžiausių ligoninių Lietuvoje VUL Santariškių klinikos, Vilniaus m. Centro poliklinika (viena aktyviausių poliklinikų e. sveikatos plėtroje) ir dvi verslo įmonės, kurių viena konsultacinė.

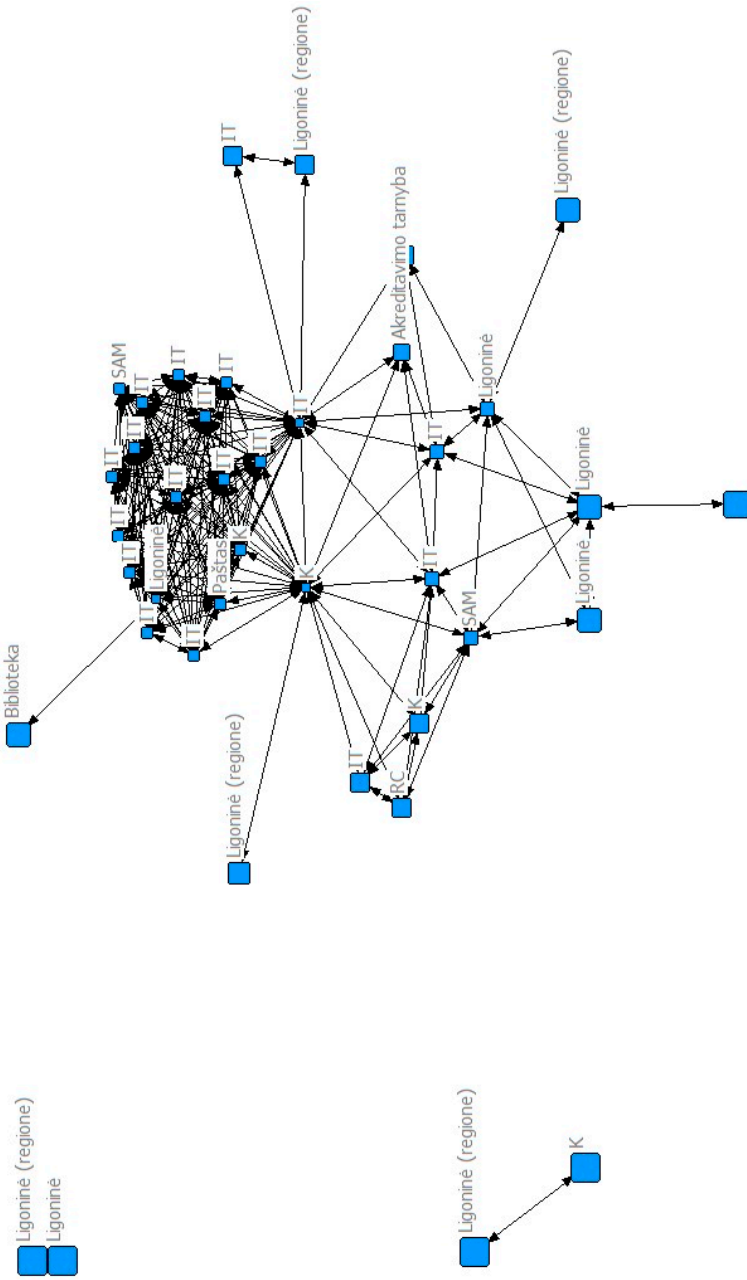
**Tarpininkavimo centriškumas** parodo vieno mazgo poziciją kitų mazgų atžvilgiu tinkle. Kuo didesnė ši vertė, tuo didesnis informacijos srautas, skirtas kitiems mazgams, eina per šį mazgą. Ir atvirkščiai, maža vertė rodo mazgo periferinę poziciją, o tai reiškia, kad per jį informacija į kitas tinklo vietas nėra perduodama, o yra skirta tik jam. Tokia pozicija tinkle užtikrina mazgo tarpininkavimo vaidmenį. E. sveikatos tinklas rodo (žr. 6.7 pav.), kad visų mazgų tarpininkavimo vertės yra daugiau mažiau palyginamos ir pasiekia panašią absoliučią vertę kiekvieno suinteresuotojo grupėje, pvz., sveikatos priežiūros įstaigoms ar IT įmonėms. Vis dėlto tinklo tarpininkavimo vertės rodo, kad sveikatos priežiūros institucijos yra pagrindiniai tinklo nariai (tarpininkavimo vertės didžiausios), jie kaupia informaciją ir ja dalinasi. Tuo tarpu didžioji dalis IT įmonių užima periferines tinklo pozicijas. Tokia tinklo konfigūracija yra nulemta projektų formavimo principų ir atitinka viešojo intereso koncepciją e. sveikatoje. Viešąjį pirkimą laimėjusi įmonė dirba su sveikatos priežiūros įmone visą projekto gyvavimo laiką, ir jokie nauji dalyviai neprisijungia. Netgi bandymai laimėti analogiškus projektus nėra sėkmingi.

Artumo tyrimai (žr. 6.8 pav.) parodo, kad didžiausias artumas tarp IT įmonės ir konsultacinės įmonės, jos ir sujungia svarbiausius tinklo narius, tokius kaip klinika ir poliklinika. Jie taip pat turi gan tankius ryšius su kitais tinklo nariais.



6.7 pav. Vienmačio tinklo vizualizacija, išryškinant tinklo mazgų tarpininkavimo parametrus. Mazgo dydis atitinka tarpininkavimo parametro vertės dydį





6.8 pav. Vienmačio tinklo vizualizacija, išryškinant tinklo mazgų artumo parametrus. Mazgo dydis atitinka artumo parametro vertės dydį

#### 6.4. Ryškiausi e. sveikatos sistemos kūrimo suinteresuotųjų vaidmenys: mediatorius ir visuomenė

Iš abiejų tinklo vizualizacijų, tiek dvimačio, tiek ir vienmačio tinklo, formuojasi tos pačios tinko charakteristikos. Kai kurios IT įmonės (tiesa, jų yra mažuma) labiau įtrauktos / įsitraukusios į e. sveikatos projektus ir yra geriau susipažinusios su e. sveikatos Lietuvoje problemomis, bendra situacija, daugiau sukaupia patirties kitiems dalyvavimo atvejams. Gal šiek tiek stebina ir skatina norą pasigilinti, kodėl didžiausią centriškumą demonstruojanti organizacija nėra IT paslaugų teikėja, bet užsiima finansinėmis ir kitomis konsultacijomis. Panagrinėję detaliau, matome, kad greičiausiai tokios įmonės imasi mediatoriaus vaidmens e. sveikatos projektuose, tarsi suvedamos sveikatos priežiūros įstaigas ir IT įmones draugėn ir taip tarsi mobilizuodamos skirtinga kalba kalbančius suinteresuotuosius pažįstant vienodai siekiamus tikslus.

Bet, kita vertus, toks konsultavimo įmonės vaidmuo gali būti šiek tiek ir pavojingas, ypač kai įmonė šiuo metu užima tokią ryškiai centrinę vietą tinkle. Ši situacija gali turėti kelias pasekmes. Viena jų: tikrieji interesai gali būti pridengiami ir maskuojami kitomis veiklomis, taip tikrieji interesai gali būti iškeipti ir atstovaujami ne ta apimtimi. Kita pasekmė – taip gali kurtis ilga interesų pažinimo grandinė tarp sveikatos priežiūros institucijos ir IT paslaugų teikėjų. Tokiu atveju atsiranda rizikos įgyvendinimo fazėje, kai konsultantai jau ne taip reikalingi. Tiesa, kokybinio tyrimo rezultatai šią jautrią situaciją taip pat leido užčiuopti, teigdami, kad kai kurie suinteresuotieji nėra įtraukiami, retai dalyvauja sprendžiant e. sveikatos reikalus, retai sutinkami arba net nėra žinomi kitoms suinteresuotųjų grupėms. Tuo tarpu konsultantų vaidmenį beveik visi tyrime dalyvę suinteresuotieji aiškiai matė, buvo susipažinę su jų veikla.

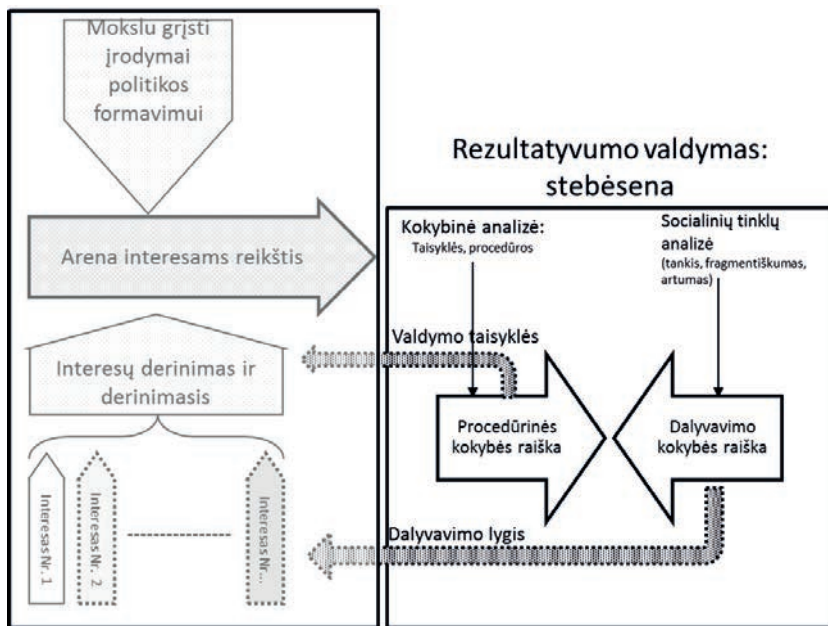
Tiesa, suinteresuotųjų tinklo analizė neparodo jokio visuomenės vaidmens. Projektų formavimo strategai pasakytų, kad nieko keisto, nes visuomenė nėra šių projektų vykdytoja, o tik galimi vartotojai ateityje, tad taip suformavus e. sveikatos tinklus visuomenė ir neturėtų matytis kaip tinklo veikėjas. Tai skamba kaip labai logiškas paaiškinimas arba pasiteisinimas, kodėl visuomenė nedalyvauja e. sveikatos institucionalizuotuose tinkluose, nes projektai yra strategijų įgyvendinimas, darbas, kuriam reikia išteklių. Vis dėlto toks paaiškinimas visai netenkina suinteresuotųjų įtraukimo prie-

laidų. Tenka pripažinti, kad visuomenei sudaromos nelygios sąlygos dalyvauti e. sveikatos reikaluose: projektų finansavimo taisyklėmis tarsi postuluojama, kad bet kurio suinteresuotojo / projekto dalyvio veikla ir indėlis į e. sveikatos projekto sėkmę yra finansuojamas, tai yra jo laiko ir pastangų kaštai yra kompensuojami, tuo tarpu visuomenė tarsi turėtų ir galėtų dalyvauti savo lėšomis.

### **6.5. E. sveikatos suinteresuotųjų įtraukimo rezultatyvumo vertinimo galimybės**

Igyvendinant antrą tyrimo uždavinį (integruoti suinteresuotųjų pažinimo metodus į e. sveikatos sistemos veiklos rezultatyvumo vertinimo sistemą, parenkant tam tinkamiausius metodus) sukaupta pakankamai įrodymų, kad 6.2 paveiksle pavaizduotas dalyvavimu grįstas modelis gali būti patobulintas suteikiant dalyvavimo kokybės elementui užčiuopiamo turinio, jį matuojant.

Patobulintas e. sveikatos suinteresuotųjų įtraukimo rezultatyvumo vertinimo modelis pateiktas 6.9 paveiksle. Modelyje dalyvavimo kokybės elementas gali būti išskaidomas į dalis, kai viena dalyvavimo kokybės dalis gali būti matuojama socialinių ryšių kokybe. Taikant socialinių tinklų analizę, kaip dalyvavimo kokybės tyrimo įrankis, pamatuojamas ne tik formalus suinteresuotųjų dalyvavimo faktas, bet ir reikalaujamas lygiateisiškumas, gebėjimas paveikti sistemą, atvirumas. Aktualus suinteresuotųjų sąrašas, sąveika tarp suinteresuotųjų, formalūs ir neformalūs socialiniai ryšiai, atskleidžia suinteresuotųjų vaidmenis, kuriuos susiformuoja arba juos formuoja išorinės taisyklės arba praktikos bet kurio valdymo ciklo metu. Socialinių tinklų analizė pasufleruoja visą rinkinį rodiklių, kurie puikiai atspindi suinteresuotųjų interesų visumos pilnumą per suinteresuotųjų reprezentatyvumą ir lygiateisiškumą. Tai ir tinklo tankis, suderinamumas, atstumai ir tinklo diametras ar fragmentacija. Vadovaujantis šių rodiklių vertėmis galima priimti sprendimus gerinti interesų balanso siekį. Tokie gan vienareikšmiškai matuojami rodikliai, kurie atspindi suinteresuotųjų vaidmenis ir bendradarbiavimo tarp jų praktikas bei komunikacijos tendencijas, gali būti derinami ne su tokiais tiksliais tyrimais, kuriuos rekomenduoja suinteresuotųjų teorijos siūlomi instrumentai.



6.9 pav. E. sveikatos suinteresuotųjų įtraukimo rezultatyvumo vertinimo modelis

Drauge su vadybos rezultatyvumo matavimais (procedūrų kokybinė ir kiekybinė analizė) galima sukaupti išsamią informaciją apie besiformuojančias suinteresuotųjų įsitraukimo praktikas.

## 6.6. Apibendrinimas

Įgyvendinant pirmą tyrimo uždavinį (ištirti Lietuvos e. sveikatos sistemą kuriant ir įgyvendinant jau veikiančius suinteresuotuosius ir pažinti, koks yra jų vaidmuo visoje e. sveikatos kūrimo grandinėje) buvo ištirti e. sveikatos sistemos kūrimo ir vystymo projektus įgyvendinantys dalyviai, kurie pagal savo interesus yra priskiriami e. sveikatos suinteresuotiesiems.

Pagrindiniais e. sveikatos projektų dalyviais turime laikyti sveikatos priežiūros įstaigas bei IT paslaugas teikiančias įmones. Taip pat gan aktyviai dalyvauja viešojo valdymo institucijos bei valstybės įmonės. Naujas reiškinys 2007–2013 m. įgyvendinant e. sveikatos projektus yra konsultacinių įmonių dalyvavimas. Šios įmonės neteikia jokių IT paslaugų.

Tai, kad tinklo centriniais mazgais (didžiausias centriškumo laipsnis ir tarpininkavimo laipsnis) yra projektus įgyvendinančios ligoninės ir poliklinikos, yra pozityvi e. sveikatos vystymosi tendencija, kai e. sveikatos produkto savininkais tampa sveikatos priežiūros įstaigos, nes jos gali geriausiai ir trumpiausiu būdu susirinkti informaciją apie e. sveikatos aktualiuosius poreikius.

E. sveikatos sistemos plėtros projektų tinklas parodė, kad IT įmonės veikia taip, kad mažintų konkurenciją rinkoje: įmonės buriasi į konsorciumus drauge su konsultacinėmis įmonėmis. Regionuose e. sveikata kuriama lokalių įmonių, kurios nėra kitų projektų dalyvės ir net nėra tarp jų, kurios norėtų parodyti savo interesą (būtų dalyvavusios kitame nei laimėtame viešajame kvietime). Maža arba nykstanti konkurencija gali rodyti, kad kuriamas labai specifinis produktas, bet kartu gali rodyti ir dirbtinį rinkos žaidėjų eliminavimą.

IT įmonių vaidmuo e. sveikatos 2007–2013 m. projektų tinkluose yra iš esmės pasikeitęs, nei tai vyko 2004–2006 m. e. sveikatos plėtros veikloje. Anksčiau IT įmonės buvo pagrindinis žaidėjas, kuris formavo e. sveikatos turinį, nes tik jos išmanė IT (su jomis buvo konsultuojamasi), tačiau šiuo metu IT įmonės yra tik paslaugos teikėjos ir tinkle užima periferinį vaidmenį. Išimtis – kelios IT įmonės, kurioms pavyko tapti centriniais tinklo mazgais ir laimėti konkurencinę kovą.

Mažas e. sveikatos tinklo tankis rodo gan didelę suinteresuotųjų izoliaciją. Tokioje tinklo konfigūracijoje labai patogiai gali rasti sau vietą kito tipo, nei IT paslaugas teikiančios, įmonės, pvz., konsultantai. Tokias tendencijas ir stebime. Vienas centrinis tinklo žaidėjas yra konsultacinė įmonė, kuri vaidina mediatoriaus vaidmenį, tarsi padėdama susiklabėti tiems, kurie kalba skirtingomis kalbomis. Bet kartu atsiranda papildomos rizikos susikurti gan ilgai interesų atstovavimo grandinei. O tai nutolina autentiškus interesus nuo interesų raiškos arenos, taip iškreipdama ir interesų balansą.

Silpniausiai išreiškta arba, tiksliau, neturinti jokios raiškos e. sveikatos formaliuose instituciniuose tinkluose suinteresuotųjų grupė yra visuomenė arba pacientas. Tai, kad kitų suinteresuotųjų grupių pastangos kuriant e. sveikatos sistemą yra kompensuojamos, o pacientas pagal nutylėjimą turėtų dalyvauti savo lėšomis sukuria netolygaus dalyvavimo prielaidas. O tai ir stebima Lietuvos e. sveikatos plėtroje.

**Apibendrinant galima teigti, kad stebima e. sveikatos plėtra įgyvendinant projektus sukuria ne suinteresuotųjų bendradarbiavimo santykį, o konkurencinę paslaugų teikimo ir apmokėjimo už jas aplinką.**

Igyvendinant antrą tyrimo uždavinį (integruoti suinteresuotųjų pažinimo metodus į e. sveikatos sistemos veiklos rezultatyvumo vertinimo sistemą, parenkant tam tinkamiausius metodus) buvo patobulintas dalyvavimu grįstas modelis suteikiant dalyvavimo kokybės elementui užčiuopiamą ir pamatuojamą turinį, vertinant suinteresuotųjų įtraukimo kokybę. Šis modelis yra grindžiamas vienareikšmiškai matuojamų dalyvavimo kokybės rodiklių rinkiniu. Tokius rodiklius pasiūlo socialinių tinklų analizė.

### Literatūros sąrašas

1. Alonzo, A., Simon, A. (2008). Have stethoscope, will travel: contingent employment among physician health care providers in the United States. *Work, Employment and Society*, 22: 635–654.
2. Ash, J., Gorman, P., Lavelle, M., Lyman, J. (2000). Multiple perspectives on physician order entry. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2243815/pdf/procamiasymp00003-0062.pdf>.
3. Aubert, B. A., Barki, H., Patry, M., Roy, V. (2008). A multi-level, multi-theory perspective of information technology implementation. *Information Systems Journal*, 18(1): 45–72.
4. Bhattacharjee, A., Hikmet, N. (2007). Physicians' resistance toward health-care information technology: A theoretical model and empirical test. *European Journal of Information Systems*, 16(6): 725–737.
5. Blake, R. T., Massey, A. P., Bala, H., Cummings, J., Zotos, A. (2010). Driving health IT implementation success: Insights from The Christ Hospital. *Business Horizons*, 53: 131–138.
6. Boonstra, A., van Offenbeek, M. (2010). Towards consistent models of e-Health implementation: structural analysis of a telecare programme's limited success. *Information Systems Journal*, 20(6): 537–561.
7. Borgatti, S., Mehra, A., Brass, D. & Labianca, G. (2009). Network Analysis in the Social Sciences. *Science*, 323, 5916: 892–895.
8. Buschor, E. (2013). Performance Management in the public sector: Past, current and future trends. *Tėkhne*, 11(1): 4–9.
9. Dansky, K. H., Thompson, D., Sanner, T. (2006). A framework for evaluating eHealth research. *Evaluation and Program Planning*, 29(4):397–404.
10. Dhillon, G. (2005). Gaining benefits from IS/IT implementation: Interpretations from case studies. *International Journal of Information Management*, 25(6): 502–515.

11. Driessen, P. H., Hillebrand, B. (2013). Integrating multiple stakeholder issues in new product development: An exploration. *Journal of Product Innovation Management*, 30 (2): 364–379.
12. Driessen, P. H., Kok, R. A.W., Hillebrand, B. (2013). Mechanisms for stakeholder integration: Bringing virtual stakeholder dialogue into organizations. *Journal of Business Research*, 66 (9): 1465–1472.
13. European Commission. (2011). European Countries on tHIR journey towards national eHealth infrastructures, *Final report*, p. 46.
14. Fratantuono, M. J., Sarcone, D. M. (2008). Clear, strong, and balanced links among environment, culture, and strategy: The case of a successful nonprofit community hospital. *Strategic Management Review*, 2(1): 23–43.
15. Garman, A. N., Leach, D. C., Spector, N. (2006). Worldviews in collision: ConflIT and collaboration across professional lines. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7): 829–849.
16. Guisset, A. L., Sicotte, C., Leclercq, P., D’Hoore, W. (2002). Defining hospital performance: a survey among key stakeholders in hospitals. *Sciences Sociales et Santé*, 20(2): 65–102.
17. Hage, E., Roo, J. P., van Offenbeek, M. AG., Boonstra, A. (2013). Implementation factors and tHIR effect on eHealth service adoption in rural communities: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 13(19): 1–16.
18. Jackson, P. M. (2011). Governance by numbers: What have we learned over the past 30 years? *Public Money and Management*, 31(1): 13–26.
19. Jensen, T. B., Aanestad, M. (2007). Hospitality and hostility in hospitals: A case study of an EPR adoption among surgeons. *European Journal of Information Systems*, 16(6): 672–680.
20. 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, <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/100>.
21. Koelewijn, W. T., Ehrenhard, M. L., Groen, A. J., van Harten, W. H. (2012). Intraorganizational dynamics as drivers of entrepreneurship among physicians and managers in hospitals of western countries. *Social Science and Medicine*, 75(5): 795–800.
22. Lorenzi, N., Riley, R. (2000). Managing change: An overview. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(2): 116–124.
23. Mauro, M., Cardamone, E., Cavallaro, G., Minvielle, E., Rania, F., Sicotte, C., Trotta, A. (2014). Teaching hospital performance: Towards a community of shared values? *Social Science and Medicine*, 101: 107–112.
24. McLoughlin, I. (1999). *Creative technological change*. Routledge Publishers: London.

25. Mikulskienė, B., Pitrenaitė, B., Jankauskienė, D., Augaitė, V. (2013). *Interesų raiška viešojo valdymo institucijose: švietimo ir sveikatos sektorių darbo grupių veiklos palyginamoji analizė: mokslo studija*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 299 p.
26. Moynihan, D. P., Pandey, S. K. (2010). The big question for performance management: Why do managers use performance information? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(4): 849–866.
27. Phillips, R., Freeman, R. E., Wicks, A. C. (2003). What stakeholder theory is not. *Business Ethics Quarterly*, 13(4): 479–502.
28. Pitrenaitė, B., Mikulskienė, B. (2012). Requirements for Participatory Framework on Governmental Policy Level. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, 4, 1, p. 3–14.
29. Ramanujam, R., Rousseau, D. (2006). The challenges are organizational, not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7): 811–827.
30. Reed, S. M., Graves, A., Dandy, N., Posthumus, H., Hubacek, K., Morris, J., Prell, C., Quinn, C. H., Stringer, L. C. (2009). Who's in and why? A typology of stakeholder analysis methods for natural resource management. *J. of Env. Manag.*, 90: 1933–1949.
31. Scottish Government. (2008). *Organizational Performance Management in a Government Context: A Literature Review*. Dr. Bobby Mackie, p. 42.
32. Singleton, P., Pagliari, C., Detmer, D. (2009) *Critical Issues for Electronic Health Records, Considerations from an Expert Workshop*. The Nuffield Trust, London.
33. Somers, T., Nelson, K. (2001). *The impact of critical success factors across the stages of enterprise resource planning implementations*. Proceedings of the 34th Hawaii International Conference on System Sciences, Maui, Hawaii, p. 1–10.
34. van Egeraat, Ch., Curran, D. 2010. Social Network Analysis of the Irish Biotech Industry: Implications for Digital Ecosystems. Digital Ecosystems. Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, *Social Informatics and Telecommunications Engineering*, 67: 31–43.
35. van Gemert-Pijnen, J. E., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., Seydel, E. R. 2011. A Holistic Framework to Improve the Uptake and Impact of eHealth Technologies. *J Med Internet Res*, 13(4): 111.
36. van Helden, G. J., Reichard, C. 2013. A meta-review of public sector performance management research. *TĖKHNE - Review of Applied Management Studies*, 11: 10–20.
37. Venkatraman, S., Bala, H., Venkatesh, V., Bates, J. (2009). Six strategies for electronic medical records systems. *Communications of the ACM*, 51(11): 140–144.
38. Zinkhan, G. M., Balazs, A. I. (2004). A stakeholder-integrated approach to health care management. *Journal of Business Research*, 57(9): 984–989.



## 7. E. SVEIKATOS SUINTERESUOTŪJŲ BENDRADARBIAVIMO PLATFORMA

---

prof. dr. Birutė Mikulskienė

Drauge su informacinių technologijų vystymusi atsirado plačios galimybės efektyviau valdyti sveikatos informaciją, tuo labiau kad sveikatos apsaugos sistema pati generuoja didelius srautus informacijos. Šie informacijos srautai sisteminant padeda priimti geresnius su sveikata susijusius sprendimus, ekonomiškiau naudoti finansinius išteklius. Sveikatos informaciniai sprendimai tampa svarbūs ne tik sveikatos priežiūros institucijoms, bet ir pacientui bei gyventojui plačiąja prasme. Taigi e. sveikata, kaip informacijos valdymo sistema, didina sveikatos paslaugų teikimo efektyvumą, suteikia pacientui daugiau saugumo. Tai tampa galingu įrankiu, kuris įneša nemažai pokyčių: keičia įprastus darbo principus, požiūrį į sveikatos resursus ir jų valdymą, galų gale keičia sveikatos institucijų organizacines struktūras, o e. sveikatos naudotojais tampa visi, pradedant sveikatos specialistais ir baigiant pacientais bei politikais. Tuo pat metu e. sveikatos sprendimai sukūrė reikšmingą rinką ir daro poveikį ekonomikai, užimtumui bei inovacijoms.

E. sveikatos įgyvendinimas keičia egzistuojančias sistemas ir palaipsniui tampa pagrindine priemone, palengvinančia sveikatos priežiūros specialisto kasdienį darbą. Tačiau jų kūrimas atskleidė ne tik technologinius kūrimo ir naudojimosi trukdžius, bet taip pat ir struktūrinių reformų sveikatos priežiūros organizacinėse struktūrose, naujų politinių sprendimų, procesų, finansų valdymo poreikį. Pripažįstama, kad e. sveikatos plėtra nacionaliniu lygiu labai priklauso nuo dinaminių valdymo pokyčių, ypač tinkamai derinant centralizaciją su decentralizacija, kuriant sinergiją ir sistemos atvirumą suinteresuotiesiems<sup>616</sup>.

Aptariant suinteresuotųjų dalyvavimo viešosios politikos formavimo procesuose naudą ir vietą, pirmiausia akcentuotina normatyvinė plataus dalyvavimo prielaida: tie, kurie bus tiesiogiai arba netiesiogiai paveikti

---

<sup>616</sup> Kierkegaard, P. Governance structures impact on eHealth. Health Policy and Technology (2014). <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlpt.2014.10.016>.

būsimo sprendimo, turi teisę aktyviai dalyvauti jį priimant. Kita suinteresuotųjų įtraukimo prielaida yra suvokimas, kad suinteresuotieji sprendimu praturtina sprendimų procesą naujomis žiniomis, o sąveikaudami dalyviai tarpusavyje sukuria susitarimams palankią erdvę.

E. sveikatos sistemos kūrimas reikalauja daugiafunkčių gebėjimų bei kelių, neretai labai skirtingų mokslo sričių žinių. E. sveikata kuriama naudojant sveikatos mokslų, informacinių technologijų, valdymo, ekonomikos bei politikos mokslų pasiekimus. Deja, nors atrodo jau nemažai padaryta, kad šių mokslų žinios būtų integruotos e. sveikatos sistemai kurti, Lietuvoje nuo 2002 m. ne visi e. sveikatos kūrimo bandymai buvo sėkmingi. Kai kurie e. sveikatos moduliai taip ir nepradėjo veikti, o vėliau jiems kurti buvo ieškoma visai kitų sprendimų. Naujiems sprendimams įgyvendinti jau buvo ieškoma kitų institucijų, neretai iš pirmo žvilgsnio nutolusių nuo sveikatos sistemos ir, atrodytų, neturinčių tiesioginio intereso, bet turinčių papildomų kompetencijų. Taip suinteresuotųjų e. sveikata ratas išaugo. Dabar, be gydytojų, IT specialistų, viešojo administravimo specialistų (pvz., Sveikatos apsaugos ministerijos), prie e. sveikatos projektų prisijungė konsultacinės įmonės ar Registrų centras, dalyvaujantys kuriant vaizdų apsikeitimo sistemas bei e. receptą. E. sveikatos vystymas apima tokias veiklas kaip<sup>617</sup>:

- Strategijų ir vizijų kūrimas (nacionalinį kontekstą atitinkanti strategija, ją lydintys planai).
- Investicijos (strategijos prioritetų palaikymas adekvačiais investavimo planais).
- Valdymas ir suinteresuotųjų įtrauktis (tiesioginis e. sveikatos koordinavimas – proceso kūrimas, tikslų derinimas su sveikatos prioritetais, politinio palaikymo kūrimas, pasiekimų sklaida ir bendradarbiavimas su suinteresuotaisiais).
- Teisinis reglamentavimo ir politikos suderinamumas. Nacionalinių strategijų derinimas, teisinės bazės kūrimas, atitikties prioritetams vertinimas).
- Personalo valdymas (tinklų būrimas, kooperavimasis, e. sveikatos pasiekimų sklaida, mokymų programos).

<sup>617</sup> WHO-ITU (2012). National eHealth Strategy Toolkit. [http://www.itu.int/dms\\_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E\\_HEALTH.05-2012-PDF-F.pdf](http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-F.pdf).

- Standartizacija (sveikatos informacijos pasidalinimo standartizacija, suteikiant ilgalaikę informacijos kaupimą ir naudojimąsi).
- Infrastruktūra (sveikatos įstaigų geografinis susiejimas naudojantis IT infrastruktūra).
- Paslaugų pritaikomumas (pasiekiamumo valdymas, informacijos kaupimas, turinio funkcionalumas).

Daugelis išvardintų veiklų yra gan sėkmingai vykdomos (periodiškai atnaujinamos strategijos, skiriamos gan didelės finansavimo lėšos, sukurta išsami teisinė bazė e. sveikatos produktams standartizuoti, investicijos padalinamos tiek tarp infrastruktūros, tiek tarp personalo kompetencijų tobulinimo). Vis dėlto keli valdymo elementai kol kas lieka nedokumentuoti ir nereglamentuoti. Tai yra proceso turinys ir suinteresuotųjų įtraukties metodai.

Šio skyriaus tikslas yra sukurti suinteresuotųjų įtraukimą ir bendradarbiavimą skatinančią elektroninę platformą, kuri būtų skirta e. sveikatos suinteresuotųjų sąveikai kurti ir e. sveikatos problemoms spręsti realiuoju laiku.

Šio skyriaus uždaviniai:

- nustatyti e. sveikatos sistemos vietą vyraujančių sveikatos inovacijų kontekste;
- apžvelgti vyraujančias vadybos mokslo paradigmas, galinčias pagrįsti geresnio įsitraukimo į e. sveikatos kūrimą platformos elementus;
- pagrįsti suinteresuotųjų vaidmenų svarbą;
- sukurti dalyvavimo ir įsitraukimo modelį, kuriuo galima grįsti e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos struktūrą;
- pasiūlyti politines, valdymo bei organizacines priemones didesniai suinteresuotųjų įsitraukimui kurti.

### 7.1. Naujausios e. sveikatos plėtrą lemiančios sveikatos valdymo tendencijos

**Į žmogų orientuota sveikatos priežiūros koncepcija.** Viena svarbiausių sveikatos apsaugos vystymosi kryptių yra į pacientą orientuota sveikatos priežiūros koncepcija (angl. *Patient centered health care*). Pagal 1994 m. Grino pateiktą aprašymą, tai paciento ir jį supančių aplinkinių (šeimos, draugų, gydytojų ir kitų sveikatos specialistų) bendros pastan-

gos gydyti ir sveikti optimaliu būdu. O tai pasiekama visai komandai tarpusavyje bendradarbiaujant, ugdant pacientą, dalinantis turimomis žiniomis<sup>618</sup>.

Vis dažniau sąvoka „pacientas“ sveikatos priežiūros koncepcijose yra keičiama sąvoka „asmuo“, nes asmuo tampa ilgojo proceso ir sveikatos sistemos modelio dalyviu, pradedant sveika gyvensena, ligomis ir jų prevencija. Tad jau sveikas gyventojas turi turėti prieigą ir gebėjimų susiformuoti savo sveikatos išteklius (maitinimosi ir aktyvumo įpročiai, gyvenimo kokybės standartai, ligų prevencija, genetiniai polinkiai)<sup>619</sup>. Į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros koncepciją pakeitė vos patobulintas požiūris į asmenį, kuris nebūtinai yra pacientas, besinaudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Tad kalbant apie į žmogaus poreikius orientuotą sveikatos priežiūrą (angl. *People-Centred Health Care*), svarbu išskirti pagrindinius jos elementus<sup>620</sup>:

- priežiūros ir bendravimo kultūra (sveikatos paslaugų gavėjai yra informuojami ir įtraukiami į sprendimų priėmimą, jiems suteikiama galimybė rinktis, sveikatos paslaugų teikėjai gerbia paciento privatumą ir reaguoja į jo poreikius matydami visumą).
- Atsakingai formuojamos paslaugos, už jas atsakingos ir pačios sveikatos priežiūros institucijos (paslaugos prieinamos, saugios, etiškos, efektyvios, mokslu grįstos, o svarbiausia yra integralios visų kitų paslaugų atžvilgiu).
- Palaikanti sveikatos priežiūros aplinka (tinkamos politinės nuostatos, reikiamas reguliavimo įsikišimas, teigiamai nuteikianti priežiūra ir darbo aplinka, efektyvi pirminė priežiūra ir suinteresuotųjų ryšys, kurie veikia drauge planuodami, vystydami politinius sprendimus, užtikrinant grįžtamąjį ryšį).

