

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO FAKULTETO  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

**ASTA PIEČIENĖ**

**(VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO NEAKIVAIZDINIŲ STUDIJŲ PROGRAMA)**

**VŠĮ TAURAGĖS RAJONO PSPC VEIKLOS EFEKTYVUMO  
GERINIMO INFORMACINIŲ TECHNOLOGIJŲ PRIEMONĖMIS  
GALIMYBIŲ TYRIMAS**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Darbo vadovas – dr. doc. Rimantas Pečiūra**

**Vilnius, 2006**

## TURINYS

ĮVADAS	3
1. LITERATŪROS APŽVALGA	6
1.1. Pirminės sveikatos priežiūros samprata	6
1.2. Šeimos gydytojo vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje	6
1.3. Pirminės sveikatos priežiūros sistema Europos šalyse	8
1.4. Pirminės sveikatos priežiūros raida Lietuvoje	9
1.5. Sveikatos priežiūros prieinamumą reglamentuojanti teisinė bazė	14
1.6. Įstaigų žmogiškieji ištekliai	15
1.7. Įstaigų materialiniai ištekliai	17
1.8. Sveikatos priežiūros kokybė ir pasitenkinimas	17
1.9. Sveikatos priežiūros vadyba	21
1.10. El. sveikatos samprata, taikymas ir įdiegimas sveikatos priežiūros įstaigose	22
2. GALIOJANTYS TEISĖS AKTAI IR JŲ NUOSTATOS EL. SVEIKATOS KŪRIMO SRITYJE	28
3. TYRIMO METODOLOGIJA	33
3.1. Tyrimo metodai	33
3.1.1. Lyginimo metodas	33
3.1.2. Individualioji anketinė apklausa	34
3.1.3. Apklauskos anketos struktūra	35
3.2. Statistinė duomenų analizė	35
3.3. Tyrimo schema ir tiriamasis kontingentas	36
3.4. Socialinė demografinė respondentų charakteristika	37
4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	38
4.1. Pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe VšĮ Tauragės rajono PSPC	38
4.2. Respondentų požiūris į informacinių technologijų diegimą sveikatos sistemoje	45
5. APIBENDRINIMAI	49
IŠVADOS	51
REKOMENDACIJOS	51
LITERATŪROS SĄRAŠAS	53
ANOTACIJA	58
SANTRAUKA	59

## IVADAS

Visuomenės ir mokslo raidos ekonominiai veiksniai XX amžiaus šeštą-septintą dešimtmetį paskatino prisiminti bendrosios praktikos gydytojo sampratą. Tapo akivaizdu, kad sveikatos priežiūros sistemoje turi būti grandis, kuri organizuotų ir koordinuotų paciento sveikatos priežiūrą, reguliuotų aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslingumą, būtų orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą. Medicinos mokslo ir praktikos progresas lėmė tai, kad dabar išgydomos daugelis ligų, kurios anksčiau buvo neišgydomos, sumažėjo infekcinių ligų pavojus. Dėl to pailgėjo žmonių amžius, visuomenė ėmė senėti, padaugėjo lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, neįgaliųjų. Minėtas problemas išspręsti galėtų tik tokia sveikatos priežiūros institucija, kurios paslaugos yra nebrangios, prieinamos visiems visuomenės nariams, orientuotos į asmenį ir bendruomenės sveikatos reikmes, kuri koordinuotų sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas visoje sveikatos sistemoje [1].

Efektyvus sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų naudojimas yra viena priežasčių, kodėl daugelyje pasaulio šalių remiama pirminės sveikatos priežiūros sritis.

Lietuvos sveikatos programoje labai didelis dėmesys skiriamas asmeniui sveikatos priežiūros reformai. Reforma nukreipta į paslaugų kokybę ir adekvatų finansavimą. Reformos esmė – pirminės sveikatos priežiūros plėtra [14].

Pirminės sveikatos priežiūros organizavimo principai pasaulyje įgyvendinami įvairiais būdais. Tai priklauso nuo šalies resursų, tradicijų, visuomenės sveikatos ir demografinės padėties [4]. Per pastaruosius metus, įgyvendinant sveikatos priežiūros reformą, Lietuvoje bandoma keisti gyventojų medicininį aptarnavimą, išplečiant pirminės sveikatos priežiūros tarnybą, kuriant šeimos gydytojo instituciją, diegiant informacines technologijas. Nuolat didėjantis privačių ir smulkių viešųjų pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų skaičius skatina konkurenciją.

Vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų yra sveikatos priežiūros kokybės gerinimas. Šis principas užtikrinamas tada, kai sutampa pacientų lūkesčiai ir poreikiai, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė gali būti vertinama įvairiais aspektais: gyventojų galimybe patekti pas gydytoją, gyventojų aprūpinimu sveikatos priežiūros ištekliais (gydytojų, slaugytojų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, stacionariųjų lovų skaičius tūkstančiui gyventojų), sergamumo, mirtingumo bei mirštamumo rodikliais [60]. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė neabejotinai turi reikšmės gyventojų sveikatos

būklei. Lietuvoje atliktų atrankinių gyventojų sveikatos tyrimų duomenys rodo, kad šalies mastu egzistuoja gana ryškūs socialiniai, ekonominiai ir teritoriniai gyventojų mirtingumo ir sergamumo skirtumai. Šiuos skirtumus lemia įvairios priežastys ir veiksniai.

Tarp veiksnių, turinčių įtakos sveikatai, paminėti bendras ekonominis šalies išsivystymas, socialinė gerovė, sveika žmonių gyvensena, gyvenamoji aplinka ir sveikatos priežiūros sistema [43,44]. Sveikatos priežiūros prieinamumo nelygumai sąlygoja sveikatos nelygumus. Todėl sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas yra vienas iš pagrindinių sveikatos apsaugos sektoriaus tikslų.

Vertinant sveikatos priežiūrą, labai svarbus rodiklis yra pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros įstaigos teikiamomis paslaugomis, personalo darbu, fizine aplinka. Pacientai, tiesiogiai dalyvaudami sveikatos priežiūros procese, gali nurodyti tai, kas jiems yra svarbiausia, o kas mažiau reikšminga. Pacientų vertinimai gali būti panaudojami nustatant silpnąsias sveikatos priežiūros grandis, kurioms sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, šalies politikai turėtų skirti didesnę dėmesį. Pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros procese, jų bendradarbiavimas su šeimos gydytoju ir kitu medicinos personalu yra tiesiogiai susijęs su jų lūkesčių bei poreikių atitikimu naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis [60].

Svarbu suprasti, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybės neįmanoma pagerinti be sveikatos įstaigose dirbančio personalo, jo kvalifikacijos nuolatinio kėlimo bei naujų technologijų diegimo.

Organizacijos vystymas, žmogiškųjų išteklių valdymas bei inovacijos tampa pačiu svarbiausiu sveikatos politikos mokslo naujovių objektu [61].

Darbo tikslus formavome išskėlę hipotezę, kad pirminės sveikatos priežiūros centro veiklos efektyvumą, paslaugų kokybę pagerinti yra tikslinga spartinant naujų informacinių technologijų diegimą įstaigoje.

**Darbo tikslas** – parinkti priemones paslaugų kokybės VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centre gerinimui

**Darbo uždaviniai:**

1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centre vertinimui:

- ištirti pacientų, prisirašiusių prie VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centro, ir darbuotojų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis.
- ištirti VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centro darbuotojų ir pacientų, prisirašiusių prie VšĮ Tauragės rajono PSPC požiūrį į informacinių technologijų diegimą sveikatos sistemoje.

2. Pateikti praktines rekomendacijas.

# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1. Pirminės sveikatos priežiūros samprata

Pirminė sveikatos priežiūra – tai būtinoji visų bendruomenės narių bei jų šeimų sveikatos priežiūra šaliai ir bendruomenei priimtina kaina [1]. Pirminė sveikatos priežiūra (toliau – PSP) yra kompleksas priemonių, padedančių pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje.

PSP paskirtis – spręsti pagrindines asmens, bendruomenės ir visuomenės sveikatos problemas. Jos priemonės yra sveikatos propagavimas, mokymas, profilaktika, gydymo ir reabilitacijos paslaugos. Kadangi šios paslaugos labai priklauso nuo bendruomenės ekonominių sąlygų bei socialinių ypatybių, PSP įvairiuose regionuose skiriasi, bet yra ir keletas sąlyčio taškų. PSP – pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistemos grandis, kur asmens ir visuomenės sveikatos atžvilgiu rūpinamasi:

- asmens sveikata;
- sveikatos mitybos propagavimu;
- švaraus geriamojo vandens tiekimu;
- pagrindiniais sanitarijos klausimais;
- vaiko ir motinos sveikata (įskaitant šeimos planavimą);
- skiepijimu nuo labiausiai paplitusių užkrečiamųjų ligų;
- endeminių ligų profilaktika bei kontrole;
- sveikatos mokymu;
- ligų profilaktika [2].

Gerai funkcionuojanti PSP sistema gali padėti užtikrinti šalies sveikatos paslaugų efektyvumą bei racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Jei PSP yra efektyvi, šioje grandyje galima išspręsti 80 proc. visų šalies gyventojų sveikatos problemų [3]. Sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų efektyvus panaudojimas yra viena iš priežasčių, kodėl remiama PSP grandis daugelyje pasaulio šalių.

## 1.2. Šeimos gydytojo vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje

PSP organizavimo principai pasaulyje įgyvendinami įvairiais būdais, kurie priklauso nuo šalies resursų, tradicijų, visuomenės sveikatos ir demografinės padėties [4].

Sveikatos priežiūros sistemoje turi būti grandis, kuri organizuotų ir koordinuotų paciento sveikatos priežiūrą, reguliuotų aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą ir tikslingumą, būtų orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą. Daugelyje šalių šeimos medicinos institucija yra centrinė PSP sistemos ašis, kur šeimos gydytojas koordinuoja paciento sveikatos priežiūros procesą, vykstantį įvairiose sveikatos priežiūros sistemos grandyse [1].

Šeimos gydytojo institucija, besiremianti PSP, gali garantuoti:

- bendruomenei priimtina pirminę sveikatos priežiūrą (pagal bendruomenės poreikius);
- tinkamą ir racionalų sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų paskirstymą;
- integruotą ir koordinuotą profilaktinių, gydomųjų, slaugos priemonių taikymą bendruomenei ir asmeniui;
- racionalų antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros technologijų bei priemonių naudojimą;
- tikslingą lėšų, skiriamų PSP grandžiai, panaudojimą;
- visuomenės sveikatos būklės pagerėjimą [3].

Įvairiose pasaulio šalyse šeimos gydytojo veikla skiriasi:

- vienur į aukštesnio lygio medicinos lygio įstaigą galima patekti tik po šeimos gydytojo konsultacijos, su jo siuntimu – tai tarsi „filtravimas“, kad į aukštesnio, kartu ir brangesnio, lygio medicinos įstaigą patektų tik tie pacientai, kuriems pagalba tikrai būtina;
- kitur į aukštesnio lygio medicinos įstaigą galima patekti ir su kai kurių specialistų siuntimais arba sumokėjus dalį kainos u paslaugas.

Pro šeimos gydytojo „filtrą“ neprisiskverbia ne itin svarbios sveikatos problemos, kurioms išspręsti nereikia labai kompetentingų specialistų ir brangios įrangos. Šeimos gydytojas yra tas asmuo, kuris atveria duris ir palydi pacientą iki jam reikalingų paslaugų [1]. Šeimos gydytojo vaidmuo svarbus ne tik pacientams, bet ir valstybei, siekiančiai kuo efektyviau panaudoti sveikatos priežiūrai skiriamus resursus. Kad galėtų tinkamai koordinuoti paciento sveikatos priežiūros procesą, šeimos gydytojas turi bendradarbiauti su kitais PSP komandos nariais: bendruomenės slaugytoja, psichiatru, socialiniu darbuotoju ir t.t. Komandinio darbo principų diegimo pirminėje sveikatos priežiūroje svarba pabrėžiama visose šalyse, turinčiose tvirtą PSP grandį [5]. Tik

dirbdamas komandoje šeimos gydytojas gali pasiekti pagrindinį veiklos tikslą – gerinti bendruomenės sveikatą ir užtikrinti visavertę, orientuotą į paciento poreikius sveikatos priežiūrą.

### **1.3. Pirminės sveikatos priežiūros sistema Europos šalyse**

Ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse bendrosios praktikos medicina yra nuolat transformuojama bei keičiama, ieškoma naudingesnių, pigesnių modelių, kurie pateisintų tiek pacientų, tiek gydytojų lūkesčius. Bendrosios praktikos medicinos veiklos apimtys priklauso ne tik nuo parengtų bendrosios praktikos gydytojų (toliau – BPG) profesionalumo, bet ir nuo bendrojo šalių sveikatos priežiūros sistemos lygio bei ekonominių ir finansinių sąlygų (paties gydytojo, paciento, šeimos, sveikatos apsaugos biudžeto, socialinio draudimo išvystymo ir tobulinimo) [6].

BPG vaidmuo ir paciento nukreipimo pas gydytoją tvarka įvairiose šalyse yra skirtinga, tačiau egzistuoja ir bendri dėsningumai, pagrįsti šalies ištekliais, tradicijomis ir šalies medicinos lygiu.

Didžiojoje Britanijoje BPG atlieka „vartininko“ vaidmenį. Norint patekti pas specialistą, būtinas BPG siuntimas. Gydytojų atlyginimo dydis priklauso nuo užsiregistravusių pacientų skaičiaus, suteiktų paslaugų pobūdžio [7].

Olandijoje didžioji dalis (apie 60 proc.) gyventojų naudojami BPG (dirbančių privačiai) paslaugomis. BPG mokama priklausomai nuo užsiregistravusių pacientų skaičiaus. BPG šioje šalyje taip pat atlieka „vartininko“ funkcijas. Dalį sveikatos paslaugų moka pats pacientas, kitą dalį apmoka sveikatos draudimas [7].

Skandinavijos šalyse BPG dirba komandoje su kitais specialistais, slaugos personalu, atlieka privalomas paslaugas, išskyrus privačią asmens sveikatos specializuotą priežiūrą [7].

Danijoje didžioji dalis (apie 97 proc.) gyventojų naudojami privačiai dirbančių BPG paslaugomis. BPG atlieka „vartininko“ funkcijas. Pacientai už paslaugas moka netiesiogiai, bet per mokesčius, atskaičiuojamus iš bendrų gyventojų pajamų. BPG už darbą atlyginama pagal užsiregistravusių pacientų skaičių ir už suteiktas sveikatinimo paslaugas [7].

Vokietijoje pacientai gali pasirinkti privačią veiklą užsiimančią BPG ar specialistą. Dalį išlaidų už atliktas medicinines paslaugas sumoka pats pacientas, o likusią sumą sumoka sveikatos draudimas [7].

Daugumoje šalių PSP finansuojama:



- apmokant už prisirašiusių gyventojų skaičių. Vienas svarbiausių šio mokėjimo privalumų yra tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai yra motyvuoti prisirašyti kuo daugiau gyventojų ir todėl atsižvelgti į pacientų pageidavimus [8]. Kita vertus, tokia apmokėjimo sistema neskatina teikti tokių paslaugų, kurios yra finansiškai arba dėl darbo apimties nenaudingos (pvz. sveikatos stiprinimo veikla bendruomenėje, atrankiniai sveikatos patikrinimai, intensyvi rizikos grupių gyventojų sveikatos priežiūra, tam tikros brangiau kainuojančios procedūros) [4]. Tokia finansavimo sistema yra taikoma Danijoje, Suomijoje, Olandijoje.

- apmokant už suteiktas paslaugas. BPG mokama pagal suteiktų paslaugų skaičių ir apimtį. Ši finansavimo forma vyrauja Vokietijoje, Belgijoje, Norvegijoje. Šio apmokėjimo principo privalumas – efektyviai skatinti gydytojus teikti tokias sveikatos priežiūros paslaugas, kurių reikia konkrečios bendruomenės sveikatos poreikiams tenkinti (pvz. skiepėjimai, kryptingos profilaktinės patikros programos). Tačiau ši sistema turi ir trūkumų: didinamas pacientų srautas į PSP įstaigas, plečiantis apmokamų paslaugų sąrašui PSP paslaugos brangsta, ribojamas paslaugų tęstinumas ir visapusiškumas [4].

- apmokant už pasiektus rezultatus. Ši apmokėjimo sistema taikoma Anglijoje. Yra nustatyti tam tikri paslaugų apimtį standartai, ir tik juos pasiekus apmokama už paslaugą (pvz. paskiepytų gyventojų procentas bendruomenėje, kryptingos kontrolės programos, chirurginių procedūrų skaičius). BPG stengiasi pasiekti nustatytą paslaugų lygį, tačiau siekti geresnių nei nustatyta rezultatų jie nėra motyvuoti [4].

Įvertinus ir apibendrinus įvairių šalių PSP sistemas, galima teigti, kad pagrindinis vaidmuo tenka BPG ir jo komandai.

Reformos vyksta visose šalyse dėl dviejų priežasčių – resursų stokos ir nepakankamo sistemos efektyvumo. Tik trečdalis turtingų šalių gyventojų yra patenkinti savo sveikatos priežiūra [9].

Lėšų trūkumas verčia spręsti tikslingo ir efektyvaus jų naudojimo problemą. Skiriamos lėšos turi būti adekvačios sveikatos priežiūros paslaugų mastui ir kokybei [10].

Pasaulinės sveikatos organizacijos programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ teigiama, kad PSP paslaugų apmokėjimo sistemos turi skatinti siekti:

- geresnių sveikatos priežiūros rezultatų;
- geresnės paslaugų kokybės;
- kaštų efektyvumo [46].

#### 1.4. Pirminės sveikatos priežiūros raida Lietuvoje

Lietuva, kaip ir kitos Rytų ir Centrinės Europos valstybės, reorganizuojant sveikatos apsaugos sistemą, patyrė tas pačias perėjimo į rinkos ekonomiką kliūtis. Iki 1994 m. Lietuvoje sparčiai blogėjo sveikatos apsaugos sistemos finansavimas [4]. 1991 m. Atkuriamojo Seimo patvirtintoje Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje įvardijamos sveikatos reformos kryptys. Reformos esmė – PSP plėtra [11].