Nors pati į žmogaus poreikius orientuota sveikatos priežiūros koncepcija suformuluota jau seniai, vis dėlto dar gan sudėtinga tai realizuoti praktikoje. Pvz., vis dar nesutariama dėl koncepcijos baigtinio elementų skaičiaus ir jų apibrėžimo, politikai ir sveikatos priežiūros specialistai sun-

<sup>618</sup> Grin, O. W. (1994). Patient-centered care: Empowering Patients to Achieve Real Health Care Reform. *Michigan Medicine*, 93, p. 25–29.

<sup>619</sup> Calvillo, J., Romjñ, I., Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *International journal of medical informatics*, 82: 58–72.

<sup>620</sup> WHO. 2007. „People-centred Care. A policy framework“, p. 1–28.

kiai persiorientuoja iš požiūrio „gydyti“ į požiūrį, „padėti pagyti“, sveikatos priežiūros sistema sukonstruota kitu principu, tad jos perorientavimas reikalauja laiko, vis dar požiūris į žmogaus gyvenimo būdą yra gan dirbtinai atskirtas nuo požiūrio į jo sveikatą ir jos puoselėjimą, bendradarbiavimas tarp paramos sistemų dar silpnas, vis neapsisprendžiama, kuri informacija gali / turi būti pateikiama pacientui, paciento įtrauktis ir įgalinimas aptariamam daugiau teoriniu nei praktiniu lygiu<sup>621</sup>.

Į sveikatos priežiūros subjektą orientuota sveikatos priežiūros paradigma daro reikšmingą poveikį ir e. sveikatos plėtrai, tuo labiau, kad e. sveikatos plėtra gali pagreitinti sveikatos priežiūros sistemų virsmą. Ši paradigma įpareigoja sveikatos priežiūros sistemą kurti IT grįstas sistemas, kurios leistų pacientams patiems pasirinkti paslaugų teikimo būdus ir prieigas prie sveikatos išteklių<sup>622</sup>. E. sveikata savo prigimtimi turi potencialą realizuoti paciento įgalinimą būti aktyviam ir galinčiam pasirinkti jam priimtinausias paslaugas.

**Integruota sveikatos priežiūra.** Integruota sveikatos priežiūra siekia atliepti asmens poreikius už sveikatos įstaigos ribų, padedant sveikatos priežiūros specialistui kasdieniame darbe. Integruota sveikatos priežiūra apima asmens sveikatos priežiūrą, telesveikatą ir telepriežiūrą<sup>623</sup>. Integravimo turinys yra sutelktas į asmenį / pacientą ir jo poreikius, papildant sveikatos priežiūros paslaugas ir jų koordinavimą reikiama informacija, pagerinant komunikaciją ir bendradarbiavimą, testavimą diagnozuojant.

Integruotos sveikatos priežiūros sistemos veikimas priklauso nuo daugelio faktorių<sup>624</sup>:

- sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo siekiant sveikatos priežiūros tęstinumo;
- valdymo mechanizmų;

<sup>621</sup> IAPO. 2004. Patient-Centred Healthcare Review. 2nd edition, p. 1–37.

<sup>622</sup> Calvillo, J., Román, I., Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *Int J Med Inform*, p. 58–72. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.02.006.

<sup>623</sup> Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., et al. (2011). Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Med. Care Res. Rev*, 68 (1): 112–127.

<sup>624</sup> Villalba, E., Casas, I., Abadie, F., Lluch, M. (2013). Integrated Personal Health and Care Services deployment: Experiences in eight European countries. *International journal of medical informatics*, 82: 626–635.

- strateginių įsipareigojimų;
- finansų ir paramos sistemos;
- finansavimo lygio;
- informacinių sistemų tobulumo;
- orientuoto į pacientus darbo;
- specialistų įtraukties.

**Asmens (paciento) įgalinimas** (angl. *engagement*). Į žmogų orientuota sveikatos priežiūra realizuojama tik paskatinus žmones prisiimti aktyvią atsakomybę už save, savo sveikatą ir gydymąsi. Tokia aktyvi atsakomybė yra aprašoma asmens įtrauktimi į sprendimų priėmimą pasirenkant gydymosi strategijas, nuolatinio žinių apie savo sveikatą ir gydymo technologijas bei sveiką gyvenimo būdą kaupimu, savarankišku sveikatos valdymu. Asmens įgalinimas tampa priemone realizuoti gerėjančios sveikatos priežiūros tikslus. Įgalinimas perdalina atsakomybę tarp sveikatos specialisto ir pačio asmens, suteikiant sprendimo įgyvendinimui daugiau prielaidų. Sprendimo savininkiškumas tampa svarbiu faktoriumi kitiems *elgsenos pokyčiams atsirasti*<sup>625</sup>.

**Veikimas komandoje.** Bendradarbiavimas suvienijant įvairių specialistų pastangas tampa dar vienu atsakomybės perdalavimo mechanizmu<sup>626</sup>. Pacientui sudaroma prieiga prie savo sveikatos duomenų, kur kartu su specialistų komentarais ir paaiškinimais pacientui suteikiama išsami informacija, reikalinga sveikatos sprendimams priimti.

**Individualizuota sveikatos priežiūra.** Asmens sveikatos priežiūros paradigma formuoja naują požiūrį į sveikatą ir grindžia individualizuotos sveikatos priežiūros ir medicinos poreikį. Teigiama, kad asmens specifiniai skirtumai dažnai yra nulemiami labai individualios genetikos bei specifinės būklės, kuriems paveikti reikia ir individualizuoto gydymo. Tuo pat metu individualizuota sveikatos priežiūra iš orientacijos gydyti pereina į prevencijos poreikį. Naujausi genetiniai tyrimai sudaro prielaidas kurti specializuotus ir tikslinius gydymo būdus ir technologijas, kurios gali užkirsti

<sup>625</sup> Calvillo, J., Romijn, I., Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *International journal of medical informatics*, 82: 58–72.

<sup>626</sup> Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2(7): 113–133.

kelią konkretaus individo susirgimui, o kartu ir ligos paplitimui. Individualizuojant gydymą ir ligų prevenciją būtų galima mažinti sveikatos apsaugos išlaidas ir didinti jos efektyvumą.

Be labai pozityvių pokyčių, individualizuotos sveikatos priežiūros paradigma sukelia kelis apribojimus. Tai vartotojiškumas, atsakingumas ir individualizavimas<sup>627</sup>.

- Vartotojiškumas: asmuo vienu metu yra pilietis, vartotojas ir pacientas. Tad kaip vartotojas jis turi teisę apsispręsti, kokią paslaugą vartoti ir galbūt kokiais kiekiais vartoti. Tuo tarpu individualius vartotojo poreikius gali riboti pilietiškumo elementas, kai piliečiai valstybėje solidariai naudojami prieinamomis gėrybėmis. Taip formuojasi konfliktas tarp vartotojo, kuriam norisi maksimalios individualizuotos paslaugos apimties, ir solidaraus piliečio, siekiančio balanso tarp visų vartotojų ir valstybės finansinių išgalių.
- Atsakingumas. Viena vertus, asmuo turi teisę būti atsakingas už savo sveikatą priimdamas vienus ar kitus sveikatos sprendimus. Kita vertus, menkesnis asmens informuotumas ir menkesni gebėjimai gali tapti didesnių išlaidų šaltiniu socialinei valstybės sąrangai.
- Individualizavimas. Individualizavimas, keldamas vis didesnius reikalavimus apsaugos standartams bei išlaidų apimtims, skatina tobulinti diagnostinius metodus vis daugiau būklių pripažįstant ligomis. Asmens sveikatos plėtrai tai gali tapti stabdžiu, kai atliekant genetinius tyrimus gali būti nustatytos mažesnę riziką turinčios asmenų grupės, o tai žinodami asmenys gali nepageidauti dalyvauti visuotinėje sveikatos apsaugoje.

**Sveikatos ugdymas ir paramos sistemos.** Individualizuotos sveikatos priežiūros paradigma akcentuoja paciento skatinimą rūpintis savo sveikata, priiimti didesnę vaidmenį tiek valdant savo sveikatos sprendimus, tiek išsaugant sveikatą. Čia kalbama apie susirūpinimą savo sveikata, savo pageidavimų susiformavimą, dalyvavimą priimant medicininius sprendimus<sup>628</sup>.

<sup>627</sup> Rose, N. (2013). Personalized Medicine: Promises, Problems and Perils of a New Paradigm for Healthcare. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 77: 341–352.

<sup>628</sup> Ekdahl, A.W., Andersson, L., Friedrichsen, M. (2010). They do what they think is the best for me. Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ. Couns.*, 80 (2): 233–240.

Taip įvedama nauja vadybinė sąvoka: savarankiškas sveikatos valdymas (angl. *self-management*) arba valdymas kartu (angl. *co-management*).

Kuriant įvairias sveikatos paramos sistemas (angl. *Health promotion*) yra kuriami įvairūs modeliai, kurie remiasi pirmiausia paciento poreikiais, pacientą iškeliant į viso modelio centrą. Pvz., Potempa su kolegomis (2010) siūlo sveiko senėjimo modelį, kuris pirmiausia skirtas teigiamų sveikos elgsenos formavimo įpročiams kurti. Jis sudarytas iš keturių elementų: į pacientą orientuotas požiūris; į tikslą nukreiptas veikimas; individualizuota paramos ir mokymo strategija; platesnio sveikos gyvensenos konteksto suvokimas paciento aplinkoje<sup>629</sup>.

**Sveikatos raštingumas** (angl. *health literacy*). Sveikatos raštingumas apibrėžiamas kaip individo gebėjimas ieškoti, suprasti ir panaudoti su sveikata susijusią informaciją. Gausūs tyrimai parodė, kad tie žmonės, kurių sveikatos raštingumas yra menkesnis, turi menkesnes galimybes derėtis, tartis ir ieškoti geresnių sveikatos paslaugų<sup>630</sup>. Suprantama, kad sveikatos raštingumas yra veikiamas plataus socialinio ir kultūrinio konteksto, taip pat nemenkai priklauso nuo anksčiau išsiugdyto gebėjimo mokytis ir akumuluoti naujas žinias<sup>631</sup>.

Kiekvienas naujas sveikatos informacijos srautas pereina kelis etapus, mokslinėje literatūroje tai pateikiama kaip individuali paciento kelionė nuo sveikatos problemos nustatymo iki jos sprendimo ir šis koncepcinis modelis apima 4 etapus<sup>632</sup>:

- sveikatos sutrikimo nustatymas;
- prieiga prie sveikatos priežiūros sistemos ir navigavimasis joje;
- vizitas ir konsultacija (bendravimas) su sveikatos specialistu;
- veiksniai ir aplinkybės, nulemiantys sveikatos problemos sprendimą.

Viena sudėtingiausių su raštingumu susijusių problemų yra sąvokos apibrėžimo detalizavimas ir matavimo būdai. Norint susikurti prasmingus

<sup>629</sup> Potempa, K. M., Butterworth, S. W., Flaherty-Robb, M. K., Gaynor, W. L. (2010). The Healthy Ageing Model: Health behaviour change for older adults. *Collegian*, 17: 51–55.

<sup>630</sup> Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*, 10: 248–55.

<sup>631</sup> Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*, 20: 195–203.

<sup>632</sup> Jordan, J. E., Buchbinder, R., Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*, 79: 36–42.



sveikatos raštingumo matavimo būdus, svarbu apibrėžti, kokie veiksniai daro reikšmingą poveikį raštingumo pokyčiams. Su pacientu susiję sveikatos raštingumą lemiantys veiksniai yra šie<sup>633</sup>:

- suvokimas, kad reikia pradėti ieškoti su sveikata susijusios informacijos;
- žinojimas, kur ieškoti su sveikata susijusios informacijos;
- verbalinės komunikacijos įgūdžiai;
- pasitikėjimas savimi ir tikslo siekimas;
- bendras raštingumo lygis;
- sveikatos informacijos išlaikymas;
- surinktos informacijos taikymo gebėjimai.

Šiuos veiksnius galėtume priskirti vidiniams veiksniams. Nemažesniį poveikį sveikatos raštingumui daro paciento ir sveikatos specialisto sąveika, priklausanti nuo:

- paciento savybių (emocinė ir fizinė būklė, nerimas ir baimė, pasitikėjimas sveikatos sistema);
- sveikatos specialisto savybių (terminologija ir informacijos pateikimo būdai);
- sveikatos specialisto ir paciento bendradarbiavimo ypatumų (informacijos apsikeitimo tipai, informacijos suvokimo vertinimas, pripažinimas).

**Elgsenos pokyčiai ir asmens įgalinimas.** Siekiant sukurti tinkamas sąlygas keisti gyventojų elgseną į tokią, kuri užtikrintų sveikesnį gyvenimo būdą ir ilgesnę gyvenimo trukmę, reikalingos labai specifinės intervencijos sąlygos. Vienas didesnių naujų įpročių kūrimo apribojimų yra laikas. Tai laikas, per kurį yra suvokiama, kad yra poreikis keistis, ir laikas, kol nauja intervencija įvyksta. Taigi, kalbama apie laiką, kol sveikatos specialistas drauge su dalyvaujančiu asmeniu kuria tokią intervenciją, kuri turėtų nulemti elgsenos pokyčius. Elgsenos pokyčiams inicijuoti svarbus yra ryšys tarp individualaus sprendimo ir suvoktos būsimos naudos pokyčiams įvykus<sup>634</sup>. Jei tokia nau-

<sup>633</sup> Jordan, J. E., Buchbinder, R., Briggs, A. M., Elsworth, G. R., Busija, L., Batterham, R., Richard, H., Osborne, R. H. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling*, 91: 228–235.

<sup>634</sup> Green, L. W., Glanz, K., Hochbaum, G. K., Kreuter, M. W., Lewis, F. M., Lorig, K., et al. (1994). Can we build on, or must we replace, the theories and models in health education? *Health Education Research*, 9(3), 397–404.

da suvokiama, sunkus pokyčių kelias yra lengviau įveikiamas<sup>635</sup>. Sveikos gyvensenos pokyčiams įvykti reikia įvertinti, jog žmogus turi konkuruojančių poreikių, kurie reikalauja tų pačių energijos išteklių, reikalingų ir sveikatos pokyčiams įgyvendinti. Tad vienas efektyvesnių intervencijos būdų yra paciento / gyventojų įtrauktis (angl. *engagement*) į pokyčių planavimą ir jų siekimą įgalinant keistis pačius pacientus (angl. *empowering*)<sup>636</sup>.

**Savarankiškas sveikatos valdymas (angl. *self-management*).** Savarankiškas sveikatos valdymas apima asmens mokymą, kaip valdyti savo ligą ar sveikatos būklę<sup>637</sup>. Tai dažniausiai apima tokias veiklas kaip vaistų vartojimas, fizinis aktyvumas, sveikas maitinimas ir pan. Be tiesioginio savarankiško savęs kontroliavimo pagal sveikatos priežiūros specialisto paruoštas instrukcijas, labai didelės reikšmės paciento būklei turi aktyvus sveikatos savarankiškas valdymas, kuris nulemia gyvenimo kokybę. Neretai ligoniai kenčia nuo kelių ligų vienu metu, tad savarankiškas valdymas gerokai pagerina bendrą paciento būklę. Dažnai lėtinės ligos ligoniams sukelia papildomų ligų, pvz., depresiją, kurios pasireiškimo tikimybę gerokai mažina paciento įgalinimas per savarankišką sveikatos valdymą<sup>638</sup>. Kadangi dažnos lėtinės ligos gydymas yra ilgas procesas, savarankiškas sveikatos valdymas suteikia pacientui daugiau žinių apie save tiek kognityviniame, tiek ir elgsenos lygmenyje, palengvina ligoniams priimti sau priimtinius sprendimus, kartu padeda lengviau susitaikyti su neišvengiamais praradimais ir sustiprina galimą išgijimo sėkmę<sup>639</sup>.

<sup>635</sup> De Smet, B. D., Erickson, S. R., & Kirking, D. M. (2006). Self-reported adherence in patients with asthma. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40(3), 414–420.

<sup>636</sup> Franks, H., Hardiker, N. R., McGrath, M., McQuarrie, C. (2012). Public health interventions and behaviour change: Reviewing the grey literature. *Public health*, 126: 12–17.

<sup>637</sup> Schreurs, K. M. G., Colland, V. T., Kuijer, R. G., de Ridder, D. T. D., van Elderen, T. (2003). Development, content, and process evaluation of a short selfmanagement intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns*, 51: 133–41.

<sup>638</sup> Cramm, J. M., Nieboer, A. P. (2012). Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. *Patient Education and Counseling*, 87: 411–415.

<sup>639</sup> Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*, 48: 177–87.

**IT sveikatos valdyme.** Informacinių ir komunikacinių technologijų taikymas sveikatos valdyme tapo tokiu savaime suprantamu reiškiniu, kad šiandien IT tampa varomąja jėga, kuri kelia valdymui naujus praktinius iššūkius ir formuoja tyrimo kryptis.

Svarbiausias sveikatos priežiūros IT laimėjimas buvo tai, kad gausūs informaciniai ištekliai apie sveikatą, jos ugdymą bei prevenciją tapo prasmingi ir prieinami, o jų analizė suteikė milžinišką proveržį dinaminiam sveikatos tyrimams ir padėjo pagrindus naujam sveikatos valdymo suvokimui atsirasti. Dideli informaciniai duomenų blokai naudojantis IT tapo prieinami analizuoti visumos atžvilgiu. Dideli duomenų kiekiai iškelė ir naujų užduočių IT sistemoms, pvz., kaip juos valdyti, kaip jais dalintis ir kaip juos saugoti. Vien IT išsivystymas ir specialūs taikymai leido išplėtoti į žmogų orientuotą sveikatos politiką ir sukurti **individualizuotus** sprendimus. Demografiniai, gyvenimo gerovės, socialinių sąlygų ir kiti duomenys papildė sveikatos priežiūros sistemą, suteikdami visai naujas prasmes seniai įsisąmonintoms žinioms.

Galime skirti kelias IT taikymo sveikatos priežiūroje kryptis:

1. E. sveikata – produktai ir paslaugos, teikiamos internetu. Plačiausiai taikomas apibrėžimas e. sveikatą nusako kaip IT naudojimą kuriant sveikatos paslaugas, produktus ir procesus, kurie kartu su sveikatos priežiūros sistemos organizaciniais pokyčiais kuria naujus gebėjimus, kad pagerintų piliečių sveikatą, padidintų sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą bei kurtų ekonominę ir socialinę vertę<sup>640</sup>.
2. Sveikatos resursų valdymo prieigos<sup>641</sup>, tarp jų ir elgsenos pokyčius skatinančios mobiliosios aplikacijos. Neretai šios prieigos vadinamos į žmogų orientuota virtualia organizacija (angl. *Person-Oriented Virtual Organization* (POVO)), kuri skirta integruoti visus turimus su konkrečiu gyventoju susijusius sveikatos priežiūros išteklius. Tokia infrastruktūra apima labai įvairialypius išteklius:

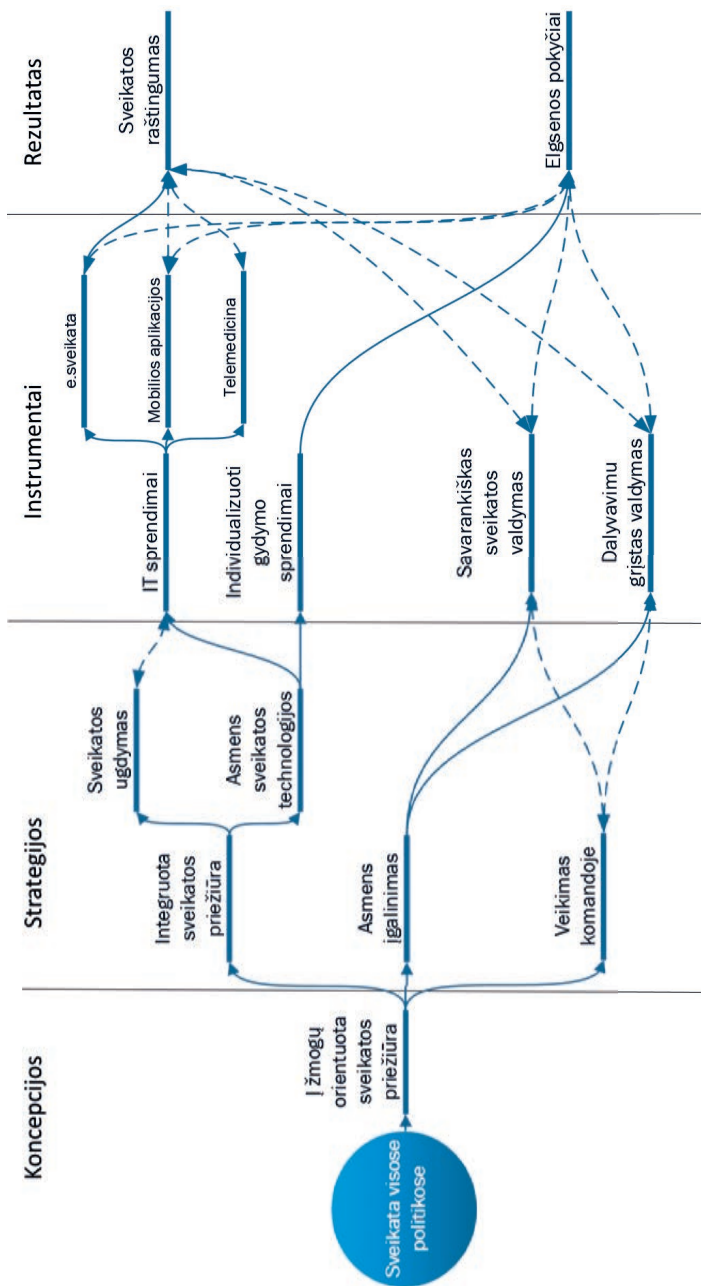
<sup>640</sup> Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2012) 736 final: eHealth Action Plan 2012–2020-Innovative health-care for the 21st century {SWD(2012) 413 final} {SWD(2012) 414 final} Brussels European Commission; 2012.

<sup>641</sup> Calvillo, J., Román, I., Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *Int J Med Inform*, p. 58–72. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.02.006.

informacijos išteklius, stebėjimo prietaisus, simuliacinius ir modeliavimo bei prognozavimo įrankius, taip pat suteikia asmeniui teisę jais naudotis.

**Sveikatos priežiūros inovacijų tarpusavio sąsajos.** Apžvelgus visas naujausias sveikatos priežiūros tendencijas, išryškėja labai integralus koncepcinių nuostatų derinys. Pasiūlytos šio laikmečio sveikatos inovacijos darniai tarnauja pagrindinei sveikatos priežiūros misijai: geresnė gyvenimo kokybė per sveiko visuomenės nario ugdymą ir paramą jo sveikatai. Pritaikę vadybinį požiūrį išnagrinėtoms sveikatos priežiūros paradigmoms, galime skirti paradigmų koncepcinį, strateginį, instrumentinį ir rezultatų lygmenis. Tokia paradigmų analizė palengvina e. sveikatos integralaus vaidmens sveikatos priežiūroje suvokimą, kuriuo remiantis galima nustatyti tolesnes vystymosi kryptis, taip pat remtis juo kuriant suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformas.

Sveikatos priežiūros tendencijų tarpusavio sąveika ir e. sveikatos vieta sveikatos priežiūros strategijose pateikta 7.1 paveiksle. Į žmogų orientuota sveikatos priežiūra apima visas koncepcines sveikatos priežiūros vertybes ir vystymosi kryptis, kurios yra įgyvendinamos per integruotą sveikatos priežiūrą, asmens įgalinimą ir veikimą komandoje. Šios strateginės nuostatos yra palaikomos nuolat besikuriančiomis asmens sveikatos technologijomis bei nuolatinio mokymusi ir sveikatos ugdymu. Šios strateginės nuostatos įgyvendinamos konkrečiais instrumentais, iš kurių svarbiausi yra IT sprendimai ir sveikatinimo technologijomis individualizuojami gydymo sprendimai. Pastarieji tampa prasmingi ir rezultatyvūs tik ištraukiant pačiam asmeniui, jam dalyvaujant ir jį įgalinant savarankiškai valdyti savo sveikatą. Visos šios sistemos rezultatas yra nuolat kylantis sveikatos raštingumas bei siekiant geresnės gyvenimo kokybės atsirandantys kasdienės piliečių elgsenos pokyčiai.



7.1 pav. Sveikatos priežiūros tendencijų tarpusavio sąveika ir e. sveikatos vieta sveikatos priežiūros strategijose

Kaip matyti, e. sveikata yra svarbus visos paradigminės sistemos įrankis. Kaip įrankio, e. sveikatos sistemos integralumas yra nusakomas jau aptartų paradigmų (pvz., integruota ir individualizuota sveikatos priežiūra, asmens įgalinimas, parama elgsenos pokyčiams ir sveikatos ugdymas) dermės, kuriuos integravus į funkcionavimo uždavinius atsiranda tiksliai apibrėžtis, ko siekiama e. sveikatos plėtra. E. sveikatos funkcionavimo uždavinius galėtume išryškinti šiais svarbiais struktūriniais elementais:

- integruotu būdu prisidėti prie asmens sveikatos stiprinimo;
- suteikti asmeniui adekvačios informacijos apie jo sveikatą, galimus jos pokyčius, elgsenos keitimo principus;
- tarpininkauti suteikiant paramą ir konsultacijas;
- padėti susipažinti su naujausiomis technologijomis;
- užtikrinti tinkamą paciento įsitraukimą ir atsakomybės prisiėmimą, formuojant savarankiško sveikatos valdymo principus;
- kelti sveikatos raštingumą individualizuojant savo poreikius ir gydymo strategijas.

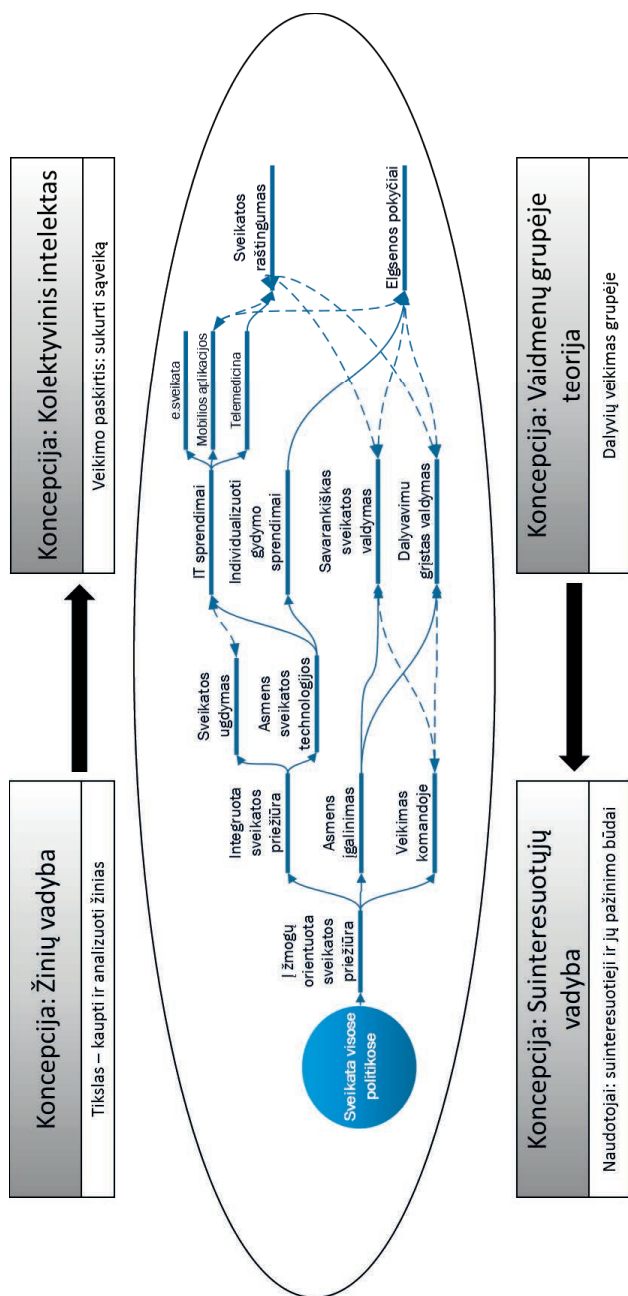
Kuriant suinteresuotųjų įsitraukimo ir komunikavimo platformas, paminėti struktūriniai e. sveikatos uždaviniai tampa labai svarbūs realizuoti ir platformose, nes tampa svarbu išsaugoti tuos pačius sveikatos priežiūros koncepcijos principus, kad suinteresuotieji galėtų pajusti e. sveikatos kūrimo realijas, o įsitraukdami prisidėtų prie bendros sistemos plėtos.

Kitame skyrelyje aptarsime, kokiomis vadybinėmis paradigmomis gali būti realizuotos sveikatos inovacijų suformuotos koncepcinės nuostatos kuriant e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos modelį.

## **7.2. Teorinių vadybinių paradigmų sąsajos, kuriant ir įgyvendinant e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos modelį**

### **Valdymo teorijų sąveika, skirta paaiškinti e. sveikatos sistemos kūrimo tendencijas**

Realizuojant sveikatos priežiūros koncepciją, svarbu remtis valdymo teorijomis, kurios geriausiu būdu realizuotų e. sveikatos funkcinius uždavinius, o bendradarbiavimo platforma natūraliai jas sugebėtų atliepti.



**7.2 pav.** Sveikatos inovacijų hierarchija ir valdymo teorijų sąveika, skirta paaiškinti e. sveikatos sistemos kūrimo tendencijas, bei e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos pritaikymas

Tuo tikslu buvo pasirinktos keturios valdymo teorijos. Viena jų yra žinių valdymo procesas, kita – suinteresuotųjų vadyba, trečioji vaidmenų pasiskirstymo teorija bendradarbiavimo ciklo metu, ir ketvirtoji yra kolektyvinis intelektas. Valdymo teorijų ir sveikatos inovacijų sąveika pateikta 7.2 paveiksle. Aptarkime kiekvieną vadybinę teoriją detaliau.

### 7.2.1. Žinių vadyba

Vienas iš e. sveikatos bendradarbiavimo platformos veikimo tikslų yra kaupti ir dalintis žiniomis, susijusiomis su e. sveikatos sistemos veikimu ir tobulinimu. Be pagrindinio ir tiesioginio savo tikslo, bendradarbiavimo platforma gali realizuoti kitus sveikatos inovacijų siūlomus tikslus, tokius kaip keisti e. sveikatos vartotojų elgseną dėl naujų sukauptų ar naujai suvoktų žinių. Akivaizdu, kad žinios tampa tyrimo objektu, todėl mums reikalinga išmanyti žinių kūrimo ir valdymo principus.

Žinių sistema – tai tarp konkrečios bendruomenės narių paplitusi nuosekli mąstymo loginė struktūra, pažinimas ir praktika<sup>642</sup>. Šios žinios gali būti išorinio pasaulio (mąstymo modelių) atitikmuo, arba įsitikinimų dėl išorinio pasaulio rinkinys. Naujausi tyrimai nuosekliai bando pažinti, kaip formuojasi skirtingos žinių sistemos, kaip jos dėl socialinio konteksto keičiasi. Praktikus taip pat labai domina, kaip žinias panaudoti institucijos viduje, kad jos taptų vidiniu ištekliumi. Žinių poreikis bei jų nauda individo, organizacijos ar valstybės mastu neabejotinai tapo suprantama kaip būtinausia sąlyga kuriant naujos kokybės visuomenės gerovę bei siekiant organizacijos strateginių tikslų ne tik inovatyviose veiklose, bet ir kasdiename gyvenime.

**Žinių tipai.** Neretai diskutuojant apie žinių vadybą skiriamos kelios žinių rūšys. Viena iš tipologijų žinias skirsto į dvi rūšis: vietinės žinios ir mokslo žinios. Vietinėms žinioms priskiriamos individualios patirtys, ne ekspertinė ir kita informacija<sup>643</sup>. Taip pat tai yra tradicijos, susiejančios asmeninę bei kultūrinę patirtį. Tuo tarpu mokslinėmis žiniomis vadintina labiau sistematizuotu būdu surinkta informacija, tad šioms žinioms jau ga-

<sup>642</sup> Richards, P. (1985). *Indigenous Agricultural Revolution: Ecology and Food Crops in West Africa*. Methuen, MA, USA.

<sup>643</sup> Fazey, I., Fazey, J., Fischer, J., Sherren, K., Warren, J. M., Noss, R., Dovers, S. (2008). Adaptive capacity and learning to learn as leverage for social-ecological resilience. *Front. Eco. Environ*, 5: 375–380.



lioja kiti vertinimo reikalavimai, nes jos dažnai yra validuotos, patikimos, joms generuoti taikomi standartizuoti principai bei rinkimo procesas<sup>644</sup>. Dažnai reikia įvertinti tą faktą, kad suinteresuotųjų vietinių žinių ir mokslinių žinių lygis skirtingas. Labiausiai, žinoma, varijuoja vietinių žinių lygis ir mokslinių žinių poreikis. Štai naujausi tyrimai įrodė, kad labiausiai išsiskiria mokslininkų ir nevyriausybinų organizacijų požiūriai. Mokslininkai neretai vertina finansinius išteklius kaip labai svarbius. Jiems taip pat būdingas struktūrizuotas požiūris į platesnį kontekstą. Tuo tarpu vadybininkai dažnai susikoncentravę į procesą ir galutinio sprendimo siekį<sup>645</sup>. Deja, šis skirstymas nėra pakankamas, nes neatskleidžia kitų, su žiniomis susijusių dalykų, tokių kaip suinteresuotųjų indėlis. Iš šios tipologijos nematome, kaip suinteresuotieji atsiranda, kaip jie struktūrizuojasi ir kaip jų turimos žinios auga, keičiasi dėl platesnio socialinio konteksto poveikio, o turimos žinios išsiplečia toliau nei tik jų interesas.

Kita svarbi žinių tipologija yra žinių skirstymas į išreikštines (angl. *explicit*) ir neišreikštines (angl. *tacit*) žinias. Neišreikštinės žinios slepiasi žmonių protuose, žodžiais sunkiai išreiškiamos arba net neišreiškiamos išvis. Visos žinios pradžioje atsiranda kaip neišreikštinės ir tik kryptingomis pastangomis taikant kryptingas valdymo priemones, neišvengiant klaidų jos kodifikuojasi, įgyja formą virsdamos išreikštinėmis. Išreikštinės žinios – tai žodžiai, sakiniai, dokumentai, struktūrizuoti duomenys. Taip tipologizuojant žinių vadybos uždaviniu tampa neišreikštinės žinias parvesti išreikštinėmis.

**E. sveikatos žinių valdymo ciklas.** Neretai žinios formuojasi tam tikro proceso metu. Vienas jų yra suinteresuotųjų dalyvavimas priimant sprendimus. Ir nors įrodyta, kad dalyvavimas suteikia sprendimui kokybės, užtikrina sprendimo tvarumą ir padeda pagrindus jį įgyvendinti, pats žinių valdymo procesas yra sunkiai nusakomas ir sukelia nemažai problemų<sup>646</sup>.

Klasikinis žinių valdymo procesas apima šiuos etapus: žinių įsiminimas (angl. *acquisition*), kūrimas (angl. *creation*), praturtinimas (angl. *refi-*

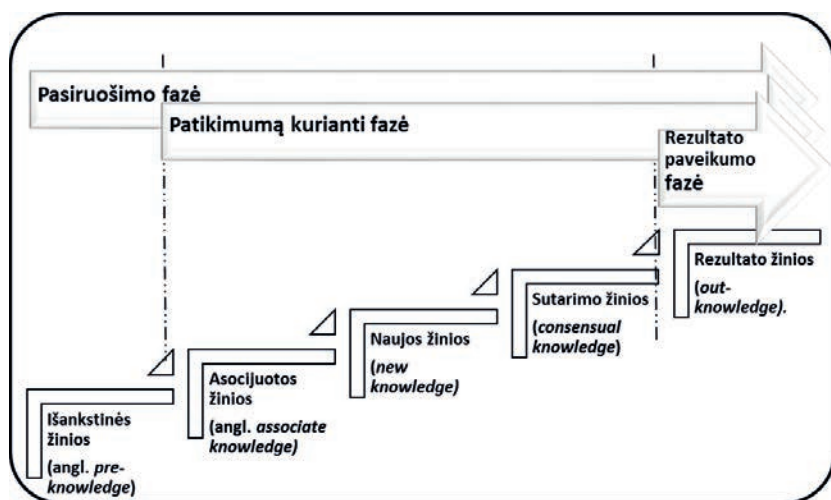
<sup>644</sup> Turnbull, D. (1997). Reframing science and other local knowledge traditions. *Futures* 29, 551–562.

<sup>645</sup> Graya S., Chanb, A., Clarkb, D., Jordanb, R. (2012). Modeling the integration of stakeholder knowledge in social–ecological decision-making: Benefits and limitations to knowledge diversity. *Ecological Modelling*, 229: 88–96.

<sup>646</sup> Reed, M. S. (2008). Stakeholder participation for environmental management: a literature review. *Biol. Conserv.* 141: 2417–2431.

nement), kaupimas (angl. *storage*), perdavimas (angl. *transfer*), dalinimasis (angl. *sharing*) ir panaudojimas (angl. *utilization*)<sup>647</sup>.

Kiekvienas žinių valdymo ciklas nuo neišreikštinių iki išreikštinių žinių išgyvena kelis žinių kaupimo, generavimo ir verbalizavimo etapus. Šie etapai tampa gan sudėtingi, kai kalbama apie įtrauktį, platų suinteresuotųjų dalyvavimą. Pasiremiant žinių valdymo paradigma<sup>648</sup> galima suformuoti e. sveikatos idėjos valdymo ciklą (žr. 7.3 pav.). Ciklas apima visus žinių kūrimo ir panaudojimo etapus, dalyvaujant plačiam suinteresuotųjų ratui.



7.3 pav. Žinių valdymo etapai, kuriuos išgyvena kiekviena nauja idėja

- Išankstinės žinios (angl. *pre-knowledge*).

Suinteresuotieji dalyviai atsineša į valdymo sprendimo erdvę anksčiau turėtą informaciją, problemos supratimą, mąstymo būdą, savus puoselėtus prioritetus bei poreikius.

- Asocijuotos žinios (angl. *associate knowledge*).

Suinteresuotieji, veikdami kartu su kitais suinteresuotaisiais, bendrame tinkle išryškina ir asocijuoja turėtas individualias žinias apie dabartinę

<sup>647</sup> King, W. R. (ed.). (2009). *Knowledge Management and Organizational Learning*. Annals of Information Systems 4, DOI 10.1007/978-1-4419-0011-1\_1.

<sup>648</sup> Nonaka, I., Nishiguchi, T. (2001). *Knowledge emergence: Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation*. New York: Oxford University Press, p. 320.

būseną į vieną visumą, akcentuodami pageidaujamų ir aktualių alternatyvų analizę.

- Naujos žinios (angl. *new knowledge*).

Dalyviai drauge ieško visiškai naujų sprendimų, generuoja pageidaujamas alternatyvas, nagrinėja jų priimtinumą ir galimą poveikį, tikrina jų išsamumą.

- Sutarimo žinios (angl. *consensual knowledge*).

Susitarimo siekis padeda suderinti politikos dalyvių siekius tarpusavyje, susikuria erdvė atsirasti bendram supratimui. Susitarimas susijęs tiek su pačios problemos suvokimu, tiek ir su galimos problemos sprendimo būdais. Taip mažinama konfliktų tikimybė ir nesusikalbėjimas tolesnėse politikos formavimo fazėse.

- Rezultato žinios (angl. *out-knowledge*).

Žinios, kurias dalyviai išsineša iš veikimo drauge, tampa nuolatinio mokymosi proceso šaltiniu. Suinteresuotųjų mokymosi procesas lemia ateities veiksmus, pasirinktos alternatyvos sėkmę ją įgyvendinant bei pasirodo, spęsti kitas problemas. Šio žinių ciklo metu svarbus funkcinis dalyvavimas. Tai yra, nors visuose etapuose dalyvauja visi suinteresuotieji, tačiau jų vaidmuo, funkcijos, atsakomybė yra nevienoda. Funkcijoms būdinga dinamika: vieni prisiima inicijavimo vaidmenį, kiti prisiima įgyvendintojo vaidmenį. Tačiau kito etapo metu vaidmenimis gali apsisikeisti.

### 7.2.2. Kolektyvinis intelektas

E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma kaupdama žinias turi galimybę sudaryti tokias sąlygas, kad pavienių vartotojų (dažniausiai jie ir taps suinteresuotaisiais) žinios sukurtų sinerginį efektą – kolektyvines žinias. Kolektyvinės žinios formuojasi tik esant tam tikroms sąveikos sąlygoms, kurias nagrinėja kolektyvinio intelekto valdymo teorija.

Kolektyvinis intelektas (KI), dar kitaip vadinamas grupiniu arba pasidalintu intelektu, atsiranda bendradarbiaujant (angl. *collaboration*) ir konkuruojant individams grupėje.

Kai kalbame apie KI, vartojame tokius veiksmažodžius kaip „susi-formuoja“, „išskyla“ (angl. *emerge*), norėdami pabrėžti KI dinaminę pri-

gimtį<sup>649</sup>. Kolektyvinio intelekto atsiradimas yra siejamas su idėja, kad jei yra sudaromos specialios sąlygos, grupės sprendimai gali būti daug veiksmingesni ir kūrybiškesni nei pavienio individo. KI tyrimai jau yra pažengę tiek toli, kad yra sukurtos metodologijos, leidžiančios ne tik įvertinti individų grupės veiklos efektyvumą, bet ir prognozuoti konkrečios grupės veikimą ateityje įgyvendinant tam tikras apibrėžtas užduotis<sup>650</sup>. Tokie tyrimai susilaukė plataus mokslo bendruomenės susidomėjimo po 2010 m. „Science“ žurnale publikuoto KI specialistų tyrimo.

Kita, artima kolektyviniam intelektui sąvoka yra minios suponuotas intelektas (MSI) (angl. *crowdsourcing*). Toks intelektas atsiranda, kai sąveika tarp dalyvių vyksta virtualiai, naudojantis tinkline kolektyvinio intelekto prigimtimi konkretiems tikslams pasiekti. Minios suponuotas intelektas padeda sustiprinti ryšius tarp organizacijų ir bendruomenių ieškant grupinių sprendimų.

Atlikus tyrimus įrodyta, kad kai kurios problemos yra tinkamesnės spręsti pasitelkiant KI ir MSI nei kitos. Kaip tokias problemas Brabhamas yra įvardinęs šiuos problemų tipus: žinių paieška ir valdymas (angl. *Knowledge Discovery and Management approach*), paskirstytų žmogaus intelekto užduočių problemos (angl. *Distributed Human Intelligence Tasking approach*), paplitusių paieškų artinys (angl. *Broadcast Search approach*) ir recenzentų patikra grįšta kūryba (angl. *the Peer-Vetted Creative Production approach*)<sup>651</sup>. Kaip tik visi minimi užduočių tipai pasireiškia ir suinteresuotųjų sąveikoje, sprendžiant daugiafunkčius klausimus, kaip e. sveikatos plėtra.

Kalbant apie žinių paiešką ir valdymą, turima omenyje informacijos valdymo užduotys, tokios kaip informacijos rinkimas, grupavimas, ataskaitų rengimas, kuriant kolektyvinius duomenų šaltinius. Dažniausiai reikalinga informacija egzistuoja, bet ji yra organizacijos išorėje, dažnai išsklaidyta, tad jai surinkti, sugrupuoti, susisteminti reikalingos grupinės pastangos.

**Perskirstytų žmogaus intelekto užduočių problemos** (angl. *Distributed Human Intelligence Tasking approach*) apima tokias situacijas, kai

<sup>649</sup> Levy, P. (1997). *Collective Intelligence: Mankind's Emerging World in Cyberspace*. New York and London: Plenum Press, p. 277.

<sup>650</sup> Woolley, A. W., Chabris, C. F., Pentland, A., Hashmi, N., Malone, T. W. (2010). Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups. *Science*, 330: 686–688.

<sup>651</sup> Brabham, D. C. (2012). *Crowdsourcing: A model for leveraging online communities*. In: Delwiche, A., Henderson, J. J., eds. *The participatory cultures handbook*. New York: Routledge, p. 120–129.

reikia apdoroti ir išanalizuoti didelės apimties duomenų informaciją, kai žmogiškasis intelektas yra efektyvesnis nei kompiuterinė analizė arba kompiuterinė analizė negalima automatiškai, nes tokie specializuoti algoritmai neegzistuoja.

**Paplitusių paieškų artinys** (angl. *Broadcast Search approach*) dar vadinamas inovacijų kova<sup>652</sup>, kai sprendimui surasti reikalinga ypatingai specifinė informacija, o žinios apie reiškinį nėra tiesiogiai prieinamos, ir galbūt tik vienas vienintelis bendruomenės narys tokią informaciją teturi.

**Recenzentų patikra grįsta kūryba** (angl. *Peer-Vetted Creative Production approach*) taikytinas, kai sprendimas yra daugiau vartotojų pasirinkimo klausimas nei kažkokio racionalaus sprendimo siekis. Taip pat tai gali būti rinkos pokyčių nulemiami veiksniai. Kaip tokius pavyzdžius galėtume paminėti politikos strategijų arba e. sveikatos dizaino pasirinkimą ir pan. Tad dažnai mums yra reikalinga pažadinti savo kūrybiškumą ir susieti jį su realia informacija, kuri neretai yra organizacijos išorėje kitų suinteresuotųjų valdoma.

Brabhamas taip pat pasiūlė ir sprendimų medį, kuriuo remiantis yra rekomenduojama išsirinkti tinkamiausią minios intelektu grįstą žinių valdymo tipą<sup>653</sup>, kai pažįstama nagrinėjama problema. Kaip pavyzdys kaip tik ir buvo pasitelktas visuomenės sveikatos atvejais.

Koks bebūtų sunkiai valdomas kolektyvinio intelekto atsiradimo (angl. *emerging*) procesas, gan aiškiai apsibrėžtos jam formuotis ir palaikyti būtinoms sąlygos. Nors daugelis jų yra gan nesunkiai realizuojamos įprastomis vadybinėmis priemonėmis, siekiamą rezultatą nulemia jų dermė. Toliau aptarsime visą būtiną rinkinį faktorių, kurie palaiko kolektyvinio intelekto atsiradimą ir kuriuos išsamiai aprašė MIT mokslininkai<sup>654</sup>.

### 1. Įvairovė.

Įvairovė pripažįstama vienu svarbesnių kolektyvinio intelekto atsiradimo faktorių. Įvairovė pasireiškia kaip individų nuomonių ir spėjimų įvairovė, kuri nulemia idėjų „superadityvumą“ (angl. *superadditivity*), kai susie-

<sup>652</sup> Terwiesch, C., Xu, Y. (2008). Innovation contests, open innovation, and multiagent problem solving. *Manage Sci*, 54(9): 1529–43.

<sup>653</sup> Brabham, D. C. (2014). Crowdsourcing Applications for Public Health. *Am J Prev Med*, 46(2): 179–187.

<sup>654</sup> „Handbook of Collective Intelligence“, 2012, accessed June 10, 2014, [http://scripts.mit.edu/~cci/HCI/index.php?title=Main\\_page&oldid=3770#Perspectives\\_on\\_collective\\_intelligence](http://scripts.mit.edu/~cci/HCI/index.php?title=Main_page&oldid=3770#Perspectives_on_collective_intelligence).

jus, atrodo, paprastus penkis požiūrius galima gauti 10 porų naujų idėjų<sup>655</sup>. Spėjimų įvairovė yra apskaičiuojama kaip skirtumas tarp visumos (masės) spėjimo paklaidos ir kiekvieno individo spėjimo paklaidos. Jei skirtumai yra lygūs nuliui, tai reiškia, kad kiekvienas prognozuoja tą patį, o individų vidutinė paklaida yra lygi minios paklaidai. Tad siekiant kolektyvinio intelekto atsiradimo ir norint didinti minios prognozavimo tikslumą (t. y. pažinti išorinę tiesą), reikia siekti kuo didesnės dalyvių požiūrių įvairovės. Savaime suprantama, įvairovė taip pat gali pasireikšti kaip trukdis, neatvedantis į tiesos suvokimą, tad kad trukdžiai nepasireikštų, visi dalyviai turi būti vedami savų tikslų. Jei tikslai ir su tuo susijusios vertybės yra žinomos ir jomis yra apsieikiama nuolat (angl. *shared*), tuomet minia išlaiko savo tapatybę ir vientisumą, garantuodama požiūrių įvairovę.

## 2. Formali / neformali organizacinė struktūra.

Iš organizacijų teorijos yra gerai žinoma, kaip organizacinės struktūros nulemia veiklų efektyvumą ir rezultatyvumą (angl. *performance*). Pvz., neformalios organizacinės struktūros geriau palaiko inovacines veiklas nei hierarchinės organizacijos, o hierarchinės organizacinės struktūros greičiau leidžia pasiekti rezultatus vykdant determinuotas, aiškiai apibrėžtas veiklas. Tuo tarpu kolektyviniam intelektui pasireikšti reikalingos neformalios, dažniausiai tinklinės struktūros, kur dalyviai gali veikti laisvai ir nepriklausomai, nes organizacinė struktūra tiesiogiai veikia dalyvių tarpusavio ryšį ir prigimtį.

## 3. Užduočių grupavimas (angl. *modularization of tasks*).

Organizacijų teorija teigia, kad sugrupuotos užduotys mažina narių tarpusavio priklausomybę ir taip yra gerinamas visos komandos rezultatyvumas. Taigi sugrupavus užduotis į modulius, atsiranda didesnė laisvė daryti sprendimus modulio viduje nekontroliuojant išoriniam vadybininkui ir taip sukuriant didesnę atsakomybės formą.

## 4. Tanki komunikacinė struktūra.

Tanki komunikacinė struktūra gerina bet kurios grupės produktyvumą. Tankumas gali būti suprantamas kaip tankus tinklas, kuriame didžioji dalis teorinių ryšių egzistuoja praktiškai, o tai garantuoja, kad tinkle nėra struktūrinių skylių, kuriose neperduodama informacija paskęsta.

<sup>655</sup> Scott, E. P. (2007). *The Difference: How the Power of Diversity Creates Better Groups, Firms, Schools, and Societies*. Princeton University Press, p. 424.

### 5. Dalyvavimo paskatos.

Tarp įvairių paskatų dalyvauti kolektyvinio intelekto dariniuose pirmiausia yra minimos ekonominės paskatos. Tai piniginiai prizai arba piniginės išmokos, taip pat karjeros galimybės arba užduočių persikirstymo motyvavimas. Taip pat kaip paskata veikia socialinio pripažinimo priemonės. Tai gali būti taikoma tiek kaip individualaus motyvavimo priemonė, tiek ir grupinio motyvavimo priemonė, kai buriamos komandos ir pasitikėjimas kolektyvu. Ir trečioji grupė paskatų išskiriama kaip savęs realizavimo paskatos<sup>656</sup>.

6. Bendras žodynas ir literatūra (angl. *shared vocabulary and other infrasustructure*). Bendras žodynas susiformuoja asocijuotų žinių valdymo ciklo metu, skiriant pakankamai laiko, kai dalyviai yra apsikeitę pirmine informacija ir perėmę vienas kito žodyną. Vieninga infrastruktūra palengvina kasdienį bendradarbiavimą, kai procedūros ir taisyklės nebekinta, yra suvoktos ir išbandytos.

7. Žymos (etiketė) (angl. *tag*) tampa KI raktažodžiu, kuris perteikia KI bendruomenės naudojamą bendrą žodyną. Tai žymių arba kategorijų suteikimas diskutuojamiems dalykams ar informacijai, o šios žymos tampa nauju KI turiniu tiek bendruomenės nariams, tiek ir informacijai (angl. *items*). Galima skirti tris žymų rūšis: profesines, bendruomenės sugeneruotas ir programiškai sugeneruotas žymas<sup>657</sup>. Taigi žymos tampa bendru žodynu ir reprezentuoja kelių rūšių metaduomenis: tiek turinio metaduomenis, tiek ir bendradarbiavimo arba ryšių metaduomenis. Taip yra lengviau įsimenama informacija ir atskleidžiami bendri bendruomenės interesai. Žymomis grįstas bendras žodynas atspindi: būdingas frazes; vartotojo suvokimą ir jo atpažinimo galimybę; semantinę turinio prasmę ir vertę, net jei to žodžio nėra tekstuose; sąvokų daugiaprasmiškumą; informaciją apie bendradarbiavimą ir vartotojus; platų artimų būdingiausių sąvokų ratą.

### 8. Įsisąmoninimas / informavimas / žinojimas (angl. *awareness*).

Įsisąmoninimas ir bendradarbiavimo veiklos yra glaudžiai susijusios sąvokos. Kad bendradarbiavimu grista bendra veikla būtų efektyvi, svar-

<sup>656</sup> Lykourantzou, I., Papadaki, K., Vergados, D. J., Polemi, D., Loumos, V. (2010). CorpWiki: A self-regulating wiki to promote corporate collective intelligence through expert peer matching. *Information Sciences*, 180 (1): 18–38.

<sup>657</sup> Alag, S. (2009). *Collective Intelligence in Action*. Mannin, Greenwich, p. 424. ISBN: 1933988312, e-book.

bu būti informuotam su kuo yra bendradarbiaujama, kokios informacijos turi tie, su kuriais bendradarbiaujama, kokių interesų vedami dalyviai jungiasi, kokios patirties turi naudodamiesi įvairiomis priemonėmis, kokiais kriterijais jie norėtų vertinti bendras veiklas, pastangas ir rezultatus. Jei bendradarbiavimas vyksta realiai, tuomet vizualus vaizdas suteikia papildomos informacijos iš vaizdinių (veido išraiškos, gestų, kolektyvinė) ir greičiau susikuria bendras supratimas ir požiūris. Jei bendradarbiaujama nutolusiais būdais, tam tikra dalis informacijos yra prarandama. Taip atsiranda poreikis susidariusį informacijos trūkumą užpildyti papildomomis pastangomis. Nagrinėjant įsisąmoninimo mechanizmus galima skirti net kelis požiūrius: 1. informacinis (įsisąmoninimas padidinamas, kai sistemose integruojamos perspėjimo ir papildomo informavimo (angl. *notification*) sistemos, pvz., el. laišku informuojama apie naują žinutę, naują bendruomenės narį ir pan.); 2. apribojimas pagal vaidmenis (informacijos valdytojas, informacijos redaktorius. Atsižvelgiant į tai, kokie vaidmenys sistemos vartotojams yra suteikiami, prieiga prie informacijos yra apribojama arba mažiau ribojama).

9. Galios perskirstymas iš hierarchijos į periferiją (angl. *the power of edges*).

Dažnoje tradicinėje organizacijoje yra taikomas hierarchinis valdymas, taip tikint, kad kuriama efektyviausia valdymo sistema. Jei darbų koordinavimo prasme tai efektyvi sistema, informacijos srautų valdymo prasme tokia sistema apriboja informacijos sklidimą iš žemiausių hierarchinių lygmenų į aukštesnius. Kai organizacija neskatina iš apačios kylančios iniciatyvos, labai didelė tikimybė, kad vadovybė gali nepastebėti būtinų pokyčio krypčių.

10. Ekosistemos galia (angl. *the power of an ecosystem*).

Vienkryptis ir unifikuotas požiūris neretai labai apriboja situacijos pažinimą, o tai savaime didina tikimybę praleisti kokį nors dar nežinomą ir nepažintą elementą. Tuo tarpu keli suinteresuotųjų požiūriai geriau padeda skenuoti nežinomą ir nepažintą aplinką. Dažniausiai pokalbis, diskusija padeda analizuoti išorinės aplinkos savybes.

### 7.2.3. Suinteresuotųjų vadyba

Suinteresuotųjų vadyba apibrėžia e. sveikatos bendradarbiavimo platformos naudotojus ir atsako į klausimus, kas yra e. sveikatos suinteresuotieji, kaip juos pažinti, o vėliau ir kaip juos įtraukti.



Suinteresuotųjų teoriją pasiūlęs Freemanas<sup>658</sup> pradėjo naują tyrimų kryptį vadyboje apibrėždamas suinteresuotąjį kaip tą, kuris gali padaryti poveikį organizacijai arba pats gali būti paveiktas organizacijos veiklos. Ši koncepcija tapo svarbiausia aptariant organizacinius ryšius ir suinteresuotuosius tinkluose<sup>659</sup>.

Freemanas sistemiškai išnagrinėjo suinteresuotųjų vaidmenį organizacijos plėtroje. Toliau buvo įrodinėjama suinteresuotųjų svarba įvairiuose organizaciniuose kontekstuose<sup>660</sup>. Buvo pripažinta, kad suinteresuotieji svarbus organizacijos išlikimo elementas<sup>661</sup>. Taigi šis požiūris išplėtė suvokimą ir įtraukė į organizacijos valdymą ne tik vidinius suinteresuotuosius, bet ir išorinius, organizacijos veikla besidominčius, suinteresuotuosius.

Suinteresuotųjų teorija, kaip organizacijos strategija, remiasi lojalumu, kuris gali būti grindžiamas ekonominiais kriterijais<sup>662</sup>. Ilgai suinteresuotaisiais buvo laikoma tiekėjai, produkto / paslaugos vartotojai ir organizacijos darbuotojai. Toliau plėtojant suinteresuotųjų koncepciją pateiktas naujas suinteresuotųjų sąrašas. Skiriant daugiau dėmesio valdymo grandžiai, vadybininkai buvo pripažinti įtakingais suinteresuotaisiais. Nors organizacijos vadyba turėtų būti problemos sprendimas, ji įneša papildomų interesų konfliktų, tarkime, investavimo vadybininkas yra vedamas kitų interesų nei organizacijos vadovas ar savininkas. Tad vien vadybos grandis atneša tris papildomas suinteresuotųjų grupes.

**Dvikryptės bei tinklinės priklausomybės.** Suinteresuotųjų teorija ir jos pradininkai pripažino dvikryptes priklausomybes, pasireiškiančias tarp kiekvieno suinteresuotojo ir konkrečios organizacijos, tarsi manant, kad dvikrypčiai ryšiai yra nepriklausomi tarpusavyje. Šių dvikrypčių ryšių pagrindu suinteresuotieji buvo klasifikuojami pagal galios, teisėtumo ir poreikių svar-

<sup>658</sup> Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.

<sup>659</sup> Neville, B. A., Bell, S. J., Menguc, B. (2005). Corporate reputation, stakeholders and the social performance-financial performance relationship. *European Journal of Marketing*, 39(9e10): 1184–1198.

<sup>660</sup> Friedman, A. L., Miles, S. (2002). Developing stakeholder theory. *Journal of Management Studies*, 39(1): 1–21.

<sup>661</sup> Sheehan, L., Ritchie, J. R. B., Hudson, S. (2007). The destination promotion triad: understanding asymmetric stakeholder interdependencies among the city, hotels and DMO. *Journal of Travel Research*, 46(1): 64–74.

<sup>662</sup> Tullberg, J. (2013). Stakeholder theory: Some revisionist suggestions. *The Journal of Socio-Economics*, 42: 127–135.

bos tipologiją<sup>663</sup>. Kadangi šis požiūris nepaaiškino, kaip organizacija reaguoja į kiekvieną suinteresuotąjį individualiai, bet labiau yra reaguojama į suinteresuotųjų visumos išreikštus poreikius, suinteresuotųjų tinklo perspektyva<sup>664</sup> gerokai tiksliau atskleidžia veiklos su suinteresuotaisiais principus ir prigimtį. Socialinių tinklų teorija pasiūlė visą rinkinį kriterijų, kurių atžvilgiu galima toliau nagrinėti suinteresuotųjų įsitraukimo (pvz., tinklo tankis, tarpininkavimas, vidutinis atstumas ir kiti) ir poveikio mastą organizacijai (pvz., centriškumas). Toks požiūris leido pamatyti ne tiek iš anksto nulemtus suinteresuotųjų požymius, bet daugiau susitelkti į jų socialinės aplinkos nulemtą elgseną. Suinteresuotųjų tinkle besimezgantys nauji ryšiai padeda ne tik paaiškinti daromus sprendimus, bet ir juos prognozuoti. Socialinių tinklų tyrimai parodė daug netikėtų, bet aiškių tendencijų, kaip realiai suinteresuotųjų tinklai veikia, pvz., organizacija geriau atlaiko suinteresuotųjų spaudimą, jei ji pati yra tinklo centrinis mazgas, o kitų suinteresuotųjų tarpusavio ryšiai yra ne tokie glaudūs. Taip buvo pasiūlyti keturi suinteresuotųjų tipai: vadovaujantis (angl. *commander*), taikintojas (angl. *compromiser*), pasiduodantis pavaldumui (angl. *subordinate*), atsiskyres (angl. *solitarian*).

**Dinaminė suinteresuotųjų teorija.** Dar vienas šuolis suinteresuotųjų teorijoje įvyko drauge su tinklų teorijos vystymusi, kai vis didesnis dėmesys buvo skiriamas ne tiek statiniams tinklams, kiek dinaminiam tinkle vykstantiems virsmams ir naujų tendencijų tinkle formavimuisi<sup>665</sup>. Tad kalbant apie suinteresuotųjų įsitraukimą, kiekvienas narys tinkle dinaminėje perspektyvoje gali pakeisti savo vietą tinkle, apsikeisti vaidmenimis ir sukurti naujus apribojimus tiek suinteresuotųjų tinklo viduje, tiek ir šio tinklo išorėje. Tokios sąveikos keičia interesų suderinimo būseną ir bendrai veiklai skiriamus išteklius. Pradėjus dinaminis suinteresuotųjų tyrimus buvo įrodyta, kad interesai vienos veiklos metu (projekto vyksmo laikotarpiu) gali keistis ir tolti nuo pirminių interesų<sup>666</sup>.

<sup>663</sup> Mitchell, R. K., Agle, B. R., Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *Acad. Manag. Rev.*, p. 853–886.

<sup>664</sup> Rowley, T. J. (1997). Moving beyond dyadic ties: a network theory of stakeholder influences. *Acad. Manag. Rev.*, 22: 887 – 910.

<sup>665</sup> Missonier, S., Loufrani-Fedida, S. (2014). Stakeholder analysis and engagement in projects: From stakeholder relational perspective to stakeholder relational ontology. *International Journal of Project Management*, 32: 1108–1122.

<sup>666</sup> Missonier, S., Loufrani-Fedida, S. (2014). Stakeholder analysis and engagement in projects: From stakeholder relational perspective to stakeholder relational ontology. *International Journal of Project Management*, 32: 1108–1122.

Tyrimais buvo atskleisti besiformuojantys skirtumai tarp požiūrių į suinteresuotųjų teorijos taikymą skirtinguose regionuose. Tarkime, Šiaurės Amerikoje stebimi du modeliai<sup>667</sup>: suinteresuotųjų vertės didinimo modelis (kiekviena organizacija siekia didinti organizacijos vertę, pvz., finansine išraiška) ir suinteresuotųjų modelis. Pirmasis modelis remiasi liberaliomis ir individualistinėmis nuostatomis, teigiant, kad bet kokia organizacija yra individų, kurie veikia savo asmeninių motyvų ir sprendimų vedami, visuma. Suinteresuotųjų modelis pripažįsta, kad organizacija veikia siekdama steigėjams naudoti, bet kartu pripažįsta, kad organizacija gali tenkinti ir suinteresuotųjų (darbuotojų ar bendruomenės) poreikius. Šis modelis apima deskriptinį, instrumentinį ir normatyvinį suinteresuotųjų teorijos aiškinimą<sup>668</sup>.

Tuo tarpu Europoje suinteresuotieji dažniausiai suprantami kaip platesnio korporatyvinio valdymo (angl. *governance*) sudedamoji dalis, tiesa, variacijų, kaip suinteresuotieji yra įtraukiami, yra labai daug, bet galima išskirti svarbiausias tendencijas. Skandinavijos įmonės sudaro bendradarbiavimo tinklus su darbuotojais, darbuotojų profsąjungomis, finansinėmis institucijomis ir įsileidžia suinteresuotuosius į aukščiausius sprendimų organus. Panašios praktikos laikosi Vokietija. Tokią praktiką pirmiausia paskatino korporatyvizmo vertybės, kai socialinės ir ekonominės perspektyvos integruojamos į sprendimų priėmimą<sup>669</sup>.

**Suinteresuotųjų įtraukimo procesas.** Nors suinteresuotųjų įtraukimas ir motyvavimas ištraukti yra sudėtingas ir ne visada sėkmingas procesas, kol kas literatūroje nėra vieno ir kažkuo labai unikalaus sprendimo. Dažniausiai tai vadybiniais sprendimais grindžiamas procesas, kurio variacijų galime rasti nemažai. Pavyzdžiui, vienas jų gana gerai atspindi praktinę suinteresuotųjų įtraukimo pusę, nes taikomas labai praktiniam ir neteorizuotam turizmo sektoriui. Autoriai savo pasiūlytą suinteresuotųjų įtraukimo procesą pavadino suinteresuotųjų įtraukties valdymo struktūra (angl. *The multi-stakeholder involvement management* (MSIM)

<sup>667</sup> Jurgens, M., Berthon, P., Papania, L., Shabbir, H. A. (2010). Stakeholder theory and practice in Europe and North America: The key to success lies in a marketing approach. *Industrial Marketing Management*, 39 (2010): 769–775.

<sup>668</sup> Donaldson, T., Preston, L. (1995). The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence and implications. *The Academy of Management Review*, 20: 65–91.

<sup>669</sup> Jurgens, M., Berthon, P., Papania, L., Shabbir, H. A. (2010). Stakeholder theory and practice in Europe and North America: The key to success lies in a marketing approach. *Industrial Marketing Management*, 39: 769–775.

*framework*), kuri sudaryta iš dviejų elementų. Vienas jų yra trijų strateginių lygmenų: pritraukimas, integravimas ir valdymas. Antrasis struktūros elementas atspindi proceso fazes, suskirstant procesą į šešis etapus: arenos apibrėžimas, suinteresuotųjų įtraukimo gebėjimų įvertinimas, suinteresuotųjų bendradarbiavimo ryšių valdymas, pasiekiamų uždavinių siekimas, įtakos įgyvendinimo gebėjimams darymas, suinteresuotųjų įtraukimo stebėjimas<sup>670</sup>.

#### 7.2.4. Vaidmenų pasiskirstymo grupėje teorija

Vaidmenų grupėje teorija padeda pažinti, kaip suinteresuotieji veikia kartu ir kokie veikimo drauge trukdžiai gali pasireikšti.

Bendradarbiavimas grupėje ir jos rezultatyvumas priklauso nuo keturių dalykų: aiškios ir įtraukios instrukcijos, įgalinančios grupės sudėties, organizacinės struktūros paramos ir ekspertinių žinių<sup>671</sup>. Kalbant apie e. sveikatos problematiką, aiškių instrukcijų kuriant IT sistemas būtų nerealu tikėtis, nes vis dėlto tai labai kūrybinis, pirmą kartą atliekamas procesas, tuo tarpu grupės struktūra, kuri gali padėti pasiekti tinkamų rezultatų, gali būti suformuota.

**Vaidmenys grupėje.** Vaidmenų grupėje pasiskirstymo teorija pradėjo formuotis nuo mažų grupių tyrimų, kurių metu buvo tiriama, kaip grupėje dalyviai bendradarbiauja tarpusavyje, kokius ryšius mezga, kaip elgiasi ir kaip atlieka užduotis. Taip pat buvo gilinamasi į dalyvių socialinę-emocinę elgseną<sup>672</sup>, <sup>673</sup>. Vėliau tyrimai peraugo į sėkmingų darbo kolektyvų ir komandų tyrimus, kurie atskleidė, kad komandos sėkmė ir rezultatyvumas priklauso nuo komandos narių gebėjimo pasiskirstyti vaidmenis, nuo pasireiškiančių vaidmenų pobūdžio ir jų skaičiaus. Tokių tyrimų pradinin-

<sup>670</sup> Waligo, V. M., Clarke, J., Hawkins, R. (2013). Implementing sustainable tourism: A multi-stakeholder involvement management framework. *Tourism Management*, 36: 342–353.

<sup>671</sup> Hackman, J. R., Wageman, R., Ruddy, T. M., Ray, C. R. Team effectiveness in theory and practice. In: Cooper, C. *Locke EA Industrial and organizational psychology: Theory and practice*. Oxford, UK: Blackwell; 2000.

<sup>672</sup> Benne, K. D., Sheats, P. (1948). Functional roles of group members. *Journal of Social Issues*, 4: 41–49.