Pirmas dokumentas, sistemiškai reglamentuojantis sveikatos apsaugos reformą, buvo Sveikatos sistemos įstatymas [12].

1996 m. Lietuvos Respublikos Seimo priimtame Sveikatos draudimo įstatyme [13] įtvirtintas naujas sveikatos priežiūros finansavimo modelis – perėjimas nuo biudžetinio finansavimo prie draudiminio finansavimo modelio.

Iki 1996 metų pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikė apylinkės terapeutai ir pediatrai.

1998 m. Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintoje Lietuvos Sveikatos programoje numatyta plėtoti PSP pagal PSO rekomendacijas:

- išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus per BPG instituciją;
- plėtoti PSP paslaugas, perkvalifikuojant apylinkių terapeutus ir pediatrus bei specialistus į BPG, steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką;
- ypatingą dėmesį skirti PSP kaimo vietovėse [14].

Buvo priimti teisės aktai, kurie reglamentavo BPG kompetencijos ribas [2], PSP apmokėjimo principus [16, 17] ir kitus PSP aspektus. Susiformavus teisei bazei, prasidėjo intensyvios PSP plėtros etapas. Kartu su šeimos gydytojų skaičiaus daugėjimu gausėjo ir PSP įstaigų, kurių vis didėjančią dalį ėmė sudaryti privatus sektorius ir viešosios įstaigos.

2000 m. rugsėjo 28 d. vykusioje III-oje Nacionalinės sveikatos politikos konferencijoje „Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje“ [9] buvo numatytos PSP reformos ateities perspektyvos:

- 2005 m. Lietuvoje bus baigtas BPG perkvalifikavimo procesas, pirminėje asmens sveikatos priežiūroje paslaugas teiks BPG, vyraus grupinė BPG praktika;
- BPG dirbs komandoje su bendruomenės slaugytojomis, socialiniais darbuotojais;
- pirminės asmens sveikatos priežiūros organizacinėje struktūroje vyraus nepriklausomo BPG – kontrakto su ligonių kasomis modelis;

- finansavimo sistema, paremta PSP specialistų kiekybinių bei kokybinių darbo rodiklių apskaita, padės maksimaliai pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, rūpintis sveikatos išsaugojimu ir ligų profilaktika;

- tolesnis asmens sveikatos priežiūros paslaugų decentralizavimas padės priartinti paslaugas prie gyventojų, t.y. teikti jas bendruomenėje.

Igyvendindama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 - 2004 m. programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. liepos 12 d. nutarimu Nr. IX - 455 nuostatas sveikatos apsaugos srityje [18], Lietuvos Respublikos vyriausybė 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr.335 patvirtino sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją. Reformos kryptys, tikslai ir uždaviniai suplanuoti 2005 -2008 m. laikotarpiui. Tai labai svarbus nacionalinis strateginis dokumentas, numatęs naują reformos etapą ir išskyres tris prioritetingas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo kryptis:

- ambulatorinių PSP paslaugų plėtra;
- stacionariųjų paslaugų optimizavimas;
- slaugos bei ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtojimas.

Vykdamas restruktūrizavimą pirmąją kryptimi, numatyta skatinti privačių BPG, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, veiklą, siekiant decentralizuoti PSP; privatioms sveikatos priežiūros įstaigoms, priklausančioms Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai, sudarant tokias pat veiklos sąlygas kaip valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms; daugiau dėmesio skirti ligų prevencijai; tobulinti PSP paslaugų apmokėjimo sistemą – įvesti svertus, skatinančius teikti daugiau ir įvairesnių paslaugų, gerinti jų kokybę, plėtoti prevencinę veiklą, labiau rūpintis kaimo gyventojų medicininio aptarnavimu. Vykdamas restruktūrizavimą trečiąją kryptimi skirtą slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtojimui, numatyta įvertinti suaugusiųjų ir vaikų medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų poreikius, jų integravimo į visuomeninę globos sistemą galimybes; plėtoti suaugusiųjų ir vaikų medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo sistemą; nustatyti finansavimo šaltinius, parengti jų apmokėjimo modelį; plėtoti ambulatorinės slaugos paciento namuose paslaugas.

Vykdamas minėtą vyriausybės strategiją, LR Sveikatos apsaugos ministerija 2003 12 31 įsakymu Nr.804 „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“ [20] patvirtino apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus, kuriuose numatytos bendros visoms apskritims sveikatos priežiūros paslaugų plėtros tendencijos:

- pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros plėtra pripažinta prioritetinga;

- numatytas slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų didinimas;
- ambulatorinės slaugos pacientų namuose plėtra;
- reikalavimas, kad ambulatorinių (tame tarpe ir pirmo lygio) slaugos palaikomojo gydymo paslaugų plėtrą visiškai kompensuotų stacionarinių paslaugų redukovimą bendrojo pobūdžio ligoninėse.

2005 metais atliktas tarpinis Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 m. numatytų tikslų, siekių ir uždavinių įgyvendinimo per praėjusius 1998 - 2004 m. laikotarpį įvertinimas ir analizė:

- nustatyti demografinių ir gyventojų sveikatos rodiklių pokyčiai;
- išanalizuotos demografinių ir gyventojų sveikatos rodiklių pokyčių priežastys;
- įvertinti ir apibendrinti vykdomos sveikatos reformos rezultatai [21].

Vertinant valstybės vykdomos sveikatos apsaugos politikos rezultatus, pagrindiniais akcentais reikėtų laikyti:

- stiprios ir visa apimančios teisinės bazės sukūrimą;
- sveikatos draudimo sistemos įvedimą;
- privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) suformavimą, valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų tinklo sukūrimą;
- sveikatos priežiūros sistemos perorientavimą iš ligų gydymo į aktyvią sveikatos politiką, ligų prevenciją, sveiką gyvenseną ir kiekvieno rūpinimąsi savo sveikata;
- sveikatos priežiūros įstaigų valdymo decentralizavimą, trijų valdymo lygių – savivaldybių, apskričių ir valstybės sistemos sukūrimą, atsakomybės už sveikatos priežiūros organizavimą joms paskirstymą.

Kalbant apie PSP paslaugų plėtrą, reikėtų akcentuoti gerokai sustiprėjusią BPG instituciją. PSP decentralizacija suaktyvėjo pradėjus įgyvendinti PHARE projektus, kuriuose buvo numatytas BPG kabinetų aprūpinimas medicinos įranga. Tai paskatino savivaldybes leisti steigti privačius BPG kabinetus. Analizuojant 1998 – 2004 m. laikotarpį, matyti, kad BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius kasmet didėjo. Jei 1998 m. BPG aptarnavo apie 310 tūkst. gyventojų, tai 2004 m. – daugiau kaip 2,3 milijono. Kartu gerokai sumažėjo terapeutų bei pediatrų aptarnaujamų gyventojų skaičius. 2004 m. pabaigoje 66 proc. gyventojų aptarnauja BPG, 34 proc. – gydytojų komandos [53]. Tačiau palyginę, kiek BPG ir gydytojų komandos aptarnauja gyventojų skirtingose apskrityse, tai daugiausia BPG aptarnaujamų gyventojų nustatyta Telšių, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių apskrityse, mažiau nei šalies vidurkis jų aptarnaujama Utenos, Tauragės, Alytaus, Vilniaus ir Marijampolės apskrityse.

Palyginus 1998 – 2004 m. PSDF biudžeto išlaidas pirminei sveikatos priežiūrai, matyti, kad lėšos, tenkančios vieno gyventojų pirminei sveikatos priežiūrai, didėja. 1998 m. išlaidos vienam gyventojui buvo 74,03 Lt., 2004 m. – 87,87 Lt., t.y. beveik 14 Lt. daugiau nei 1998 m. [53].

Plėtojant PSP, nuo 1997 m. iki 2005 m. ne kartą buvo tobulinama PSP paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka. 1997 m. už PSP paslaugas buvo mokama pagal priregistruotus gyventojus.

Nuo 1998 m. birželio 1 d. pradėta atsižvelgti į amžiaus grupes: įsigaliojo skirtingos metinės vienam gyventojui teikiamų PSP paslaugų bazinės kainos pagal amžiaus grupes (iki 5 m., 5 - 15 m., 16 - 64 m., 65 m. ir vyresni). 1999 m. vasario 1 d. buvo įvesta priemoka už kaimo gyventojų sveikatos priežiūrą.

LR SAM 2000 m. birželio 14 d. įsakymu Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“ buvo nustatyta nauja lėšų paskirstymo ir mokėjimo tvarka, kurioje buvo numatyti trys mokėjimo už paslaugas būdai:

- bazinis mokėjimas už įrašytą į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių;
- papildomas mokėjimas už suteiktas skatinamąsias PSP paslaugas;
- bazinio mokėjimo priedas už gerus darbo rezultatus, nustatytus pagal PSP kokybės vertinimo kriterijus [17].

2001 m. nauja PSP paslaugų apmokėjimo tvarka įsigaliojo iš dalies – pradėtas taikyti tik bazinis mokėjimas už aptarnaujamus gyventojus.

2003 m. buvo įdiegtas finansinio skatinimo už veiklos rezultatus mechanizmas: už onkologinį budrumą bei racionalų kompensuojamų vaistų išrašymą. Šis sąrašas buvo papildytas 2004 m., pradėjus skatinti už kraujo krešėjimo būklės ištyrimą.

BPG norma nustato, kad bendrosios praktikos gydytojas turi atlikti profilaktinį darbą. Be to, 2000 m. gegužės 31 d. SAM įsakymu Nr.301 buvo nustatyta, kad BPG turėtų atlikti naujagimių, ikimokyklinio bei mokyklinio amžiaus vaikų ir suaugusių profilaktinius tikrinimus [54].

Tačiau profilaktiniai tikrinimai, nors ir numatyti teisės aktuose, buvo atliekami gana vangiai. Iš dalies todėl, kad norminiuose dokumentuose nėra įpareigojimo dėl aptarnaujamų gyventojų profilaktinių tikrinimų apimties.

Pastaruoju metu įgyvendinti prevencines priemones skatinama taikant ekonominius svertus, t.y. už jas papildomai mokama. 2005 m. gruodžio 5 d. LR sveikatos apsaugos ministras patvirtino naują pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir

apmokėjimo tvarką bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašą. Šioje tvarkoje nustatyti mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas būdai:

- bazinis mokėjimas už įrašytą į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių;
- papildomas mokėjimas už suteiktas skatinamąsias paslaugas;
- papildomas mokėjimas už prevencinių programų priemonių vykdymą [55].

Pradėtos vykdyti vaikų krūminių dantų dengimo silantais, gimdos kaklelio, krūties, prostatos piktybinių navikų, asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, prevencinių priemonių programos.

PSP paslaugų apmokėjimo sistema turi būti ir toliau tobulinama. Būtina panaudoti svertus, skatinančius teikti daugiau ir įvairesnių paslaugų, plėtoti prevencinę, profilaktinę veiklą, užtikrinti pacientų slaugą namuose.

Pagrindiniai antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo 2006 - 2008 m. prioritetai:

- toliau plėtoti ir artinti prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, įgyvendinant priemones, skatinančias pagrindinės šių paslaugų dalies perdavimą privatiems paslaugų tiekėjams;
- siekiant gerinti pagyvenusių ir lėtinėmis ligomis sergančių žmonių sveikatos priežiūrą užtikrinti efektyvesnę lėšų panaudojimą, plėtoti slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, didinant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo lovų skaičių ir paslaugų apimtį, tobulinant jų teikimo formas;
- tobulinti turto valdymo formas ir metodus, siekti efektyvesnio lėšų panaudojimo;
- didinti sveikatos priežiūros paslaugų įkainius, tobulinti kainodaros principus;
- visose sveikatos priežiūros įstaigose įdiegti elektroninę informacinių technologijų sistemą.

### **1.5. Sveikatos priežiūros prieinamumą reglamentuojanti teisinė bazė**

Sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoka įtvirtinta Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme, Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatyme [12, 13]. Sveikatos priežiūros prieinamumas apibūdinamas kaip „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“.

LR Sveikatos sistemos įstatyme yra numatytos gyventojų grupės, kurios turi teisę gauti valstybės laiduojamas (nemokamas) asmens sveikatos priežiūros paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose. Šiame įstatyme pateikiamas valstybės laiduojamų (nemokamų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas.

LR Sveikatos draudimo įstatymas nustato privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis (asmenis, kurie šio įstatymo nustatyta tvarka moka arba už kuriuos mokamos nustatyto dydžio valstybės, darbdavių ar pačių draudžiamųjų įmokos), kuriems garantuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemonės kompensavimas, taip pat draudžiamųjų ir apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu gyventojų grupes.

Pirminėje sveikatos priežiūroje ypač aktuali pacientų galimybė pasirinkti PSP paslaugas teikiančią įstaigą ir joje dirbantį bendrosios praktikos gydytoją. Gyventojų prisirašymą prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarką reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr.583 [27]. Šiame įsakyme numatyta, jog kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigą bei konkretų gydytoją (BPG, terapeutą, pediatrą).

Pacientui, kaip paslaugos gavėjui, labai svarbus informacijos prieinamumas apie sveikatos priežiūros įstaigą, jos teikiamas paslaugas. Tokia informacija skatina visuomenės narius naudotis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis ir stiprina konkrečios gydymo įstaigos vaidmenį, tuo pačiu užtikrindama pranašumą prieš kitas toje teritorijoje esančias gydymo įstaigas. Pacientų teisė turėti informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigas, jų vidaus tvarkos taisykles, teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas reglamentuota LR Sveikatos sistemos, LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymuose [12, 28]. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti, kad ši informacija būtų prieinama visiems pacientams susipažinimui.

Sveikatos paslaugų visuotinis prieinamumas rodo ne tik tai, kad visi gali gauti vienodas paslaugas, bet ir tai, kad mažesnių galimybių sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai turi turėti papildomas sąlygas [29].

Būtinoji medicinos pagalba yra vienodai prieinama visiems gyventojams. Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarką bei mastą reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr.V - 208. Šiame įsakyme numatyta būtiniosios medicinos pagalbos prieinamumas visoms be išimties gyventojų grupėms, nepriklausomai nuo sveikatos draudimo, socialinės padėties.

## 1.6. Įstaigų žmogiškieji ištekliai.

Nuo sveikatos apsaugos sistemos reformos pradžios Lietuvoje (1991 m.) sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių problemos analizei buvo skiriamas nepakankamas dėmesys. Stebimas netolygus sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiskirstymas pagal specialybes bei regionus, lytį, amžiaus grupes. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimas yra sudėtinė sveikatos priežiūros sistemos reformos dalis. LR Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiame 2002 m. veiklos plane pažymima, kad sveikatos paslaugų, o tuo pačiu ir specialistų, skaičius turėtų būti nustatomas pagal poreikius. Lietuvos sveikatos programoje (1998 m.) pažymima, kad turi būti siekiama racionalaus finansinių, personalo, technologijų ir kitų išteklių panaudojimo. 2000 m. Nacionalinės sveikatos tarybos pranešime taip pat atkreipiamas dėmesys į žmogiškųjų išteklių problemą. Turbūt nerasime nė vienos šalies, išsprendusios sveikatos žmogiškųjų išteklių planavimo, ypač netolygaus geografinio pasiskirstymo problemas. Pagrindinis dėmesys ir dabar daugelyje šalių skiriamas trumpalaikiam planavimui, padedančiam įveikti esamą krizę, tačiau nesiimama priemonių išvengti šios krizės.

Sveikatos specialistų, ypač gydytojų, planavimą apsunkina ilgas specialistų studijų ciklas. Pagrindiniai veiksniai, lemiantys sveikatos specialistų skaičių šalyje, yra kasmet studijas baigiantys absolventai (būtina atsižvelgti ir į studentų nubyraimo studijų metu procentą) bei specialistai, “nubyrantys” iš profesijos (dėl mirties, išėjimo į pensiją, profesijos pakeitimo, migracijos ir pan.). Visi išvardinti veiksniai rodo, kad žmogiškųjų išteklių planavimas yra labai aktualus, tačiau tuo pat metu ir sudėtingas bei ilgalaikis procesas, reikalaujantis naujausių moksliskai pagrįstų žinių, žmogiškųjų, finansinių, informacinių bei laiko išteklių.

Šiuo metu Lietuvoje nėra teisinių aktų, tiesiogiai ir detaliai reglamentuojančių gydytojų skaičiaus planavimą sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau egzistuoja eilė aktų, nusakančių jų veiklą, licencijavimo ir rengimo tvarką.

Duomenys apie gydytojus Lietuvoje kaupiami keliose duomenų bazėse, tačiau nė viena iš jų nepateikia pilnos informacijos apie gydytojus, jų pasiskirstymą pagal amžių, lytį, regionus, specialybes ir pan. [69].

Lietuvos informacijos centro duomenimis, 2005 m. vidutiniškai 10 000 Lietuvos gyventojų teko 33,2 gydytojų. Gydytojų pasiskirstymas apskrityse ryškiai skiriasi. Geriausiai gydytojais aprūpintos Vilniaus ir Kauno apskritys, atitinkamai 43,7 gydytojų 10 000 gyventojų ir 44,1 gydytojų 10 000 gyventojų. Mažiausias gydytojų skaičius yra Telšių ir Tauragės apskrityse [31]. Atitinkamai



18,3 gydytojų 10 000 gyventojų ir 19,2 gydytojų 10 000 gyventojų. Akivaizdu, kad mažesnis tam tikroje teritorijoje dirbančių gydytojų skaičius turi įtakos pacientų galimybei gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Kaimo gyventojų sveikatos priežiūros prieinamumas yra nepakankamas dėl didelės dalies sveikatos priežiūros darbuotojų susitelkimo miestuose. Todėl neretai dalis kaimo gyventojų tenkinasi kaimo bendruomenės sveikatos punktuose dirbančių slaugytojų paslaugomis.

Nors netolygus geografinis pasiskirstymas Lietuvoje yra akivaizdus, nėra nuoseklios moralinio ir materialinio skatinimo politikos, stimuliuojančios gydytojų vykimą dirbti į rajonus.

Pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemos išteklių yra sveikatos priežiūros darbuotojai. Nors gydytojų skaičius nėra tiesioginis sveikatos priežiūros kokybės rodiklis, tačiau didelis jų trūkumas gali sąlygoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir prieinamumo skirtumus.

Atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos yra laikomas vienu iš PSP prieinamumo barjerų. Kuo toliau pacientai gyvena nuo PSP įstaigos, tuo rečiau jie linkę atvykti konsultuotis pas šeimos gydytojus [35].

### **1.7. Įstaigų materialiniai ištekliai**

Vertinant pirminės sveikatos priežiūros įstaigos medicininės bei kitos įrangos sąrašus bei pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms keliamus reikalavimus, o taip pat bendrosios praktikos gydytojui keliamus reikalavimus, remtasi Sveikatos apsaugos ministro 1996-03-20 įsakymu Nr. 158 „dėl Lietuvos medicinos normos MN 11-1:1996 „Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. I dalis. Savivaldybės medicinos punktas“, LR Sveikatos apsaugos ministro 1999-12-16 įsakymu Nr. 553 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, SAM 2000-07-13 įsakymu Nr. 404 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 100:2000 „Bendrosios praktikos gydytojo kabinetas. Higienos normos ir taisyklės“ ir Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos privalomų odontologinės priežiūros (pagalbos) tarnybų sąrašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 10 įsakymu Nr.290.

Daugumoje įstaigų didžioji dalis turimos įrangos, pagamintos 1961 – 1985 m., neatitinka reikalavimų ir neturėtų būti naudojama sveikatos priežiūros įstaigose. Ji neatitinka reikalavimų, kuriais vadovaujasi naujų medicinos gaminių Aprobavimo komisija prie SAM, tam kad priimtų

sprendimą dėl įstaigos tinkamumo arba matavimo priemonės įregistravimo Lietuvos matavimo priemonių registre.

Įstaigose turimų kompiuterių nepakanka, nes privalu vystyti modernias duomenų perdavimo sistemas bei tobulinti medicinos personalo darbą (kompiuterizuoti darbo vietas).

### **1.8. Sveikatos priežiūros kokybė ir pasitenkinimas**

Sveikatos priežiūros kokybė – tai jos tinkamumas tenkinti pacientų poreikius ir lūkesčius. Pagrindiniai kokybiškos sveikatos priežiūros bruožai yra:

- saugumas – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti saugios, t.y. stengiamasi iki minimumo sumažinti pavojų sveikatai;
- kompetencija – sveikatos priežiūros teikėjų įgūdžiai ir žinios turi atitikti pacientų poreikius, jie turi būti reguliariai vertinami ir tobulinami;
- tęstinumas – visos teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti koordinuojamos tarp visų teikiančių asmenų;
- prieinamumas ir lygios galimybės – sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje, tinkamu laiku ir vienodomis sąlygomis, informacija turi būti suprantama visiems;
- racionalus resursų panaudojimas – jie turi būti paskirstyti taip, kad personalas neprarastų nei laiko, nei medžiagų;
- efektyvumas – norint įsitikinti, kad gerėja paciento sveikata, gyvenimo trukmė ir kokybė, sveikatos priežiūros rezultatus reikia nuolat vertinti;
- tinkamumas – teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti reikalingos ir tinkamos;
- gebėjimas prisitaikyti ir tobulėti – sveikatos priežiūros struktūros turi gebėti prisitaikyti ir tobulinti savo organizaciją, ir procedūras, atsižvelgti į technikos, mokslo ir ekonomikos raidą ir pacientų lūkesčius [56].

Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros kokybės gerinimui. Kokybės gerinimas apima strateginį vadovavimą, pastangas nuolat gerinti teikiamas paslaugas, taip pat pacientų aktyvų dalyvavimą šiame procese. Sparčiai tobulėjančios medicininės technologijos, Lietuvos integracija į Europos sąjungą, didėjanti konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų, didesnis visuomenės informuotumas kelia aukštesnius reikalavimus sveikatos priežiūros kokybei. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos parengtoje asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje [57] teigiama, kad vienas iš strateginių tikslų yra asmens

sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tobulinimas, tinkamų, efektyvių ir saugių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų užtikrinimas.

Vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros kokybės vertinimo kriterijų yra pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis, t.y. sveikatos priežiūros teikėjų gebėjimas patenkinti jų lūkesčius, poreikius ar norus.

Vartotojų patirtą pasitenkinimą galima apibrėžti kaip pozityvų jausmą, kuris atsiranda, palyginus suvokiamą gautos paslaugos rezultatą su lūkesčiais. Kokios būsenos bus vartotojas, priklauso nuo to, kiek jo lūkesčiai patenkinti ar nepatenkinti [23]. Lūkesčiai – tai išankstinė vartotojo nuomonė apie paslaugą. Jie priklauso nuo išorinių ir vidinių veiksnių. Išoriniams veiksniams priskiriami rinkodaros veiksniai, kitų žmonių rekomendacijos, įvairi gauta informacija, vidiniams veiksniams – motyvai, suvokimas, patirtis. Jei lūkesčiai pasiteisina, kokybės lygis tenkina vartotoją, todėl tikėtina, kad vartotojas ir toliau naudosis organizacijos paslaugomis [23].

Europos šalyse atlikta nemažai pacientų apklausų dėl teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo. 1990 m. Didžiojoje Britanijoje sveikatos priežiūros paslaugų kontrakto su BPG reikalavimų. 1995 m. šalyje sukurta sudėtinga multidimensinė pacientų pasitenkinimo įvairiais bendrosios praktikos aspektais vertinimo sistema, sudarytas 5 dalių (46 punktų) pacientų pasitenkinimo klausimynas, siekiant įvertinti pacientų pasitenkinimą gydytojų darbu, prieinamumą, pasitenkinimą slaugytojų darbu, apsilankymų organizavimo sistemą, priemones ir bendrą pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis [58].

Siekiant integruoti paciento dalyvavimą sveikatos priežiūros vertinimo sistemoje, 1997m. Europos bendrosios praktikos vertinimo darbo grupė (EUROPEP) atliko didelę studiją. Išsamiai išanalizavę literatūrą apie organizuotus pacientų nuomonių ir prioritetų pirminėje sveikatos priežiūroje tyrimus, organizavo pacientų nuomonių tiriamąją studiją 8 Europos šalyse ir nustatė pagrindinius rodiklius, kuriais sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai vertina jų kokybę:

- tinkamumas;
- priimtinumą;
- prieinamumas;
- paciento ir gydytojo kontakto kokybė;
- patogumai sveikatos priežiūros įstaigoje;
- pateiktos informacijos pacientui pilnavertiškumas;
- pakartotinis pacientų apsilankymas [58].

Pacientų poreikių patenkinimo įvertinimas leidžia sveikatos priežiūros įstaigų vadovams, gydytojams nustatyti, kaip jų teikiamos paslaugos tenkina pacientų poreikius, leidžia išsiaiškinti aspektus, kuriais pacientai labiausiai nepatenkinti, tobulinti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia ne tik išteklių, teikiamų paslaugų įvairovė, medicinos įrangos galimybės, technologijų lygis, bet ir šiuolaikinis vadybos principų lankstus pritaikymas darbo organizavime.

Paslaugos kokybė – tai paslaugos, kurių pacientas ir jo artimieji tikisi iš medicinos įstaigos. Sveikatos paslaugų rinkos sėkmė glūdi tame, kad suteikiamos pacientui žemiausia kaina paslaugos jį tenkintų. Be to, būtina įtikinti pacientą, kad ši paslauga geresnė nei konkurentų, todėl labai svarbu pagerinti paslaugų kokybę arba pacientų pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis.[65] Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje [66] numatyta tobulinti asmens sveikatos įstaigų veiklą, užtikrinti tinkamų efektyvių ir saugių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygas.

Sveikatos priežiūros kokybė - laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per šias pagrindines kokybės dimensijas, atspindinčias sveikatos priežiūros:

- orientaciją į pacientą – SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas;

- priimtinumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;

- prieinumą - valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;

- tinkamumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;

- teisumą – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas, paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtį bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingai traktuojami veiksniai;

- tęstinumą – laipsnį, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų;

- veiksmingumą – sveikatos priežiūros intervencijų galimybes pasiekti, užbrėžus sveikatos gerinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;

- ekonomiškai pagrįstą efektyvumą – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei SP paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais;

- saugumą – užtikrinant saugią SP ir jos aplinką pacientams bei SP sektoriuje dirbantiems darbuotojams įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėjimo ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

Pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis – paciento nuomonė, koku laipsniu sveikatos priežiūros paslaugos atitinka jo lūkesčius, poreikius ar norus.

Europos šalyse organizuota nemažai pacientų apklausų dėl teikiamų pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės.

1996 m. Nyderlanduose buvo atliktas tyrimas, kuriuo buvo siekiama išaiškinti kuriuos bendrosios praktikos gydytojo bruožus labiausiai vertina pacientas. Atlikus tyrimą, paaiškėjo, kad darbo kokybę apsprendžia geras elgesys, gydytojas, kuris suteikia informaciją ir yra kompetentingas, savo pareigas atlieka gerai.

1990 m. Didžiojoje Britanijoje pacientų pasitenkinimo teikiama paslauga įvertinimas buvo vienas iš kontrakto ne bendrosios praktikos gydytoju reikalavimų. Šioje šalyje pacientų apklausų atliekama ypatingai daug ir didelių. Kai kurių tyrimų, pvz. 2000 m. organizuotos pacientų pasitenkinimo bendrąja praktika studijos metu, pacientų apklausos, atliktos kaip eilinio vidaus audito procedūros.

1995 m. šalyje sukurta sudėtinga multidimensinė pacientų pasitenkinimo įvairiais bendrosios praktikos aspektais vertinimo sistema. Sudarytas 5 dalių (46 punktų) pacientų pasitenkinimo klausimynas. Siekiant įvertinti pacientų pasitenkinimą gydytojų darbu (20 punktų), prieinamumą (8 punktai), pasitenkinimą slaugytojų darbu (4 punktai), apsilankymų organizavimo sistemą (4 punktai), priemonės (4 punktai) ir bendrą pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis (6 punktai).

### 1.9. Sveikatos priežiūros įstaigų vadyba

Šiuolaikiniame visuomenės sveikatos moksle sveikatos vadyba suprantama kaip visų išteklių, kurie gali būti naudojami žmonių sveikatai gerinti, valdymas, padedantis efektyviai spręsti visuomenės sveikatos problemas. Kylant sveikatos sistemos paradigmai nuo ligų gydymo, link sveikatos gerinimo, nuo sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimo, link atsakomybės už sveikatą didinimo ir poreikių tenkinimo, nuo ligų kontrolės, link sąlygų būti sveikais užtikrinimo, nuo visuotinės kokybės vadybos, link įrodymais pagrįsto valdymo, darosi vis reikšmingesnis sveikatos vadybininkų (administratorių) vaidmuo. Kintant sveikatos sistemai bei jos strateginiams tikslams, būtina tobulinti šiuos sveikatos administratorių gebėjimus ir kompetencijas [67].

- Valdyti ligų protrūkius;
- Spręsti sveikatos problemas, susijusias su socialiniais, aplinkos veiksniais;
- Įtakoti gyventojų elgsenos veiksnius;
- Valdyti sveikatos priežiūros tarnybas bei išteklius;
- Planuoti ir įgyvendinti sveikatos programas;
- Kurti ir įgyvendinti sveikatos strategiją;
- Numatyti ir formuoti strateginius organizacijų tikslus;
- Vertinti sveikatos sistemos pokyčius ir atitinkamai adaptuoti organizacijų veiklą;
- Planuoti žmogiškuosius išteklius bei skatinti ir aktyvinti sveikatos profesionalų veiklą;
- Skatinti sveikatos priežiūros kokybės gerinimo procesą;

Dauguma vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių įstaigų vadovų ir medikų neturi teorinių visuomenės sveikatos bei sveikatos vadybos žinių, reikiamų bendravimo įgūdžių. Vykdamas sveikatos reformą, susiduriama su daugybe naujų įstatymų, normatyvinių aktų, sveikatos priežiūros įstaigos tampa vis labiau biurokratinės. Palaipsniui šiuolaikinės sveikatos vadybos žinios tampa būtinos. Iki šiol dauguma sveikatos priežiūros įstaigų vadovų turi medicininį išsimokslinimą, tačiau griaunami seni administratoriaus stereotipai, kai gydymo įstaigai galėjo vadovauti gydytojas, tokią poziciją užimantis dėl aukšto profesionalumo medicinos srityje. Šiuolaikiniai sveikatos priežiūros įstaigų vadovai susiduria su problemomis, kurias galima išspręsti tik turint profesionalų pasirengimą sveikatos vadybos srityje [68].

### **1.10. Elektroninės sveikatos samprata, taikymas ir įdiegimas sveikatos priežiūros įstaigose**

El. sveikatos terminas nusako šiuolaikinių informacijos ir komunikacijos technologijų panaudojimą tenkinant gyventojų, pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, administratorių ir politikų poreikius. El. sveikatos svarba šiuolaikiniame pasaulyje sparčiai didėja:

El. sveikata yra vienintelė pati svarbiausia sveikatos apsaugos revoliucija, lyginant ją su modernių vaistų, vakcinų ar net tokių visuomenės sveikatos priemonių kaip sanitarija arba švarus vanduo taikymu. (D.Silber, e.Sveikata, Ataskaita Ministrų lygio konferencijai, Briuselis, 2003, (ISBN 90-6779-180-6)).

Visuotinai priimti yra keturi fundamentalūs el. sveikatos komponentai, arba kolonos, ant kurių stovi el. sveikatos pastatas:

- Klinikiniai taikymai (telekonsultacijos; elektroninių medicinos įrašų perdavimas; klinikinių sprendimų palaikymo sistemos, teikiamos sveikatos paslaugų vietoje; modernios medicinos enciklopedijos; gyvybinių signalų bei namų slaugos stebėsenos sistemos.

- Sveikatos apsaugos profesinių žinių plėtra ir mokymas (sveikatos apsaugos profesionalų žinių, gebėjimų, kompetencijos lygio kėlimas, geriausių pasaulinių medicinos praktikos pavyzdžių ir standartų taikymas).

- Viešoji sveikatos informacija (visuomenės informuotumo lygio sveikatos klausimais kėlimas, atsakomybės už savo sveikatą didinimas).

- Sveikatos priežiūros paslaugų modernizavimas (išsamių sveikatos įrašų kaupimas ir pažangus, automatizuotas jų panaudojimas, leidžiantis pajungti neišmatuojamai vertingą ir gausią informaciją žinių gavimui, klinikinių ir administracinių sprendimų palaikymui, ligų prevencijai ir globaliam medicininių žinių kaupimui; išankstinės registracijos sistemos; elektroninės vaistų išrašymo sistemos; pacientų ir profesionalų kortelės; kompensavimo už paslaugas elektroninės sistemos; automatizuotos pažymų išrašymo, gavimo sistemos; elektroninė galimybė antrajai nuomonei ir daug kitų sistemų, gerinančių įprastas sveikatos priežiūros paslaugas bei sukuriančias ir naujas paslaugas) (Position Paper for the development of eHealth Europe, EHTEL Thematic Working Group 2 “eHealth“, June, 2003).

Lietuvos valstybės ilgalaikės raidos strategijoje ir Lietuvos ūkio (ekonomikos) plėtros iki 2015 metų ilgalaikėje strategijoje (2002 m.) numatoma, kad informacinių technologijų ir

telekomunikacijų sektorius užims vieną iš pagrindinių (prioritetinių) vietų šalies ūkio struktūroje ir veiksmingai skatins kitų Lietuvos ekonomikos sektorių plėtrą.

Tarp pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikės raidos strategijos kryptių, vykdančios sveikatos sistemos reformą, numatyta informacijos sistemų plėtra.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos įgyvendinimo priemonių plane tarp tikslų numatyta parengti Informacinės sveikatos sistemos plėtros programos projektą.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2001 m. patvirtino Lietuvos Nacionalinės informacinės visuomenės plėtros koncepciją ir informacinės visuomenės plėtros planą, kurio vienas iš svarbiausių tikslų yra - „gerinti visuomenės sveikatą remiantis patikima ir lengvai prieinama, informacinių technologijų galimybių panaudojimu grindžiama informacija apie sveikatą“. sukurti organizacinę portalo struktūrą ir pradėti reguliariai rinkti bei teikti informaciją internetu; parengti teisinę bazę pacientui gauti konsultacijas internetu; parengti ir įdiegti elektroninę paciento kortelę.

Probleminės sritys:

- Teisinė aplinka.

Vis dar nėra įgyvendintas elektroninio parašo įstatymas, nėra įdiegtų medicinos informacijos standartų bei el. Sveikatos norminių aktų dėl medicinos duomenų apsaugos, pasikeitimo informacija, telepaslaugų kompensavimo, o galiojantys įstatymai daugiausia reglamentuoja administracinius klausimus.

- Institucinė, administracinė, ekonominė ir politinė aplinka.

Kai kurios su sveikatos priežiūra susijusių įstaigų funkcijos dubliuojasi, nėra pakankamo nacionalinio lygio strateginio valdymo ir planavimo, nėra institucijos ar departamento, atsakingo už el. Sveikatą, trūksta geros strateginio planavimo ir administravimo praktikos, prastas ribotų finansinių išteklių valdymas, nėra ministerijos lygio specialistų, kurie galėtų vadovauti nacionalinei el. sveikatos plėtrai, nėra tęstinumo.

- Sveikatos ir socialinė aplinka.

Nelygios galimybės pasinaudoti priežiūra; eilės registratūrose, sudėtinga registruotis per atstumą, kyla problemų laisvai renkantis sveikatos priežiūros teikėjus ir gydytojus, nėra priežiūros prieinamumo ir kokybės užtikrinimo sistemos, o tai yra ypač aktualu atokiau nuo centro esančiuose rajonuose, nėra į pacientą orientuotos profesionalios informacijos internete, nėra praktinių galimybių rengti konsultacijas per atstumą ar saugiai laikyti paciento sveikatos istoriją. Iš kitos pusės medicinos personalas daug laiko sugaišta formalumams ir dokumentų pildymui. mažiau laiko skirdami bendravimui su pacientu ir tikram gydymo darbui.



- El. sveikatos sistemos personalo ir administratorių kvalifikacija.

Informacija ir duomenys yra fragmentiški, kaupiami atskiruose blokuose, remiantis skirtingais standartais: viena informacija – sveikatos priežiūros įstaigoms, kita – medikams, trečia – valdymo institucijoms, o duomenys esančiuose registruose renkami skirtingose platformose bei duomenų bazių valdymo sistemose. Skiriasi, yra nesuderinta bendrosios praktikos gydytojų ir ligoninių naudojama programinė įranga; dubliuojasi ataskaitos ir informacijos srautai.