<sup>673</sup> Bales, R. F. (1950). A set of categories for the analysis of small group interaction, *American Sociological Review*, 15: 257–263.

ku reiktų laikyti Belbiną<sup>674, 675</sup>. Belbinas iš pradžių išskyrė aštuonis grupės vaidmenis, kurių sąrašą praplėtė dar viena, iki devynių. Jis teigė, kad šie vaidmenys susiformuoja natūraliai ir didina komandos produktyvumą. Štai svarbiausi:

1. Koordinatorius (vadovas). Tai pasitikėjimą keliantis, puikiai vadovaujantis, keliantis tikslus, perduodantis ir perskirstantis atsakomybes bei priimančias (angl. *promotes*) sprendimus komandos narys.
2. Puoselėtojas / inovatorius (angl. *plant*). Tai kūrybiškas ir pasižymintis fantazija, gebantis spręsti sudėtingas problemas narys.
3. Resursų planuotojas (angl. *resource investigator*). Entuziastas ir visuomenininkas, kurio pagrindinė funkcija yra tirti galimybes bei plėtoti kontaktus.
4. Formuotojas (angl. *shaper*). Ieškantis iššūkių, dinamiškas, gerai atlaikantis laiko spaudimą, kitus skatina įveikti nesklandumus.
5. Stebėtojas / vertintojas (angl. *monitor evaluator*). Narys, kuriam pavedama nagrinėti alternatyvas ir tiksliai vertinti sprendimus, jam būdingas blaivus mąstymas ir racionalus vertinimas.
6. Komandos narys (angl. *team worker*). Besikooperuojantis, diplomatiškas ir įsiklausantis į kitų komandos narių nuomonę. Jis dažniausiai atsakingas už įtampų komandoje mažinimą.
7. Įgyvendintojas (angl. *implementer*). Disciplinuotas, patikimas, karštas konservatyvus, bet efektyvus, kuriam pavedama idėjas paversti realybe.
8. Finišuotojas (angl. *completer-finisher*). Uolus, smalsus ir pastebintis detales, linkęs ieškoti klaidų, kad darbai būtų atlikti laiku ir be priekaištų.
9. Specialistas (angl. *specialist*). Atsidavęs ir įsigilinęs į konkrečią sritį, galintis dirbti savarankiškai.

**Vaidmenų pasiskirstymo pusiausvyra.** Viena svarbiausių Belbino teorijos pridėtinių verčių buvo pagrįsta vėlesniais tyrimais, kad egzistuoja tarpusavio priklausomybė tarp vaidmenų komandoje pasiskirsty-

---

<sup>674</sup> Belbin, R. M. (1981). *Management Teams: Why They Succeed or Fail*. Butterworth-Heinemann, Oxford.

<sup>675</sup> Belbin, R. M. (1993). *Team Roles at Work*. Butterworth-Heinemann, Oxford.

mo balanso ir komandos darbingumo / rezultatyvumo<sup>676</sup>. Tad vaidmenų balansas komandoje tampa svarbiu komandos suderinamumo uždaviniu. Belbinas savo tyrimus apibendrina, padarydamas išvadą, kad šešių narių komanda yra optimali stengiantis įveikti kompleksines problemas. Vadinasi, jei pripažįstame 9 galimus vaidmenis, tai keli komandos nariai gali realizuoti daugiau nei vieną vaidmenį. Dažniausiai kiekvienas komandos narys atstovauja kuriam nors konkrečiam vaidmeniui, dominuoja vienas iš vaidmenų, tačiau antrasis vaidmuo taip pat gali pasireikšti gan reikšmingai. Kadangi vadybai svarbu matuoti vaidmenų pasiskirstymo balansą, Paringtonas ir Harrisas pasiūlė matuoti grupės suderinamumo indeksą (angl. *Team Balance Indices*)<sup>677</sup>, kuris leido empiriškai vertinti, kaip keičiasi grupės rezultatyvumas, keičiantis vaidmenų pasireiškimo laipsniui. Taip buvo nustatyta, pvz., kad stiprus koordinatorius dažnai mažina grupės rezultatyvumą. Tai susiję su kitų komandos narių funkcijų raiškos slopinimu. Dažniausiai slopinama iniciatyva, kūrybiškumas ir kuriama didesnė priklausomybė nuo centralizuoto sprendimo. Komandos, kuriose nėra inovatoriaus, dažnai turi problemų pradėti naujus projektus, vystyti naujas idėjas. Tačiau kai inovatorių yra per daug, idėjos ima konkuruoti ir tampa sudėtinga išsirinkti vieną, kurią reikėtų įgyvendinti. Taip veiklos vėluoja.

**Grupių dinamika.** Darbo grupėse rezultatas, be abejo, yra nulemiamas ir komandos vystymosi stadijos. Perimti konkrečias funkcijas, pasiskirstyti atitinkamais vaidmenimis vienas kitą papildant reikia laiko. Literatūroje pateikiamas penkių lygių komandos vystymosi modelis<sup>678</sup>, kuris susieja grupės rezultatyvumą sprendimų priėmimo metu. Skiriami šie lygiai: užduočių akcentavimas, procesas, grupės struktūra, grupės dinamika ir grupės pasitikėjimas. Šis modelis, nors ir nenurodo tiesioginių priklausomybių prognozuojant grupės rezultatyvumą, tačiau akcentuoja galimų nesėkmių sritis. Tyrimais įrodyta, kad geresnių rezultatų pasiekia tos komandos, kurios yra penktoje vystymosi stadijoje (komandų nariai pasitiki vienas kitu ir savo lyderiais), yra perėję dinamikos fazes (nariai įtraukiami

<sup>676</sup> Senior, B. (1997). "Team roles and team performance: Is there 'really' a link?", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70 (3): 241–258.

<sup>677</sup> Partington, D., Harris, H. (1999). Team balance and team performance: an empirical study. *The Journal of Management Development*, 18 (8): 694–701.

<sup>678</sup> McFadzean, E. (2002). Developing and supporting creative problem-solving teams: Part 1 – a conceptual model. *Management Decision*, 40, 5/6: 463–476.

ir dalyvauja bei prisiima įsipareigojimus veikti). Pasirodo tokios komandos yra kūrybiškesnės ir efektyviau pasinaudoja savo specifinėmis žiniomis, t. y. geriau pasinaudoja specialistų grupėje žiniomis<sup>679</sup>.

### Apibendrinimas

E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos prielaidas paaiškina sveikatos politikos ir vadybos inovacijų hierarchija ir valdymo teorijų sąveika, kur žinių valdymas nusako kuriamos platformos tikslus (kaupiti ir analizuoti žinias), kolektyvinio intelekto valdymas nusako e. sveikatos bendradarbiavimo platformos veikimo paskirtį (sukurti sąveiką tarp suinteresuotųjų siekiant naujos kolektyvinių žinių kokybės), suinteresuotųjų vadyba apibrėžia e. sveikatos platformos naudotojus (kas yra e. sveikatos suinteresuotieji ir kaip juos pažinti), vaidmenų grupėje teorija padeda pažinti, kaip suinteresuotieji veikia kartu ir kokie veikimo drauge trukdžiai pasireiškia.

### 7.3. Teorinis suinteresuotųjų pusių įsitraukimo ir dalyvavimo modelis

E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma yra kuriama kaip integruota technologinė platforma, kurią grindžiame **teoriniu suinteresuotųjų pusių įsitraukimą skatinančiu ir dalyvavimą palaikančiu modeliu (toliau – įsitraukimo SP modelis)**.

Įsitraukimo SP modelis yra grindžiamas keturiomis 7.2 skyriuje aptartomis vadybos teorinėmis paradigmomis:

- Žinių valdymas;
- Kolektyvinis intelektas;
- Suinteresuotųjų teorija;
- Vaidmenų grupėje vadyba.

**Tikslas.** Pagrindinis plataus e. sveikatos suinteresuotųjų dalyvavimo tikslas yra savo specializuotomis ir diversifikuotomis žiniomis sukurti naujos kokybės žinias ir e. sveikatos turinį, kuriant naujus e. sveikatos sprendimus, kurie būtų efektyvūs ir tenkintų suinteresuotųjų lūkesčius geriausiu būdu. Naujos kokybės žinios sukuriamos tik perėjus visus žinių

<sup>679</sup> Chong, E. (2007). Role Balance and Team Development: A Study of Team Role Characteristics Underlying High and Low Performing Teams. *Journal of Behavioral & Applied Management*, 8(3): 202–217.

valdymo etapus ir sukuriant sinergiją ir sąveiką tarp dalyvaujančiųjų. Todėl įsitraukimo SP modelio **tikslas** yra aprašyti būtinas vadybines sąlygas ir atskleisti vadybinių sąlygų tarpusavio ryšius, nulemiančius suinteresuotųjų įsitraukimą ir dalyvavimo palaikymą kuriant geriausius e. sveikatos sistemos sprendimus.

**Įsitraukimo SP modelio elementai.** Struktūriškai modelis yra grindžiamas penkiais elementais: dalyviai, bendradarbiavimui būtinų vaidmenų rinkinys (BV), kolektyvinio intelekto valdymo priemonės (VP), žinių valdymo procesas (ŽVP), sąveika (žr. 7.4 pav.). Visi įsitraukimo SP modelio elementai yra tarpusavyje susiję tik tam tikru būdu. Deja, tai yra ne tiesinės priklausomybės, nes dėl kompleksinės reiškinių prigimties daugelis procesų kinta ir nulemia kitų elementų pokyčius.

Penkių elementų aprašymas:

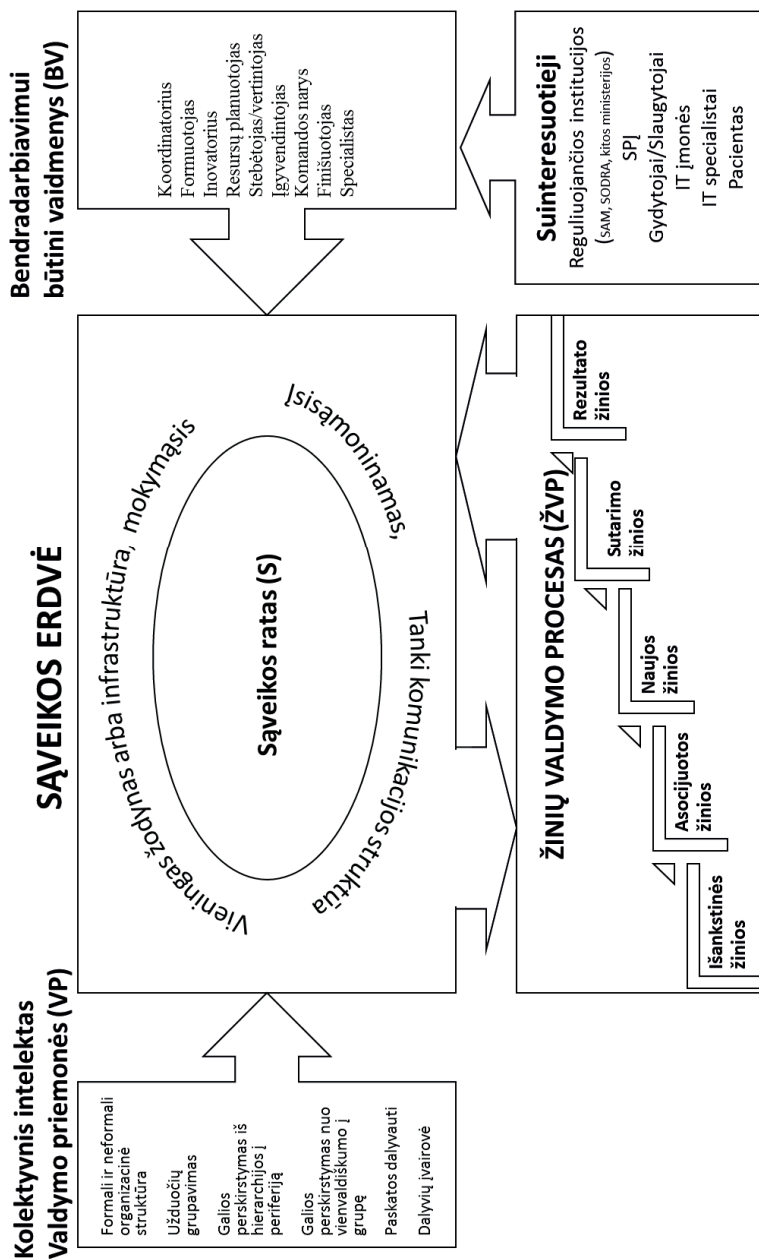
#### 1. *Dalyviai.*

Dalyviais tampa visos suinteresuotųjų grupės, tiek organizacijos, tiek ir individualūs veikėjai. Asocijuotos interesų grupės dažniausiai yra geriau pasiruošusios dalyvauti nei kitos suinteresuotųjų grupės, tačiau modelis turi užtikrinti visiems suintegruotiesiems lygias sąlygas įsitraukti ir dalyvauti, nerūšiuojant jų pagal suinteresuotojo gebėjimus ir pasirengimo būdą. Tuo turėtų pasirūpinti kiti modelio elementai.

#### 2. *Bendradarbiavimui būtinų vaidmenų rinkinys.*

Dalyvavimas tampa prasmingas, kai dalyvaujantieji e. sveikatos kūrimo procese suvokia savo įsitraukimo tikslus, galimus vaidmenis ir iš to plaukiančias funkcijas. Prasmingas pasiskirstymas vaidmenimis grupėje gali padėti struktūrizuoti dalyvaujančiųjų indėlį į žinių kaupimą ir akumulavimą bei sukuria realius ir įgyvendinamus lūkesčius. Vaidmenų pasireiškimas nėra statinis procesas. Jei vienas suinteresuotasis konkrečioje e. sveikatos vystymo stadijoje imasi koordinatoriaus vaidmens, tai kitas gali prisiimti įgyvendintojo ar specialisto konsultanto vaidmenį. Kitoje stadijoje suinteresuotieji gali tais vaidmenimis apsikeisti. Tokia dinamika sukuria sąveiką atsakomybės persidalinimą.





7.4 pav. Teorinis suinteresuotųjų pusių įsitraukimą skatinantis ir dalyvumą palaikantis modelis

3. *Įsitraukimą skatinantis elementas: kolektyvinio intelekto valdymo priemonės (VP).*

Tai priemonės, leidžiančios efektyviausiu būdu pasireikšti vaidmenims ir įgyti daugiau nei vieną vaidmenį e. sveikatos sistemos kūrimo procese. Įtraukimo priemonių tikslas yra nustatyti būdus, lemiančius didesnę suinteresuotųjų motyvaciją laiku įsitraukti ir prisidėti prie naujų kolektyvinių žinių kūrimo bei išsaugoti tokią motyvaciją visą e. sveikatos kūrimo ciklo metu. Įsitraukimo priemonės nulemia kolektyvinio intelekto atsiradimo prielaidos ir veiksniai.

4. *Žinių vadybos procesas.*

Kiekviena nauja idėja, nuskambėjusi suinteresuotųjų bendradarbiavimo metu, išgyvena būdingiausias žinių valdymo proceso fazes. Jei sistemoje sklando idėjų rinkiniai, tai nebūtinai kiekviena idėja perina žinių valdymo fazes vienu laiko momentu.

5. *Sąveika.*

Sąveika pasireiškia, kai susiformuoja bendras žodynas, o tai reiškia, kad pradeda formuotis asocijuotos žinios, kurios nulemia nuolatinį mokymąsi bei idėjų įsisąmoninimą. Tai yra tarpinis įsitraukimo ir dalyvavimo rezultatas, būtinas dalykiniams rezultatams pasiekti. Jei sąveika nesusikuria ir nuolat nėra palaikoma, tuomet visi kiti elementai nesuteikia norimo sinergijos efekto.

Trys iš šių penkių elementų yra vadybiškai programuojami, valdomi ir numatomi. Tai yra valdymo priemonėmis galima nustatyti suinteresuotuosius, supažindinti su dažniausiai pasireiškiančiais veikimo grupėje vaidmenimis ir sukurti kolektyviam intelektui rasti reikalingas sąlygas. Kiti du elementai (sąveika ir žinių valdymo procesas) tampa išreikštinėmis kitų trijų elementų funkcijomis.

Įsitraukimo SP modelis parodo dalyvavimo trimatę prigimtį. Žinių vadybos proceso ir sąveikos efektyvumas  $E$  ( $\check{ZVP} + S$ ) yra dinaminė funkcija, priklausanti nuo **kolektyvinio intelekto valdymo priemonių (VP), nuo suinteresuotųjų rinkinio pilnumo, bendradarbiavimui būtinų vaidmenų (BV) pasireiškimo kokybės ir sąveikos efektyvumo**:  $E (\check{ZVP} + S) = f (VP, BV, S)$ .

### 7.3.1. Suinteresuotųjų grupės

E. sveikatos sektoriaus reikalams spręsti yra gausus būrys suinteresuotųjų, kurių indėlis racionalizuojasi per bendrą veikimą grupėje. Taigi, modeliuojant hipotetinių suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo modelį svarbu nustatyti visą suinteresuotųjų rinkinį ir iš jų suformuoti svarbiausias suinteresuotųjų grupes. Galima skirti dvi pagrindines tokias grupes:

1. Sveikatos sektoriaus suinteresuotieji:
  - a. Sveikatos specialistų asociacijos
  - b. Gydomo įstaigų asociacijos
  - c. Akademikai, mokslinių tyrimų institutai
  - d. Sveikatos draudimo paslaugų įstaigos
  - e. Pacientų organizacijos
  - f. Įvairių lygių (nacionalinės bei regioninės) valdžios sveikatos priežiūros įstaigos
  - g. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos, tarp jų ir nevyriausybinės asociacijos ar labdaros organizacijos
  - h. Sveikatos IT produktų įmonės (nacionalinės ar tarptautinės)
  - i. Sveikatos politiką formuojančios institucijos
2. Visuomenė
3. Žiniasklaida (nacionalinė, regioninė, specializuota)
4. Kiti, netiesiogiai susiję su sveikatos sektoriumi suinteresuotieji:
  - a. Viešasis administravimas (pvz., registracinės sistemos, statistikos kaupimo institucijos).
  - b. Už IT ir komunikacines sistemas atsakinga Susisiekimo ministerija ir kitos reguliavimo institucijos.
  - c. Privatus IT sektorius (infrastruktūra ir paslaugos).
  - d. Ugdymo, socialinių reikalų ir bendruomenių paslaugų sektorius.
  - e. Saugumas ir civilinės saugos sektorius.
  - f. Inovacijų, pramonės, mokslinių tyrimų sektorius.
  - g. Biudžetas ir finansai.
  - h. Tarptautinės organizacijos (pvz., Europos Komisija, Pasaulio sveikatos organizacija).

### 7.3.2. Bendradarbiavimo modelio elementas: e. sveikatos suinteresuotųjų vaidmenų pasireiškimas

Pasaulio sveikatos organizacija gan vienareikšmiškai apibrėžia, kokių vaidmenų iš kiekvienos interesų grupės galima tikėtis e. sveikatos sistemos kūrimo metu<sup>680</sup>.

- Sveikatos paslaugų teikėjams siekiama suteikti vadovavimą, krypties nustatymą, resursų valdymą, pavesti spręsti projektinių veiklų nesklandumus (spręsti iškilusias problemas ir konfliktus);
- Sveikatos apsaugos ministerijoms geriausia, jei teks atsakomybė ne tik užtikrinti, kad būtų patenkinti pacientų sveikatos paslaugų poreikiai, bet taip pat ir planuoti e. sveikatos sistemų plėtrą ateityje. Tuo tarpu yra rekomenduotina atskirti finansuotojo vaidmenį nuo koordinuotojo. Ir tai jau daroma Lietuvoje.
- Už komunikacijas ir IT plėtrą atsakingų ministerijų funkcija yra suteikti turimą kompetenciją ir resursus, integruojant sveikatos paslaugas į elektronines sistemas.
- Ekspertams pavestina teikti plėtros ir vystymo kryptčių rekomendacijas, padėti planuoti, prognozuoti būsimus poreikius, nukreipti suinteresuotuosius, atlikti tarpinių ir galutinių produktų periodines patikras ir analizes.
- Iš visuomenės ar pacientų yra laukiama labiau grįžtamojo ryšio vertinant jau galutinį produktą, nei tiesioginio dalyvavimo formuojant užduotis.

Apibendrinant ryškėja pagrindinės e. sveikatos produktų kūrimo tendencijos, t. y. kuriant e. sveikatos sistemas lyderio vaidmenį rekomenduojama suteikti sveikatos įstaigoms. Tuo tarpu ministerijoms rekomenduojama pavesti būti atsakingoms dirbti su suinteresuotaisiais ir net rūpintis, kad suinteresuotieji taptų motyvuoti prisiimti jiems visai naujus vaidmenis. Iš IT įmonių tikimasi aktyvumo dalyvaujant ir taikant savo sukauptą verslo ir IT patirtį, vengiant bet kokios didesnės jų lyderystės.

<sup>680</sup> WHO-ITU (2012). National eHealth Strategy Toolkit. [http://www.itu.int/dms\\_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E\\_HEALTH.05-2012-PDF-F.pdf](http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-F.pdf).

### 7.3.3. Kolektyvinio intelekto valdymo priemonės

Kolektyviniam intelektui formuoti reikalingos tam tikros vadybinės priemonės. Vienos yra griežčiau apibrėžiamos, kitos lankstesnės.

- Formali ir neformali organizacinė struktūra. Norint sukurti tokias sąlygas, kurios skatintų e. sveikatos suinteresuotųjų įsitraukimą, labai svarbu sukurti suprantamą suinteresuotiesiems organizacinę struktūrą. Šioji gali būti tiek formali, tiek ir neformali, bet svarbiausia, kad ta struktūra būtų aiški, skaidri ir grįsta tam tikromis procedūromis ar taisyklėmis. Tiesa, organizacinės struktūros veikimo taisyklės gali būti sukurtos ir aprobuotos pačios suinteresuotųjų bendruomenės. Organizacinė forma nebūtinai turi būti reglamentuota teisiškai, ji gali iškilti iš praktinių patirčių. Jei tai formali organizacinė struktūra (pvz., darbo grupės ar nuolatiniai komitetai), ji privalo būti teisiškai reglamentuota ir atvira visoms suinteresuotųjų grupėms, o atsitiktinumo elementas įtraukti vieną ar kitą suinteresuotąjį privalo būti eliminuotas ne tik praktikoje, bet ir deklaratyviose taisyklėse. Jei tai neformali organizacinė struktūra (pvz., virtualios bendruomenės) taisyklės dažnai susikuria sukūrus sąveikos technologinę sąsają.
- Užduočių grupavimas. Sąveika tarp suinteresuotųjų tampa prasminga ir greičiau pasiekia tvarų praktinį rezultatą – kolektyvinį sinerginį efektą, kai sąveikos diskusijų turinys yra struktūrizuotas, tai yra tos užduotys, kurios turi būti sprendžiamos, yra išryškintos, grupuojamos ir atskiriamos. Toks procesas vyksta nuolat, kol žinijimo apie diskutuojamą problemą lygis pasiekia bendro supratimo bendruomenėje lygį ir jis jau tenkina bendruomenės narius.
- Galios persikirstymas iš hierarchijos į periferiją. Neretai hierarchinę valstybės valdymo praktiką nejučia siekiama perkelti į bet kurias kitas naujai kuriamas sistemas, tarp jų ir į inovacines, kaip ir e. sveikatos vystymas. Deja, toks hierarchinis veikimas, kai idėjų sklaidos bei idėjų inicijavimo galia pagal nutylėjimą perduodama oficialioms valstybės valdymo institucijoms nėra pakankamas kolektyviniam intelektui rasti. Mažiau institucionizuotos interesų grupės, pvz., pacientas ar gydytojas, atsiduria tokių socialinių tinklų periferijoje, jų turimos žinios lieka užblokuotos toje periferijoje, negalėdamos skliti niekur kitur, todėl tampa svarbu sukurti tokias sąveikos plat-

formas, kurios paskatintų periferijoje esančius suinteresuotuosius patikėti savo gebėjimais ir pasitikėti kitais suinteresuotaisiais.

- Galios perskirstymas nuo vienvaldiškumo į grupę. Periferijoje esantys suinteresuotieji įgyja pasitikėjimo savimi ir aplinka tik tada, kai vienvaldiškumo elementas nebepasireiškia e. platformoje.
- Paskatos dalyvauti. Kolektyviniam intelektui kurtis reikalingas nuolatinis motyvacijos palaikymas. Tai užtikrina, kad suinteresuotasis laiko save bendruomenės nariu, periodiškai domisi bendruomenės pasiekimais. Taigi, pastangos, kurias įdeda suinteresuotieji, turi sukurti grįžtamąją grąžą, kuri kiekvienam suinteresuotajam neretai įgyja vis kitą formą. Grįžtamoji grąža – tai ta nauda, kurią suinteresuotasis gauna už kiekvienas savo pastangas. Nauda gali būti tiek apčiuopiama ir materialiai, tiek ir menkliau apčiuopiama arba visiškai nematerialiai. Pvz., tai gali būti mokestis už praleistą laiką arba sukurti nauji socialiniai ryšiai.
- Dalyvių įvairovė. Kolektyviniam interesui atsirasti svarbu suinteresuotųjų įvairovė, todėl visos suinteresuotųjų grupės turėtų rasti jiems svarbių sąveikos elementų ir susikurti / sukurti jiems svarbiausią naudą.

Tiesa, vis dar nėra sukurta daug suinteresuotųjų įtraukimo ir dalyvavimo priemonių. Lietuvoje vis dėlto populiariausios hierarchija grįstos priemonės, kuriose tam tikros suinteresuotųjų grupės atstovauja fragmentiškai. Pvz., e. sveikatos projektuose pacientų atstovų nėra, nesitikint jų praktinio intereso. Dažnos vienkryptės sąveikos formos, tokios kaip mokymai, tikintis, kad vien susipažinus su pasiūlytais sprendimais išspręš visos kitos problemos. Tuo tarpu periferijoje esantiems dalyviams nesuteikiama reikiamo dėmesio. Išvardintus apribojimus kolektyviniam intelektui kurtis gali išspręsti e. platforma.

#### 7.3.4. Sąveikos ir žinių proceso hipotetinė simuliacija

Pritaikę vaidmenų teoriją e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimui grupėje, galime nustatyti, kaip hipotetiškai vaidmenys grupėje galėtų formuotis prasmingiausiai kuriant e. sveikatos sistemą.

Tolesniam hipotetiniam modeliavimui suformuotos šešios suinteresuotųjų grupės:

1. Sveikatos apsaugos ministerija ir kitos su sveikatos apsaugos reguliavimu susijusios viešojo administravimo institucijos. Tai Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Registrų centras.

2. IT įmonė. Programavimo ar konsultacines paslaugas teikianti privataus kapitalo įmonė.
3. SPĮ. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurioms atstovauja jų vadovai. Tai suinteresuotasis, kurio sprendimai dažniausiai yra strateginės reikšmės.
4. Medicinos personalas. Tai gydytojai ir slaugytojai, kurie tiesiogiai teikia medicinos paslaugas.
5. SPĮ specialistai. Tai sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, kurie patys tiesiogiai nedalyvauja teikiant medicinos paslaugas, – IT specialistai, finansininkai, vidutinės grandies vadybininkai.
6. Pacientai. Tai medicinos paslaugų vartotojai.

Šių šešių pagrindinių grupių užtenka svarbiausioms funkcijų pasidalinimo tendencijoms atskleisti. Tiesa, reikia turėti omenyje, kad kiekviena iš suinteresuotųjų pusių gali prisiimti daugiau nei vieną funkciją, vis dėlto modelis apima būdingiausių funkcijų pasiskirstymą. Toliau modelyje neaptarsime pacientų vaidmens, kuris yra beveik nepriklausantis nuo žinių generavimo ciklo. Pacientas yra arba užsakovas, arba stebėtojas, arba vertintojas.

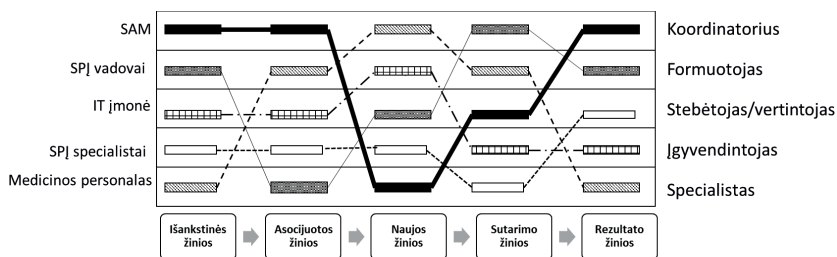
Kiekviena e. sveikatos idėja / sprendimas pereina tas pačias žinių valdymo fazes. Tiek, tarkime, kuriant e. sveikatos strategiją, tiek kuriant konkrečią e. sveikatos paslaugą, procesas nuo idėjos poreikio iki jos realizavimo pereina tas pačias fazes: išankstinių žinių surinkimą, asocijuotų žinių susistemimą, naujų žinių kūrimą ir t. t. Suprantama, kad kiekvienos fazės trukmė gali skirtis, tačiau šioje hipotetinėje simuliacijoje laikysime, kad fazės yra vienodos trukmės. Toliau simuliacija formuojama remiantis pagrindine prielaida: sveikatos priežiūros įstaiga ir jos darbuotojai yra pagrindiniai e. sveikatos produkto vartotojai ir savininkai, todėl jie prisiima lyderio vaidmenį. Tai reiškia, kad tos funkcijos, kurios apima veiklų koordinavimą, idėjų formavimą arba reikalauja specifinių medicinos žinių, yra padalinamos tarp SPĮ darbuotojų (vadovų, medicinos personalo arba kitų specialistų). Teorinis suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo hipotetinis realizavimas pavaizduotas 7.5 paveiksle.

Taigi, **išankstinių žinių kaupimo** fazėje svarbu surinkti visas šiuo metu egzistuojančias žinias tiek apie esamas technologijas, tiek apie suinteresuotuosius, tiek apie galimus besikeičiančius poreikius. Idealiu atveju tikėtina, kad SAM gali tapti šio etapo koordinatoriumi, nes dar ne visi suinteresuotieji gali būti žinomi arba supratę savo vaidmenį. Patį detalų e. sveikatos žinių poreikį gali išmanyti SPĮ vadovai, jaučiantys, kad organizacijai

reikalingi konkretūs elektroniniai sprendimai. Tai galima įgyvendinti, jei SPĮ vadovai įgyja formuotojo vaidmenį. Medicinos personalas, išmanantis sveikatos technologijas ir tiesiogiai bendraujantis su pacientu, turi sukaukęs specialistui būdingų žinių. SPĮ specialistai ruošiasi įgyvendinti e. sprendimus. Tuo tarpu IT įmonė gali būti stebėtoja, kuri ruošiasi realizuoti būsimus sprendimus. IT įmonė gali būti vertinama ir kaip specialistai, kurie teikia savo ekspertinę nuomonę apie esamus IT sprendimus.

**Asocijuotų žinių** kūrimo fazėje yra analizuojama sukaupta informacija, ji personifikuojama, adaptuojama esamai situacijai, ja dalijamasi, kol sukauptos žinios yra interpretuojamos vienodai visų suinteresuotųjų. Koordinatorius vaidmenį išsaugo SAM, taip lyg ir pasidalindamas savo vadovavimo ištekliais, tuo tarpu formuotoju šioje fazėje tampa medicinos personalas, taip tarsi pranešdamas, kad jo poreikis turi būti išgirstas, o SPĮ vadovai dalyvauja dalindamiesi vadybinėmis žiniomis kaip specialistai. Visų kitų grupių funkcijos išlieka nepakitusios.

**Naujų žinių** kūrimo etape idėjų formuotoju reikėtų laikyti IT įmonę, kuri kartu su SPĮ specialistais (šiuo atveju būsimais sprendimų įgyvendintojais) ieškotų sprendimų ir jų formų medicinos personalo suformuotiems tikslams pasiekti. Tad šioje fazėje medicinos personalui turėtų tekti koordinatoriaus vaidmuo. SAM taip pat turi savo reikšmingą vaidmenį – jie dalinasi savo specifinėmis politiką atspindinčiomis ir viešojo valdymo specifika atliepančiomis žiniomis. Šį kartą vadovams tenka gal ir pasyvus, bet projekto kokybei būtinas stebėtojo vertintojo vaidmuo.



7.5 pav. Teorinio suinteresuotųjų vaidmenų pasiskirstymo hipotetinis realizavimas: vaidmenų pasiskirstymas tarp e. sveikatos suinteresuotųjų žinių valdymo ciklą metu

**Sutarimo žinios** susijusios su derybomis tarp skirtingiems požiūriams atstovaujančių interesų grupių, po analizės einančiais pasirinkimais,



alternatyvų atsisakymu ir konkrečios alternatyvos pasirinkimu. Šioje fazėje geriausia, kai SAM pasirenka vertintojo funkcijas ir nedarydami išorinio ar politinio sprendimo sudaro erdvę suinteresuotiesiems siekti susitarimo. Tuo tarpu medicinos personalas yra atsakingas už procesų koordinavimą.

**Rezultato žinių** fazėje SAM gali vėl prisiimti koordinatoriaus vaidmenį, SPI vadovai tampa atsakingi už formuotojo vaidmenį. Iš tiesų šiame etape tarsi grįžtama į pirmosios fazės vaidmenų būseną, išskyrus SPI specialistus, kurie dabar jau atsakingi už kuriamo produkto kokybę, todėl jiems suteikiama vertintojo funkcija.

### Apibendrinimas

Kuriant e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformą svarbu atspindėti visus įsitraukimo skatinimo ir dalyvavimo modelio elementus, sukuriant pozityvią aplinką vaidmenims grupėje formuotis.

Jei e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma yra grindžiama kolektyvinio intelekto kūrimosi prielaidomis, tuomet žinių valdymo fazės vališkai neatsiskirs ir momentas, kai atsiras reikiamas žinojimas, nebus užčiuopiamas tiesiogiai. Tačiau tinkamai sukomplektavus duomenų masyvus, užtikrinus sąveikos priemones, platforma veiktų kaip kolektyvinio intelekto generavimo vieta, kuri labiausiai atlieptų asocijuotų žinių valdymo etapą. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformoje suinteresuotieji veiks neturėdami prisiskybę jokių išankstinių vaidmenų. Pirminis jų indėlis bus tarsi specialistų, tačiau ilgiau veikiant ir sąveikaujant platformoje, natūraliai, kaip kolektyvinis intelektas turi išryškėti ir vaidmenys grupėje. Tiesa, jei siekiama spartesnių procesų, galima įdėti pastangų ir sisteminti žinių vadybos procesus, kur kiekvienas suinteresuotasis būtų skatinamas prisiimti tam tikrą vaidmenį ir su tuo vaidmeniu susitapatintų.

### 7.4. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos modelis

E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos (SBP) tikslas yra nukreiptas į e. sveikatos pokyčių valdymą siekiant surinkti suinteresuotųjų žinias, jomis grįsti tolesnes diskusijas ir pateikti kolektyvinio intelekto darbo rezultata, kaip rezultato žinias (pasiūlymus) tolesnėms diskusijoms ir vertinimams, o jei pasiektas ir susitarimas, tuomet šiuos pasiūlymus pateikti praktikams įgyvendinti.

### 7.4.1. Naujų principų poreikis kuriant interaktyvias bendradarbiavimo platformas

Kuriant įvairias e. bendradarbiavimo platformas yra plačiai taikomos trys priemonės.

- Viena jų yra **diskusijų forumai** bei galimybė komentuoti. Diskusijų forumuose galima skaityti ir dalyvauti, kai informacija ir vartotojo indėlis yra išdėstomas chronologiškai kitaip informacijos nerūšiuojant ar nesisteminant.
- Antra priemonė yra **paieškos sistemos**, kurios pagal programinių sistemų algoritmus pateikia ieškomą informaciją. Čia veikia medžio principas, kai pagal sąvokos reikšmingumą informacija yra surūšiuojama ir pateikiama vartotojui („Google“ paieška).
- Kaip trečiąjį būdą reiktų nurodyti **idėjomis grįstus** įrankius (angl. *ideation tools*). Ši platforma dažnai naudojama kolektyvinio intelekto sistemose ir vadinama Idėjos valdymo sistema.

Mokslininkai ėmė diskutuoti, kad kolektyviniam intelektui pasiekti ir žinioms generuoti esamos IT bendradarbiavimo platformos, kurios grindžiamos „plokščiomis“ diskusijomis, nėra pakankamos<sup>681</sup>. Tokie plokšti įrankiai yra įprasti forumuose, kur bendravimas yra grįstas komentarais (pvz., „Facebook“, žinių portalas „Delfi“). Toks pokalbių išdėstymas yra patrauklus greitam apsispytimui nuomonėmis ar informacija. Deja, tai nesuteikia papildomos informacijos apie logines argumentų prasmes bei idėjų reikšmingumą. Tačiau net ir tokiuose diskusijų forumuose informacija apie loginius ryšius egzistuoja, tik jai pažinti reikalingi specialūs priemonės mechanizmai, kurie kol kas taikomi nedažnai. Nors idėjų valdymo sistemos yra artimiausios naujų žinių ir intelekto atsiradimo prigimčiai, jos taip pat žinių valdymo poreikius tenkina tik iš dalies. Pagrindinis tokių sistemų apribojimas yra vadybininko arba mediatoriaus poreikis. Mediatoriams tenka idėjas aptarnauti, jas grupuoti ir analizuoti, o tai yra ilgas ir darbu bei laikui imlus procesas, kuris labiausiai stabdo būtiną kolektyvinio intelekto brandos interaktyvumą, grįžtamojo ryšio realizavi-

<sup>681</sup> Buckingham, S., De Liddo, A., Klein, M. (2014). DCLA Meet CIDA: Collective Intelligence Deliberation Analytics, Workshop: 2nd Int. Workshop on Discourse-Centric Learning Analytics at 4th Int. Conf. on Learning Analytics & Knowledge., Indianapolis, USA.

mą. Pvz., Kleinas aprašo „Google“ patirtį<sup>682</sup>, kai vieno projekto metu buvo pateikta 154 000 įrašų, kuriems analizuoti „Google“ pasamdė 3 000 darbuotojų įrašams filtruoti ir konsoliduoti. Šiuos darbus „Google“ atliko tik per 9 mėnesius. Toks veikimo tipas paneigia kolektyvinio intelekto formavimosi principus.

Taigi yra reikalingi naujesni mechanizmai, kuriuos galėtume vadinti „atspindinčiais ir patariamaisiais įrankiais“ (angl. *reflective deliberation tools*). Todėl naujos platformų modelių tobulinimo tendencijos apima tokius platformų modelius, kai jie grindžiami diskusijų (angl. *deliberation*) požiūriu<sup>683</sup>. Reikalingi tokie mechanizmai, kurie padėtų diskutuoti, bendrauti ir bendradarbiauti ir leistų sukurti naujas idėjas realiu laiku.

Kuriant bendradarbiavimo platformas galima pasiremti jau sukaupta patirtimi, kai yra kuriami įvairūs IT grįsti mechanizmai kitiems sveikatos poreikiams tenkinti. Nemažai yra bandymų sukurti virtualias platformas, kurios yra grindžiamos individualizuotomis sprendimo paramos sistemomis. Jos ne tik suteikia papildomas prieigas prie sveikatos išteklių, informacijos šaltinių, bet ir suteikia vartotojams galimybes kurti sveikatos scenarijus ir priimti individualius ligų prevencijos ir sveikatos profilaktikos sprendimus<sup>684</sup>. Tokiose platformose suderinami vartotojo (asmens, besidominčio savo sveikata), sveikatos administratoriaus poreikiai, automatizuojamas sprendimų priėmimas, komunikacija ir informacijos perdavimas.

Nemažai patirties yra sukaupta kuriant kompiuterizuotas kolektyvinio mokymosi ir dirbtinio intelekto mokymosi sistemas. Jose kolektyvinis intelektas yra buriamas taikant įvairias analizės sistemas, pvz., sintaksės analizę (taisyklėmis grįsta argumentų sintaksės analizė), problemų analizę (specifinių problemų duomenų bazė argumentams analizuoti), pagrindimų ir sprendimų priėmimo simuliacija (kiekybinis ir kokybinis argumentų pri-

---

<sup>682</sup> Klein, M. (2012). Enabling Large-Scale Deliberation Using Attention-Mediation Metrics. *Computer Supported Cooperative Work*, 21: 449–473.

<sup>683</sup> Buckingham, S., De Liddo, A., Klein, M. (2014). DCLA Meet CIDA: Collective Intelligence Deliberation Analytics, Workshop: 2nd Int. Workshop on Discourse-Centric Learning Analytics at 4th Int. Conf. on Learning Analytics & Knowledge., Indianapolis, USA.

<sup>684</sup> Calvillo, J., Romijn I., Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *International journal of medical informatics*, 82: 58–72.

imtino ir pasitikėjimo vertinimas), turinio kokybės vertinimas (kolektyvinis vartotojų nuomonių teksto filtravimas)<sup>685</sup>.

Nors jau nemažai yra sėkmingų pavyzdžių, juos įgyvendinant išryškėjo ir pagrindiniai veikiančių kolektyvinio intelekto platformų trūkumai:

**Vaizdiniai.** Kaip tik vaizdinius susikurti yra sudėtinga. O tam gali padėti vaizdai, nuotraukos, filmai ir kitos grafinės priemonės. Tai sutrumpina suvokimo laiką ir idėją padaro dar patrauklesnę, galų gale tai gali pririšti vartotoją prie sistemų ilgesniam laikui. Be to, gali atsirasti didesnis nagrinėjamos situacijos supratimas per trumpesnę laiką, nei tai nutiktų naudojantis vien tik skaitine ar žodine informacija. Tiesa, reikia nepamiršti ir apribojimų. Jei kuriame suvokimą iš vaizdinių, gali formuotis klaidos ar nepageidaujamos ir nenumatomos pasekmės. Nors tokie vizualizavimai yra aktualūs bet kurioje žinių kūrimo fazėje, bet ryškiausių vaizdinių naudą galime numatyti pradžioje, kai idėjos dar visiškai naujos, „žalios“ ir neinkubuotos. Taip pat tas aktualu, kai vartotojas yra naujai įsiliejęs į bendruomenę ir yra nepatyręs.

**Visumos suvokimas ir susipažinimas su visuma.** Visumos suvokimas yra svarbus faktorius, norint ieškoti, kaip keisti visumą, tačiau tokia užduotis pati savaime yra sudėtinga ir retai įvykdoma be papildomų priemonių. Tiesa, informacinės technologijos yra labai tinkama priemonė visumai suvokti tiksliau ir greičiau. Visumai suvokti tektų susipažinti su visa esama informacija, su visų dalyvių platformoje pasisakymais, o tai gali atlikti tik labai motyvuotas arba turintis be galo daug žinių ir nuolat jas atnaujinantis dalyvis. Jei nagrinėjama problema suvokiama tik iš dalies ir nematomas visas esamas turinys, tuomet atsiranda didesnė tikimybė, kad idėjos dubliuosis, esamos idėjos bus suprastos paviršutiniškai ir pan. Visumos matymas ribojamas didžiąja dalimi paviršutiniu indėliu ir nesisteminėmis problemų aprašymu (angl. *shallow contribution and unsystematic coverage*).

**Idėjų reitingavimo pavojai.** Labai dažnos yra idėjų reitingavo priegijos, tačiau tokių sistemų dalyviai dažnai sureitinguoja tik mažąją dalį pasiūlymų ar problemų, dažniausiai tas, kurios yra sąrašų viršuje – pirmosios į sistemą patekusios idėjos gali sulaukti daugiausiai dėmesio. Vėlesnės idėjos

<sup>685</sup> Scheuer, O., McLaren, B. M., Loll, F., Pinkwart, N. (2012). Automated Analysis and Feedback Techniques to Support Argumentation: A Survey. In: McLaren BM and Pinkwart N (eds) *Educational Technologies for Teaching Argumentation Skills*. Bentham Science Publishers, p. 71–124.

nukenčia. Tad taip sureitinguotos idėjos ir jų vidutiniai įverčiai neatspindi realios situacijos ir nesukuria kolektyvinio intelekto. Tad jei taip veikia reitingavimo sistema, tuomet atsiranda net galimybių kai kurioms suinteresuotųjų grupėms imti manipuliuoti bendruomenės nuomone, sureitinguojant jiems priimtinausias idėjas. Taip pat yra pastebėta, kad yra tam tikrų skirtumų tarp idėjų reitingavimo ir kriterijų, kurių atžvilgiu idėjos galėtų būti vertinamos. Platformų dalyviams yra sudėtinga suvokti, kaip atsiranda tokie vertinimai, nors jie patys dalyvauja vertinant, jie nesuvokia, kaip susiję tarpusavyje idėjų reitingavimas ir kriterijų parinkimas bei vertinimas.

Šie trikdžiai riboja dalyvavimo augimą ir laikui bėgant gali lemti dalyvavimo trukdžius.

#### 7.4.2. Interaktyvių bendradarbiavimo platformų pavyzdžiai

Interaktyvių bendradarbiavimo platformų pirmtakais ir savotiškais analogais reikia laikyti tokius visiems gerai žinomus tinklalapius kaip paieškos stotys „Google“, „Yahoo“ ar „My Search“. Vėliau, išstobulėjus kompiuteriniams tinklams, atsirado daug virtualių bendruomenių, kuriose vyko tiesioginis bendravimas naudojantis interaktyviomis priemonėmis kartais siekiant gan siaurų tikslų, o produktai buvo skirti pirmiausia laisvalaikui bei asmeniniams socialiniams ryšiams megti. Vieni populiariausi tokie pavyzdžiai yra „Facebook“ bei „LinkedIn“. Socialinių tinklų platformų sėkmės paakinti, didieji paieškos stočių gigantai taip pat ėmėsi kurti bendradarbiavimo platformas. Štai, pvz., 2009 m. „Google“ pasiūlė naują diskusijų platformą, kurią pavadino „Wave“ ir pristatė kaip „on line“ įrankį komunikacijai ir bendradarbiavimui, veikiantį realiuoju laiku<sup>686</sup>. Bendradarbiavimo platformų plėtra vyksta ir kituose pasaulio taškuose. Pvz., literatūroje aprašyta Singapūro kultūrinei terpei pritaikyta realiu laiku veikianti demokratinio pliuralizmo platforma<sup>687</sup>, kurioje įdiegta argumentavimo sistema pagal problemomis grįstos informacijos sistemos (*Issue Based Information System –IBIS*) principus<sup>688</sup>.

<sup>686</sup> Google. About google wave, February 2010. <http://wave.google.com/about.html>.

<sup>687</sup> Yawen, Li, Weiyu Zhang, Simon T., Perrault, Shengdong Zhao. (2015). Building an Online Deliberation Platform – Bottom-up Civic Engagement in Singapore. CHI ,15 Workshop, Seoul, 18-19, April 2015.

<sup>688</sup> Klein, M. (2012). *Enabling large - scale deliberation using attention - mediation metrics*. Computer Supported Cooperative Work, p. 449–473.

Sukurtos ir išbandytos bei didelio vartotojų susidomėjimo sulaukusios platformų technologijos tapo tyrimo objektu siekiant gan racionalių tikslų ir profesinėms bendrijoms. Suinteresuotųjų platformos, bendradarbiavimo ir piliečių įsitraukimo platformos tapo valstybiniais bei tarptautiniais prioritetais kuriant efektyvias platformas.

Per paskutinius penkerius metus pasaulyje buvo kuriamos ir išbandomos daugelis bendradarbiavimo platformų, skirtų vis kitam veiklos sektoriui (privačiam bei viešajam), įvairioms sritims (aktyvaus pardavimo, rinkodaros, mokymosi ar politikos formavimo).

**ES patirtis.** Europos Sąjungos lygmenyje 2009 m. buvo pasiūlyta platforma „Europos gyventojų konsultacijos“ (angl. *European Citizens Consultation*) kaip socialinės ir ekonominės Europos ateities diskusijų forumas. Šiuo projektu norėta pasiūlyti visiems ES gyventojams ne tik įsitraukti į debatus politinių konsultacijų metu pasiūlytu klausimu, bet ir kartu dalyvauti kuriant naujus sprendimus ir už juos balsuoti. Tyrėjai pripažįsta, kad tai buvo gan sėkmingas bandymas. Svetainę aplankė 150 000 lankytojų, užsiregistravo 29 536 vartotojų, fiksuota 5640 žinučių bei 1142 pasiūlymų<sup>689</sup>.

Tai davė postūmį platesniems kompiuterizuotų realiu laiku veikiančių bendradarbiavimo platformų moksliniams tyrimams. Pirmą kartą tokios platformos paminėtos ES strateginiuose tyrimų prioritetuose dar 7 bendrojoje programoje (2007–2013 m.) ir buvo vadinamos kolektyvinio sąmoninumo platformomis (angl. *Collective Awareness Platforms*). Šie tyrimai, kaip perspektyvūs, aktyviai plėtojami toliau, o jų prioritetai persikėlė į naująją ES mokslinių tyrimų programą „Horizontas 2020“, apibrėždami svarbiausius tokių platformų teikiamus privalumus (angl. *Glasroots*)<sup>690</sup>.

Vien pagal 7 bendrąją programą buvo skirta parama 13 iniciatyvų, iš kurių trys buvo skirtos konkrečioms platformoms kurti. Sestini<sup>691</sup> EK už-

<sup>689</sup> Kies, R., Wojcik, S. (2010). European Web-Deliberation: Lessons from the European Citizens Consultation. In De Cindio, F., Macintosh, A., Pearboni, C. (eds.). *From e-Participation to Online Deliberation, Proceedings of the Fourth International Conference on Online Deliberation*, OD2010. Leeds, UK, 30 June-2 July, p. 198–211. [http://www.cer-top.fr/DEL/IMG/pdf\\_Proceedings\\_OD2010-2.pdf](http://www.cer-top.fr/DEL/IMG/pdf_Proceedings_OD2010-2.pdf).

<sup>690</sup> Sestini, F. (2012). Collective Awareness Platforms: Engines for Sustainability and Ethics. *IEEE Technol. Soc. Mag.* 31(4) pp. 54-62 Available at: <http://caps2020.eu/wpcontent/uploads/2013/11/Collective-Awareness-Platforms-Engine-for-Sustainability-and-Ethics1.pdf>.

<sup>691</sup> Sestini, F. (2014). Collective Awareness Platforms for Sustainability and Social Innovation: An Introduction, p. 79, <http://booksprints-for-ict-research.eu/wp-content/uploads/2014/07/BS5-CAPS-FIN-003.pdf>.

sakymu atliko šių iniciatyvų apžvalgą ir išsamiai pristatė pasiektus laimėjimus. Daugelis jų yra orientuotos į praktinį naudojimąsi jomis.

Svarbiausieji ES projektai<sup>692</sup>:

1. Projektas CAP4ACCESS (*Collectively improving accessibility in European cities*) yra skirtas mažinti įtraukties trukdžius. Siekdami pagerinti Europos miestų pasiekiamumą, iniciatoriai kūrė priemones ir metodus, kurie leistų kaupti dokumentus ir diskusijas apie miestų vietas bei kelius, reikalingus gerinti pasiekiamumą riboto mobilumo žmonėms, vizualizuotų duomenis taip, kad platformos vartotojai galėtų juos suprasti intuityviai, leistų lengviau naviguotis žmonėms savarankiškai, dalintis sukurto naujo pasiekiamumo vertinimo suvokimu.
2. Projektas DECARBONET yra nukreiptas didinti kolektyvinį sąmoningumą aplinkosaugos klausimais. Platforma kelia sau tikslus įtraukti suinteresuotuosius reikalavimams formuoti, skatinti ja naudotis registruotus vartotojus, integruoti į platformą įvairius interaktyvius elementus, tokius kaip energijos ir klimato viktorinas, drauge įtraukti ir socialinių medijų vartotojus.
3. Projektas DWIKIRATE kuria priemonės, įgalinančias gyventojus įvertinti įmones pagal jų socialinės atsakomybės puoselėjimą. Vertinimas yra grindžiamas minios vertinimo principu, automatizuojant informaciją.
4. Projektas CATALYST kuria priemonės, kurios palengvintų debatus virtualiose bendruomenėse. Šios platformos modelio kūrėjai siekia ne dubliuoti esamas priemones, bet sukurti naujas, palengvinančias kolektyvinio intelekto atsiradimą, sujungiant *wiki* technologijas, socialinių tinklų paslaugas, diskusijų platformas bei svarstymų priemones.
5. Projektas D-CENT skirtas palengvinti socialinių inovacijų sklaidą virtualiose bendruomenėse, orientuojasi į tiesioginės demokratijos stiprinimą ir ekonominį įgalinimą. Ši platforma buvo bandoma Islandijoje, Suomijoje ir Ispanijoje. Platforma grindžiama autentifikavimu ir duomenų kaupimu, suteikiant socialinio įsitinklinimo galimybes ir privatumą.

<sup>692</sup> <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/caps-projects>.

Kita grupė platformų kūrimo projektų buvo skirta koordinavimui ir paramos veikloms.

1. Projektas CAPS 2020 skirtas organizuoti analogiškų platformų piliiečių įtraukčiai didinti kasmetinius susitikimus.
2. Projektas IA4SI skirtas vertinti jau sukurtų platformų poveikį.
3. Projektas SCICAFE2.0 formuoja naujus bendradarbiavimo modelius.
4. Projektas WEB-COSI prisideda prie pasitikėjimo kūrimo, kuris atsiranda dėl kolektyvinės statistikos.

### **Lietuvos patirtis**

Apžvelgus Lietuvoje plintančius įvairius bandymus pasiūlyti didesnę visuomenės įtraukimą virtualiomis priemonėmis, susiduriama su gan menku išvystymu ir siauru supratimu apie IT galimybes. Kol kas mes stebime labiau „plokščiąsias“ priemones, tokias kaip internetinės svetainės, suteikiančios galimybę susirasti informaciją tam tikrais klausimais ir galimybę palikti savo nuomonę. Bendradarbiavimo platformoms keliamų reikalavimų apraiškų sunkiai galėtume rasti. Žinoma negalime ignoruoti turimų pasiekimų kad ir sveikatos srityje. Čia galėtume paminėti tokias internetines svetaines kaip <http://www.sergu.lt/> (galimybė registruotis pas pasirinktos srities gydymo specialistus Lietuvoje, bet tik 20-yje Lietuvos poliklinikų bei ligoninių), <http://www.manodaktaras.lt>, <http://e-pacientas.lt> (odontologinių paslaugų įmonės ir jos partnerių tinklalapis), <http://www.pincetas.lt> (gydytojų reitingas, kurį palieka pacientas ir gydytojų kolegos), <http://www.skundai.com> (galimybė palikti skundą dėl įmonių ar paslaugų (taip pat ir dėl gydymo paslaugų), <http://sveikas.lt/lt/> (informacija sveikatos temomis) ir panašūs.

Vis dėlto pagrindinis tokių puslapių trūkumas yra vienkryptiškumas, kai dalyviai neturi galimybės gauti grįžtamojo ryšio, diskutuoti ar dalintis savo besikeičiančiais požiūriais.

#### **7.4.3. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos vadybinis modelis – idėjų kaupimo ir brandinimo ciklas**

E. sveikatos SBP modelis yra grindžiamas idėjos gyvavimo ciklu, kuriame pagrindinis valdymo objektas yra idėja, kuri išgyvena visus žinių valdymo ciklus, pradedant idėjų kaupimu ir baigiant idėjų brandinimu. Idėjomis vadiname tiek pozityvius teiginius, kurie skamba kaip nauja mintis, skirta aprašyti arba pakeisti esamą e. sveikatos plėtros būseną, tiek ir



neigiamas teiginys, kuris gali skambėti kaip skundas arba kritika. Idėjų valdymo užduotis yra užkoduojama e. sveikatos SBP vadybiniame modelyje.

E. sveikatos SBP **vadybinis modelis** yra veiksmų seka, kuria bus grindžiamas platformos interaktyviosios internetinės sąsajos kūrimas, testavimas ir įgyvendinimas.

E. sveikatos SBP vadybinio modelio **tikslas** yra pateikti detalią schemą, kuri tarpusavio ryšiais susietų suinteresuotųjų požiūrius su daugiakriteriais e. sveikatos sistemos elementais, išskirdama e. sveikatos, kaip sistemos, vertinimo kriterijų hierarchiškumą ir numatydamą jų ekspertinį vertinimą bei garantuotų grįžtamąjį ryšį sistemos vartotojams.

Suinteresuotųjų požiūriai bei jų žinios pirminėje pateikimo stadijoje įgyja pasiūlymų arba skundų (problemų) formą. Remiantis žinių vadybos konstruktu, e. sveikatos SBP **vadybinio modelio scheme** pagrindinis valdymo objektas yra idėjos, o jų valdymas sukuria nuolatinį idėjų kaupimo ir brandinimo ciklą (žr. 7.6 pav.). Ciklinis idėjų tobulinimas, papildymas, performulavimas garantuoja tiek grįžtamąjį ryšį suinteresuotiesiems, tiek būtina sąveiką tarp veiksmų sekos elementų.

### **Vadybinio modelio elementai**

*Vadybinio modelio elementai* – tai smulkiausias vadybinis vienetas, kuriam įgyvendinti reikia konkretaus vienos rūšies veiksmo.

*Vadybinio modelio elementų sąsajos* – tai veiksmų rinkiniai, kuriuos vienija vienos rūšies veiksmų grupė.

*Alternatyvieji pasiūlymai* – tai bet kokia e. sveikatos dalyvio formalizuota mintis, kuri gali skambėti tiek kaip siūlymas esamoms problemoms ar klaidoms taisyti, tiek kaip alternatyva jau pasiūlytiems e. sveikatos sprendimams. Alternatyvieji pasiūlymai, jei jie išreikšti vienu sakiniu ir papildyti trumpu jos aprašymu (jei yra tokia būtinybė) tampa įvesties duomeniu, su kuriuo toliau gali būti atliekamos įvairios procedūros: vertinimo, analizavimo, diskusijos, performulavimo ir pan. Alternatyvieji pasiūlymai pagal savo semantinę prasmę yra teigiamai formuluotas teiginys, kuris nukreipia į teigiamo pokyčio paieškas. Tačiau kūrybiškumą neretai dar labiau paskatina neigiamai formuluoti pasiūlymai, kuriuos šiuo atveju vadinsime problemomis (skundais).

*Problemos (skundai)* – bet kokios negerovės, kurias suinteresuotasis pastebi ir kurios, jo manymu, gali būti trukdžiai e. sveikatos sistemos veikimui. Šiuo atveju suinteresuotasis gali pateikti tik problemos aprašymą, nepateik-

damas jokio pozityvaus šios problemos sprendimo būdo. Problemų sąrašas toliau gali būti nagrinėjamas pagal tuos pačius principus, kurie taikomi ir idėjoms vertinti. Problemų formuluotės gali paskatinti pozityvių idėjų paiešką.

*Saviorganizacija* – tai dalyvių įgalinimas tapti atsakingiems už savo veikimą drauge. Toks veikimo būdas didina dalyvių motyvaciją, suteikia galimybių pasirinkti savo veikimo būdus, leidžia geriau išnaudoti dalyvių kūrybiškumą.

### **Vadybinio modelio seka**

Pirminiame pasiūlymų / problemų pateikimo etape suinteresuotieji yra laisvi formuluoti bet kokią mintį ir patys nuspręsti, kokiai jų formai, alternatyviesiems pasiūlymams ar problemai ją priskirti. Taip suformuojamas idėjų bankas (duomenų bazė) tolesniems veiksams.

Svarbiausios e. sveikatos SBP **vadybinio modelio** elementų sąšajos:

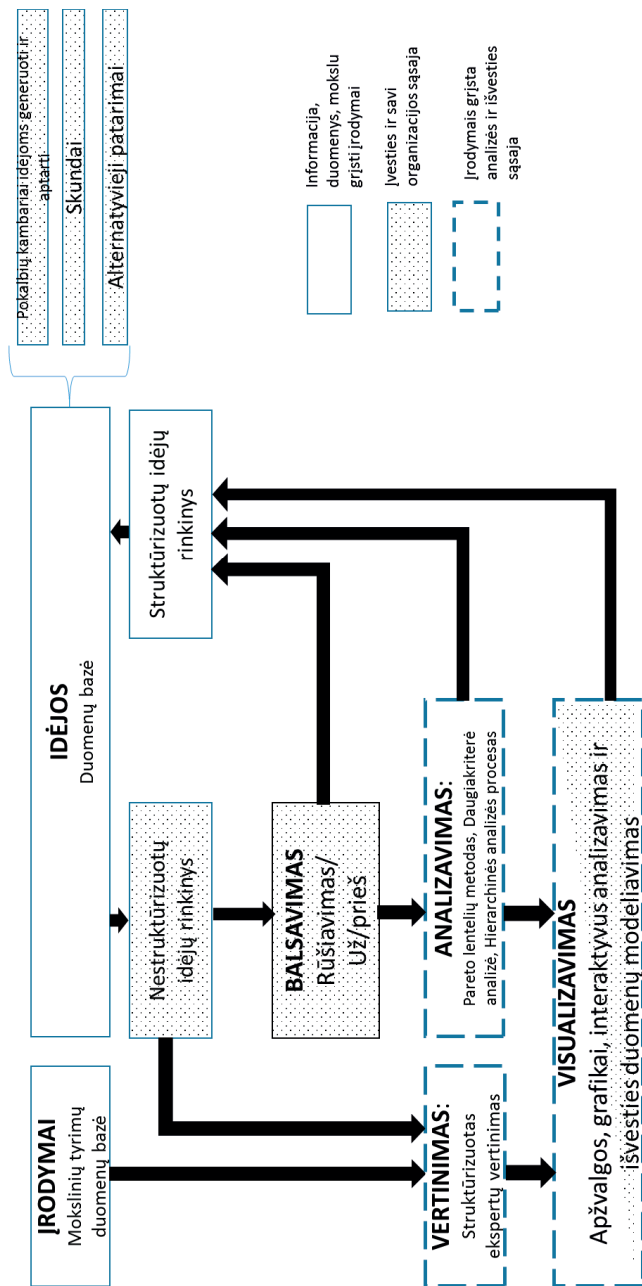
#### **• E. sveikatos suinteresuotųjų pateikiamos informacijos, duomenų, tarp jų ir mokslu grįstų duomenų, kaupimo sąsaja**

Tai duomenų talpyklos, kuriose yra kaupiama įvairaus pobūdžio informacija. Kiekviena tokia duomenų talpykla yra skirta interaktyviai joje veikti, tad kiekvienas platformos vartotojas gali palikti savo įrašą arba atlikti analizės veiksmus, priskiriant vieną ar kitą vertinimo kriterijų. Rekomenduojama išskirti trijų rūšių talpyklas: tai suinteresuotųjų idėjų talpykla, mokslu grįstų duomenų talpykla ir struktūrizuotų idėjų talpykla. Suinteresuotųjų talpykloje būtų kaupiama visa surinkta informacija, tiek nestruktūrizuotos dalyvių idėjos, tiek ir jau įvairiais būdais analizuotos idėjos. Struktūrizuotų idėjų talpykla yra išvestinė idėjų talpyklos dalis.

Joje kaupiamos tik tos idėjos, kurios pereina visą idėjų vertinimo ciklą, nuo idėjos užgimimo iki jos akumuliacijos, brandos, tikslinimo ir ekspertinio vertinimo.

**• Įvesties ir saviorganizacijos sąsaja**, įgalinanti suinteresuotuosius spręsti, dalyvauti ir interaktyviai valdyti e. sveikatos turinį bei jo vertinimo kriterijus.

Saviorganizacijos sąsaja užtikrina, kad talpyklos būtų pildomos nuolat ir taip užtikrintų jų dinamiškumą, o jose kaupiama informacija atspindėtų realiaame laike vykstančius e. sveikatos sistemos pokyčius visų suinteresuotųjų atžvilgiu. Saviorganizacija apima a) įvesties (idėjų pateikimo), b) idėjų vertinimo veiksmus bei c) interaktyvų analizės modeliavimą.



7.6 pav. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma: vadybinis modelis (idėjų kaupimo ir brandinimo ciklas)

- a) Suinteresuotųjų idėjų talpykla gali būti pildoma trimis nepriklausomais būdais. Du jų yra tiesioginiai. Vienas jų – tai alternatyviųjų siūlymų pateikimas. Antrasis – skundų pateikimas. Svarbu išskirti šias dviejų rūšių idėjų formas pirmiausia todėl, kad jos turi skirtingą emocinį turinį. Skundai – labiau negatyvios informacijos šaltinis, kuris dažnai yra emocijomis grįstas, todėl neretai gali būti papildomas kūrybiškumo šaltinis, nes tas dalyvis, kuris jaučia tokio skundo poreikį, buvo skausmingai susidūręs su e. sveikatos sistemos netobulumais, kurie turbūt trukdė sklandžiam darbui sistemoje. Tuo tarpu alternatyvieji pasiūlymai yra pozityvūs, dažnai jau analize arba didesne patirtimi grįstos pastabos dėl sistemos tobulinimo. Ne visada suinteresuotasis bet kuriuo metu gali tiksliai suformuluoti savo mintį dėl įvairių priežasčių (trūksta sąvokų, konkretumo ar abejojama savo patirtimi ir pan.). Toms situacijoms, kai nei nusiskundimas, nei pasiūlymas nėra aiškūs arba jų formuluotės suvokiamos nevienareikšmiškai, dalyviams suteikiama galimybė padiskutuoti ir pasitikrinti savo abejones ar idėjas tarp bendraminčių ar oponentų. Tuo tikslu yra būtina pokalbių galimybė. Pokalbiai turėtų padėti dalyviams suformuoti savo alternatyvų pasiūlymą arba skundą sklandžiau. Tai trečiasis idėjų generavimo būdas. Tokių diskusijų metu iškeltos idėjos perkeliamos į idėjų banką dalyvio sprendimu arba tai pavedama padaryti ekspertams.
- b) Idėjų vertinimo etapas apima dalyviams suteikiamą teisę reitinguoti visas talpyklose pateiktas idėjas. Reitingavimas grindžiamas balsavimo procedūra, kai dalyvis suteikia prioritetą vienoms idėjoms kitų atžvilgiu. Dalyvis gali reitinguoti tiek savo, tiek ir kitų pateikiamas idėjas ir tai atlikti ne kartą. Taip suteikiama jam galimybė keisti savo nuomonę. Tačiau iš naujo balsuojant jo anksčiau pateiktas reitingas bus anuliuojamas ir tolesnei analizei bus paliekamas tik naujausias reitingas, dalyviui tai pranešant. Dalyviams balsuoti bus teikiamas ekspertų dar nevertintas (nestruktūrizuotas) idėjų sąrašas.
- c) Interaktyvus analizės modeliavimas taip pat yra iš dalies saviorganizacijos sąsajos dalis, kai dalyvis įgalinamas pats modeliuoti išvesties formas ir analizės būdus, leidžiant jam grįžti kelis analizės žingsnius atgalios ir keisti įvesties duomenis. Taip pat dalyvis gali

pasirinkti idėjų reitingavo formatą, grafikų ir statistinės analizės vizualizavimo formas. Suteikiama galimybė atsižvelgti į visus analizės elementus arba ignoruoti kelis iš jų pačio dalyvio pasirinkimu. Taip pat suteikiama teisė grupuoti analizės rezultatus pagal įvairius rodiklius, pvz., pagal interesų grupes. Taip ne tik didinamas problemos (e. sveikatos sistemos) suvokimas, bet ir aiškėja, kokius lūkesčius gali turėti kiekviena suinteresuotųjų grupė. Teisė keisti kitą vizualizacijos dalį suteikiama ekspertams.

• **Įrodymais grįsta analizė ir išvesties sąsaja.** Įrodymais grįstą analizę ir išvesties sąsają sudaro trys vadybiniai blokai. Tai yra suinteresuotųjų idėjų analizė, pasitelkiant įvairias sprendimų paramos sistemas, ekspertinis idėjų vertinimas, grįstas naujausiomis mokslo žiniomis, ir analizių vizualizavimas.

a) **Suinteresuotųjų idėjų analizė.** Viena paprasčiausių ir greičiausiai atliekamų būtų Pareto lentelių analizė. **Pareto analizė** – tai statistine analize grįstas sprendimo priėmimo metodas, kuris leidžia išsirinkti ribotą skaičių veiksmų, turinčių reikšmingą įtaką sprendžiamai situacijai pagerinti<sup>693</sup>, ir remiasi Pareto principu 80–20 proc. Pareto lentelių analizei atlikti naudojamos dalyvių balsavimo rezultatai ir išskiriama reikšmingiausia problemų arba pasiūlymų dalis. Reikšmingumo lygio nustatymas paliekamas dalyvio nuožiūrai ir saviorganizavimui pasireikšti. Taip pat svarbu integruoti ir kitas sprendimų paramos sistemas, grįstas daugiakriterine analize ir atskiru jos atveju – hierarchine sprendimų analize. **Hierarchinės analizės metodas** – tai daugiakriterės sprendimų analizės metodas, taikytinas, kai sprendžiama problema turi daugiamatę prigimtį, aprašoma baigtiniu tikslų rinkiniu, o alternatyvos vertinamos poromis<sup>694</sup>. Daugiakriterių sprendimų analizei realizuoti reikalingi papildomi įvesties langai, pvz., kriterijų įvardijimo ir jų svorių priskyrimo.

b) **Ekspertinis idėjų vertinimas, grįstas naujausiomis mokslo žiniomis.** Nestruktūrizuotos idėjos pateikiamos nagrinėti pripažintiems ekspertams, dažniausiai mokslininkams, pasitelkiant struktūri-

<sup>693</sup> Mikulskienė, B. (2011). *Sprendimų priėmimo metodai viešajam valdymui*. Vilnius: Mes, 267 p. ISBN 978-609-95202-3-0.