Kasdieninė informacija (taip pat skirta ir įstaigų vadovams) daugiausia yra kaupiama tik popieriuje, nėra taikomųjų programų, kurios leistų tokią informaciją kaupti, statistiškai apdoroti ir analizuoti.

Deja, nemaža dalis sveikatos sistemoje dirbančio personalo neturi naudoti kompiuteriais pradmenų, o dalis - ribotą kompiuterinį raštingumą. Interneto paslaugomis įstaigos gali naudotis išties para, tačiau platesnį naudojimą riboja dideli interneto duomenų perdavimo įkainiai. Daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų kompiuterizuota tik registratūra, statistika ir administracija, o gydytojai ir kitas medicinos personalas savo veikloje kompiuteriais nesinaudoja arba naudojami labai ribotai. El. sveikatos sistemos personalo ir administratorių kvalifikacija.

El. sveikatos strategijoje numatyti pagrindiniai el. sveikatos tikslai:

1. Pagerinti gyventojų prieigą prie suprantamos ir kokybiškos informacijos apie sveiką gyvenimo būdą ir pavojų sveikatai.

2. Greičiau pacientams suteikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas bei pagerinti prieigą prie suprantamos ir kokybiškos informacijos apie ligas ir gydymą.

3. Pagerinti medicinos personalo kompetenciją bei greitą prieigą prie patikimos ir visapusiškos informacijos apie pacientą ir efektyvių sprendimų pagrindimo priemones bei išvystyti keitimosi informacija su kitomis įstaigomis sistema.

4. Pagerinti vadovų ir administratorių galimybes gauti patikimą informaciją valdymui ir planavimui.

Įgyvendinant el. sveikatos strategijoje numatytus visų svarbiausių suinteresuotųjų grupių interesus atitinkančius strateginius tikslus, bus siekiama paskatinti ir paremti sveikatos priežiūros plėtrą - užtikrinti ir sudaryti sąlygas darbų veiksmingumui (t.y. darbo našumui, tinkamai atliekamam darbui), o taip pat padidinti efektyvumą (t.y. atitinkami darbai bus atliekami veiksmingai, kitaip tariant, bus pagerinti sveikatos priežiūros rezultatai ir tikslų įgyvendinimas, pirmiausiai prioritetinių sveikatos priežiūros tikslų įgyvendinimas). Be to, IKT naudojimas bus naudingas Lietuvos pacientams, gyventojams ir visuomenės sveikatai.

El. sveikatos informacinės sistemos sukūrimui būtina įgyvendinti šias pagrindines uždavinių grupes:

1. IS struktūra. Sukurti išvystytą el. sveikatos sistemos informacinę infrastruktūrą.

2. IS teisinė bazė. Sukurti el. sveikatos informacinės sistemos funkcionavimą reglamentuojančią normatyvinę bazę ir atitinkamus standartus.

3. IS administravimas. Sukurti el. sveikatos informacinės sistemos įgyvendinimo užtikrinimo ir valdymo struktūrą.

4. Mokymas. Sukurti el. sveikatos informacinės sistemos funkcionavimą užtikrinančio atitinkamo personalo ir sveikatos sistemos institucijų darbuotojų parengimo ir tęstinio kvalifikacijos kėlimo sistemą ir internetinį visuomenei bei sveikatos sistemos personalui skirtą informacinį portalą.

Įgyvendinant strategijoje numatytus strateginius el. sveikatos tikslus gauti rezultatai tarnaus visoms sistemos vartotojų grupėms: gyventojams, pacientams, sveikatos priežiūros įstaigų personalui ir vadovams.

- gyventojai galės informacinių technologijų pagalba laiku gauti kokybišką ir įvairią informaciją apie sveikatos sistemos funkcionavimą, teikiamas paslaugas ir vaistus, galės rasti mokomosios ir pažintinės literatūros bei rekomendacijų sveikatos, ligų prevencijos ir sveikos gyvensenos klausimais. Be to sistema garantuos informacijos prieinamumą ir prieigos patogumą eiliniam šalies gyventojui.

- pacientai galės informacinių technologijų pagalba laiku gauti kokybišką ir įvairią informaciją apie sveikatos sistemos teikiamas paslaugas bei jų prieinamumą, galės iš anksto užsiregistruoti pas gydytoją priėmimui ir sutrumpinti laukimą iki kol bus suteikta paslauga, o telemedicinos sprendimai priartins kvalifikuotą sveikatos priežiūrą prie pacientų.

- medicinos personalas galės informacinių technologijų pagalba greitai surasti detalią ir tikslią informaciją apie pacientą (tai ypač aktualu skubios medicininės pagalbos atveju) ir prieiti prie įvairių duomenų bazių, katalogų bei informacijos, sutrumpės laikas įvairių popierinių formų pildymui ir vaistų išrašymui. Todėl pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir gydytojai galės daugiau laiko skirti pacientui. Informacinė sistema sukurs galimybę plėtoti medicininės informacijos mainus tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir racionalizuoti išteklių sveikatos priežiūrai panaudojimą.

- sveikatos sistemos administratoriai galės informacinių technologijų pagalba lengvai ir laiku surasti detalią ir tikslią informaciją padedančią gerinti sveikatos sistemos valdymą ir koordinavimą bei gerinti ekonominių išteklių sveikatos sistemoje panaudojimą ir kontrolę[63].

Informacijos ir telekomunikacijų technologijų taikymas sveikatos priežiūros įstaigose vis labiau orientuotasi į pacientą, jo poreikius, jo aptarnavimo kokybės gerinimą, o ypač į gydymo kokybės gerinimą, panaudojant informacines technologijas.

El. sveikatos įdiegimas sutaupyti medicinos personalo – gydytojų, slaugytojų, laborantų laiką. Naudojantis sistema nebereikėtų pernešinėti dokumentų, jie būtų perduodami greičiau ir pacientui paslaugos būtų suteiktos per trumpesnę laiką, kas leistų sutrumpinti ir vizito pas gydytoją trukmę arba/ ir pagerinti kokybę. Gydytojai, skirdami mažiau laiko paciento duomenų pildymui, receptų bei siuntimų rašymui, galėtų daugiau laiko skirti pacientui, kas sąlygotų didesnę paslaugos kokybę bei malonesnę psichologinį klimatą vizito pas gydytoją metu.

Palengvėtų paciento ambulatorinės kortelės peržiūra bei informacijos analizė – naudodamasis filtravimo sistema, gydytojas galėtų susikoncentruoti ties ligos istorija bei su ja susijusiais tyrimais bei kitais įrašais. Naudojantis elektronine ambulatorine kortele, būtų išspręsta ir neįskaitomo rašto problema, kai gydytojas sugaišta daug laiko vien informacijos rinkimui bei šifravimui.

Sistema sumažintų (ar visiškai eliminuotų) dokumentų rašymą ranka: gydytojui nebereikėtų iš naujo suvesti pasikartojančios informacijos, kas atsitinka pildant ligonio kortelę bei rašant siuntimą arba tęsiant gydymą. Tai ne tik taupytų gydytojo laiką, kurį jis galėtų skirti pacientui, bet ir mažintų klaidų tikimybę, eliminuotų neįskaitomo rašto bei netiksliai pateiktos informacijos klaidas.

Šablonizuota sistema ženkliai sutrumpintų standartinių dokumentų – receptų, siuntimų bei tyrimų atsakymų parengimo laiką.

El. sveikatos sistema, gerindama diagnostikos operatyvumą, taip pat užtikrintų ne vienos šiuo metu egzistuojančios problemos, susijusios su dokumentų perdavimu bei saugojimu, sprendimą:

- duomenų dingimo problema ( pamestos ambulatorinės kortelės, tyrimų duomenys) ir sugaištas paciento laikas, ieškant dingusių duomenų, kartojant tyrimus.

- duomenų perdavimo problema: pacientas iš tyrimus atlikusios įstaigos gauna tik atsakymą. Už pačius duomenis, norėdamas juos perduoti kitai įstaigai, pacientas turi mokėti. Siekiant aukštos gydymo kokybės, dažnai tenka konsultuotis su keliais specialistais, kurie, nustatydami diagnozę, turi naudotis pirminiais dokumentais, o ne aprašymais. Naudojantis elektronine duomenų baze, būtų taupomas ne tik paciento laikas perduodant informaciją, ne tik būtų užtikrintas duomenų perdavimo saugumas, bet ir taupomos paciento lėšos.

- Taigi, pagrindinis veiksnys, galintis pagerinti kliento aptarnavimo bei paties gydymo kokybę yra gydytojo laiko perskirstymas, sudarant galimybę gydytojui paciento vizito metu daugiau laiko skirti pagrindinei savo veiklai – darbui su pacientu (nusiskundimų išklausymui, apžiūrai, grįžtamojo ryšio suteikimui).

Ne mažesnę teigiamą įtaką el. sveikatos sistema darytų ir diagnostikos kokybei bei tyrimų rezultatų išsaugojimo bei perdavimo problemos sprendimui. Visą informaciją, saugant visoms gydymo įstaigoms prieinamoje el. sveikatos sistemoje būtų ne tik sutaupomos pacientų bei gydymo įstaigų lėšos, skirtos pakartotinių/ nereikalingų tyrimų darymui bei jų perdavimui, bet ir gerintų ligų diagnostikos operatyvumą bei kokybę.

Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo aspektų – kokybiška ir savalaikė diagnostika. El. sveikatos sistemoje kaupiami tyrimų rezultatai (vaizdai), o ne tik jų aprašymai užtikrina ne tik duomenų išsaugojimą bei jų siuntimą, tačiau tiesiogiai įtakoja ir diagnostikos kokybės gerinimą:

- El. sveikatos sistemos pagalba būtų išvengta pakartotinių/ nereikalingų tyrimų, kas tiesiogiai įtakoja tiek medicinos įstaigos, tiek paciento lėšų taupymą.

- Sistemos pagalba būtų užtikrinta galimybė sekti ligonio būklės dinamiką.

- Sistema tiesiogiai įtakotų diagnostikos kokybę bei tolesnį paciento gydymą, nes leistų gydančiam medikui daryti išvadas bei skirti gydymą, remiantis pirmine informacija (elektrokardiograma, rentgeno nuotrauka ir t. t.), o ne aprašymu. Tai leistų išvengti apmaudžių diagnostikos klaidų, lemiančių savaites neefektyvaus gydymo bei sudarytų sąlygas medikams konsultuotis bei dalintis informacija.

- Padidėjus galimybei anksčiau diagnozuoti ligas, tikėtina, kad sutrumpėtų ir paciento gydymo ciklas, o išimtiniais atvejais galėtų būti išgelbėta ir paciento gyvybė.

- Pacientas būtų nuolat informuotas apie ligos eigą. Kylant abejonėms dėl gydymo, jis galėtų kreiptis į kitą specialistą, kuriam būtų prieinama paciento ligos istorija.

Kitas svarbus faktorius, įtakojantis gydytojo darbo kokybę – galimybė gauti metodinę pagalbą: papildoma informacija apie ligos simptomus, vaistus, ligų klasifikatoriai, diferenciacijos problema ir t. t.

Taip pat matoma nauda dėl duomenų klinikiniam tyrimams ir mokslinei veiklai, naudojant tikslius duomenis [63].

## **2. GALIOJANTYS TEISĖS AKTAI IR JŲ NUOSTATOS EL. SVEIKATOS KŪRIMO SRITYJE**

Nacionalinė el. sveikatos strategija, informacijos vadybos technologinės plėtros strategija – tai sektorinė strategija įgyvendinant vidutinės trukmės tikslus (nuo 3 iki 7 metų), kuri turi atitikti Vyriausybės prioritetinius strateginius tikslus ir kitus reikalavimus keliamus ilgalaikio strateginio planavimo bei kituose informacinės visuomenės plėtros strateginius tikslus reglamentuojančiuose dokumentuose.

Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas 2002 m. lapkričio 12 d. nr. ix-1187 “Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos”. Valstybės ilgalaikės raidos strategija – ilgalaikis strateginio planavimo dokumentas, kuriame išdėstyta valstybės geopolitinės padėties analizė, ilgalaikiai prioritetai ir suderinta visų sektorių ilgalaikės plėtros vizija. Šioje strategijoje numatoma, kad informacinių technologijų ir telekomunikacijų sektorius užims vieną iš pagrindinių vietų šalies ūkio struktūroje ir veiksmingai skatins kitų Lietuvos ekonomikos sektorių plėtrą. Įteisintos nepopierinės informacinės technologijos valstybės valdymo, verslo, prekybos, paslaugų, finansų ir kitose srityse. Valstybinis reguliavimas užtikrins saugų duomenų naudojimą, o šalies informacinis ūkis (registrai, kadastrai, informacinės sistemos) bus integralus ir atviras. Lietuvos ekonomika integruosis į ES ekonominę, skaitmeninę ir žinių erdvę, kurioje sparčiai didėja globalizacijos procesai, ir daugiausia plėtosis prisitaikydama prie tų procesų bei jais naudodamasi. Tarp pagrindinių sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikės raidos strategijos kryptių, vykdamt sveikatos sistemos reformą, numatyta informacijos sistemų plėtra.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 12 d. nutarimas Nr. 853 “Dėl Lietuvos ūkio (ekonomikos) plėtros iki 2015 metų ilgalaikės strategijos”. Ilgalaikė Lietuvos ūkio (ekonominės plėtros) strategija – strateginio planavimo dokumentas, kuriame apibendrintos visų ūkio šakų (sektorių) strategijos ir numatytos prioritetinės ūkio plėtros kryptys. Tarp strateginių tikslų numatoma: pasiekti, kad informacinių technologijų ir telekomunikacijų plėtrai būtų teikiama išskirtinė reikšmė plėtojant šalies ekonomiką, kad informacinės technologijos ir telekomunikacijos taptų efektyviai veikiančios fizinės ir ekonominės infrastruktūros dalimi, užtikrinančia stabilią ir subalansuotą ūkio plėtrą ir veiksmingą jo funkcionavimą (gerinti viešąjį administravimą ir gyventojų kompetenciją, užtikrinti, kad iki 2010 metų visi valstybės registrai ir visos duomenų bazės veiktų bendroje valstybės renkamų duomenų sistemoje, pertvarkyti iki 2010 metų valstybės institucijų ir savivaldybių darbą taip, kad jis būtų grindžiamas elektroninių dokumentų naudojimu).

Nacionalinis plėtros planas (bendrasis programavimo dokumentas) (NPP/BPD), kuriame, kaip atskira priemonė (3 prioriteto 3 priemonė) numatyta – informacinių paslaugų plėtra.

LRV 2003 m. kovo 18 d. nutarimas "Dėl LR vyriausybės strateginių tikslų (prioritetų)" p. 1.6 patvirtina šį LRV prioritetą, rengiant ir sudarant LR 2004-2006 metų valstybės biudžetą ir rengiant atitinkamas programas: "plėtoti informacinę ir žinių visuomenę".

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. nutarimas Nr. 1196 "Dėl Lietuvos respublikos vyriausybės 2001–2004 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo (Tarp tikslų numatyta - išspręsti šalies informacijos rinkimo ir tvarkymo klausimą įvedus bendruosius reikalavimus valstybės registrams ir duomenų bazėms bei sudarius pagrindą jiems funkcionuoti (suderinti oficialiosios informacijos šaltinių formavimo, funkcionavimo, sąveikos teisinę ir metodinę bazę; sukurti tarpusavyje susijusių valstybės registrų ir duomenų bazių sistemą); vykdyti ligų prevenciją, sveikatos ugdymą, mažinti šalies gyventojų sveikatos lygio netolygumus (tarp jų, Informacinės sveikatos sistemos plėtros programos projektą).

Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 02 d. nutarimas VIII-833) Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo. Lietuvos sveikatos programoje, aprašant sveikatos priežiūros reformos kryptis ir artimiausius uždavinius, teigiama, kad reikėtų "plėtoti visuomenės sveikatos monitoringą, ekspertizę, informacijos sistemą bei tarpžinybinį bendradarbiavimą".

2003 m Sveikatos apsaugos ministerijos strateginis veiklos planas. Šiame plane, vykdamas visuomenės sveikatos priežiūros stiprinimo integruojantis į ES sveikatos sistemą programą, numatyta informacijos sistemų plėtra.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2001 m. vasario 28 d. nutarimu Nr. 229 „Dėl Lietuvos nacionalinės informacinės visuomenės plėtros koncepcijos patvirtinimo“ patvirtino Nacionalinę informacinės visuomenės plėtros koncepciją.

Lietuvos Nacionalinės informacinės visuomenės plėtros strategija (Lietuvos Respublikos Seimas/Priedas/IXP-1211/2001 11 26). Nacionalinė informacinės visuomenės plėtros strategija– tai Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintas norminis dokumentas, nustatantis ilgalaikes (dešimties metų laikotarpiui –2000-2011 m.) gaires informacinės visuomenės (žinių visuomenės) plėtrai bei su ja susijusių ir būtinų struktūrinių socialinių-ekonominių pertvarkymų įgyvendinimui Lietuvoje. Strategijoje, panaudojant kitų šalių patirtį, siekiama suformuluoti konkrečius Lietuvos informacinės plėtros politikos pagrindus, kurie jos visuomenėje būtų suvokiami ir pripažinti, kaip kryptingas ir nekeičiamas perspektyvaus vystymosi kelias, t.y. kaip tai, kas čia yra vadinama informacinės visuomenės plėtra.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2001 m. rugpjūčio 10 d. nutarimu Nr. 984 „Dėl Lietuvos informacinės visuomenės plėtros strateginio plano patvirtinimo“ – Lietuvos informacinės visuomenės plėtros strateginį planą, kurio vienas iš svarbiausių tikslų yra „3.4. gerinti visuomenės sveikatą remiantis patikima ir lengvai prieinama, informacinių technologijų galimybių panaudojimu grindžiama informacija apie sveikatą“. Šiame nutarime numatoma (cituojama):

Planuojama, kad bus:

- sukurta organizacinė portalo struktūra, parengtos techninės priemonės, pradėta reguliariai rinkti ir teikti informaciją internetu – 2003 metų IV ketvirtis;
- įdiegta visuomenės sveikatos monitoringo sistema – 2004 metų IV ketvirtis;
- parengta teisinė bazė pacientui gauti konsultacijas internetu – 2002 metų IV ketvirtis;
- parengti sveikatos telemetrinių diagnostikos priemonių panaudojimo teisės aktai – 2002 metų IV ketvirtis;
- parengta ir įdiegta elektroninė paciento kortelė;
- parengti ir priimti teisės aktai, reglamentuojantys elektroninės paciento kortelės naudojimą – 2003 metų II ketvirtis;
- įdiegtas bandomasis projektas – 2004 metų IV ketvirtis;
- parengti medicininės informacijos rinkimo, saugojimo, keitimosi tarp sveikatos priežiūros ir su jomis susijusių įstaigų reikalavimai ir rekomendacijos – 2004 metų IV ketvirtis;
- vienoje iš ligoninių įdiegtas bandomasis projektas, apimantis visą ligoninės valdymą, – 2004 metų IV ketvirtis

Daugumos numatytų šiame dokumente darbų vykdymas vėluoja ar yra parengiamojame stadijoje.