<sup>694</sup> *Ibid.*

zuoto ekspertinio vertinimo metodologiją<sup>695, 696</sup>. Šis vertinimas yra grįstas principu, kad mokslininkai vertindami idėjas pateikia idėjos realizavimo rizikas ir numatomas pasireiškimo tikimybes. Ekspertai taip pat gali pateikti savo idėjas bei jų vertinimą. Jei ekspertai pageidauja idėjas reitinguoti balsavimo būdu, jie tame procese dalyvauja kaip ir kiti suinteresuotieji.

- c) **Analizių vizualizavimas** suteikia analizei interaktyvumo ir padeda geriau suprasti analizės rezultatus bei praplečia galimybes interpretuoti. Šiame etape yra sudaryta galimybė pasirinkti vizualizavimo formas (grafikus, lenteles, piešinius), taip pat sudaroma galimybė pakomentuoti vieną ar kitą interpretacinę pateikimo formą taip sukuriant išvesties duomenų modeliavimo galimybę kiekvienam dalyviui. Taip susimodeliavus analizės vaizdinius, geriau suvokiami skirtumai tarp dalyvių ir ekspertų vertinimų.

Platforma veikia pagal virtualaus bendravimo principą įtraukiant suinteresuotuosius į vieną tinklą. Bendraujant tinkle identifikuojami prisijungusieji suinteresuotieji, nustatomos jų bendravimo temos, glaudžiausi ryšiai. Šis tinklas tampa eksperimentine laboratorija, kuri leidžia stebėti ir analizuoti suinteresuotųjų bendravimo procesą.

#### 7.4.4. Platformos turinio elementai: įvesties ir išvesties sąsajos

Platformos administratoriams, tyrėjams ir patiems platformos vartotojams yra svarbu žinoti, kokia informacija ir kokia forma bus kaupiama. Taigi platformos įvesties ir išvesties sąsaja yra tokia schema, kuri pademonstruoja įvesties ir sukauptos išvesties duomenų atvaizdavimą. Ji pavaizduota 7.7 paveiksle. Tai informacijos valdymo įrankis, skirtas platformai tobulinti ateityje iškilus naujiems analizės poreikiams.

Sąsajų medį sudaro:

1. Suinteresuotųjų šalių duomenys.
2. Mokslinių tyrimų duomenys.
3. Pokalbių kambarių duomenys.

<sup>695</sup> Cooke, R. (1991). *Experts in uncertainty. Opinion and subjective probability in science, Environmental Ethics and Science Policy Series*. New York: Oxford University Press, 1991.

<sup>696</sup> Goossens, L., Cooke, R., Kraan, B. (1998). Evaluation of weighting schemes for expert judgment studies. In: A. Mosley, R. Bari (Eds.), *PSAM4 Proceedings*, Springer, New York, 1998, p. 1937–1942.

4. Alternatyvių pasiūlymų duomenys.
5. Skundų duomenys.
6. Balsavimo duomenys.

Kad platforma veiktų kaip bendradarbiavimo platforma, kur bendromis pastangomis yra kaupiamos žinios apie e. sveikatą, o po to kuriami įgyvendinimo sprendimai, būtinas pasitikėjimas tarp platformos vartotojų bei geresnis problemų išsąmoninimas (angl. *awareness*). Yra įrodyta išsąmoninimo ryšys su bendradarbiavimo veiklų efektyvumu<sup>697</sup>. Tai taip pat yra grindžiama ir kolektyvinio intelekto teorijose. Bendradarbiavimas ir pasitikėjimas yra galimas, kai dalyviai žino, su kuo bendradarbiauja ir kokia narių kompetencija. Todėl yra svarbu sukurti platformą, kurioje nariai save identifikuotų pagal iš anksto sutartus kriterijus, svarbius žinioms kaupti. Pvz., svarbu žinoti, kokioms interesų grupėms dalyviai atstovauja, kokias pareigas užima ir kiek išmano diskutuojamą dalyką. Todėl platformoje įvesties duomenys yra grindžiami dalyvių identifikavimo sistema (angl. *profile*), o duomenys apie juos kaupiami duomenų bazėje.

Kiekvienas sąsajos medžio elementas atitinka tam tikrą įvesties langą.

Išvesties sąsają sudaro:

1. Suinteresuotųjų sąrašas.
2. Aktualių mokslinių tyrimų sąrašas.
3. Diskusijų temų sąrašas ir idėjų verifikavimo medžiaga.
4. Pasiūlymų sąrašas.
5. Skundų sąrašas.
6. Struktūrizuotų idėjų sąrašas.
7. Išanalizuotų idėjų sąrašas bei rodiklių, pagal kuriuos galima vertinti idėjas, sąrašas.

---

<sup>697</sup> Carroll, J. M., Neale, D. C., Isenhour, P. L., Rosson, M. B., McCrickard, D. S. (2003). Notification and awareness: synchronizing task-oriented collaborative activity. *International Journal of Human-Computer Studies*, 58 (5): 605–632.





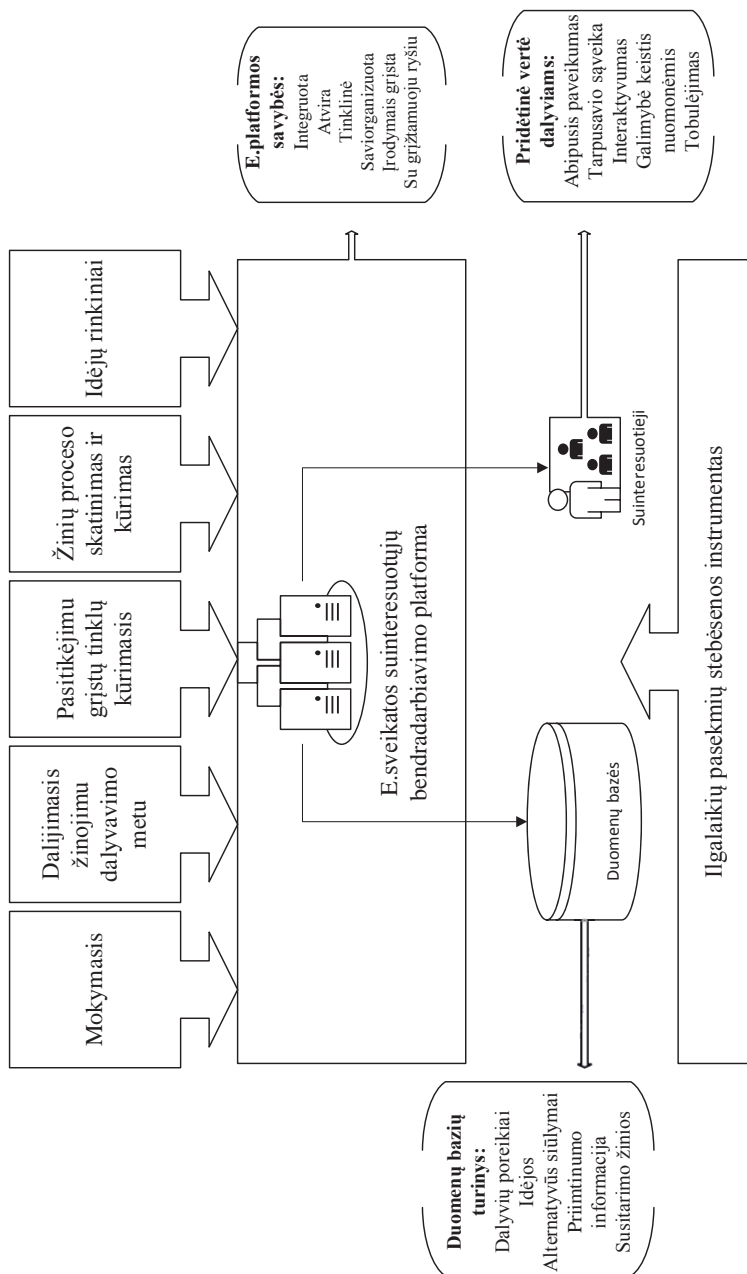
#### 7.4.5. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos suteikiamos naudos

Pasiūlytas e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos modelis išryškina svarbiausias naudas, kurių pasiekama, jei e. platforma tampa gyvu ir naudojamu įrankiu.

Galime įžvelgti kelis e. sveikatos BP kuriamos naudos lygmenis. Vienas jų yra nauda, kurias patiria visa e. sveikatos sistema integraliai. Kitas lygis yra e. platformos siekiamų rezultatų naudos charakteristikos. Naudų ir rezultatų ryšys perteiktas 7.8 paveiksle.

E. sveikatos BP sukuria šias e. sveikatos sistemai skirtas naudas:

- Mokymasis (angl. *learning*). Mokymasis, naujas patyrimas ir žinios kyla iš dalyvavimo ir įsitraukimo ir kuria naują socialinę realybę, kuri tampa priklausoma nuo naujovių, su kuriomis greičiau susipažįsta e. sveikatos sistemos vartotojai ir dalyviai.
- Dalijimasis žinojimu dalyvavimo metu (angl. *knowledge sharing*). Esant reikiamai infrastruktūrai, sukauptos žinios tampa plačiai prieinamos ir atviros, nebegresia jų užrakinimas tik privilegijuotuose sluoksniuose arba arčiau informacijos esančiuose taškuose.
- Pasitikėjimu grįstų tinklų kūrimasis (angl. *network based on trust building*). E. platformoje atsiranda galimybė bendrauti ir bendradarbiauti, taip susikuriant patikimą terpę veikti. Pasitikėjimas tarp narių yra jautrus faktorius visoms kitoms naudoms pasireikšti.
- Žinių proceso skatinimas ir kūrimas (angl. *acceleration and knowledge co-production*). Pasitikėjimu grįstuose tinkluose ima formuotis naujos žinios, kuriamos naujos idėjos.
- Idėjų rinkiniai (angl. *idea collection*). Veikiant drauge ir kuriant naujas žinias atsiranda idėjų rinkiniai, kurie gali būti kaupiami, inkubuojami, o vėliau ir naudojami realioms gyvenimo situacijoms tobulinti.
- Ilgalaikių pasekmių stebėsenos instrumentas (angl. *monitoring the progress*). E. platforma tampa informacijos talpykle, kurioje sukaujami veikimo drauge istoriniai įrašai, leidžiantys bet kuriuo laiko momentu patikrinti formalius ir neformalius veikimo rezultatus. Susikūrus formalius stebėsenos kriterijus galima periodiškai stebėti net labai formalius elementus, skirtus valstybės valdymo sprendimams priimti.



7.8 pav. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos suteikiamos naudos

Galime skirti trejopus e. sveikatos BP rezultatus: e. platformos veikimas, platformoje esanti informacija ir suinteresuotųjų patiriama nauda.

E. platforma apibrėžiama šiomis savybėmis:

- Integruota
- Atvira
- Tinklinė
- Saviorganizuota
- Įrodymais grįsta
- Su grįžtamuoju ryšiu

E. platformoje kaupiama informacija vertinga savo turiniu:

- Dalyvių poreikiai
- Idėjos
- Alternatyvūs siūlymai
- Priimtino informacija
- Susitarimo žinios

Pridėtinė vertė dalyviams:

- Abipusis poveikumas
- Tarpusavio sąveika
- Interaktyvumas
- Galimybė keistis nuomonėmis
- Tobulėjimas

## 7.5. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymas

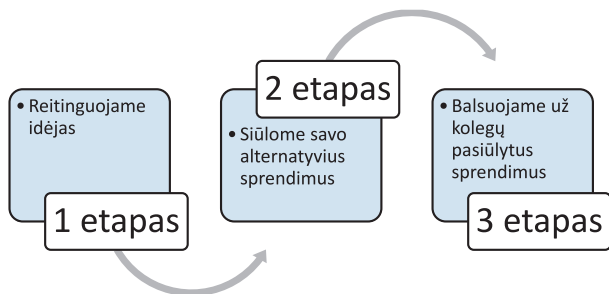
Sukurta suinteresuotųjų bendradarbiavimą skatinanti e. platforma buvo išbandyta imituojančias realias platformos veikimo sąlygas.

E. sveikatos bendradarbiavimo platformos išbandymo **tikslas** buvo atlikti e. platformos struktūros ir vadybinio modelio praktinio reikšmingumo testą ir paskatinti sveikatos specialistus bendradarbiauti ieškant e. sveikatos sprendimų bendradarbiaujant.

### 7.5.1. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymo planas / metodologija

E. platforma išbandyta konferencijos „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, kuri įvyko 2014 m. spalio 28 d. Mykolo Romerio univer-

sitete, metu. Išbandymui sukurta e. platformos išbandymo metodologija (7 priedas). Metodologija grindžiama trimis etapais (žr. 7.9 pav.).



7.9 pav. E. sveikatos BP eksperimento etapai

• **1 etapas.** Reitinguojame idėjas.

Šis etapas skirtas balsuoti už dažniausiai pasitaikančias e. sveikatos problemas, vertinant jų aktualumą. Balsuoti buvo pateikta 23 problemų formuluotės / teiginiai. Šios problemų formuluotės buvo surinktos iš anksto iš kokybinio tyrimo duomenų pagal šias tyrimo kategorijas: žmogiškieji ištekliai – IT raštingumas ir kitos kompetencijos; sveikatos priežiūros įstai-gų organizacinė struktūra; vadovavimas; pasirinkto e. sveikatos sprendimo savybės; infrastruktūra; finansų valdymas; e. sveikatos sistemos teisinis reguliavimas ir IT įmonių vaidmuo. Pateikti teiginiai buvo reitinguojami pagal reikšmingumą naudojant penkiabalę Likerto skalę. Kadangi balsuoti pateikiami teiginiai, surinkti kokybinio tyrimo metu pagal respondentų pateiktas formuluotes, šie teiginiai skamba subjektyviai bei turi emocinį atspalvį. Dalyviams taip pat yra sudaroma galimybė pateikti ir savo proble-mų formuluotes.

Šiame etape už pasiūlytas problemas yra balsuojama individualiai, kol kas nesinaudojant sąveikos galimybėmis. Individualiai sureitingavus teigi-nius, atliekama trumpa balsavimo rezultatų analizė: sureitinguotas proble-mų sąrašas pateikiamas dalyviams aptarti.

• **2 etapas:** Siūlome savo alternatyvius sprendimus. Prieš tai išreitin-guotoms e. sveikatos problemoms pasiūlomi sprendimai.

Šiame etape dalyviai suskirstomi į tris grupes ir veikia sąveikaudami. Trims grupėms pateikiamos trys diskusijų sritys: e. registracijos modu-lio diegimas, e. istorijos modulio diegimas, e. recepto modulio diegimas

(žr. 7.10 pav.). Teiginiai atrinkti kaip reikšmingiausi, nes kokybinio tyrimo metu juos kaip keliančius daugiausia abejonių dažniausiai minėjo respondentai. Buvo pateikti šie trys teiginiai iš pirmame etape sureitinguoto dažniausiai pasitaikančių problemų sąrašo:

1. E. sveikatos sistemos pasiūlyta nauja vadybos forma bei organizacinės struktūros diegimas vėluoja, vis dar dirbama taip pat, kaip ir iki e. sveikatos sprendimo įdiegimo.

- Kokybinio tyrimo metu nuskambėjęs teiginys: „E. sveikata yra radikalus pakeitimas įstaigos valdyme ir žmonės turi būti tam pasiruošę ir išlysti iš tos kasdienės veiklos, nors jie privalo savo darbą daryti kasdien tokį patį, jie turi iš karto galvoti ir kaip mes darysim tada, kai bus IS įdiegtas.“ (gydytojas)

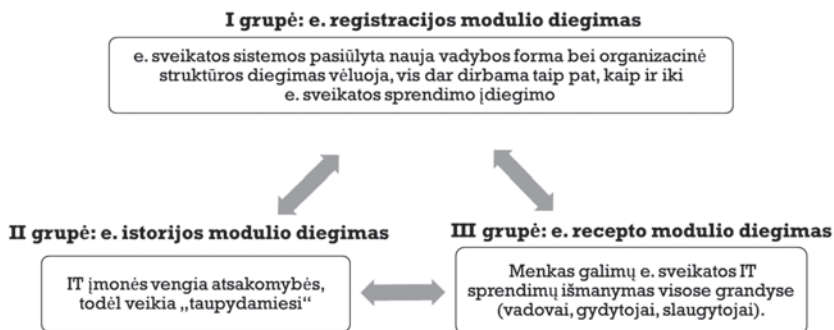
2. IT įmonės vengia atsakomybės, todėl veikia „taupydamiesi“.

- Kokybinio tyrimo metu nuskambėjęs teiginys: „Faktiškai nelabai yra iš ko rinktis. Sakysim, nėra supratimo aplamai, kas tai yra e. sveikata iš IT sektoriaus, jis labai yra miglotas, visi galvoja ateisim, čia bazinius produktus, kurie jau yra sukurti kažkieno, įdėsime, sukursim rankom, bus patenkinti. Iš tikrųjų ne.“ (Sveikatos priežiūros įstaigos vadovo pavadautojas)

3. Menkas galimų e. sveikatos IT sprendimų išmanymas visose grandyse (vadovai, gydytojai, slaugytojai).

- Kokybinio tyrimo metu nuskambėjęs teiginys: „Tokių sisteminių suvokimų trūkumas, tas dalykas iš tikrųjų yra, blogiausia, kad yra vadovų kai kurių nesuvokimas, čia yra problema, žodžiu tai yra pagrinde žmogiškasis faktorius,....., ne tik registratorius, kur turi siaurą funkcionalumą, medikai, kurie turi didesnius funkcionalumus, ...“ (IT įmonės vadovas)

Grupės narių yra prašoma diskutuoti, o diskusijų pabaigoje pateikti ne mažiau kaip po penkis alternatyvius sprendimus pasiūlytai problemai spręsti.



7.10 pav. 2 etapo e. platformos išbandymo temų ir problemų paskirstymas

• **3 etapas.** 2 etape suformuotų problemų sprendimų alternatyvų įvertinimas balsuojant.

Šiame etape visų grupių dalyviai individualiai balsuoja už visų, taip pat ir už savo grupės, pasiūlytus alternatyvius sprendimus. Balsuoti skiriamas ribotas laikas. Prašoma balsuoti tik už vieną alternatyvą iš vienos grupės alternatyvų sąrašo. Prieš balsuodami dalyviai gali aptarti alternatyvos prasmę su ją pasiūliusia grupe.

Po kiekvieno etapo skiriama laiko aptarti pasiektus rezultatus.

Kiekvieno etapo metu yra fiksuojama dalyvių demografinė informacija. Pirmojo etapo metu, kol dalyviai veikia individualiai, yra fiksuojama dalyvių amžius, lytis, užimamos pareigos (prisiskyrimas suinteresuotųjų grupėms). Pasiūlytos šios grupės: gydytojas / slaugytojas / IT įmonės darbuotojas / politikas / pacientas). Kai veikiame grupėje, pvz., antrame etape, fiksuojamas grupės dydis ir dominuojantys suinteresuotieji.

Neretai vienas asmuo atstovauja kelioms suinteresuotųjų grupėms, pvz., gydytojas gali būti ir administratorius bei mokslininkas. Tokiu atveju leidžiama pačiam balsuojančiajam nuspręsti, kuriai pozicijai jis atstovauja pagal asmeninius prioritetus.

### 7.5.2. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymo eiga

Eksperimente dalyvavo 69 dalyviai. Iš jų didžioji dalis atstovavo sveikatos priežiūros įstaigų administratoriams / vadybininkams (net 40 dalyvių). Taip pat dalyvavo 8 politikai, 6 gydytojai / slaugytojai, 3 IT įmonių

darbuotojai arba IT skyrių specialistai, 12 dalyvių save priskyrė pacientams ir du mokslininkams.

Iš viso procesas užtruko 2 val.

Pirmo etapo metu, sureitingavus problemas, pirmas keturias iš penkių pozicijas užėmė problemos, susijusios su valstybiniu reguliavimu (žr. 7.1 lentelę).

**7.1 lentelė.** Pirmosios penkios problemos, sulaukusios didžiausio dalyvių dėmesio

	<b>Problema</b>	<b>Suma</b>
1.	Valstybės institucijos vėluoja kuriant e. sveikatos modelį	269
2.	Trūksta centralizuoto koordinavimo	264
3.	Lokalių e. sveikatos sistemų nesuderinamumas yra blogo reglamentavimo ir planavimo pasekmė	253
4.	Didelis medicinos personalo darbo krūvis stabdo e. sveikatos diegimą	251
5.	E. sveikatos reglamentavimas yra per sudėtingas, o naujų sistemų derinimo su SAM procedūros ilgos	249

Tuo tarpu mažiausiai aktualiomis dalyviai pripažino su IT kompetencijomis bei vadovų menka motyvacija susijusias problemas (žr. 7.2. lentelę).

**7.2 lentelė.** Penkios mažiausiai aktualiomis pripažintos problemos

	<b>Problema</b>	<b>Suma</b>
1.	Vienintelė kliūtis e. sveikatos sėkmei yra IT technikos trūkumas sveikatos priežiūros įstaigoje	186
2.	Menkas vadovų domėjimasis konkretaus e. sveikatos sprendimo pasirinkimu	205
3.	Blogas funkcijų paskirstymas kuriant ir diegiant e. sveikatą	207
4.	Esami sveikatos įstaigų vadybiniai darbo principai kertasi su IT sprendimų logika	208
5.	Menkas vadovų domėjimasis konkretaus e. sveikatos sprendimo įgyvendinimo eiga	210

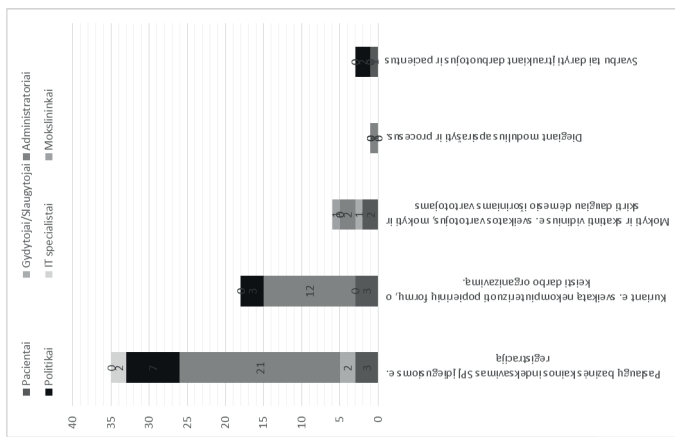
Antro etapo metu dalyviai visą laiką skyrė diskusijoms, o diskusijų pabaigoje labai entuziastingai be didelių ginčų surašė galimus alternatyvius sprendimus. Džiugu, kad dalyviai neapsiribojo minimaliu idėjų skaičiumi, o pasiūlė jų daugiau nei penkias. Visos pasiūlytos idėjos parodytos 7.3 lentelėje.

### 7.3 lentelė. Antro etapo metu pasiūlytų problemų sprendimo alternatyvos

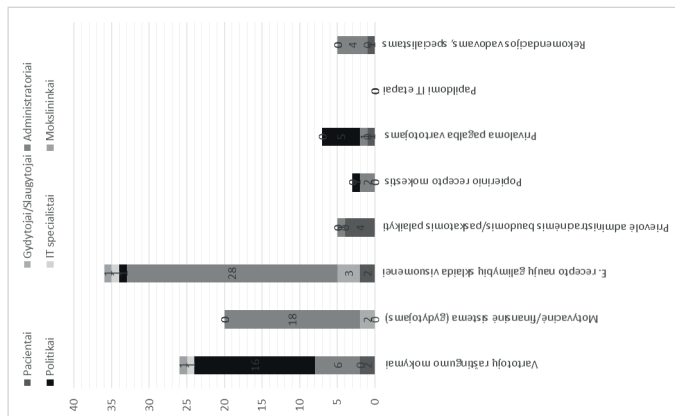
	I grupė	II grupė	III grupė
	E. REGISTRACIJA „E. sveikatos sistemos pasiūlyta nauja vadybos forma bei organizacinės struktūros diegimas vėluoja, vis dar dirbama taip pat, kaip ir iki e. sveikatos sprendimo įdiegimo“	E. RECCEPTAS „Menkas galimų e. sveikatos IT sprendimų išmanymas visose grandyse (vadovai, gydytojai, slaugytojai“	E. ISTORIJA „IT įmonės vengia atsakomybės, todėl veikia „taupydamiesi“
<b>Pasiūlyti alternatyvūs sprendimai</b>			
1	Kuriant e. sveikatą nekompiuterizuoti popierinių formų, o keisti darbo organizavimą	E. recepto naujų galimybių sklaida visuomenei	Nėra vieningo nacionalinio e. sveikatos modelio (matricos) bei nepakankamas teisinis reglamentavimas
2	Mokyti ir skatinti vidinius e. sveikatos vartotojus, mokyti ir skirti daugiau dėmesio išoriniams vartotojams	Vartotojų raštingumo mokymai	Nėra koordinavimo ir sinergijos tarp kūrėjų, diegėjų ir vartotojų
3	Paslaugų bazinės kainos indeksavimas SPI įdiegusioms e. registraciją	Motyvacinė / finansinė sistema (gydytojams)	Trūksta lėšų vartotojų kompiuterinei kompetencijai didinti
4	Svarbu tai daryti įtraukiant darbuotojus ir pacientus	Privaloma pagalba vartotojams	Nesukurti standartizuoti <i>web</i> serveriai duomenų mainams tarp skirtingų IS
5	Diegiant modulius aprašyti ir procesus	Prievolė administracinėmis baudomis / paskatomis palaikyti naujovės diegimą	Nepakankama įstaigų motyvacija diegti IT
6	Diegiamo IT sprendimo priežiūra ir kontrolė (išanalizavus procesus „prieš“ ir „po“)	Rekomendacijos vadovams ir specialistams	
7		Popierinio recepto mokestis	
8		Papildomi IT etapai	

Trečiojo etapo metu, vykstant balsavimui, dalyviai labai entuziastingai balsavo. Vyko diskusijos, aptarimai. Tiesa, kadangi balsavusiųjų ir dalyvavusiųjų diskusijose balansas nesutampa, akivaizdu, kad keli dalyviai nebalso arba balsavo netinkamai ir jų balsai pasimetė. Iš pasiūlytų alternatyvų sąrašo kelios dominuoja kiekvienoje grupėje ir sulaukė didesnio palaikymo nei kitos. Balsavimo už alternatyvas rezultatai pateikti 7.11 paveiksle.

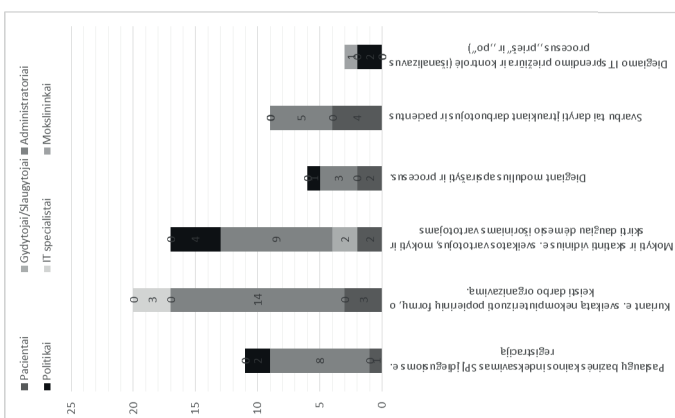




„IT įmonės vengia atsakomybės, todėl veikia „taupydamiesi““



„Menkas galimų e. sveikatos IT sprendimų išmanymas visose grandyse (vadovai, gydytojai, slaugytojai)“



„E. sveikatos sistemos pasiūlyta nauja vadybos forma bei organizacinės struktūros diegimas vėluoja, vis dar dirbama taip pat, kaip ir iki e. sveikatos sprendimo įdiegimo“

7.11 pav. Balsavimo už pasiūlytas alternatyvas rezultatai

### 7.5.3. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymo rezultatai

Integruotos e. sveikatos platformos išbandymas sulaukė labai pozityvios konferencijos dalyvių reakcijos. Diskusijų ir balsavimo metu dalyviai elgėsi nevaržydami savęs ir kūrybiškai, noriai įsitraukdami į eksperimentą, parodydami išankstinį pasitikėjimą tiek organizatoriais, tiek ir savo kolegomis grupinio darbo metu.

#### Pirmas etapas

Pirmo etapo balsavimo už dažniausias e. sveikatos vystymosi problemas metu atsiskleidė teigiami e. sveikatos plėtros pokyčiai. Jau nebemanoma, kad e. sveikata galėtų strigti dėl IT kompetencijų ar dėl kompiuterinės technikos trūkumo. Netgi nebemanoma, kad vadovai nesuvokia e. sveikatos reikšmės. Atvirkščiai, manoma, kad vadovai yra iniciatoriai ir patys skatina e. sveikatos plėtrą. O tai savaime jau rodo būtino pasitikėjimo tarp skirtingų hierarchinių e. sveikatos plėtros dalyvių lygmenų užuomazgas, kurias e. platforma galėtų stiprinti ir palaikyti. Tuo tarpu neigiama nuostata dėl valstybinio reguliavimo yra labai gaji, tai rodo didelį atotrūkį tarp šių dalyvių grupių. Keturios iš penkių aktualiausių problemų yra susijusios su Sveikatos apsaugos ministerijos veikla, taip tarsi bandoma suformuoti nesėkmių priežastis, teigiant, kad nesant vieningo e. sveikatos plėtros reguliavimo pavienės iniciatyvos negali būti sėkmingos.

Tiesa, nors išbandymo metu dalyviai noriai balsavo už pasiūlytas formuluotes, nė vienas nepasiūlė savo naujos problemos, nors tam buvo suteikta galimybė. Tai gali būti susiję su trumpu įsitraukimo į užduotį laiku ir nepakankama tarpusavio sąveika, kuriai išbandymo metu dėl laiko stokos nebuvo skirta daugiau laiko. Tačiau, kadangi prieš tai buvo atlikti išsamūs kiekybiniai ir kokybiniai tyrimai, manome, kad jų metu buvo identifikuotos realios ir mokslo įrodymais grįstos problemos. Tuo tarpu realioje e. sveikatos suinteresuotųjų BP tokia galimybė bus visada prieinama ir specialios platformos valdymo priemonės nuolat apie tai primins.

#### Antras etapas

Šio etapo metu dalyviai turėjo galimybę bendrauti ir aptarti pateiktą klausimą grupėse. Sudaryta sąveikos galimybė iškart atsispindėjo rezultatuose. Dalyviai noriai aptarinėjo klausimą ir kūrybiškai rinkosi alterna-

tyvių sprendimų sąrašą. Visų grupių pateikti alternatyvūs sprendimai yra daugialypiai, apimantys visas galimas e. sveikatos vystymosi kryptis. Pvz., e. registracijos grupė pateikė dvi problemas, susijusias su valdymo pritaikymu prie IT sprendimų, po vieną, susijusią su personalo mokymais, finansiniu skatinimu, darbuotojų įtraukimu, didesne IT kontrole. E. recepto grupė prioritetą skyrė viešumui ir informacijos sklaidai, nes manoma, kad žmonės (vartotojai) turi nepagrįstų baimių dėl būsimos labiau galimos nei numatytos kontrolės. Dvi temos buvo susijusios su finansinėmis baudomis, viena su finansiniu skatinimu, mokymusi, instrukcijomis vartotojams ir dvi dėl IT sprendimų. E. istorijos grupė pateikė net tris alternatyvas, susijusias su centralizacija, po vieną su finansų ir įstaigų valdymu.

Išbandymas parodė, kad kol kas suinteresuotiesiems yra sudėtinga atskirti alternatyvių sprendimų esmę, pamatyti skirtumus, kurti konkuruojančius sprendimus. Todėl dažniausiai išbandymo metu dalyviai pateikia labai integralius siūlymus, kurie ne tik kad nekonkuruoja tarpusavyje, bet galėtų būti taikomi visi drauge, integraliai. Dažnai spaudžiami laiko, dalyviai formuluoja alternatyvius siūlymus, tiesiogiai plaukiančius iš problemos formuluotės. Tad reikalingas papildomas dėmesys padėti suvokti alternatyvų naudą e. sveikatos plėtroje. Į tai būtina atsižvelgti kuriant platformą.

Aptariant rezultatus, reiktų pabrėžti, kad kai kurios alternatyvos dažniau buvo siūlomos nei kitos. Pvz., finansinės baudos viešinimas dažniau siūlomas kaip sprendimas nei susijęs su IT įmonių veikla. Atrodytų, kad alternatyvos yra nukreiptos į vidaus problemas bei teisinio reguliavimo trukdžius, kurių sprendimus dalyviai mato per e. sveikatos plėtros centralizavimą. Pozityvios alternatyvos kyla iš veiksmų, kuriems patys dalyviai gali daryti poveikį, tuo tarpu „kaltininkų“ alternatyvos, kritikuojančios valstybės valdymo sprendimus, skamba neigiamai. Dažniausiai neigiamą atspalvį turėjo alternatyvos, numatančios atsakomybę reguliuotojui, pvz., Sveikatos apsaugos ministerijai. Tarp eksperimento dalyvių dominavo vadybininkai / administratoriai, todėl jiems santykis su reguliuotoju buvo pažįstamas daugiau teorine, bet ne socialinio ryšio prasme. Kaip papildomas šios hipotezės įrodymas yra faktas, kad kai kurios eksperimento grupės alternatyvas kėlė savo veiklos kontekste. Tai yra siūlė tokius sprendimus, kuriems įgyvendinti pakaktų vidinių pastangų, nesiūlydami radikalių reguliavimo reformų.

E. platformos išbandymas patvirtino hipotezę, kad tie suinteresuotieji, kurie nėra identifikuojami kaip tinklo nariai, su jais dalyviai neturi so-

cialinių ryšių, yra suvokiami kaip grėsmę keliantys, jais nepasitikima. Šis nepasitikėjimas pasireiškė tiek pirmajame ir antrajame, tiek ir problemų formulavimo etape.

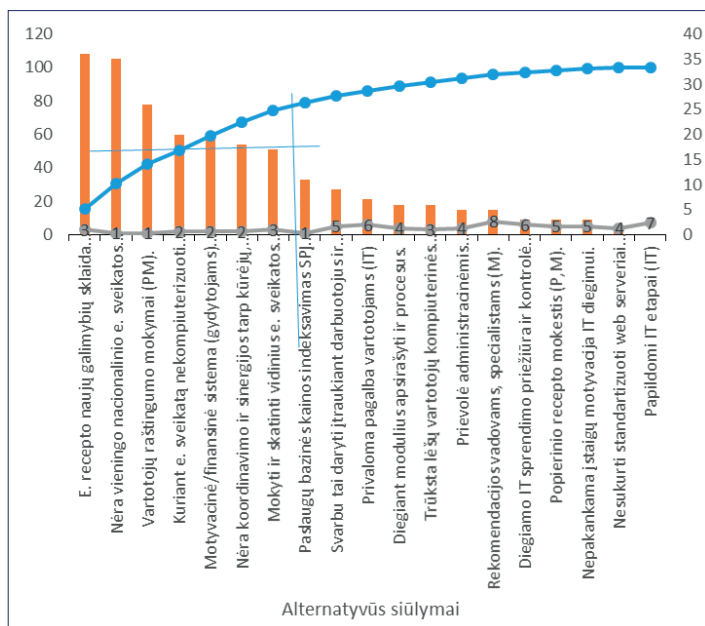
### Trečias etapas

Susumavus visus balsavimo už alternatyvius siūlymus rezultatus ir atlikus Pareto analizę (siekiama nustatyti, kurios problemų grupės patenka į reikšmingiausių problemų sritį), buvo pastebėta tendencija, kad labiausiai balsuojama už pirmas pagal eiliškumą pateiktas alternatyvas (žr. 7.12 pav.). Štai svarbiausių alternatyvų sąrašas:

1. E. recepto naujų galimybių sklaida visuomenei.
2. Nėra vieningo nacionalinio e. sveikatos modelio (matricos) bei nepakankamas teisinis reglamentavimas.
3. Vartotojų raštingumo mokymų poreikis.
4. Kuriant e. sveikatą nekompiuterizuoti popierinių formų, o keisti darbo organizavimą.
5. Motyvacinė / finansinė sistema (gydytojams).
6. Nėra koordinavimo ir sinergijos tarp kūrėjų, diegėjų ir vartotojų
7. Mokyti ir skatinti vidinius e. sveikatos vartotojus, mokyti ir skirti daugiau dėmesio išoriniams vartotojams.

Akivaizdu, kad dalyviai sklaidą ir mokymąsi (IT ir sveikatos raštingumas) per įraukimą linkę akcentuoti. Visos šios akcentuojamos alternatyvos turi dalyvių motyvavimo prasmę ir atspindi tokių vertybių trūkumą dabartinėje sistemoje. Drauge su motyvacine sistema dalyviai bando akcentuoti koordinavimo ir centralizavimo poreikį Lietuvoje.

Eksperimentas patvirtino nemažai teorinių tendencijų, pasireiškiančių praktikoje. Pvz., pasitvirtino, kad suinteresuotieji dažniau balsuoja už pirmas idėjas sąrašuose. Taip nutinka dėl dviejų priežasčių. Viena vertus, pirmosios sąrašuose atsiranda tos idėjos, kurios atspindi skaudžiausią problemos elementą, o šis dažnai yra gerai pažįstamas. Kitos alternatyvios idėjos neretai sprendžia tik dalį problemos ir yra sudedamoji sprendimo dalis, todėl suinteresuotieji jas suvokia kaip antrailes ir nesivargina už jas balsuoti. Kita vertus, pirmosios idėjos sąraše pareikalauja didesnio susikaupimo nei toliau esančios. Kitoms idėjoms suvokti įdedama mažiau pastangų, be to, psichologiškai imame nebesuvokti esminių skirtumų tarp jau išnagrinėtų problemų.



7.12 pav. Alternatyvių siūlymų Pareto analizė – problemų reitingavimas balsuojant

### E. sveikatos suinteresuotųjų BP išbandymo išvados:

• Eksperimentas parodė akivaizdų e. platformos poreikį. Jau eksperimento metu paaiškėjo, kad suinteresuotieji turi informacijos ir žinių apie e. sveikatos sistemos plėtrą ir problemas, bet taip pat jaučia informacijos atnaujinimo poreikį. Išbandymas parodė dalyvių patirtą pasitenkinimą dėl įtraukimo ir diskusijos galimybių. Balsavimas už alternatyvius siūlymus taip pat atspindėjo įsitraukimo ir didesnio dalyvavimo poreikį, kuris gali būti traktuojamas kaip motyvacijos plėtoti e. sveikatos sistemą vertybė.

• Patikrintos e. platformos naudos:

- Sugeneruota daug idėjų, kai kurios net netikėtos ir negalėjo būti suplanuotos iš anksto.
- Idėjos atėjo iš periferijos (didžioji dalyvių dalis buvo tarpinių grandžių administratoriai ir gydytojai bei slaugytojai).
- Sukurta galimybė pasikeisti vaidmenimis (prisiimti ne tik vykdytojo, bet ir inovatoriaus ar iniciatoriaus vaidmenis).

- IT grįstos bendradarbiavimo sistemos sutrumpina tolimuosius socialinius ryšius arba kuria tokius ryšius, kurie realiame gyvenime gali niekada net nesusikurti. Kadangi dar nėra taikoma e. sveikatos suinteresuotųjų BP, socialiniai ryšiai yra labai reti, nutolę, pasitikėjimas yra labai trapus. Tai ir pademonstravo išbandymas. Kaip kalti už e. sveikatos sistemos trukdžius ne kartą visuose etapuose vis įvardijami tie, kurie yra labai toli nuo išbandyme dalyvavusių dalyvių – reguliuotojai. Kita vertus, toks idėjų dažnis rodo ir visos bendruomenės pasirengimą centralizuotam sprendimui.

## 7.6. Apibendrinimas

- Atsižvelgus į sveikatos priežiūros koncepcijas ir paplitusias paradigmas, e. sveikata yra svarbus visos sistemos įrankis, o jo integralūs funkcionavimo uždaviniai aprašomi šiais svarbiais struktūriniais elementais:

- Integruotu būdu prisidėti prie asmens sveikatos stiprinimo.
- Suteikti asmeniui adekvačios informacijos apie jo sveikatą, galimus jos pokyčius, elgsenos keitimo principus.
- Tarpininkauti suteikiant paramą ir konsultacijas.
- Susipažinti su naujausiomis technologijomis.
- Užtikrinti tinkamą paciento įsitraukimą ir atsakomybės prisiėmimą, formuojant savarankiško sveikatos valdymo principus, kelti sveikatos raštingumą individualizuojant savo poreikius ir gydymo strategijas.

- E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos prielaidas paaiškina sveikatos inovacijų hierarchija ir valdymo teorijų sąveika, kur žinių valdymas nusako kuriamos platformos tikslus (kaupiti ir analizuoti žinias), kolektyvinio intelekto valdymas nusako e. sveikatos bendradarbiavimo platformos veikimo paskirtį (sukurti sąveiką tarp suinteresuotųjų siekiant naujos kolektyvinių žinių kokybės), suinteresuotųjų vadyba apibrėžia e. sveikatos platformos naudotojus (kas yra e. sveikatos suinteresuotieji ir kaip juos pažinti), vaidmenų grupėje teorija padeda pažinti, kaip suinteresuotieji veikia kartu ir kokie veikimo drauge trukdžiai pasireiškia.

- Įsitraukimą skatinantis ir dalyvavimą palaikantis modelis skirtas aprašyti būtinas vadybines sąlygas ir vadybinių sąlygų tarpusavio ryšius, nulemiančius suinteresuotųjų įsitraukimą ir dalyvavimo palaikymą kuriant geriausius e. sveikatos sistemos sprendimus. Struktūriškai modelis yra grindžiamas penkiais elementais: dalyviai, bendradarbiavimui būtini

vaidmenų rinkinys (BV), kolektyvinio intelekto valdymo priemonės (VP), žinių valdymo procesas (ŽPV), sąveika. Minėtas modelis parodo dalyvavimo trimatę prigimtį. Žinių vadybos proceso ir sąveikos efektyvumas  $E$  ( $\dot{ZVP} + S$ ) yra dinaminė funkcija, priklausanti nuo kolektyvinio intelekto valdymo priemonių (VP), nuo suinteresuotųjų rinkinio, bendradarbiauti **būtinų vaidmenų (BV) pasireiškimo kokybės ir sąveikos efektyvumo**:  $E$  ( $\dot{ZVP} + S$ ) =  $f$  (VP, BV, S).

- E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos (SBP) modelis yra grindžiamas idėjos gyvavimo ciklu, kuriame pagrindinis valdymo objektas yra idėja, kuri išgyvena visus žinių valdymo ciklus, pradedant idėjų kaupimu ir baigiant idėjų brandinimu. Idėjomis vadiname tiek pozityvius teiginius, kurie skamba kaip nauja mintis, skirta aprašyti arba pakeisti esamą e. sveikatos plėtros būseną, tiek ir neigiamas teiginys, kuris gali skambėti kaip skundas arba kritika. Idėjų valdymo užduotis yra užkoduojama e. sveikatos SBP vadybiniame modelyje.

- E. sveikatos SBP **vadybinis modelis** yra veiksmų seka, kuria bus grindžiamas platformos interaktyviosios internetinės sąsajos kūrimas, testavimas ir įgyvendinimas.
- E. sveikatos SBP vadybinio modelio **tikslas** yra pateikti detalią schemą, kuri tarpusavio ryšiais susietų suinteresuotųjų požiūrius su daugiakriteriais e. sveikatos sistemos elementais, išskirdama e. sveikatos, kaip sistemos, vertinimo kriterijų hierarchiškumą ir numatydama jų ekspertinį vertinimą bei garantuotų grįžtamąjį ryšį sistemos vartotojams.
- E. sveikatos BP sukuria šias e. sveikatos sistemai skirtas naudas:
  - Mokymasis (angl. *learning*).
  - Dalijimasis žiniomis dalyvavimo metu (angl. *knowledge sharing*).
  - Pasitikėjimu grįstų tinklų kūrimasis (angl. *network based on trust building*).
  - Žinių proceso skatinimas ir kūrimas (angl. *acceleration and knowledge co-production*).
  - Idėjų rinkiniai (angl. *idea collection*).
  - Ilgalaikių pasekmių stebėsenos priemonė (angl. *monitoring the progress*).
- E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymas parodė akivaizdų e. platformos poreikį.

- Jau eksperimento metu paaiškėjo, kad suinteresuotieji turi informacijos ir žinių apie e. sveikatos sistemos plėtrą ir problemas, bet taip pat jaučia informacijos atnaujinimo poreikį. Išbandymas parodė dalyvių patirtą pasitenkinimą dėl įtraukimo ir diskusijos galimybių. Balsavimas už alternatyvius siūlymus taip pat atspindėjo išitraukimo ir didesnio dalyvavimo poreikį, kuris gali būti traktuojamas kaip motyvacijos plėtoti e. sveikatos sistemą vertybė.
- Patikrintos e. platformos naudos:
  - Sugeneruota daug sprendimų idėjų, kai kurios net netikėtos ir negalėjo būti suplanuotos iš anksto.
  - Idėjos atėjo iš periferijos (didžioji dalyvių dalis buvo tarpinių grandžių administratoriai ir gydytojai bei slaugytojai).
  - Sukurta galimybė pasikeisti vaidmenimis (prisiimti ne tik vykdytojo, bet ir inovatoriaus ar iniciatoriaus vaidmenis).
- IT grįstos bendradarbiavimo sistemos sutrumpina tolimuosius socialinius ryšius arba kuria tokius ryšius, kurie realiame gyvenime gali niekada net nesusikurti. Kadangi dar nėra taikoma e. sveikatos suinteresuotųjų BP, socialiniai ryšiai yra labai reti, nutolę, pasitikėjimas yra labai trapus. Tai ir parodė išbandymas. Kaip „kalti“ už e. sveikatos sistemos trukdžius ne kartą visuose etapuose vis įvardijami tie, kurie yra labai toli nuo išbandyme dalyvavusių dalyvių – reguliuotojai. Kita vertus, toks idėjų dažnis rodo ir visos bendruomenės pasirengimą centralizuotam sprendimui.
- Eksperimentas patvirtino nemažai teorinių tendencijų, pasireiškiančių praktikoje. Pvz., patvirtino, kad suinteresuotieji dažniau balsuoja už pirmas idėjas sąrašuose. Taip nutinka dėl dviejų priežasčių. Viena vertus, pirmosios sąrašuose atsiranda tos idėjos, kurios atspindi skaudžiausią problemos elementą, o šis dažnai yra gerai pažįstamas. Kitos alternatyvios idėjos neretai sprendžia tik dalį problemos ir yra sudedamoji sprendimo dalis, todėl suinteresuotieji jas suvokia kaip antrailes ir nesivargina už jas balsuoti. Kita vertus, pirmosios idėjos sąraše pareikalauja didesnio susikau-pimo nei toliau esančios. Kitoms idėjoms suvokti įdedama mažiau pastangų, be to, psichologiškai imame nebesuvokti esminių skirtumų tarp jau išnagrinėtų problemų.



## 7.7. Politinės organizacinės ir vadybinės priemonės

Išsamūs knygoje aprašyti suinteresuotųjų įsitraukimo tyrimai parodė, kad šiuo e. sveikatos vystymosi Lietuvoje etapu yra sukaupta nemažai dalykinės patirties vystant e. sveikatos technologinius sprendimus, visuomenė turi žinių apie naudojimąsi technologijomis, todėl vis mažiau baiminasi naujų e. sveikatos sprendimų. Yra susiformavęs pozityvus sveikatos specialistų, vadybininkų ir net pacientų požiūris į e. sveikatos sprendimus, jie palaikomi. Šiame gan pozityviame kontekste gan skaudžiai išryškėja silpniausia e. sveikatos kūrimo grandis – tai valdymas, atsakingas už suinteresuotųjų įtrauktį. Siekiant spręsti šias dar likusias e. sveikatos plėtros problemas, buvo suformuluotos šios vadybinės, politinės bei administracinės priemonės. Tiesa, minimos priemonės yra tik rekomendacijų kryptys, bet ne konkretūs reikalingi veiksmai. Konkrečius veiksmus turi pasirinkti tos institucijos, kurios jaučiasi pajėgios tai įgyvendinti ir turi suteiktą sprendimo galią, bendradarbiaudamos su savo suinteresuotaisiais, juos įtraukiant į konkrečių veiksmų pasirinkimo aptarimą.

### Politinės priemonės

**1. E. sveikatos centralizuota plėtra.** Tyrimai parodė, kad su e. sveikata susidūrusi Lietuvos bendruomenė (sveikatos specialistai) nusiteikusi centralizuoti e. sveikatos reikalus. Specializuotų ir nuolat naujų kompetencijų poreikis bei nuolatinis finansavimo trūkumas tampa našta kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai individualiai, todėl centralizuoti problemų, susijusių su nacionalinio masto e. sveikatos inovacijomis, sprendimai gali būti tiek visuomenei priimtini, tiek ir efektyvūs kaštų prasme, bet suinteresuotųjų dalyvavimas turi būti užtikrintas. Tuo labiau kad centralizuoti sprendimai jau ima dominuoti aprašant e. sveikatos teisinę bazę arba kuriant vaizdų apsikeitimo sistemas. Lietuvoje besikeičiant valdančioms politinėms koalicijoms šiuo laikotarpiu tai būtų saugesnis tęstinumo ir tvarumo prasme sprendimas. Valstybės valdyme nuolat vyksta kitimas nuo centralizuoto valdymo prie decentralizavimo, o vėliau stebimas atvirkštinis procesas, nes kiekvienas toks sprendimas turi tiek neigiamų, tiek ir teigiamų pasekmių. Centralizuota e. sveikatos plėtra taip pat gali būti kritikuojama jau vien dėl to, kad tai gali pareikalauti didelių pirminių investicijų steigiant naują valstybės valdymo subjektą. Taip pat gali būti sunku atsakyti turimos institucinės nepriklausomybės priimant e. sveikatos sprendimus lokaliai.

Kita vertus, šiame sveikatos reformos ir e. sveikatos vystymosi etape individualūs sprendimai tapo per skausmingi izoliuotoms sveikatos priežiūros įstaigoms, jie tapo ir netolygaus regioninio vystymosi priežastimi bei nulėmė ne vieną finansiškai nesėkmingą plėtros etapą, kai teko sukurtas IT sistemas keisti visiškai naujomis. Dar vienas teigiamas aspektas būtų susijęs su suinteresuotųjų valdymu. Suinteresuotųjų įtrauktis galėtų tapti lengviau realizuojama būtent per centralizuotą e. sveikatos vystymą.

### Vadybinės priemonės

#### 2. Vadybinės priemonės, skirtos paciento įtraukčiai užtikrinti:

Siekiant didinti įtrauktį, menkiausio dėmesio tiek iš sveikatos priežiūros institucijų, kuriančių e. sveikatos elementus savo reikmėms, tiek ir iš reguliavimo funkciją valstybėje vykdančių institucijų susilaukia pacientas. Jis, kaip labiausiai pažeidžiamas sveikatos priežiūros sistemos vartotojas, yra ir labiausiai fiziškai nutolęs nuo visų e. sveikatos kūrimo etapų, nors strateginiuose / politiniuose dokumentuose jo vaidmuo yra tinkamai deklaratyviai apibrėžtas. Paciento įtraukties realizavimas yra sudėtingas ir brangus procesas, todėl reikia labai apgalvotų, kryptingų, o svarbiausia ilgalaikių veikimo priemonių, norint ne tik sudominti pacientus e. sveikatos problemomis, bet ir išlaikyti jų dėmesį ilgesnį laiką. Todėl rekomenduotinos šios veikimo kryptys:

- **Skirti lėšų pacientų dalyvavimui e. sveikatos iniciatyvose apmokėti.** Iki šiol daugelio suinteresuotųjų pastangos buvo remiamos finansiškai, apmokant jų įsitraukimą, nors iš dalies kompensuojant jų laiko ir pastangų sąnaudas kuriant e. sveikatos elementus. Toks apmokėjimas dažniausiai buvo realizuojamas konkurso būdu finansuojant e. sveikatos plėtrą projektų lėšomis. Pvz., ES struktūrinė parama skiriama pagal nustatytus prioritetus sveikatos priežiūros institucijoms, o jos pagal susiklosčiusią praktiką perka IT bei kitas paslaugas. Taip visų, kurie investuoja savo laiką, intelektą, pastangas (sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, jų vadybininkai, dirbantys gydytojai ar IT specialistai) yra iš dalies mokamos. Tuo tarpu pacientų tame sąrašė nebuvo. Tarsi manant, kad jie galėtų įsitraukti be kompensacijos. Dėl tokios praktikos pacientų šiuose procesuose nematome. Todėl jei pripažįstame, kad pacientų indėlis gali būti toks pat kaip kitų suinteresuotųjų pastangos, jų įsitraukiant patirtos išlaidos taip pat turėtų būti kompensuojamos. Kadangi pacientai yra gana

specifiška ir sudėtinga suinteresuotųjų grupė, jų įtrauktis gali būti verta paskatinti (ypatingai procesų pradžioje) finansine išmoka net labiau nei finansiškai skaičiuojant jų suteikiamą naudą, bet įvertinant socialinę vertę.

- **Stiprinti pacientų asocijuotas struktūras didinant jų gebėjimus ir galimybes dalyvauti gerinant viešųjų paslaugų kokybę.**

Pacientai gan aktyviai buriasi į asociacijas, deja, joms retai pasiseka sukaupti pakankamai vadybinių įgūdžių ir pačioms rodyti iniciatyvą įsitraukiant į politinių sprendimų kūrimą, ypač jei nagrinėjamas turinys yra sudėtingas ir nutolęs nuo konkretaus paciento intereso. E. sveikatos turinys kaip tik toks ir yra. Todėl yra svarbu skatinti tiek tiesiogine parama (žiniomis ar finansais), tiek ir netiesiogine (informuoti apie situaciją) asociacijas burtis ir veikti, pripažinti jų veikimą, nediskriminuoti vienu asociacijų kitų atžvilgiu, kad dar ir nevisiškai pasiruošusius aktyviai veikti pacientus ir jų organizacijas motyvuoti būti aktyvius standartizuotu būdu.

### 3. Vadybinės priemonės interesų pusiausvyrai išsaugoti

- **Sudaryti konkurenciją tarp ne IT paslaugas teikiančių įmonių bei įsileisti į e. sveikatos plėtrą mokslinių tyrimų atstovus.** Šiuo metu e. sveikatos plėtros projektus įgyvendina gan ribotas IT įmonių skaičius, kurios veikdamos gan ribotoje rinkoje siekia mažinti tarpusavio konkurenciją sudarydamos konsorciumus. Šioje rinkoje savo vietą kaip mediatoriai atrado konsultacinę veiklą vykdančios įmonės, kurios neturi IT gebėjimų ir nevykdo IT paslaugų teikimo veiklos. Tarp konsultacinio verslo matome visiškai minimalią konkurenciją (praktiškai veikia tik dvi įmonės), o tai kelia abejonių tokios veiklos prasmingumu, skaidrumu ir net kokybe. Jei vystant e. sveikatą finansuotojai mano, kad reikalingos išorinės valdymo paslaugos, privalo arba sudaryti tinkamą konkurenciją, arba, jai natūraliai nesusidarant, pasiūlyti tokių paslaugų plėtrą mokslinių tyrimų sektoriui, taip užtikrinant dar vienos suinteresuotųjų grupės įsitraukimą į bendrą veikimą.
- **Išnaudoti gydytojo ir paciento bendravimo ryšį.**

Tyrimai parodė, kad pacientas yra izoliuotas nuo kitų e. sveikatos suinteresuotųjų, tačiau toji izoliacija nėra visiška. Pacientą sieja gan glaudūs ryšiai su gydytoju. Tuo tarpu gydytojas, nors ir mažiau, bet

vis dar yra izoliuotas e. sveikatos vystymo grandyse nuo kitų suinteresuotųjų, teigiant, kad gydytojų yra labai daug, todėl jų nėra galimybių įtraukti. Šioje dvikryptėje priklausomybėje gydytojas tampa labai svarbia pacientų įtraukimo grandimi. Tai gydytojas pirmasis gali išgirsti paciento norus, lūkesčius, bręstantį nepasitenkinimą ar, atvirkščiai, pasitenkinimą. Todėl sustiprinus gydytojų įtraukimą kartu užtikrinama ir pacientų poreikių sklaida.

### Organizacinės priemonės

Organizacinės priemonės yra sunkiausiai įgyvendinamos, nes neretai pareikalauja konkrečių ir ilgalaikių finansinių išteklių kuriant organizacijas ar jų padalinius bei užtikrinant procesų tęstinumą, o to Lietuvoje neretai stokojama.

#### 4. Kurti interaktyvaus suinteresuotųjų dalyvavimo priemones.

- **Kurti grįžtamojo ryšio su suinteresuotaisiais mechanizmus.** Suinteresuotieji gan noriai įsitraukia į e. sveikatos plėtros procesus tik tuomet, kai jie, be kitų svarių įtraukties faktorių, tokių kaip, pvz., asmeninis suinteresuotumas, jaučiasi, jog jų veikla yra prasminga ir abipusiai naudinga. Tai dažnai užtikrinama grįžtamuju ryšiu – tai yra suinteresuotieji yra informuojami apie pasiektus rezultatus, apie kitose aplinkose vykusias diskusijas. Netgi nedalyvaujantys akivaizdžiai gali pajusti dalyvavimo pasekmes. Grįžtamasis ryšys gali būti užtikrinamas visomis skaidrumą didinančiomis priemonėmis: susitikimų dokumentavimas, pasiekimų vertinimas, reakcija į siūlymus ir pan.
- **Diegti interaktyvius dalyvavimo mechanizmus.** Interaktyvumas – tai viena iš grįžtamojo ryšio formų, didesnis suinteresuotųjų įtraukimas, kai pats dalyvis gali valdyti komunikaciją bei jos turinį. Tai taip pat gali liesti ir informacijos pateikimo formas, vykdomų procesų analizės ataskaitas. Taigi interaktyviais dalyvavimo mechanizmais reikia laikyti tas priemones, kurios leidžia patiems dalyviams modeliuoti juos dominančią informaciją be tarpininkų.
- **Sukurti ir įgyvendinti e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformą.** Visos vadybinės priemonės yra integruojamos per IT grįžtą elektroninę suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformą, kuri sprendžia ir didesnio įtraukimo bei didesnio įtrauktų

suinteresuotųjų integralumo problemas, kuria grįžtamąjį ryšį, papildo interaktyvumu. Tokia platforma gali būti kuriama tiek valdžios institucijų iniciatyva, tiek ir bet kurios kitos suinteresuotosios pusės iniciatyva. Tiesa, jos nepriklausomumas jokiai interesų grupei būtų pats efektyviausias, nes taip sudarytų lygias priegas visoms interesų grupėms, be tikrojo ar menamo interesų slopinimo.

### Literatūros sąrašas

1. Alag, S. (2009). *Collective Intelligence in Action*. Mannin, Greenwich, p. 424.
2. "Handbook of Collective Intelligence", 2012, accessed June 10, 2014, [http://scripts.mit.edu/~cci/HCI/index.php?title=Main\\_page&oldid=3770#Perspectives\\_on\\_collective\\_intelligence](http://scripts.mit.edu/~cci/HCI/index.php?title=Main_page&oldid=3770#Perspectives_on_collective_intelligence).
3. IAPO. 2004. *Patient-Centred Healthcare Review*. 2nd edition, p. 1–37.
4. Bales, R. F. (1950). 'A set of categories for the analysis of small group interaction', *American Sociological Review*, 15: 257–263.
5. Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*, 48: 177–187.
6. Belbin, R. M. (1981). *Management Teams: Why They Succeed or Fail*. Butterworth-Heinemann, Oxford.
7. Belbin, R. M. (1993). *Team Roles at Work*. Butterworth-Heinemann, Oxford.
8. Benne, K. D., Sheats, P. (1948). 'Functional roles of group members'. *Journal of Social Issues*, 4: 41–49.
9. Brabham, D. C. (2012). Crowdsourcing: A model for leveraging online communities. In: Delwiche, A. Henderson, J. J., eds. *The participatory cultures handbook*. New York: Routledge, p. 120–129.
10. Brabham, D. C. (2014). Crowdsourcing Applications for Public Health. *Am J Prev Med*, 46(2): 179–187.
11. Buckingham, S., De Liddo, A., Klein, M. (2014). DCLA Meet CIDA: Collective Intelligence Deliberation Analytics, Workshop: 2nd Int. Workshop on Discourse-Centric Learning Analytics at 4th Int. Conf. on Learning Analytics & Knowledge., Indianapolis, USA.
12. Calvillo J., Romijn, I., Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *International journal of medical informatics*, 82: 58–72.
13. Carroll, J. M., Neale, D. C., Isenhour, P. L., Rosson, M. B., McCrickard, D. S. (2003). Notification and awareness: synchronizing task-oriented collaborative activity. *International Journal of Human-Computer Studies*, 58 (5): 605–632.

14. Chong, E. (2007). Role Balance and Team Development: A Study of Team Role Characteristics Underlying High and Low Performing Teams. *Journal of Behavioral & Applied Management*, 8(3): 202–217.
15. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2012) 736 final: eHealth Action Plan 2012–2020-Innovative health-care for the 21st century {SWD(2012) 413 final} {SWD(2012) 414 final} Brussels European Commission; 2012.
16. Cooke, R. (1991). Experts in uncertainty. Opinion and subjective probability in science, Environmental Ethics and Science Policy Series, Oxford University Press, New York, 1991.
17. Cramm, J. M., Nieboer, A. P. (2012). Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. *Patient Education and Counseling*, 87: 411–415.
18. De Smet, B. D., Erickson, S. R., Kirking, D. M. (2006). Self-reported adherence in patients with asthma. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40(3), 414–420.
19. Donaldson, T., Preston, L. (1995). The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence and implications. *The Academy of Management Review*, 20: 65–91.
20. Ekdahl, A. W., Andersson, L., Friedrichsen, M. (2010). They do what they think is the best for me. Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ. Couns.*, 80 (2): 233–240.
21. Fazey, I., Fazey, J., Fischer, J., Sherren, K., Warren, J. M., Noss, R., Dovers, S. (2008). Adaptive capacity and learning to learn as leverage for social-ecological resilience. *Front. Eco. Environ.* 5: 375–380.
22. Franks, H., Hardiker, N. R., McGrath M., McQuarrie C. (2012). Public health interventions and behaviour change: Reviewing the grey literature. *Public health*, 126: 12–17.
23. Freeman, R. E. (1984). Strategic management: A stakeholder approach. Boston: Pitman.
24. Friedman, A. L., Miles, S. (2002). Developing stakeholder theory. *Journal of Management Studies*, 39(1): 1–21.
25. Google. About google wave, February 2010. <http://wave.google.com/about.html>. <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/caps-projects>.
26. Goossens, L., Cooke, R., Kraan, B. (1998). Evaluation of weighting schemes for expert judgment studies. In: Mosley, A., Bari, R. (Eds.). PSAM4 Proceedings, Springer. New York, p. 1937–1942.
27. Graya, S., Chanb, A., Clarkb, D., Jordanb, R. (2012). Modeling the integration of stakeholder knowledge in social-ecological decision-making: Benefits and limitations to knowledge diversity. *Ecological Modelling*, 229: 88–96.

28. Green, L. W., Glanz, K., Hochbaum, G. K., Kreuter, M. W., Lewis, F. M., Lorig, K., et al. (1994). Can we build on, or must we replace, the theories and models in health education? *Health Education Research*, 9(3), 397–404.
29. Grin, O. W. (1994). *Patient-centered care: Empowering Patients to Achieve Real Health Care Reform*. Michigan Medicine, 93: 25–29.
30. Hackman, J. R., Wageman, R., Ruddy, T. M., Ray, C. R. Team effectiveness in theory and practice. In: Cooper, C., Locke, E. *A Industrial and organizational psychology: Theory and practice*. Oxford, UK: Blackwell, 2000.
31. Yawen, Li, Weiyu Zhang, Simon T. Perrault, Shengdong Zhao (2015). “Building an Online Deliberation Platform – Bottom-up Civic Engagement in Singapore. CHI ‘15 Workshop, Seoul, 18-19 April 2015.
32. Jordan, J. E., Buchbinder, R., Briggs, A. M., Elsworth, G. R., Busija, L., Batterham, R., Richard, H., Osborne, R. H. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual’s capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling* 91, p. 228–235.
33. Jordan, J. E., Buchbinder, R., Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*, 79: 36–42.
34. Jurgens, M., Berthon, P., Papania, L., Shabbir, H. A. 2010. Stakeholder theory and practice in Europe and North America: The key to success lies in a marketing approach. *Industrial Marketing Management*, 39: 769–775.
35. Kierkegaard, P. *Governance structures impact on eHealth*. Health Policy and Technology (2014). <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlpt.2014.10.016>.
36. Kies, R., Wojcik, S. (2010). European Web-Deliberation: Lessons from the European Citizens Consultation. In De Cindio, F., Macintosh, A., Pearboni, C. (eds.). *From e-Participation to Online Deliberation, Proceedings of the Fourth International Conference on Online Deliberation*, OD2010. Leeds, UK, 30 June-2 July, p. 198–211. [http://www.certop.fr/DEL/IMG/pdf\\_Proceedings\\_OD2010-2.pdf](http://www.certop.fr/DEL/IMG/pdf_Proceedings_OD2010-2.pdf).
37. King, W. R. (ed.) (2009). *Knowledge Management and Organizational Learning*. Annals of Information Systems 4, DOI 10.1007/978-1-4419-0011-1\_1.
38. Klein, M. (2012). Enabling Large-Scale Deliberation Using Attention-Mediation Metrics. *Computer Supported Cooperative Work*, 21: 449–473.
39. Kudukytė-Gasperė, R., Jankauskienė, D. (2014). Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos – į žmonių poreikius orientuotos sveikatos priežiūros sistemos skatinimas Europos regione. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2(7): 113–133.
40. Klein, M. (2012). Enabling large -scale deliberation using attention - mediation metrics. *Computer Supported Cooperative Work*, 449–473.
41. Lykourantzou, I., Papadaki, K., Vergados, D. J., Polemi, D., Loumos, V. (2010). CorpWiki: A self-regulating wiki to promote corporate collective intelligence through expert peer matching. *Information Sciences*, 180 (1): 18–38.

42. Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*, 10: 248–55.
43. McFadzean, E. (2002). ‘Developing and supporting creative problem-solving teams: Part 1 – a conceptual model’, *Management Decision*, 40 (5/6): 463–476.
44. Mikulskienė, B. (2011). *Sprendimų priėmimo metodai viešajam valdymui*. Vilnius: Mes, 267 p.
45. Missonier, S., Loufrani-Fedida, S. (2014). Stakeholder analysis and engagement in projects: From stakeholder relational perspective to stakeholder relational ontology. *International Journal of Project Management*, 32: 1108–1122.
46. Mitchell, R. K., Agle, B. R., Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *Acad. Manag. Rev.* p. 853–886.
47. Neville, B. A., Bell, S. J., Menguc, B. (2005). Corporate reputation, stakeholders and the social performance-financial performance relationship. *European Journal of Marketing*, 39(9e10): 1184–1198.
48. Nonaka, I., Nishiguchi, T. (2001). *Knowledge emergence: Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation*. New York: Oxford University Press, p. 320.
49. Partington, D., Harris, H. (1999). Team balance and team performance: an empirical study. *The Journal of Management Development*, 18 (8): 694–701.
50. Pierre Levy. (1997). *Collective Intelligence: Mankind’s Emerging World in Cyberspace*. New York and London: Plenum Press, p. 277.
51. Potempa K. M., Butterworth, S. W., Flaherty-Robb, M. K., Gaynor, W. L. (2010). The Healthy Ageing Model: Health behaviour change for older adults. *Collegian*, 17: 51–55.
52. Reed, M. S. (2008). Stakeholder participation for environmental management: a literature review. *Biol. Conserv*, 141: 2417–2431.
53. Richards, P. (1985). *Indigenous Agricultural Revolution: Ecology and Food Crops in West Africa*. Methuen, MA, USA.
54. Romiņ, J., Roa, L. M. (2013). Empowering citizens with access control mechanisms to their personal health resources. *International journal of medical informatics*, 82, p. 58–72.
55. Rose, N. (2013). Personalized Medicine: Promises, Problems and Perils of a New Paradigm for Healthcare. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 77: 341–352.
56. Rowley, T. J. (1997). Moving beyond dyadic ties: a network theory of stakeholder influences. *Acad. Manag. Rev.* 22: 887–910.
57. Scheuer, O., McLaren, B. M, Loll, F., Pinkwart, N. (2012). Automated Analysis and Feedback Techniques to Support Argumentation: A Survey. In: McLaren, B. M., Pinkwart, N. (eds) *Educational Technologies for Teaching Argumentation Skills*. Bentham Science Publishers, p. 71–124.