Dėl Lietuvos informacinės visuomenės plėtros 2003 metų detaliojo plano patvirtinimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybė/2003 12 02/). Šis nutarimas numato tikslus ir priemones, kurių įgyvendinimui yra numatomos lėšos 2003 m. valstybės biudžete. Dokumente akcentuojami ir tokie tikslai, kaip distancinio mokymo sistemų plėtojimas, sąlygų viešosiose bibliotekose naudotis kompiuterizuotomis vietomis sudarymo, viešojo administravimo, naudojantis informacinių technologijų galimybėmis, modernizavimas, tarpusavyje susijusių valstybės registrų sistemos sukūrimas, sąlygų sukurti ir įdiegti elektroninio asmens identifikavimo ir socialinių duomenų (socialinio ir sveikatos draudimo) sistemas, sudarymas. Kaip atskiras tikslas yra numatyta “gerinti visuomenės sveikatą, remiantis patikima ir lengvai prieinama sveikatos informacija, pagrįsta informacinių technologijų galimybių naudojimu”. Remiantis šiuo tikslu numatyta: a) sukurti

Sveikatos apsaugos ministerijos interneto tinklapio (portalo) informacinę ir organizacinę struktūrą; b) parengti ir patvirtinti el. sveikatos strategiją ir jos įgyvendinimo priemonių planą.

LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl informacinės sveikatos sistemos plėtros programos patvirtinimo” 2002 m. liepos 30 d. nr. 387, kuriuo, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. nutarimu Nr. 1196 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ patvirtinama informacinės sveikatos sistemos plėtros programa. Šios programos pagrindinis tikslas - skatinti sveikatos reformą, gerinti paslaugų efektyvumą, kokybę bei prieinamumą, laiku panaudojant patikimą sveikatos informaciją, kurios valdymui būtų naudojamos šiuolaikinės informacinės technologijos. Numatomi įgyvendinti uždaviniai:

- Įvertinti turimas informacines sistemas ir technologijas. 2002 m., II pusmetis;
- Parengti ilgalaikę el. sveikatos strategiją. 2002 m., II pusmetis;
- Užtikrinti kuriamos Informacinės sveikatos sistemos integralumą;
- Sukurti medicininės informacijos mainų sistemą tarp sveikatos priežiūros įstaigų;
- Sukurti integruotą sveikatos registrų sistemą;
- Sukurti visuomenės sveikatos informacinę sistemą.

LRV 2003 m. birželio 30 d. nutarimu Nr. 852 „Valstybės registrų integralios sistemos kūrimo strategijos įgyvendinimo planas“ numato - įsteigti (paskirti) instituciją, kuriai pavedama formuoti Sveikatos apsaugos ministerijos reguliavimo sričiai priskirtų registrų plėtros strategiją, koordinuoti, organizuoti ir kontroliuoti jų kūrimą ir funkcionavimą, spręsti registrų ir informacinių sistemų sąveikos ir duomenų teikimo klausimus, įvertinti registrų būseną, sąveiką su kitais registrais, nustatyti numatomus kurti registrus, parengti registrų kūrimo planą, parengti Sveikatos apsaugos ministerijos reguliavimo sričiai priskirtų registrų sąveikos schemą ir įgyvendinti jungtinės infrastruktūros sukūrimo projektą. Toliau cituojamos numatytos priemonės:

- Įsteigti (paskirti) instituciją, kuriai pavedama formuoti Sveikatos apsaugos ministerijos reguliavimo sričiai priskirtų registrų plėtros strategiją, koordinuoti, organizuoti ir kontroliuoti jų kūrimą ir funkcionavimą, spręsti registrų ir informacinių sistemų sąveikos ir duomenų teikimo klausimus. 2004 metų I ketvirtis.

- Įvertinti Sveikatos apsaugos ministerijos reguliavimo sričiai priskirtų registrų būseną, sąveiką su kitais registrais, nustatyti numatomus kurti registrus, parengti registrų kūrimo planą. 2004 metų II ketvirtis.



- Parengti ir pateikti Lietuvos Respublikos Vyriausybei tvirtinti Sveikatos apsaugos ministerijos reguliavimo sričiai priskirtų steigiamų ar reorganizuojamų registrų nuostatų projektus. 2004 metų II ketvirtis.

- parengti Sveikatos apsaugos ministerijos reguliavimo sričiai priskirtų registrų sąveikos schemą, parengti ir įgyvendinti jungtinės infrastruktūros sukūrimo projektą. 2005 metų I ketvirtis.

„Valstybės registrų įstatymas“ (1996 m. rugpjūčio 13 d. Nr. I-1490) reglamentuoja duomenų bazių apie LR objektus ir subjektus steigimą ir funkcionavimą (o elektroninės paciento kortelės duomenų bazė neabejotinai įgauna valstybės registro statusą).

Vykdamas Lietuvos informacinės visuomenės 2002 metų detaliajame plane numatytas priemones ir įgyvendinant tikslus, per 2002 metus parengti tokie svarbiausi teisės aktai:

Telekomunikacijų įstatymo pakeitimo įstatymas (Žin., 2002, Nr.75-3215);

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 568 „Dėl elektroninio parašo priežiūros institucijos“;

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 rugpjūčio 22 d. nutarimas Nr. 1332 „Dėl valstybės registrų integralios sistemos kūrimo strategijos patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. rugsėjo 17 d. nutarimas Nr. 1454 „Dėl bibliotekų renovacijos ir modernizavimo 2003-2013 metų programos patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. vasario 3 d. nutarimas Nr. 182 „Dėl informacinės visuomenės plėtros projektų koordinavimo metodikos patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. gruodžio 31 d. nutarimas Nr. 2115 „Dėl Elektroninės valdžios koncepcijos patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. gruodžio 31 d. nutarimas Nr. 2108 „Dėl Reikalavimų kvalifikuotus sertifikatus sudarantiems sertifikavimo paslaugų teikėjams, Reikalavimų elektroninio parašo įrangai, Kvalifikuotus sertifikatus sudarančių sertifikavimo paslaugų teikėjų registravimo tvarkos ir Elektroninio parašo priežiūros reglamento patvirtinimo“;

Ūkio ministro 2002 metų balandžio 10 d. įsakymas Nr. 119 „Dėl kai kurių informacinės visuomenės paslaugų, ypač elektroninės komercijos, teikimo vidaus rinkoje reglamento patvirtinimo“;

Vidaus reikalų ministro 2002 m. spalio 2 d. įsakymas Nr. 472 „Dėl Saugumo priežiūros tarnybos nuostatų patvirtinimo“;

Vidaus reikalų ministro 2002 m. spalio 2 d. įsakymas Nr. 473 „Dėl Saugumo priežiūros tarnybos 2002 - 2003 m. veiklos plano patvirtinimo“;

Informacinės visuomenės plėtros komiteto direktoriaus 2003 m. sausio 29 d. įsakymas „Dėl reikalavimų elektroninio parašo tikrinimo procedūrai patvirtinimo“;

Ryšių reguliavimo tarnybos prie LRV direktoriaus 2002 m. gruodžio 20 d. įsakymas Nr. 197 „Dėl telekomunikacijų tinklų sujungimo taisyklių patvirtinimo“;

Ryšių reguliavimo tarnybos prie LRV direktoriaus 2002 m. gruodžio 19 d. įsakymas Nr. 183 „Dėl prieigos suteikimo sąlygų ir operatorių pasiūlymų dėl prieigos standartinių sąlygų patvirtinimo“;

Ryšių reguliavimo tarnybos prie LRV direktoriaus 2002 m. gruodžio 19 d. įsakymas Nr. 182 „Dėl pasiūlymo dėl atsietos prieigos prie vietinės linijos ir susijusių priemonių viešo paskelbimo sąlygų ir pasiūlymo standartinių sąlygų patvirtinimo“ ir kt.

### 3. TYRIMO METODOLOGIJA

#### 3.1. Tyrimo metodai

Tyrimo metu buvo naudojami šie metodai:

- literatūros ir tyrimo duomenų loginė bei palyginamoji analizė;
- specialus aprašomosios statistikos metodas – individualioji anketinė apklausa

##### 3.1.1. Lyginimo metodas

Lyginimo metodas - (angl. – comparative method) – sociologinis tyrimas, kai derinama informacija, gauta:

- įvairiais istorinio vystymosi laikotarpiais;
- įvairių socialinių sistemų (institūtų, grupių, teritorijų, administracinių vienetų, šalių ir t.t.);
- skirtingų autorių ar tyrimo kolektyvų;
- įvairiais rinkimo ar matavimo metodais.

Lyginimo metodu galima siekti įvairių metodologinių ar metodinių uždavinių sprendimo būdų: aprašomojo (panašumo ar skirtumo nustatymo) arba analitinio (aiškinimo, numatymo, praktinių rekomendacijų). Šios aplinkybės ir lemia lyginimo būdų, veiksmų, viso tyrimo analizės ir organizavimo realizavimą.

Lyginimas suprantamas kaip mąstymo operacija. Tai mintinis realių idealių objektų gretinimas ir vertinimas. Tikslas – pažinti jų tarpusavio santykius. Lyginimas yra susijęs su analizės ir sintezės operacijomis.

Lyginamasis metodas plačiai naudojamas tiek gamtos, tiek socialiniuose moksluose.

Pagrindiniai šio metodo privalumai:

- šis metodas leidžia gauti informacijos apie objektą netiesiogiai, jo specialiai netyrinėjant, o užpildant informacijos spragas pagal paties objekto analogiją.
- galima nustatyti tiriamojo objekto specifines savybes ir bruožus bei specifinius veiksmus, darančius jam įtaką.

Trūkumai:

- tyrimo rezultatų patikimumas ima priklausyti nuo pavyzdinio objekto informacijos patikimumo; dažnai esti sudėtinga palyginti skirtingus objektus, nes jų aplinka būna nevienoda [62].

### 3.1.2. Individualioji anketinė apklausa

Informacija socialiniams reiškiniams tirti daugiausia renkama apklausos būdu. Be apklausos paštu, telefonu, plačiausiai naudojama anketinė, sociometrinė apklausos ir interviu.

Skiriamos kelios apklausos rūšys: ekspedicinė, kai registratorius aplanko respondentą ir pats užpildo anketą; saviskaita, kai anketą užpildo respondentas, o registratorius tikrina parodymų tikslumą; korespondentinis būdas, kai respondentas, suderinęs su statistikos įstaigomis, išipareigoja stebėti tam tikrus reiškinius ir numatytais terminais pranešti rezultatus.

Anketa – tai sąrašas klausimų su galimais variantais arba be jų, kuris respondentui pateikiami atspausdinti anketos forma. Anketavimo pranašumas yra tas, jog, renkant informaciją, mažesnėmis sąnaudomis gaunami tikslesni duomenys, kadangi respondentas jaučia didesnę anonimiškumą, atsakymai labiau apgalvoti. Anketavimo trūkumai: respondentui neįmanoma paaiškinti neaiškių klausimų, respondentas geriau atsakinėja į klausimus, kai šalia yra klausėjas.

Skiriami du apklausos tipai: ekspertinė ir individualioji. Ekspertinė apklausa esti, kai respondentas yra tam tikros gyventojų grupės, sluoksnio interesų reiškėjas, o individualioji - kai respondentas yra savo nuomonės reiškėjas. Pagal užduodamų klausimų konstrukciją apklausos skiriamos į tris tipus: atviroji, kai respondentas atsakinėja laisva forma, uždaroji – kai visi atsakymų variantai duoti ir užfiksuoti klausimų sąrašė: pusiau uždaroji, jungianti atvirosios ir uždarosios apklausų procedūras.

Interviu klausimų sąrašas skirtas klausėjui, o ne respondentui.

Tarp anketavimo ir interviu, kaip apklausos metodų yra nežymių skirtumų: pirma, anketavimas – tai rašytinė, neakivaizdinė apklausa, daugiausia uždarojo tipo, o interviu – žodinė apklausa, daugiausia atvirojo tipo: antra, anketuojant klausimų sąrašas įteikiamas respondentui, o imant interviu, jį visada turi klausėjas.

Anketos kompoziciją sudaro:

įvadinė dalis, kurioje nurodoma kokia organizacija atlieka anketinę apklausą, tyrimo tikslas, kaip bus panaudoti tyrimo rezultatai, respondentų asmeninio dalyvavimo svarba ir reikšmingumas, atsakymų anonimiškumas, taisyklės, kaip pildyti anketą ir kaip ją gražinti:

pagrindinė dalis, kurią sudaro klausimai, atskleidžiantys tiriamos temos turinį:

- demografinė dalis.[68]

### **3.1.3. Apklauso anketos struktūra**

Respondentų pasitenkinimo PSP paslaugomis bei požiūrio į informacinių technologijų diegimą įvertinimui buvo pasirinkti kiekybiniai duomenų rinkimo metodai: pusiau struktūruota pacientų anketinė apklausa, pusiau struktūruota darbuotojų anketinė apklausa.

Tiek pacientų, tiek darbuotojų anketą (priedas 1) sudarė uždaro, pusiau uždaro ir atviro tipo klausimai bei demografinė respondentų charakteristika. Uždaro tipo klausimai buvo formuluojami taip, kad respondentui pateiktame sąraše tereikėjo vienaip ar kitaip pažymėti jau esamus atsakymus, pusiau uždaro tipo klausimuose po suformuluotais atsakymais, kuriuos respondentai turėjo pažymėti, buvo palikta laisvos vietos kitiems galimiems atsakymo variantams, atviro tipo klausimuose buvo pateikta klausimo formulotė ir palikta vietos savarankiškam atsakymui parašyti.

### **3.2. Statistinė duomenų analizė**

Duomenims apdoroti taikyti kiekybiniai ir kokybiniai metodai. Statistinėms tendencijoms nustatyti buvo skaičiuojami procentai, duomenų analizė buvo atliekama lyginimo metodu. Tyrimo duomenys statistiškai apdoroti, naudojant SPSS( Statistical Package for Social Science) ir Windows Mikrosoft Exell programą.

### **3.3. Tyrimo schema ir tiriamasis kontingentas**

Tyrimas buvo atliktas VšĮ Tauragės rajono Pirminės sveikatos priežiūros centre (toliau – VšĮ Tauragės rajono PSPC). Tai didžiausia Tauragės rajono PSP paslaugas gyventojams teikianti įstaiga savivaldybėje. VšĮ Tauragės rajono PSPC įsteigta 1997 m., reorganizavus Tauragės rajono centrinę ligoninę. VšĮ Tauragės rajono PSPC steigėja yra Tauragės rajono savivaldybė.

VšĮ Tauragės rajono PSPC veiklos misija yra organizuoti ir teikti nespecializuotas kvalifikuotas PSP paslaugas Tauragės rajono savivaldybės gyventojams, prisirašiusiems prie VšĮ Tauragės rajono PSPC.

Veiklos vizija yra užtikrinti prieinamas ir kokybiškas šiuolaikinių medicinos ir valdymo technologijų bei platesnės apimties PSP paslaugas.

VšĮ Tauragės rajono PSPC savo sudėtyje turi šiuos padalinius: terapijos, pediatrijos, odontologijos, greitosios medicinos pagalbos skyrius, psichikos sveikatos centrą, ankstyvų vaikų raidos sutrikimų korekcijos tarnybą, 2 ambulatorijas ir 17 kaimo bendruomenės sveikatos punktų.

Tauragės rajone gyvena 52295 gyventojų. VšĮ Tauragės rajono PSPC aptarnauja 29498 gyventojų, iš jų 12304 kaimo gyventojų. Prie VšĮ Tauragės rajono PSPC prisirašiusiems gyventojams pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikia 10 bendrosios praktikos gydytojų, 1 apylinkės terapeutas, 8 pediatrai, 3 akušeriai – ginekologai, 2 chirurgai.

VšĮ Tauragės rajono PSPC dirba 181 darbuotojai.

Tyrimas buvo atliekamas VšĮ Tauragės rajono PSPC. Statistinės ataskaitos f039/a „Išankstiniai užrašai pas gydytoją“ duomenimis vidutiniškai per dieną VšĮ Tauragės rajono PSPC apsilanko apie 450 pacientų. Pusė iš jų – vaikai, psichikos sveikatos centro pacientai. Bendrosios praktikos gydytojai ir apylinkės terapeutas vidutiniškai per dieną priima 100 pacientų.

2006 10 23 – 2006 10 27 laikotarpiu VšĮ Tauragės rajono PSPC buvo atliekama anoniminė anketinė pacientų ir darbuotojų apklausa. Apklausti buvo visi į bendrosios praktikos gydytojus ir apylinkės terapeutą besikreipiantys 18metų ir vyresni pacientai ir įstaigos darbuotojai. Anketas pacientams įteikdavo BPG kabinetuose dirbančios slaugytojos. Anketas pacientai pildydavo, laukdami prie gydytojo kabineto. Užpildytas anketas vizito pas gydytoją metu palikdavo slaugytojai. Darbuotojai anketas pildė darbo metu.

Pacientams buvo išdalinta 500 anketų. Pacientai grąžino 449 užpildytas anketas (atsakas – 89,8 proc.).

Darbuotojams buvo išdalinta 170 anketų. Užpildė 140 darbuotojų (atsakas – 82,3 proc.).

### **3.4. Socialinė demografinė respondentų charakteristika**

VšĮ Tauragės rajono PSPC dirba 181 darbuotojas, iš jų – 74 yra 45 – 54 m. amžiaus. Tai sudaro 40,9 proc. visų darbuotojų, 45 yra 55 – 64 m. amžiaus, t.y. 24,9 proc., 6 yra vyresni, nei 65 m.(3,3 proc.) Galime teigti, kad dauguma (69,1 proc.) Tauragės rajono PSPC darbuotojų yra vidutinio ir vyresnio amžiaus. Tik 19 darbuotojų yra iki 35 m., tai sudaro 10,5 proc. visų darbuotojų. Jauni specialistai į Tauragę paskutiniaisiais metais dirbti neatvažiuoja. Darbuotojų pasiskirstymą pagal amžių matome 1 – oje lentelėje.

**3.4.1. lentelė VŠĮ Tauragės r. PSPC darbuotojų pasiskirstymas pagal amžių**

<b>Amžiaus grupės</b>	<b>Absoliutūs skaičiai</b>	<b>Procentai</b>
18 – 24	-	-
25 – 34	19	10,5
35 – 44	37	20,4
45 – 54	74	40,9
55 – 64	45	24,9
65 ir >	6	3,3
Viso:	181	100

Vykdamą apklausą VŠĮ Tauragės rajono PSPC daugiau nei pusę anketų užpildė vidutinio ir vyresnio amžiaus pacientai (59,5 proc.). Tik 9 proc. buvo jaunų (18 – 24 metų) pacientų.

**3.4.2. lentelė VŠĮ Tauragės r. PSPC apklaustų pacientų pasiskirstymas pagal amžių**

<b>Amžiaus grupės</b>	<b>Absoliutūs skaičiai</b>	<b>Procentai</b>
18 – 24	40	9
25 – 34	38	8,5
35 – 44	84	18,6
45 – 54	110	24,5
55 – 64	86	19,2
65 ir >	71	15,8
Neatsakė	20	4,4
Viso:	449	100

## 4. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

### 4.1. Pacientų ir personalo pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe

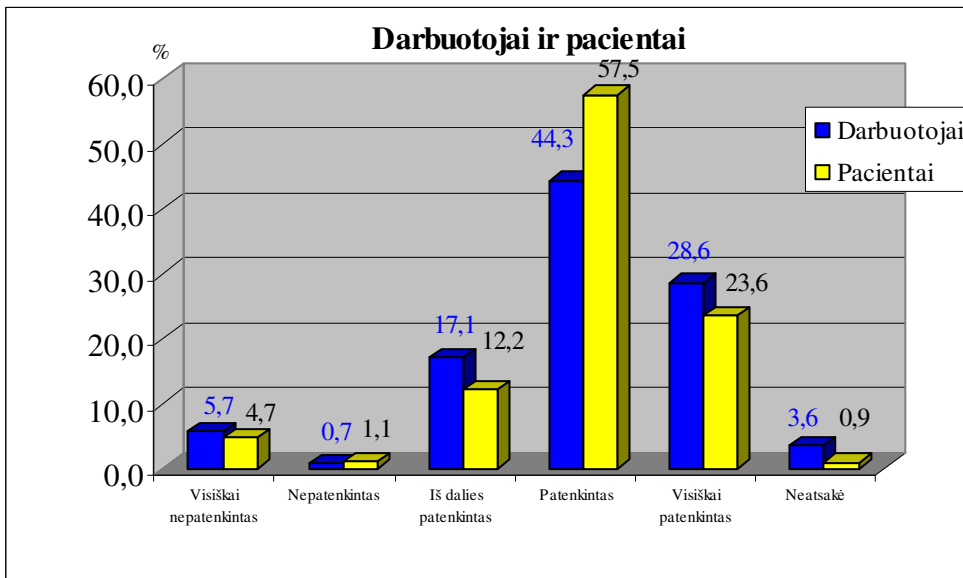
#### VšĮ Tauragės rajono PSC

Vienas iš svarbiausių paslaugų kokybės vertinimo kriterijų yra paslaugos vartotojo pasitenkinimas gaunama paslauga. Kuo labiau paslaugos tiekėjai savo veikla pateisina vartotojo lūkesčius, tuo daugiau vartotojų naudojasi teikiamomis paslaugomis.

VšĮ Tauragės rajono PSC pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų kokybe buvo vertinamas šiais aspektais: pasitenkinimas įstaigos darbo organizavimu, gaunama informacija, medicinos personalu, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir greičiu.

Nagrinėjant apklausos duomenis apie pasitenkinimą įstaigos darbo laiku net 81,1 proc. pacientų ir 72,9 proc. darbuotojų buvo patenkinti ir visiškai patenkinti įstaigos darbo valandomis, 12,2proc. pacientų ir 17,1 proc. darbuotojų buvo iš dalies patenkinti įstaigos darbo valandomis, nepatenkintų ir visiškai nepatenkintų įstaigos darbo valandomis buvo tik nedidelė dalis visų respondentų (atitinkamai 5,8 proc. pacientų ir 6,4 proc. darbuotojų).

Lyginant pacientų ir darbuotojų atsakymus apie pasitenkinimą įstaigos darbo valandomis, pacientai buvo labiau patenkinti, nei darbuotojai. (4.1.1. pav.).

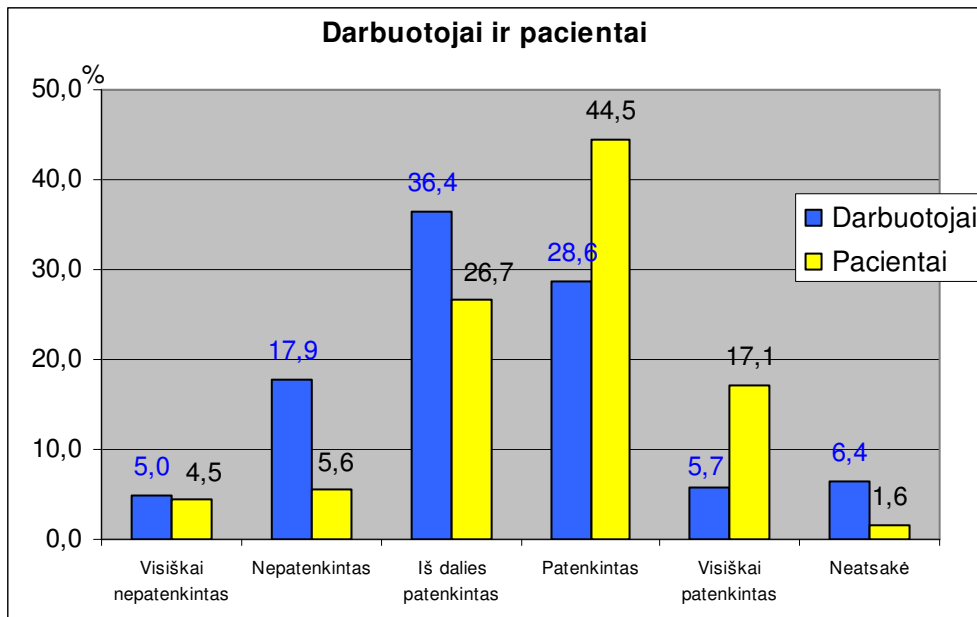


4.1.1. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) įstaigos darbo valandomis.



Analizuojant apklausos duomenis apie pacientų pasitenkinimą registracija pas gydytojus, tyrimo metu nustatyta, kad du trečdaliai pacientų (61,6 proc.) buvo patenkinti ir visiškai patenkinti registracija pas gydytojus, tuo tarpu tik trečdalis (34,3 proc.) darbuotojų manė, kad pacientai buvo patenkinti ir visiškai patenkinti registracija pas gydytojus. Visiškai nepatenkintų ir nepatenkintų registracija pas gydytojus buvo tik 10,1 proc. pacientų ir 22,9 proc. darbuotojų. Iš dalies patenkintų – 26,7 proc. pacientų ir 36,4 proc. darbuotojų.

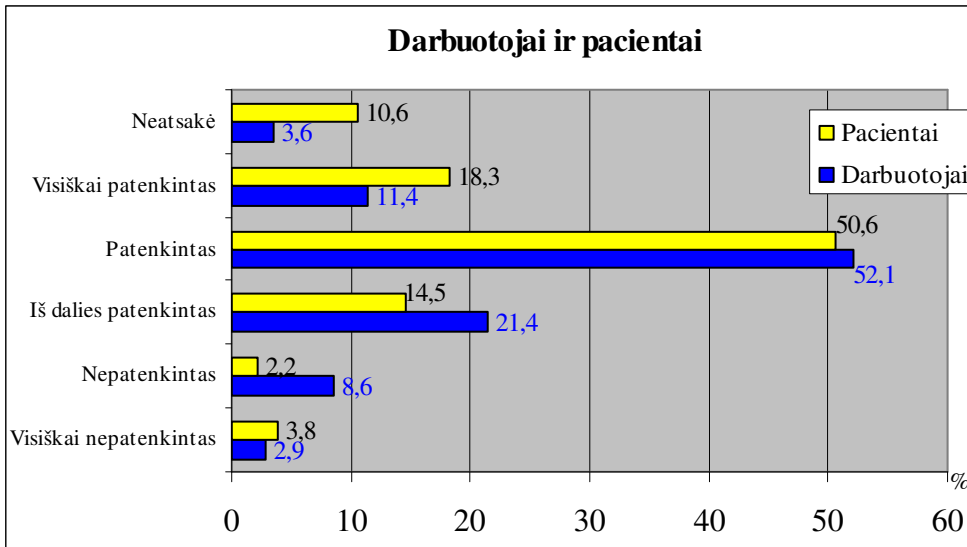
Darbuotojai kritiškiau vertino pacientų pasitenkinimą registracija pas gydytojus, lyginant su pacientais (4.1.2. pav.).



#### **4.1.2. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) registracija pas gydytojus.**

Vertinant apklausos duomenis apie pacientų pasitenkinimą gydytojo iškvietimu į namus, nustatyta, kad 68,9 proc. pacientų ir 63,5 proc. darbuotojų buvo patenkinti ir visiškai patenkinti gydytojo iškvietimu į namus, iš dalies patenkintų buvo 14,5 proc. pacientų ir 21,4 proc. darbuotojų, nepatenkintų ir visiškai nepatenkintų 6proc. pacientų bei 11,5 proc. darbuotojų.

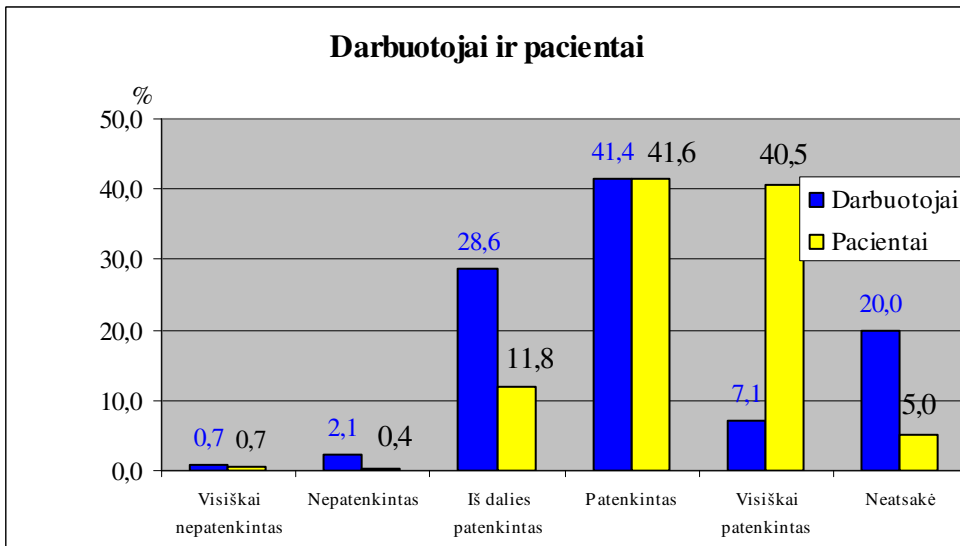
Galima teigti, kad daugiau kaip du trečdaliai pacientų ir darbuotojų buvo patenkinti ir visiškai patenkinti gydytojo iškvietimu į namus (4.1.3. pav.).



#### 4.1.3. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) gydytojo iškvietimu į namus.

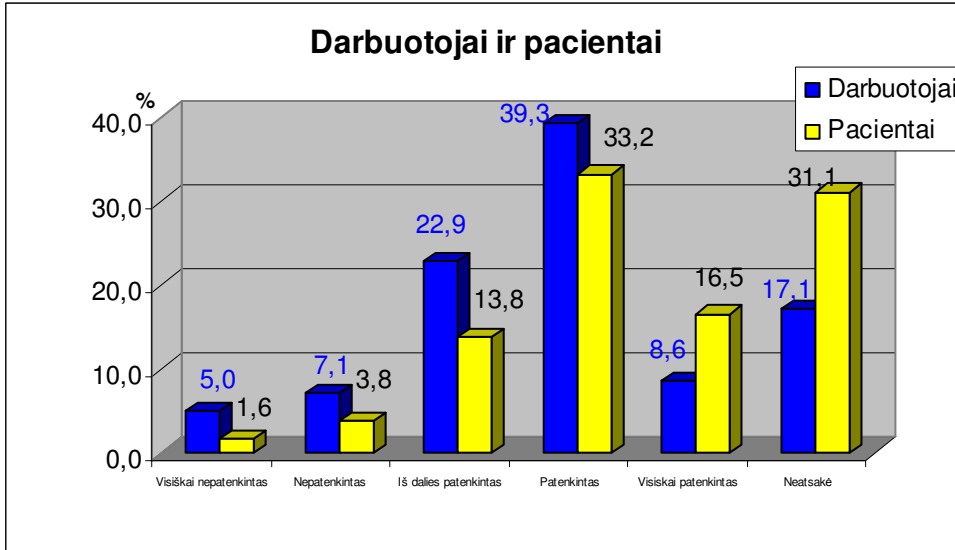
Pagal gaunamą informaciją į pacientui rūpimus klausimus apie sveikatą, pacientų ir darbuotojų atsakymai skyrėsi. Net 82,1 proc. pacientų buvo patenkinti ir visiškai patenkinti gaunama informacija apie sveikatą, tuo tarpu tik 48,5 proc. darbuotojų manė, kad pacientai patenkinti ir visiškai patenkinti gaunama informacija apie sveikatos būklę. Nepatenkintų ir visiškai nepatenkintų gaunama informacija apie sveikatą buvo tik nedidelė pacientų ir darbuotojų dalis (atitinkamai 1,1 proc. ir 2,8 proc.).

Pacientai buvo labiau patenkinti gaunama informacija apie sveikatą, lyginant su darbuotojų nuomone (4.1.4 pav.).



#### 4.1.4. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) gaunama informacija apie sveikatą.

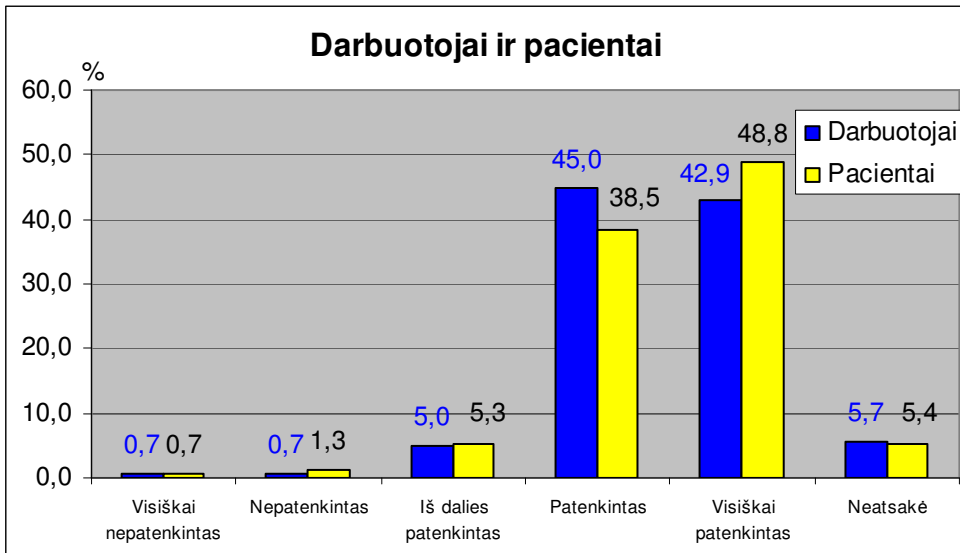
Vertinant respondentų pasitenkinimą informacija apie gydymo įstaigą internete, nustatyta, kad beveik pusė tiek pacientų, tiek darbuotojų (atitinkamai 49,7 proc. ir 47,9 proc.) buvo patenkinti ir visiškai patenkinti informacija apie gydymo įstaigą internete. 13,8proc. pacientų ir 22,9 proc. darbuotojų buvo iš dalies patenkinti, nepatenkintų ir visiškai nepatenkintų informacija apie gydymo įstaigą internete pacientų buvo 5,4 proc. , darbuotojų – 12,1 proc. (4.1.5. pav.).



**4.1.5. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) informacija apie VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centrą internete.**

Apklauso duomenimis 87,3 proc. pacientų ir 87,9 proc. darbuotojų buvo patenkinti ir visiškai patenkinti medicinos personalu, 5,3proc. pacientų ir 5proc. darbuotojų buvo iš dalies patenkinti. Nepatenkinti ir visiškai nepatenkinti buvo 2proc. pacientų bei 1,4 proc. darbuotojų.