58. Terwiesch, C., Xu, Y. (2008). Innovation contests, open innovation, and multiaгент problem solving. *Manage Sci*, 54(9): 1529–43.
59. Schreurs, K. M., Colland, V. T., Kuijer, R. G., De Ridder, D. T., van Elderen, T. (2003). Development, content, and process evaluation of a short selfmanagement intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns*, 51: 133–41.
60. Scott, E. P. (2007). *The Difference: How the Power of Diversity Creates Better Groups, Firms, Schools, and Societies*. Princeton University Press, p. 424.
61. Senior, B. (1997). ‘Team roles and team performance: Is there ‘really’ a link?’, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 3, 24: 258. Villalba, E., Casas, I., Abadie F, Lluch, M. (2013). Integrated Personal Health and Care Services deployment: Experiences in eight European countries. *International journal of medical informatatics*, 82: 626–635.
62. Sestini, F. (2012). Collective Awareness Platforms: Engines for Sustainability and Ethics. *IEEE Technol. Soc. Mag.* 31(4): 54–62 Available at: <http://caps2020.eu/wpcontent/uploads/2013/11/CollectiveAwarenessPlatformsEngineforSustainabilityandEthics1.pdf>
63. Sestini, F. (2014). Collective Awareness Platforms for Sustainability and Social Innovation: An Introduction. p. 79, <http://booksprints-for-ict-research.eu/wp-content/uploads/2014/07/BS5-CAPS-FIN-003.pdf>.
64. Sheehan, L., Ritchie, J. R. B., Hudson, S. (2007). The destination promotion triad: understanding asymmetric stakeholder interdependencies among the city, hotels and DMO. *Journal of Travel Research*, 46(1), 64–74.
65. Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., et al. (2011). Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Med. Care Res. Rev.*, 68 (1): 112–127.
66. Tullberg, J. (2013). Stakeholder theory: Some revisionist suggestions. *The Journal of Socio-Economics*, 42: 127–135.
67. Turnbull, D. (1997). *Reframing science and other local knowledge traditions*. *Futures* 29, 551–562.
68. Waligo, V. M., Clarke, J., Hawkins, R. (2013). Implementing sustainable tourism: A multi-stakeholder involvement management framework. *Tourism Management*, 36: 342–353.
69. WHO. 2007. ‘‘People-centred Care. A policy framework’’, p. 1–28.
70. WHO-ITU (2012). National eHealth Strategy Toolkit. [http://www.itu.int/dms\\_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E\\_HEALTH.05-2012-PDF-F.pdf](http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-F.pdf).
71. Woolley, A. W., Chabris, C. F., Pentland, A., Hashmi, N., Malone, T. W. (2010). *Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups*. *Science*, 330, 686–688.
72. Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*, 20: 195–203.

## IŠVADOS

---

1. Vystant e. sveikatą Lietuvoje yra stebima teigiama tendencija lyginant su 2011 metais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atlikta analize. Joje buvo nustatyta, kad tik ketvirtadalis apklaustų įstaigų 2011 metais turėjo įsidedusias e. sveikatos sistemas. Mūsų atlikti tyrimai rodo, kad šiuo metu jau 67 proc. sveikatos priežiūros įstaigų specialistų e. sveikatos informacinėmis sistemomis naudojami kiekvieną dieną. Tokia sparti plėtra rodo, kad ši strateginė sveikatos politikos kryptis duoda rezultatų. Laikotarpis nuo 2005 iki 2009 metų (NESS-1 ir NESS-2 etapai) nacionalinių e. sveikatos sistemos ir e. sveikatos projektų kūrimo etapas buvo komplikotas dėl teisinių, techninių, personalo valdymo priešasčių bei proceso reguliavimo trūkumų. Šios nesėkmės paskatino naują Lietuvos e. sveikatos sistemos kūrimo etapą, kurio metu buvo patvirtintas naujas e. sveikatos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelis ir pradėta kurti ESPBI IS. Antrasis etapas pasižymi gana aktyviu e. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimu, svarbiausių nacionalinių ir regioninių e. sveikatos plėtros projektų vykdymu bei įvairiais bandymais įtraukti suinteresuotuosius.

2. Tarptautinė patirtis rodo, kad e. sveikatos įgyvendinimas ir jos turinys gana stipriai skiriasi tarp šalių. Labiausiai išsivysčiusių e. sveikatoje šalių grupė taiko vadinamąjį „Velso požiūrį“ (joms priskirtina Danija, Olandija, Suomija, Naujoji Zelandija, taip pat Velsas), kitos šalys taiko labiau tradicinį vadinamąjį „angliškąjį požiūrį“. Vis daugiau įrodymų atsiranda, kad suinteresuotųjų įtraukimas įgalina geresnę projektų sėkmę – tiek paties projekto, tiek organizacijos pokyčių valdymą, tiek technologijų vystymą. Suinteresuotųjų įtraukimas prisideda prie komunikacijos, priimtino gerinimo, pasitikėjimo pokyčiais ir jų sėkme bei užtikrina organizacijos tobulėjimą.

3. ES mastu e. sveikatos teisinis reguliavimas nors ir egzistuoja, tačiau kol kas tik pradinėje stadijoje. Strateginiai ES dokumentai, nors ir numato tam tikras kryptis, tačiau nėra įpareigojantys teisės aktai. Pacientų teisių direktyva 2011/24/ES tik inicijuoja kai kuriuos procesus e. sveikatos srityje (gairių rengimas ir kt.), tačiau kol kas nenumato e. sveikatos regioninės sistemos veiklos principų ir neužtikrina tokios sistemos praktinio veikimo nuo nurodytos datos. E. sveikatos teisinis reguliavimas atskirose ES valstybėse šiuo metu

sparčiai vystomas, tačiau visgi matyti daug skirtumų, pasigendama vieningos politikos ir strategijos e. sveikatos teisiniame reguliavime. Taikomi skirtingi elektroninio sveikatos įrašo modeliai. Labai skirtingai reglamentuojamas ir sutikimas tvarkyti asmens duomenis e. sveikatos tikslais. Be to, nacionalinės teisės normos nagrinėtose valstybėse nereglamentuoja e. sveikatos sistemų suderinamumo su kitose ES valstybėse esančiomis e. sveikatos sistemomis. E. sveikatos srities teisinio reguliavimo procesai sparčiai vyksta ir kitose ne ES užsienio valstybėse. Paminėtina, kad teisinis reguliavimas visų pirma įvedamas pradėdamas nuo pamatinių teisės normų ir vėliau reglamentuojant lydimaisiais teisės aktais. Vis dėlto pastebima daug skirtumų reglamentuojant e. sveikatą, tiek lyginant šias valstybes tarpusavyje, tiek su Europos valstybėmis (skirtingi reguliavimo instrumentai ir kt.).

4. Lietuvoje galioja tiek E. sveikatos plėtros strategija, tiek E. sveikatos sistemos plėtros programa, tiek E. sveikatos sistemos plėtros programos įgyvendinimo priemonių planas. Tačiau visi šie dokumentai numato tikslus ir priemones iki 2015 metų. E. sveikatos teisinis reguliavimas Lietuvoje turėtų būti tobulinamas, ypač pamatiniame lygmenyje (reglamentuojant elektroninio sveikatos įrašo / elektroninės sveikatos istorijos institutą, taip pat modifikuojant pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą).

5. Veikiantys suinteresuotieji visoje e. sveikatos kūrimo grandinėje yra sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, slaugytojos, IT specialistai, laboratorijos ir kt. specialistai), pacientai, sveikatos politiką ir IT politiką formuojantys ir įgyvendinantys sprendimų priėmėjai, IT firmų darbuotojai. Tinklo centriniams mazgais (didžiausias centriškumo laipsnis ir tarpininkavimo laipsnis) yra projektus įgyvendinančios ligoninės ir poliklinikos, kurios tampa e. sveikatos produkto savininkais, nes jos geriausiu būdu gali susirinkti informaciją apie e. sveikatos aktualiuosius poreikius.

6. Socialinių tinklų tyrimas parodė naują 2007–2013 m. e. sveikatos projektų įgyvendinimo reiškinį – konsultacinių įmonių įsitraukimą. Vienas centrinis tinklo žaidėjas yra konsultacinė įmonė, kuri vaidina mediatoriaus vaidmenį, tarsi padėdama susikalbėti tiems, kurie turi skirtingus požiūrius. Bet tuo pat metu atsiranda papildomos rizikos susikurti gan ilgai interesų atstovavimo grandinei. O tai nutolina autentiškus interesus nuo interesų raiškos arenos, taip iškreipdama ir interesų balansą.

7. Dabartiniu laikotarpiu e. sveikatos sistemoje Lietuvoje labiausiai išvystytos šios trys e. sveikatos paslaugos: išankstinė pacientų registracija

el. būdu, nedarbingumo lapelių pildymas, pacientų draustumo ir prisirašymo sekimas el. būdu, statistinės ambulatorinės apskaitos formos pildymas (dabartinė 025/a-LK-forma) el. būdu.

8. Yra stebimi dideli e. sveikatos sistemos išvystymo ir diegimo – tiek paslaugų išvystymo ir prieinamumo, tiek gyventojų ir medikų naudojimosi jomis netolygumai. E. sveikatos paslaugos daugiausiai teikiamos Vilniuje ir didžiuosiuose miestuose, mažiausiai – kaimuose ir mažose privačiose sveikatos priežiūros įstaigose.

9. Tik nedidelė dalis sveikatos priežiūros specialistų mano, kad Lietuvoje yra pakankamas e. sveikatos informacinių sistemų spektras. Dažniausiai tiek vadovų, tiek specialistų, tiek gyventojų buvo minimos trys paslaugos, kurių vis dar labiausiai trūksta: receptų formos pildymas el. būdu, elektroninė sveikatos istorija, išankstinė pacientų registracija el. būdu.

10. Gyventojų informuotumas apie e. sveikatos paslaugas yra nepakankamas. Viena pagrindinių priežasčių, kodėl vartotojai yra ir mažai informuoti, ir per mažai naudoja e. sveikatos sistemas bei yra nepatenkinti e. sveikatos diegimo procesu, yra ne vien e. sveikatos sistemos prieinamumas, bet ir suinteresuotųjų įtraukimas į sprendimų priėmimą bei į e. sveikatos paslaugų kūrimą, kad jos būtų priimtinos vartotojams.

11. Nors naujoves medikai vertina labiau teigiamai, tačiau patį e. sveikatos diegimo procesą ir jo mastą vis dėlto neigiamai vertinančių medikų yra žymiai daugiau negu vertinančių teigiamai. Yra nurodoma nemažai e. sveikatos diegimo problemų ir kliūčių. Neigiamai vertinantys e. sveikatos sistemas gyventojai dažniausiai nurodo, kad tų paslaugų per mažai arba jų apkritai nėra ir kad jiems iš viso trūksta informacijos apie teikiamas e. sveikatos paslaugas, o medikai nurodo, kad daugiau ne pats e. sveikatos sprendimas ar jo diegimas yra vertinamas neigiamai, tačiau dažnu atveju su diegimu susiję procesai. Šalia finansavimo (ES struktūrinės lėšos buvo gavę tik trečdalis apklausoje dalyvavusių įstaigų), žmogiškųjų resursų stygiaus (ypač mažose ir kaimo vietovių SPĮ), teisinio reguliavimo, aiškiai išryškėjo naujovių diegimo procesų valdymo problemų, pavyzdžiui, darbuotojų priešinimasis pokyčiams: tam tikros darbuotojų grupės (ypač vyresnių darbuotojų) vengimas naudotis įdiegta sistema.

12. Kuriant ir diegiant e. sveikatos sistemas beveik visiškai yra ignoruojamas pacientas. Jo vaidmuo daugiau teorinis, žinant, kad jie lyg ir reikalingi produktui kurti, bet praktiškai pastangų nededama tai realizuoti.

13. Kokybinio tyrimo rezultatai rodo požiūrio į įvairius e. sveikatos dalyvius ir jų vaidmenis pokyčius. Vis labiau atsižvelgiama į poreikį tarpusavyje keistis žiniomis ir patirtimis, atsižvelgti į vieni kitų poreikius ir lūkesčius. Tačiau ne visada apsispręsta, kas iš e. sveikatos dalyvių – medicinos personalas ar pacientai – yra galutiniai vartotojai ir turi gauti didžiausią naudą. Dėl to gali būti, kad patys svarbiausi veikėjai per mažai įtraukiami į e. sveikatos IS kūrimo ir diegimo procesus, o tai gali lemti, kad nebus įdiegti svarbūs elementai.

14. SAM vykdo per daug funkcijų e. sveikatos srityje ir per mažai jų tenka SPI. Tai iš dalies galima paaiškinti e. sveikatos naujumu ir pirmojo šios sistemos etapo klaidų įvertinimu, kai e. sveikatos sistemos kūrimo procesams trūko ministerijos vadovavimo ir koordinavimo. Vis dėlto šiuo metu pasigendama ryškesnio SPI lyderiavimo prišimant formuotojo funkcijas. Vis dėlto stebima tendencija, kad nepaisant žinių ciklo etapo e. sveikatos dalyviai kiekviename etape pageidautų stipraus koordinatoriaus. Jie šias funkcijas linkę perleisti Sveikatos apsaugos ministerijai, taip tikėdamiesi perduoti ir atsakomybę dėl sprendimų apie finansus bei galutinio rezultato kokybę. Tačiau moksliniai vaidmenų ir funkcijų pasiskirstymo tyrimai rodo, kad reiškiantis stipriam koordinatoriui atliekamų veiksmų kokybė turi tendenciją nukentėti. O tai dažniausiai įvyksta dėl sumažėjusio darbo grupės kūrybiškumo, dėl iniciatyvos slopinimo. Tuo tarpu koordinatoriaus vaidmenį perėmus specialistams (SPI specialistams ar medicinos personalui), galima būtų sukurti vartotojui draugiškesnį, vadinasi, ir priimtinesnį, e. sveikatos produktą, kuris geriau atitiktų poreikius tų, kurie jais naudosis ateityje. Perdavus lyderio vaidmenį SPI, funkcijų paskirstymo problemos nebūtų visiškai išspręstos dėl IT įmonių, kaip produkto kūrėjo, indėlio sureikšminimo arba kito kraštutinumo – ignoravimo ir izoliavimo. Tad IT įmonių, kaip formuotojo, vaidmuo galimas tik vienoje iš žinių valdymo fazėje, o kitose fazėse jų indėlis dalinamas tarp įgyvendintojo ir stebėtojo. Interviu rezultatai rodo teigiamą tendenciją, kad Sveikatos apsaugos ministerija nekovoja dėl universalaus koordinatoriaus vaidmens. Atvirkščiai – patys inicijuoja kūrybiškumo ir inovatyvumo paieškas perduodami iniciatyvas, o kartu ir atsakomybės, teisę SPI. Suinteresuotųjų dalyvavimo platforma galėtų spręsti šias problemas.

15. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos prielaidas paaiškina sveikatos sistemos ir sveikatos priežiūros valdymo inovacijų

(į žmogų orientuotos, jį įgalinančios, žmogaus sveikatinimo, integruotos sveikatos priežiūros, darbo komandoje strategijos), hierarchija ir valdymo teorijų sąveika, kur žinių valdymas nusako kuriamos platformos tikslus (kaupiti ir analizuoti žinias), kolektyvinio intelekto valdymas nusako e. sveikatos bendradarbiavimo platformos veikimo paskirtį (sukurti sąveiką tarp suinteresuotųjų siekiant naujos kolektyvinių žinių kokybės), suinteresuotųjų vadyba apibrėžia e. sveikatos platformos naudotojus (kas yra e. sveikatos suinteresuotieji ir kaip juos pažinti), vaidmenų grupėje teorija padeda pažinti, kaip suinteresuotieji veikia kartu ir kokie trukdžiai veikimui drauge pasireiškia.

16. Įsitraukimą skatinantis ir dalyvavimą palaikantis modelis skirtas aprašyti būtinas vadybines sąlygas ir vadybinių sąlygų tarpusavio ryšius, nulemiančius suinteresuotųjų įsitraukimą ir dalyvavimo palaikymą kuriant geriausius e. sveikatos sistemos sprendimus. Struktūriškai modelis yra grindžiamas penkiais elementais: dalyviais, bendradarbiavimui būtinų vaidmenų rinkiniu (BV), kolektyvinio intelekto valdymo priemonėmis (VP), žinių valdymo procesu (ŽVPV) ir jų sąveika. Minėtas modelis parodo dalyvavimo trimatę prigimtį. Žinių vadybos proceso ir sąveikos efektyvumas  $E$  ( $\text{ŽVP} + S$ ) yra dinaminė funkcija, priklausanti nuo kolektyvinio intelekto valdymo priemonių (VP), nuo suinteresuotųjų rinkinio pilnumo, bendradarbiavimui būtinų vaidmenų (BV) pasireiškimo kokybės ir sąveikos efektyvumo:  $E (\text{ŽVP} + S) = f (\text{VP}, \text{BV}, S)$ .

17. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos (SBP) modelis yra grindžiamas idėjos gyvavimo ciklu, kuriame pagrindinis valdymo objektas yra idėja, kuri išgyvena visus žinių valdymo ciklus, pradedant idėjų kaupimu ir baigiant idėjų brandinimu. Nepaisant gan sudėtingo teorinio modelio pati platforma praktiškai yra labai paprasta ir prieinama vartotojams (žr. <http://ehealth.lt>).

18. E. sveikatos bendradarbiavimo platforma sukuria šias e. sveikatos sistemai skirtas naudas: mokymąsi, dalijimąsi žinojimu dalyvavimo metu, pasitikėjimu grįstų tinklų kūrimąsi, žinių proceso skatinimą ir kūrimą, idėjų generavimą ir jų kaupimą.

19. E. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platformos išbandymas pademonstravo akivaizdų e. sveikatos bendradarbiavimo platformos poreikį. Jau eksperimento metu paaiškėjo, kad suinteresuotieji turi informacijos ir žinių apie e. sveikatos sistemos plėtrą ir problemas, bet taip

pat jaučia informacijos atnaujinimo poreikį. Išbandymas parodė dalyvių patirtą pasitenkinimą dėl įtraukimo ir diskusijos galimybių. Balsavimas už alternatyvius siūlymus taip pat atskleidė įsitraukimo ir didesnio dalyvavimo poreikį, kuris gali būti traktuojamas kaip motyvacijos plėtoti e. sveikatos sistemą vertybė.

20. E. sveikatos bendradarbiavimo platformoje dalyvių iškeltos problemos bei pasiūlyti jų sprendimo būdai balsuojant už juos esamajame laike naudojant sukurtą modelį, grįstą sveikatos valdymo inovacijomis ir socialinių technologijų galimybėmis, taip pat įgyvendinant valdymo teorijų sąveiką, sukuria nuolatinį ir dabartiniame laike savaime atsinaujinantį politinių, organizacinių ir vadybinių priemonių dinaminį rinkinį, kuris yra vertingas priimant sprendimus vystant e. sveikatą. Todėl sukurta suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma, kaip socialinių technologijų inovatyvus įrankis, automatiškai pateikia ir atnaujinama politines, organizacines ir vadybines priemones.

## SUMMARY

---

E-health is perceived as the most imperative innovation in health system management. Therefore, just as any other innovation it should expect all inherent challenges — technical problems as well as a wide range of human factor issues. Research suggests that in the healthcare sector, resistance to innovations is “a significant, powerful and influential phenomenon, which forces people to oppose to novelties immediately, even before discussions start on the pros and cons of an innovation”<sup>698</sup>.

The **aim** of the integrated research presented in the monograph — striving for innovative and sustainable healthcare system, to assess the extent of e-health development and trends from the network perspective of stakeholders as the most important success factor in the e-health deployment. **Objectives** are as follow:

1. Analyse and summarise examples of international good practice related to stakeholder engagement as one of the key success factors in e-health deployment;
2. Identify and characterise stakeholders of the national e-health system (with the help of social network analysis);
3. Investigate the scope and trends particular to engagement and participation of e-health developers, installers and users (stakeholders);
4. Design an integrated e-health deployment platform that promotes engagement and participation within the network of stakeholders;
5. Test the platform for integrated e-health network and identify functional barriers and risk;
6. Aiming for innovation and sustainability, design political, organisational and managerial measures for implementation of the platform for integrated e-health network.

**Methods.** In this research, the stakeholder perspective is highlighted on the basis of the innovative social network theory and principles

---

<sup>698</sup> Jasulaitis, A.; Plenta, J.; Justickis, V.; Plentienė, J. 2012. Sveikatos apsaugos įstaigos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1(4): 272–295.



of systems thinking (general systems theory). The research combines comparative analysis, quantitative and qualitative social research methods, social network analysis and experimental study.

**Results.** According to international experience, there are two main approaches emerging in countries with more developed e-health systems: the Welsh approach (for instance, Denmark, the Netherlands, Finland and New Zealand) and the traditional English approach. In terms of e-health, the EU still lacks legal regulation between member states. Compared to the analysis made by the Ministry of Health of the Republic of Lithuania in 2011, the national e-health development is showing a positive trend. While in 2011, only a quarter of all surveyed institution had e-health systems, our study demonstrated that at present, 67 per cent of professionals working at healthcare institution use e-health information systems on a daily basis. In addition, e-health stakeholders were identified: healthcare professionals (physicians, nurses, IT specialists, laboratory and other specialists), patients, health and IT policy makers and implementing entities, employees of IT companies. The role of a central node in a social network (the highest degree of centrality and cooperation) is usually undertaken by hospitals and outpatient clinics that implement projects as they become the owners of e-health products and have the best method to collect information about relevant e-health needs. For the time being, patients are almost completely ignored in the process of e-health development and deployment. Their role is mostly theoretical, based on knowing that they seem to be important for product development; however, no real efforts are made to make this practice operational. In the current period, the following e-health services are mostly developed in Lithuania: online patient appointment reservation, completion of medical statements, online tracking of patient insurance and enrolment, online filling of the statistical form of outpatient accounting (currently, 025/a-LK-form). Significant inequalities exist in the overall development of e-health services as well as their accessibility and use among medical professionals and residents. E-health services are most accessible in Vilnius and other large cities and the least — in villages and small private healthcare institutions. Only a small number of healthcare professionals believe that Lithuania has a sufficient range of e-health information systems. Usually, managers, specialists and residents mention three services that are

still missing: e-prescriptions, electronic health record and online patient appointment reservation. Awareness of e-health services among residents is poor. Among the main reasons why users are insufficiently informed, tend to underuse e-health systems and feel dissatisfied with the e-health deployment process is the availability of e-health system and stakeholder engagement in the decision-making and the development of e-health services aiming to ensure their acceptability to users. Although medical professionals perceive innovations in a more positive light, there is still a greater portion of the group that have a negative opinion regarding the actual process of e-health deployment and its extent. Along with problems related to financing (only one-third of surveyed institutions received EU Structural Funds), shortage of human resources (especially in small and rural healthcare institutions) and regulatory problems, issues related to deployment of innovations in management of processes became apparent, e.g. employee resistance to change, when certain groups of workers (especially, the elderly) avoid using new systems. The Ministry of Health has too many functions in the field of e-health while too few of them are entrusted to healthcare institutions. This can be partly explained by the novelty of the e-health and evaluation of errors made during the first stage of the system's development when processes of e-health development lacked leadership and coordination of the Ministry. However, currently, there is a lack of bolder leadership among healthcare institutions in assuming functions of decision-makers.

The design of the model promoting stakeholder engagement and participation commenced with a description of necessary managerial conditions and links between them, which determine support to stakeholder engagement and participation in the development of best e-health system solutions. The e-Health Platform for Stakeholder Cooperation was developed on the basis of the hierarchy of innovations in the health system and healthcare management (people-centred, enabling strategies for health promotion, integrated healthcare and teamwork) and the interplay of management theories. In the theoretical model, knowledge management describes aims of the developed platform (to accumulate and analyse knowledge); management of collective intelligence defines the purpose of the e-Health Platform for Cooperation (to create interaction between stakeholders aimed at new quality of collective knowledge); management of stakeholders determines users of the e-Health Platform (who are e-health stakeholders and how to recognise them); the group role theory helps to

recognise the mechanics behind stakeholder cooperation and related barriers. Structurally, the model is based on five elements: participants, a set of roles required for cooperation (CR), measures for collective intelligence management (MM), knowledge management process (KMP), and their interaction. The model mentioned above unveils a tri-fold nature of participation. Effectiveness of the knowledge management process and interaction  $E(KMP+I)$  is a dynamic function that depends on measures of collective intelligence management (MM), completeness of stakeholder set, role manifestation quality (CR) and effectiveness of interaction:  $E(KMP+I) = f(MM, CR, I)$ .

The model of the e-Health Platform for Stakeholder Cooperation (PSC) is based on the lifecycle of ideas, in which the main object under management is a primary idea, which survives all knowledge management cycles from accumulation to gestation of ideas. **Despite the rather complex theoretical model, the platform available in the electronic space is very simple and user-friendly (<http://ehealth.lt>).** The e-Health Platform for Cooperation ensures the following benefits for the e-health system: learning, knowledge sharing thorough participation, trust-based development of networks, promotion and design of the knowledge process, and generation and accumulation of ideas. Testing of the e-Health Platform for Stakeholder Cooperation revealed an apparent need for the Platform. During the pilot, stakeholders not only demonstrated being in possession of knowledge and information regarding the development of the e-health system and related issues but also unveiled the need to update information. The pilot showed satisfaction of participants that resulted from the facilitation of engagement and discussions. Voting for alternative proposals also reflected the need for engagement and greater participation, which can be interpreted as motivation to development the e-health system.

Applying the designed model in the continuous process through health management innovations and possibilities offered by social technologies, and effecting the interplay of management theories, problems generated in the e-Health Platform for Stakeholder Cooperation and suggested solutions produce a dynamic set of political, organisational and managerial measures that are constant and self-updating in current time, which is valuable for decision-making in e-health development. Consequently, the designed Platform automatically provides and updates political, organisational and managerial measures in real time.

## 1 PRIEDAS

### E. sveikatos SB išbandymo planas / metodologija

#### 1 ETAPAS

#### Balsavimas dėl dažniausiai pasitaikančių e. sveikatos problemų aktualumo

**Instrukcijos:** dirbama individualiai. Kiekvienas teiginys reitinguojamas atskirai.

Balsuoti pateikiami teiginiai, surinkti tyrimo metu iš respondentų, todėl jie gali būti subjektyvūs bei turėti emocinį atspalvį.

#### Demografinė informacija:

Amžius

Lytis

Pareigos (gydytojas / slaugytojas / IT įmonės darbuotojas / politikas / pacientas)

#### Problemų sąrašas

	Valdymo sritis	Problemos apibūdinimas	Balsavimo balas (apibraukite skaičių)
			1 (menkai aktuali problema) 5 (labai aktuali problema)
1	Žmogiškieji ištekliai:	Didelis darbuotojų pasipriešinimas naujovėms stabdo e. sveikatos <b>plėtrą</b> .	1-2-3-4-5
2	IT raštingumas ir kitos kompetencijos	Blogas funkcijų paskirstymas kuriant ir diegiant e. sveikatą.	1-2-3-4-5
3		Netobula e. sveikatos sistema kelia medicinos personalo nepasitenkinimą.	1-2-3-4-5

4		Menkas medicinos personalo raštingumas ir priešinimasis inovacijoms stabdo e. sveikatos diegimą	1-2-3-4-5
5		Menkas galimų e. sveikatos IT sprendimų išmanymas visose grandyse (vadovai, gydytojai, slaugytojai).	1-2-3-4-5
6		Didelis darbo krūvis medicininiam personalui stabdo e. sveikatos diegimą.	1-2-3-4-5
7	Organizacinė struktūra	E. sveikatos sistemos rekomenduoja keisti sveikatos priežiūros įstaigų vadybą, tačiau dirbama senoviškai	1-2-3-4-5
8		Esami sveikatos įstaigų vadybiniai darbo principai kertasi su IT sprendimų logika	1-2-3-4-5
9	Vadovavimas	Menkas vadovų domėjimasis konkretais e. sveikatos sprendimo pasirinkimu	1-2-3-4-5
10		Menkas vadovų domėjimasis konkretais e. sveikatos sprendimo įgyvendinimo eiga	1-2-3-4-5
11	E. sveikatos sprendimo savybės	E. sveikatos platformos turinyje svarbiausia ryšiai, o ne forma	1-2-3-4-5
12		Nežinia, kokie e. sveikatos sprendimai turi būti, todėl visi proceso etapai labai stringa	1-2-3-4-5
13	Finansai, valdymas	Nesusikalbėjimas su IT įmonėmis didina e. sveikatos kaštus	1-2-3-4-5
14		Finansų trūkumas	1-2-3-4-5
15		Trūksta centralizuoto koordinavimo	1-2-3-4-5
16	Infrastruktūra	Vienintelė kliūtis e. sveikatos sėkmei yra IT technikos trūkumas sveikatos priežiūros įstaigoje	1-2-3-4-5
17		Pereinamas etapas, kai veikia senieji įrašai („popierinė dokumentacija“) ir e. sveikatos sistema, apsunkina kasdienybę ir yra neefektyvi	1-2-3-4-5
18	Reguliavimas	Valstybės institucijos vėluoja kuriant e. sveikatos modelį	1-2-3-4-5
19		Valstybės institucijos nepakankamai rūpinasi skirti reikiamus finansus	1-2-3-4-5
20		E. sveikatos reglamentavimas yra per sudėtingas, o naujų sistemų derinimo procedūros su SAM ilgos	1-2-3-4-5
21		Lokalių e. sveikatos sistemų nesuderinamumas yra blogo reglamentavimo ir planavimo pasekmė	1-2-3-4-5

22		Viešieji pirkimai trukdo sukurti geriausią įmanomą e. sveikatos sistemą	1-2-3-4-5
23	IT įmonių vaidmuo	IT įmonės bando rinktis lengviausią kelią ir siūlo standartinius produktus, tačiau tokie produktai netenkina sveikatos įstaigų poreikių	1-2-3-4-5

Jei sąrašė neradote Jums svarbios problemos formuluotės, pateikite savąją.

		Problemos apibūdinimas	1-2-3-4-5

## 2 ETAPAS

**Pasirinktos e. sveikatos problemos sprendimas**

**Instrukcijos:** sprendimui skiriama 30 min. Dirbama grupėmis pagal dažniausias suinteresuotųjų grupes

**Demografinė informacija**

Grupę sudarantys suinteresuotieji

Grupės narių skaičius

**Pateikite alternatyvius problemos sprendimo būdus**

IT įmonių vaidmuo	IT įmonės vengia atsakomybės, todėl veikia „taupydamiesi“
-------------------	---

1 alternatyva .....

2 alternatyva .....

3 alternatyva .....

4 alternatyva .....

5 alternatyva .....

## 2 ETAPAS

### Pasirinktos e. sveikatos problemos sprendimas

**Instrukcijos:** sprendimui skiriama 30 min. Dirbama grupėmis pagal dažniausias suinteresuotųjų grupes

#### Demografinė informacija

Grupę sudarantys suinteresuotieji

Grupės narių skaičius

#### Pateikite alternatyvius problemos sprendimo būdus

	Organizacinė struktūra	E. sveikatos sistemos pasiūlyta nauja vadybos forma bei organizacinės struktūros diegimas vėluoja, vis dar dirbama taip pat, kaip ir iki e. sveikatos sprendimo įdiegimo
--	------------------------	--

1 alternatyva.....

2 alternatyva.....

3 alternatyva.....

4 alternatyva.....

5 alternatyva.....



## 2 ETAPAS

**Pasirinktos e. sveikatos problemos sprendimas**

**Instrukcijos:** sprendimui skiriama 30 min. Dirbama grupėmis pagal dažniausias suinteresuotųjų grupes

**Demografinė informacija**

Grupę sudarantys suinteresuotieji

Grupės narių skaičius

**Pateikite alternatyvius problemos sprendimo būdus**

	Menkas galimų e. sveikatos IT sprendimų išmanymas visose grandyse (vadovai, gydytojai, slaugytojai)
--	--

1 alternatyva .....

2 alternatyva .....

3 alternatyva .....

4 alternatyva .....

5 alternatyva .....

### 3 ETAPAS

#### 2 etape suformuotų alternatyvų įvertinimas balsuojant

**Instrukcijos:** balsavimui skiriama 20 min. Balsuojama individualiai

**Danguolė Jankauskienė, Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė-Žilėnienė, Aelita Skaržauskienė, Darius Štītis, Rasa Rotomskienė, Kęstutis Štaras, Monika Mačiulienė, Vaida Pukinaitė, Viktorija Stokaitė, Rūta Tamošiūnaitė**

**E. SVEIKATOS PLĖTROS INTEGRUOTOS TRANSFORMACIJOS: SUINTERESUOTŪJŲ PUSIŲ TINKLO PERSPEKTYVA.** Monografija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2015. 526 p.

Bibliogr. 108–113, 185–189, 260–264, 303, 394, 425–427, 504–508

ISBN 978-9955-19-737-9 (spausdinta versija)

ISBN 978-9955-19-736-2 (elektroninė versija)

*E. sveikata yra vertintina kaip svarbiausia sveikatos sistemos valdymo inovacija, todėl susiduriama ne tik su techninėmis, bet ir su įvairiomis žmogiškojo faktoriaus problemomis, kurios būdingos diegiant naujoves. Monografijoje atskleidžiamas e. sveikatos plėtros mastas ir tendencijos iš suinteresuotųjų pusių tinklinės perspektyvos siekiant inovatyvumo ir tvaros sveikatos sistemoje. Pristatoma sukurta e. sveikatos suinteresuotųjų bendradarbiavimo platforma, kurioje sveikatos valdymo inovacijos ir socialinių technologijų galimybės sinergijoje su politinių, organizacinių ir vadybinių priemonių dinamiu rinkiniu pateikia ir atnaujina politines organizacines ir vadybines priemones esamuoju laiku.*

Danguolė Jankauskienė, Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė-Žilėnienė, Aelita Skaržauskienė, Darius Štītis, Rasa Rotomskienė, Kęstutis Štaras, Monika Mačiulienė, Vaida Pukinaitė, Viktorija Stokaitė, Rūta Tamošiūnaitė

**E. SVEIKATOS PLĖTROS INTEGRUOTOS TRANSFORMACIJOS:  
SUINTERESUOTŪJŲ PUSIŲ TINKLO PERSPEKTYVA**

Monografija

Redagavo *Stasė Simutytė*

Maketavo *Birutė Bilotienė*

SL 585. 2015 07 13. 30 leidyb. apsk. l.

Tiražas 100 egz. Užsakymas 25 596

Mykolo Romerio universitetas

Ateities g. 20, Vilnius

Puslapis internete [www.mruni.eu](http://www.mruni.eu)

El. paštas [leidyba@mruni.eu](mailto:leidyba@mruni.eu)

Parengė spaudai UAB „Baltijos kopija“

Kareivių g. 13B, Vilnius

Puslapis internete [www.kopija.lt](http://www.kopija.lt)

El. paštas [info@kopija.lt](mailto:info@kopija.lt)

Spausdino UAB „Vitaė Litera“

Savanorių pr. 137, Kaunas

Puslapis internete [www.bpg.lt](http://www.bpg.lt)

El. paštas [info@bpg.lt](mailto:info@bpg.lt)