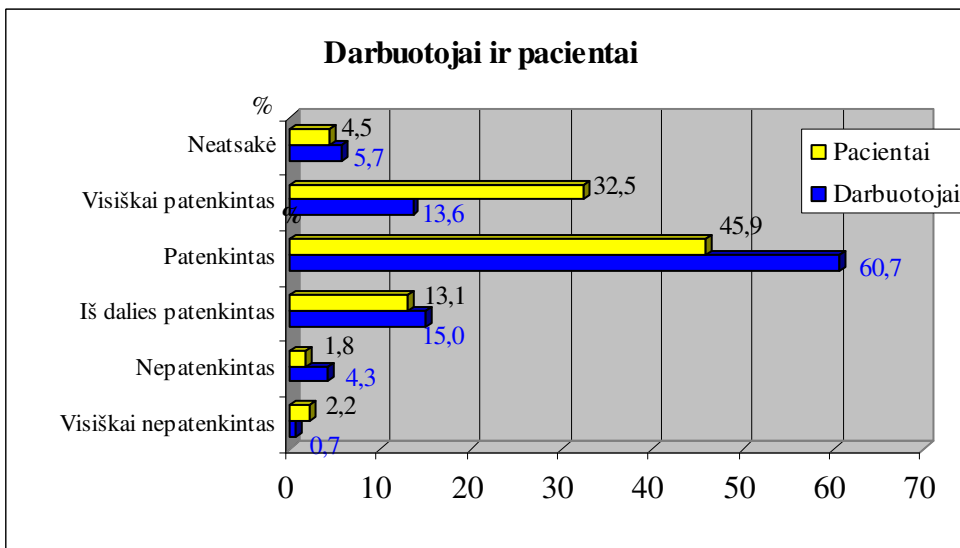
Didžioji dauguma tiek pacientų, tiek darbuotojų buvo patenkinti medicinos personalu. (4.1.6 pav.)



#### 4.1.6. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) medicinos personalu.

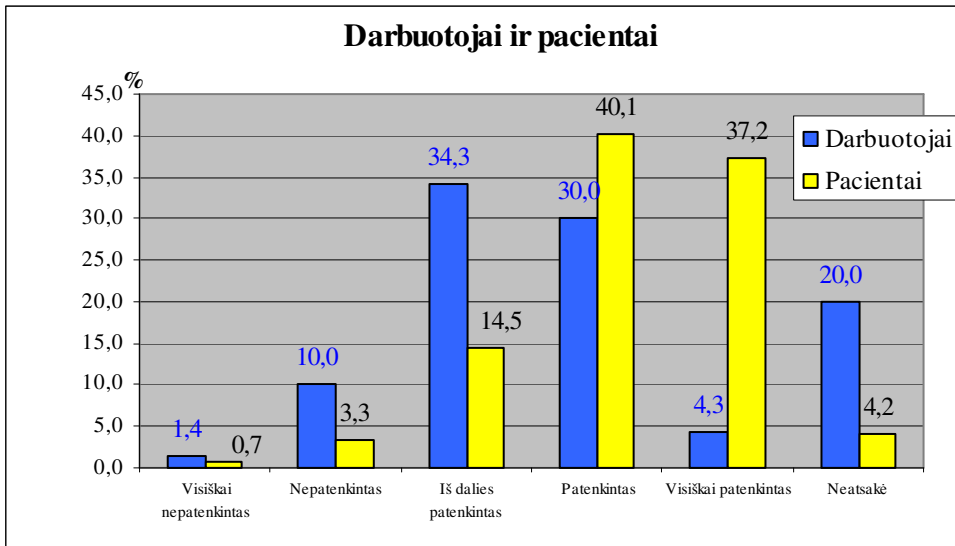
Tiriant Lietuvos gyventojų nuomonę apie PSP prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę, dauguma žmonių (73 proc.) manė, kad sveikatos priežiūros darbuotojai su jais bendravo labai gerai ir gerai. Jaunesni pacientai bendravimą vertino kritiškiau, nei vyresni.

Vertinant respondentų pasitenkinimą slaugytojų darbu, pacientų ir darbuotojų požiūriai šiuo klausimu nesiskyrė. Didžioji dauguma tiek pacientų, tiek darbuotojų (atitinkamai 78,4proc. ir 74,3 proc.) buvo patenkinti slaugytojų darbu, 13,1 proc. pacientų ir 15 proc. darbuotojų buvo iš dalies patenkinti slaugytojų darbu, nepatenkintų ir visiškai nepatenkintų buvo 4proc. pacientų ir 5 proc. darbuotojų (4.1.7 pav.).



#### 4.1.7. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centro slaugytojų darbu.

Lyginant pacientų ir darbuotojų pasitenkinimą dėl suteiktos paslaugos kokybės ir laiko, nustatyta, kad net 77,3 proc. pacientų ir tik 34,3 proc. darbuotojų buvo patenkinti ir visiškai patenkinti suteiktos paslaugos kokybe, nepatenkintų ir visiškai nepatenkintų buvo 4proc. pacientų ir 11,4 proc. darbuotojų, iš dalies patenkintų – 14,5 proc. pacientų ir 34,3 proc. darbuotojų. Nustatyta, kad suteiktos paslaugos kokybe ir greičiu buvo labiau patenkinti pacientai, tuo tarpu darbuotojai kritiškiau vertino suteiktos paslaugos kokybę ir greitį (4.1.8 pav.).

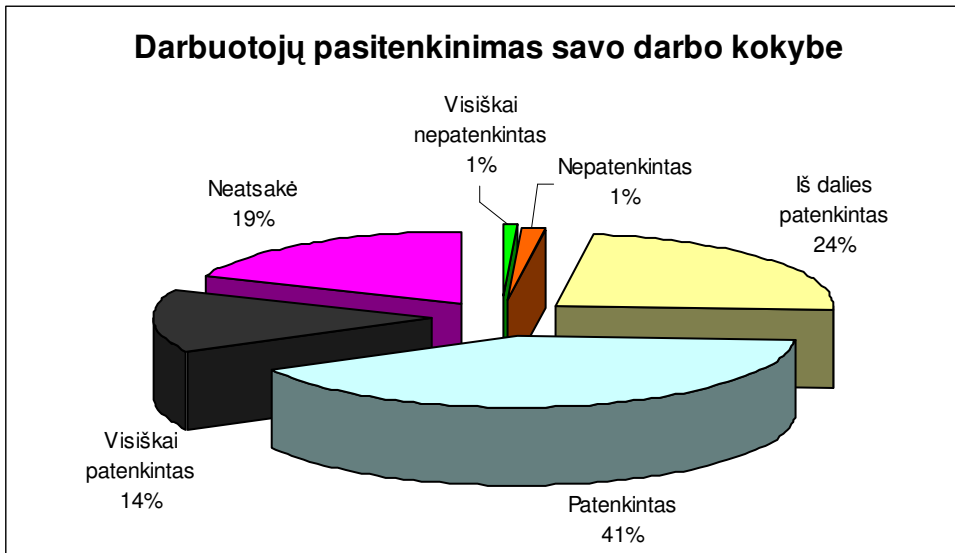


**4.1.8. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) suteiktos paslaugos kokybe ir laiku (greičiu) VŠĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centre.**

Daugelyje šalių atliktos studijos parodė aukštą pasitenkinimą PSP – patenkintų dalis sudaro daugiau nei pusę visų respondentų [50, 51, 52].

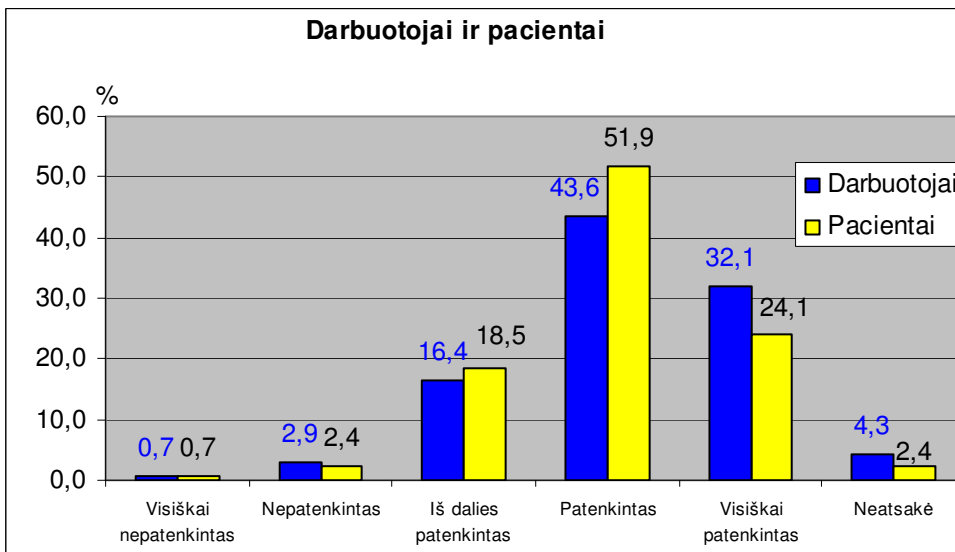
2001m. Lietuvoje atlikto tyrimo „Lietuvos gyventojų nuomonė apie PSP prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę“ duomenimis didžioji dalis (59,5proc) respondentų atsakė, kad jiems PSP įstaigose visada pagalba buvo suteikta iš karto[41]. Kitų Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, du trečdaliai respondentų buvo patenkinti BPG teikiamomis paslaugomis [47, 49].

Darbuotojų apklausos anketoje buvo klausama, ar jie patenkinti savo darbo kokybe. Apklauso duomenimis, daugiau kaip pusė darbuotojų (55 proc.) patenkinti ir visiškai patenkinti savo darbo kokybe. Tik labai nedidelė darbuotojų dalis (2 proc.) buvo nepatenkinti ir visiškai nepatenkinti savo darbo kokybe. Penktadalis darbuotojų savo darbo kokybės įvertinti negalėjo ir į šį klausimą neatsakė (4.1.9 pav.).



**4.1.9. Pav. Respondentų pasitenkinimas (proc.) savo darbo kokybe.**

Vertinant pacientų ir darbuotojų atsakymus, ar jie rekomenduotų savo gydymo įstaigą draugams, pažįstamiems, giminaičiams, nustatyta, kad dauguma tiek pacientų, tiek darbuotojų (atitinkamai 76 proc. ir 75,7 proc.) rekomenduotų ir tik nedidelė dalis apklaustųjų (3,1 proc. pacientų ir 3,6 proc. darbuotojų) nerekomenduotų savo gydymo įstaigos pažįstamiems, draugams, giminaičiams (4.1.10 pav.).

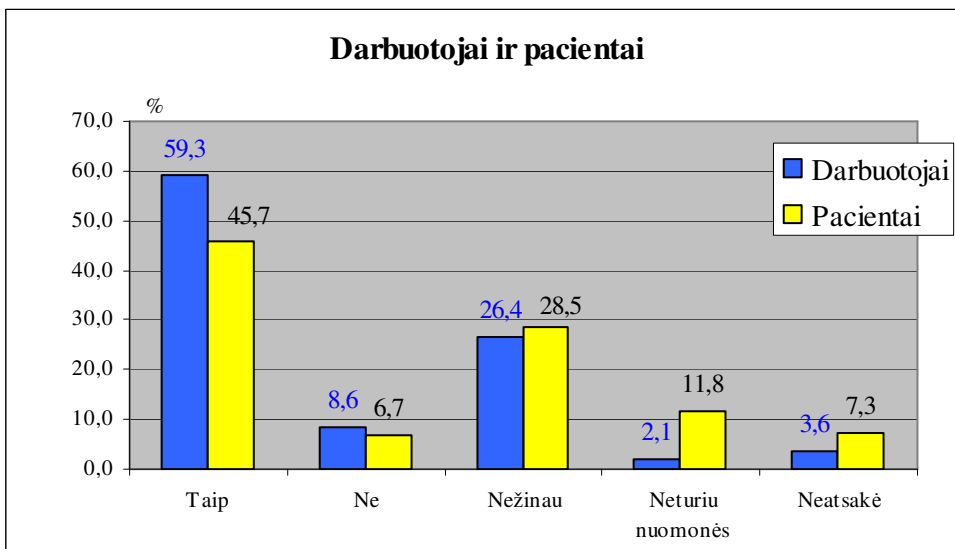


**4.1.10. Pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal tai, ar jie rekomenduotų savo gydymo įstaigą draugams, pažįstamiems, giminaičiams.**

## 4.2. Respondentų požiūris į informacinių technologijų diegimą sveikatos sistemoje

Vertinant respondentų atsakymus, ar gydymo įstaigos kompiuterizavimas pagerintų teikiamų paslaugų kokybę, 59,3 proc. darbuotojų ir 45,7 proc. pacientų atsakė teigiamai, 8,6 proc. darbuotojų ir 6,7 proc. pacientų manė, kad nepagerintų, 28,5 proc. darbuotojų ir 40,3 proc. pacientų nežino ar neturi savo nuomonės.

Darbuotojai labiau linkę manyti, kad gydymo įstaigos kompiuterizavimas pagerintų teikiamų paslaugų kokybę, lyginant su pacientais (4.2.1 pav.).

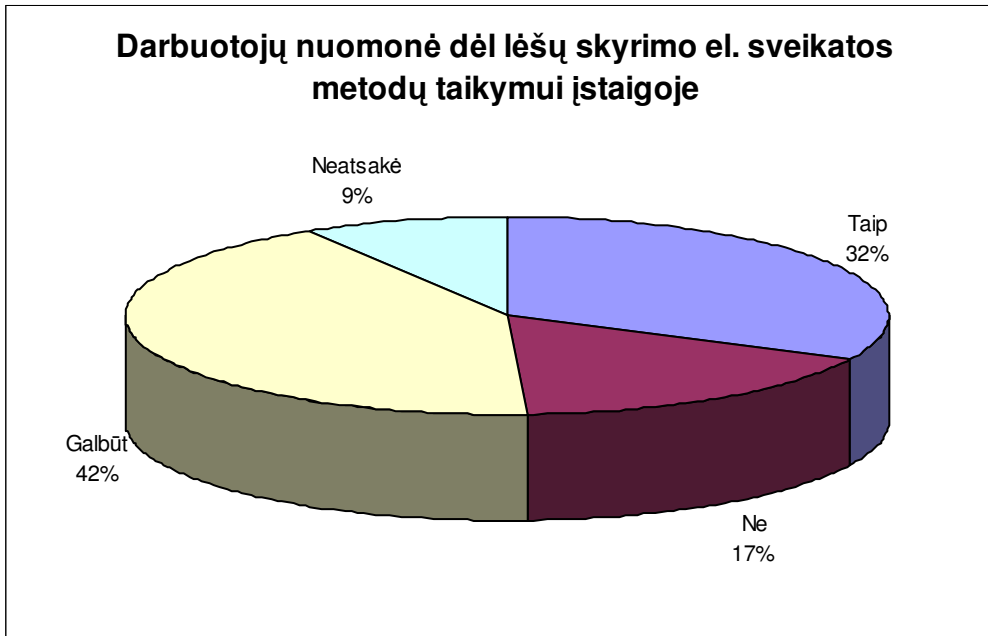


### 4.2.1. Pav. Respondentų nuomonė (proc.) ar VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centro kompiuterizavimas pagerintų teikiamų paslaugų kokybę.

ES šalyse yra nemaža el. sveikatos plėtros ir taikymo pavyzdžių, į kuriuos galima orientotis. Pavyzdžiui, Danijoje realizuoti projektai MedCom1 ir MedCom2 iš esmės pagerino Bendrosios Praktikos Gydytojų (BPG) darbo sąlygas ir kokybę: daugiau nei 90 procentų Danijos BPG turi ir naudoja darbe kompiuterius, taip kasdien sutaupydami po valandą savo darbo laiko. Pagerėja paslaugų kokybė, nes naudojant per kompiuterių tinklą prieinamą ESI ir informaciją apie specialistų darbo grafikus, vaistus ir kt., gydytojas gali priimti sprendimus greičiau ir tiksliau. Elektroniniu būdu Danijoje perduodama apie 2 milijonus žinučių per mėnesį, tai sudaro 70 procentų visos sveikatos duomenų komunikacijos pirminiame sveikatos apsaugos lygyje. Pažymėtina, kad BPG ėmė naudoti kompiuterius savanoriškai, o tie, kurie nesinaudoja jais (daugiausia iki pensinio amžiaus bei tik pradėdantys) sveikatos paslaugų rinkoje vertinami žemiau [63].

Lietuvoje buvo atlikta apklausa, kurioje dalyvavo 105 LR valstybinės gydymo įstaigos. Apklausa parodė, kad bendras kompiuterizavimo lygis yra arba silpnas, arba visiškai neegzistuojantis. Didžiausią naudą gydymo įstaigos tikisi gauti iš nacionalinio lygmens el. sveikatos sistemos funkcijų [64].

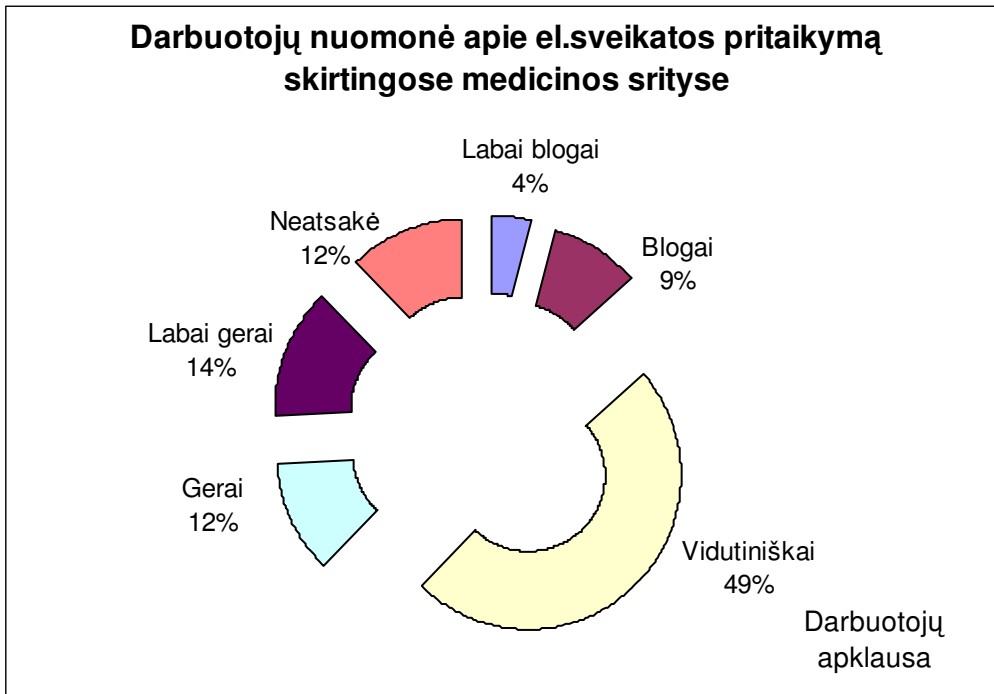
Apklausoje duomenimis, tik trečdalis darbuotojų sutiktų skirti daugiau lėšų el. sveikatos metodų taikymui įstaigoje (32 proc.), 42 proc. darbuotojų neturėjo tvirtos nuomonės šiuo klausimu, 17 proc. darbuotojų daugiau lėšų skirti nesutiktų (4.2.2 pav.).



**4.2.2. Pav. Respondentų nuomonė (proc.) dėl lėšų skyrimo el. sveikatos taikymui gydymo įstaigoje.**

Vertinant tyrimo duomenis apie tarptautinį el. sveikatos metodų pritaikymą skirtingose medicinos srityse, beveik pusė darbuotojų (49 proc.) tai vertino vidutiniškai, ketvirtadalis (26 proc.) darbuotojų vertino labai gerai ir gerai, vertinančių blogai ir labai blogai buvo 13 proc. darbuotojų (4.2.3 pav.).

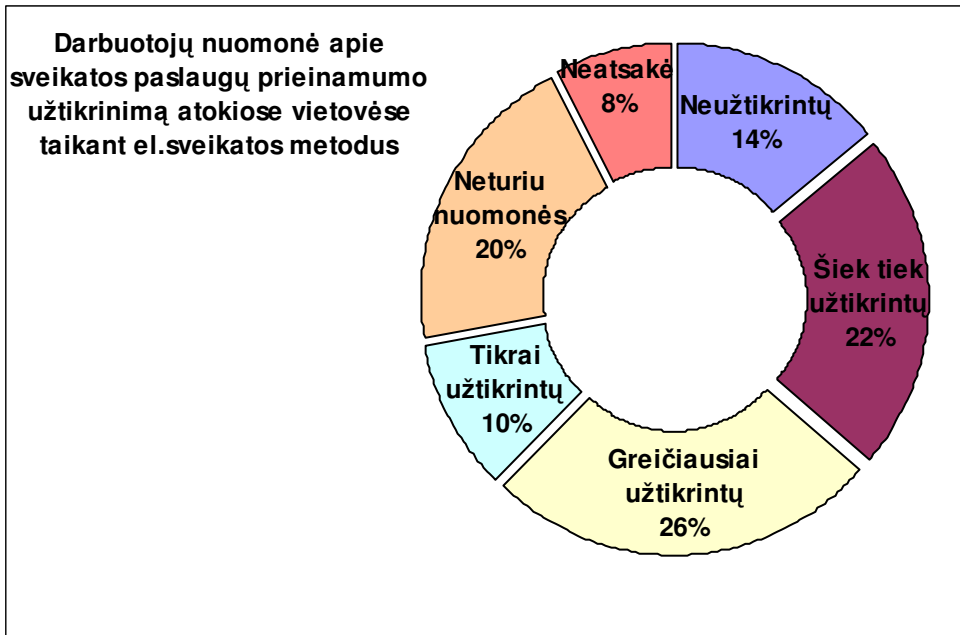




**4.2.3. Pav. Respondentų nuomonė (proc.) apie tarptautinį el. sveikatos metodų pritaikymą skirtingose medicinos srityse.**

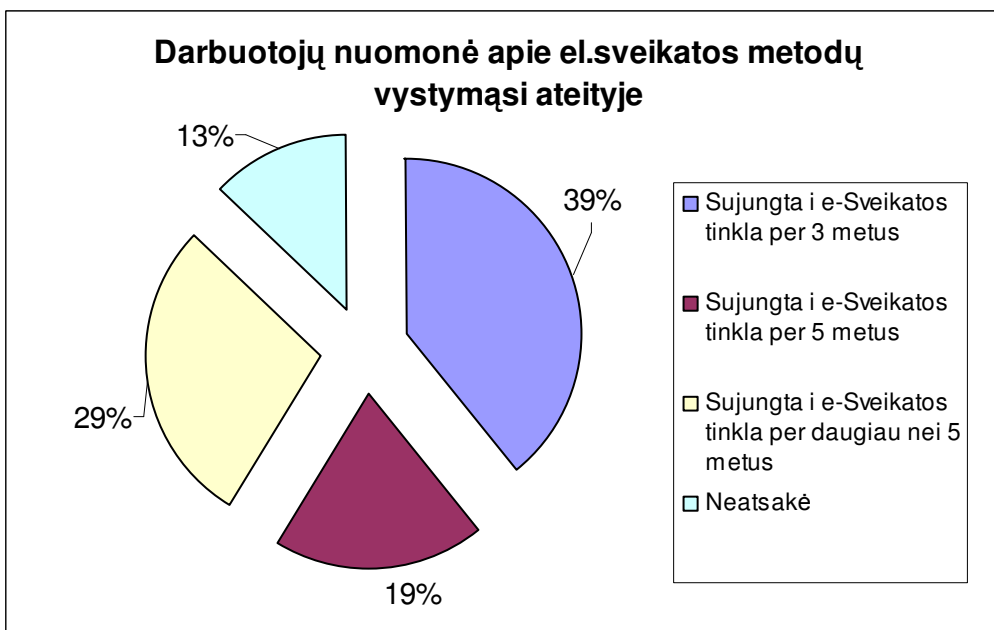
Apklausos duomenimis, 26 proc. darbuotojų mano, kad el. sveikatos metodų taikymas greičiausiai užtikrintų sveikatos paslaugų prieinamumą atokiose vietovėse, 22 proc. darbuotojų manė, kad šiek tiek užtikrintų, 10 proc. darbuotojų manė, kad tikrai užtikrintų, 20 proc. darbuotojų neturėjo nuomonės šiuo klausimu, o 14 proc. darbuotojų galvojo, kad neužtikrintų.

Remiantis šia apklausa, galime teigti, kad daugiau kaip pusė darbuotojų (58 proc.) pritaria nuomonei, kad el. sveikatos metodų pritaikymas padėtų užtikrinti sveikatos paslaugų prieinamumą atokiose (kaimo) vietovėse (4.2.4 pav.).



**4.2.4. Pav. Respondentų nuomonė(proc.) apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo atokiose (kaimo) vietovėse užtikrinimą, taikant el. sveikatos metodus.**

Vertinant darbuotojų nuomonę apie el. sveikatos metodų vystymąsi ateityje, 39proc. manė, kad dauguma sveikatos paslaugas teikiančių įstaigų turėtų būti sujungtos į el. sveikatos tinklą per artimiausius trejus metus, 19proc. darbuotojų manė, kad tai turėtų būti atlikta per penkerius metus, 29proc. darbuotojų manė, kad gydymo įstaigų sujungimas į el. sveikatos tinklą truks daugiau nei penkerius metus (4.2.5 pav.).



**4.2.5. Pav. Respondentų vertinimas (proc.) el. sveikatos metodų vystymąsi ateityje.**

Daugelis Europos šalių vis labiau atkreipia dėmesį į galimybę panaudoti informacines technologijas ir telekomunikacijas sveikatos priežiūroje ir apsaugoje. Vienos iš valstybių tai įvardijo ir savo valstybinėje bei regioninėje politikoje, kitos priėmė ambicingas strategijas ir tikisi tai įgyvendinti 5 – 10 metų bėgyje.

## 5. APIBENDRINIMAI

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų ir darbuotojų požiūris į pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis skyrėsi:

1) pacientai buvo labiau patenkinti įstaigos darbo valandomis (atitinkamai 81,1 proc. ir 72,9 proc.), registracija pas gydytojus (atitinkamai 61,6 proc. ir 34,3 proc.), gaunama informacija apie sveikatą (atitinkamai 82,1 proc. ir 48,5 proc.), suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (atitinkamai 77,3 proc. ir 34,3 proc.), darbo kokybę (atitinkamai 74,8 proc. ir 55,7 proc.).

2) didžioji dauguma pacientų ir darbuotojų buvo patenkinti gydytojų iškvietimu į namus (atitinkamai 68,9 proc. ir 63,5 proc.), medicinos personalu (atitinkamai 87,3 proc. ir 87,9 proc.), slaugytojų darbu (atitinkamai 78,4 proc. ir 74,3 proc.), rekomenduotą savo gydymo įstaigą giminėms, pažįstamiems (atitinkamai 76 proc. ir 75,7 proc.).

Tyrimo metu nustatyta, kad darbuotojams trūksta informacijos apie el.sveikatą:

1) beveik pusė darbuotojų (49 proc.) vidutiniškai vertino tarptautinį el.sveikatos metodų pritaikymą skirtingose medicinos srityse;

2) tik trečdalis (32 proc.) darbuotojų sutiktų skirti daugiau lėšų el.sveikatos metodų taikymui įstaigoje;

3) tik 10 proc. darbuotojų manė, kad el.sveikatos metodų taikymas tikrai užtikrintų sveikatos paslaugų prieinamumą atokiose vietovėse.

4) darbuotojai gana optimistiškai vertina el. sveikatos metodų taikymą ateityje. Net 39proc. darbuotojų mano, kad dauguma sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų turėtų būti sujungtos į el. sveikatos tinklą per artimiausius trejus metus.

Gydymo įstaigos kompiuterizavimui, kaip vienai iš galimybių pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pritarė daugiau darbuotojų nei pacientų (atitinkamai 59,3 proc. ir 45,7 proc.).

Įvertinant atlikto tyrimo rezultatus, labai svarbu atsižvelgti į pacientų lūkesčius. Pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų, bet

ir nuo paciento bei medicinos darbuotojo tarpusavio santykių. Todėl būtinas nuolatinis sveikatos priežiūros specialistų bendravimo žinių ir įgūdžių tobulinimas, bendrdarbiavimo su pacientais stiprinimas. Reguliarus pacientų apklausų organizavimas leidžia įvertinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pacientų pasitenkinimą jomis.

El. sveikatos sistemos įdiegimas užtikrintų efektyvų sveikatos priežiūros sistemos įstaigų informacijos apie paciento gydymo eigą bei rezultatų įvedimą, naudojimą, perdavimą ir administravimą.

## 7. IŠVADOS

Vadovaudamiesi apibendrintais tyrimo rezultatais galime daryti išvadas, kad:

1. Palyginti dideli pacientų ir darbuotojų nuomonių apie pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis skirtumai rodo, kad reikia planuoti papildomas priemones darbuotojų ir pacientų bendradarbiavimui vienodinant šios problemos supratimą (susitikimų, forumų organizavimas, informacija žiniasklaidoje).

2. Iš esmės gydymo įstaigos kompiuterizavimą, kaip vieną iš galimybių pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, personalas palaiko, todėl ši priemonė bus įdiegiama lengviau ir greičiau pradės teikti tiesioginę naudą.

3. Tai, kad nėra absoliučios daugumos personalo tarpe, kuri palankiai vertintų e. Sveikatos projektą ir palaikytų finansavimą šioje srityje rodo, kad reikia planuoti papildomas priemones darbuotojų mokymui informacinių technologijų panaudojimo sveikatos apsaugoje srityje. Personalas turi sužinoti ir įsitikinti, kaip, naudojantis informacinėmis ir komunikacinėmis technologijomis, galima greitai gauti informaciją apie pacientui suteiktas paslaugas, taip pat gauti specialiąją, su jų teikiamomis paslaugomis susijusią informaciją iš tarptautinių duomenų bazių, pagerinti vadovų ir administratorių galimybes gauti greitą informaciją, reikalingą išteklių valdymui ir planavimui.

## 8. REKOMENDACIJOS

### **SAM ir įstaigoms (PSPC)**

1. Sukurti nuolatinę personalo tobulinimo sistemą žinių informacinių technologijų panaudojimo sveikatos apsaugos srityje, pagrįstą darbuotojų motyvacija (premijos už padidėjusį darbo našumą, moralinio skatinimo formos).

2. Sukurti nuolatinio naujų darbuotojų kompetencijų ugdymo sistemą, kuri užtikrintų greitą žinių ir įgūdžių perėmimą iš patyrusių darbuotojų informacinių ir komunikacinių technologijų srityje.

3. Pagerinti informacinių technologijų įdiegimą atokiose vietovėse (kaimų ambulatorijose ir med. punktuose);

4. Tobulinti bendrosios praktikos gydytojo instituciją, siekiant didinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir gerinti jų kokybę, užtikrinant šiuolaikinių diagnostinių

tyrimo ir gydymo metodų taikymą praktiniame darbe, skatinant darbuotojų motyvaciją, kvalifikaciją kompiuterinio raštingumo srityje.

### **Tauragės rajono PSPC**

Reguliariai tirti pacientų nuomonę apie kokybės pokyčius, akcentuojant aptarnavimo greitį, siejamą su IT įdiegimu

1. Norint užtikrinti prieinamas ir kokybiškas šiuolaikinių medicinos ir valdymo technologijų bei platesnės apimties pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias Europos sąjungos sveikatos kokybės standartus, reikės įstaigą aprūpinti kompiuterine įranga, renovuoti patalpas, gerinti vadybinius įstaigos gebėjimus, ir įdiegti IT.

2. Darbuotojų kompetencijos nuolatinis kėlimas ir tobulinimas paslaugų prieinamumo ir pacientų pasitenkinimo aspektu, diegiant naujovišką požiūrį į darbo procesą.

3. Parengti IT pagrindu objektyvios, išsamios ir aiškiai suprantamos informacijos pacientams apie jų sveikatos būklę nuolatinio teikimo sistemą tam, kad pacientai objektyviau vertintų poreikį gydymui. Tai leistų išvengti tiek ligų išisenėjimo, užleistų formų, tiek ir perteklinių paslaugų – abiem atvejais būtų pasiektas žymus ekonominis efektas (visuomenės mastu) bei finansinė nauda (įstaigos mastu).

4. Siekiant geresnių veiklos rezultatų PSPC yra tikslinga suvienodinti pacientų ir personalo požiūrį į teikiamų paslaugų kokybę įstaigoje - būtina planuoti bendrus jų susitikimus – forumus tam, kad abipusio supratimo pagrindu būtų pasiektas objektyvus PSPC veiklos įvertinimas. Tai leistų daryti tikslesnius vadybinius sprendimus vadovams, mažintų riziką, susijusią su inovacijomis.

## 9. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Valius L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina.// Šeimos medicinos pagrindai. - Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 8 - 16.
2. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 1999m. gruodžio 16d. Nr. 553 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14: 1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo // Valstybės žinios. - 1999, Nr. 109.
3. McWhinney J. R. A Textbook of Family Medicine. - New York: Oxford University Press, 1997, p.2 - 27.
4. Mačinskas Š., Valius L. Šeimos medicina Lietuvoje ir kitose šalyse // Šeimos medicinos pagrindai. - Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 18 - 32.
5. Jurgutis A. Bendradarbiavimas su kitų sveikatos priežiūros lygių specialistais bei pirminės sveikatos priežiūros darbuotojais // Šeimos medicinos pagrindai. - Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 46 - 49.
6. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. - Kaunas, Šviesa, 1999, p.1 - 181.
7. Borkienė K., Kalibatas J., Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros reforma ir jos modeliai Europoje // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. - 1997, t. 1, p. 72 - 4.
8. Donaldson C., Gerard K. Paying general practitioners: Shedding light on the review of health services. JR Coll Gen Pract 1998: 114 - 7.
9. Grabauskas V. Sveikatos politikos plėtojimas Lietuvoje // Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. - Vilnius, 2000, p. 75 - 84.
10. Murauskienė L. Sveikatos priežiūros valdymas // Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. - Vilnius, 2000, p. 151 - 167.
11. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija: patvirtinta LR Aukščiausios Tarybos nutarimu Nr. I-1939, Vilnius; 1991
12. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas, 1998 12 01; Nr. VIII -946. Žin., 1998, Nr.112 - 3099.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Žin., 1996, Nr. 55 - 1287.

14. Lietuvos sveikatos programa. LR Seimas 1998 07 02 nutarimas Nr. VIII - 833. Žin., 1998, Nr. 64 - 1842.
15. Petrauskienė J., Stirbienė J. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir pacientų pasitenkinimas šeimos gydytojo paslaugomis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004; 1: p. 17 - 21.
16. LR sveikatos apsaugos ministerija. Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 1998 06 18 įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ dalinio pakeitimo: Sveikatos apsaugos ministro 1998 06 18 įsakymas Nr. 329. Žin., 1998, Nr. 57 - 1611.
17. LR sveikatos apsaugos ministerija. Dėl sveikatos apsaugos ministro 2000 06 14 įsakymo Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo pakeitimo“: Sveikatos apsaugos ministro 2000 06 14 įsakymas Nr. 327. Žin., 2000, Nr. 50 - 1447.
18. Lietuvos Respublikos Seimas. Dėl LR Seimo 2001 07 12 nutarimo Nr. IX – 455 „Dėl LR Vyriausybės 2001 - 2004 metų programos patvirtinimo. LR Seimo nutarimas Nr. IX - 455. Žin., 2001, Nr. 62 - 2244.
19. LR Vyriausybė. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 355. Žin., 2003, Nr. 28 - 1147, Nr. 114 - 5132.
20. LR sveikatos apsaugos ministerija. Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2003 12 31 įsakymo Nr. V- 804 „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“: Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V - 804. Žin., 2004, Nr. 7 - 153.
21. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita.
22. Donabedian A. What is a quality in health care. Proceedings. Ninth International Conference of the ISQA - 1992.
23. Bagdonienė L., Hopenienė R. Paslaugų marketingas ir vadyba. Vadovėlis. Kaunas: Technologija, 2004.
24. Sox CM., Swartz H., Burstin R., Brennan TA. Insurance or regular physician: which in the most powerful predictor of health care? Am J Public Health 1998; 3: 364 - 70.
25. Gabbot M., Hogg G. Consumers and services. New York : John Wiley and Sons, 1998.
26. Goodard M., Smith P. Equity of Access to Health Care. York : NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1998.



27. LR sveikatos apsaugos ministerija. Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2001 11 09 įsakymo Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“: Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 583. Žin., 2001, Nr. 96 - 3400.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymas, 1998 11 24; Nr. VIII- 940. Žin., 1998, Nr. 109- 2995.
29. Leonavičius V., Plieskis M., Petrauskienė J. Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. Sociologija 2003; 1: p. 93 - 101.
30. LR sveikatos apsaugos ministerija. Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2004 04 08 įsakymo Nr. V - 208 „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“: Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V- 208. Žin., 2004, Nr. 55 - 1915.
31. Newacheck PW., Stoddard JJ., Hughes DC., Pearl M. Health insurance and Access to primary care for children, N Engl J Med 1998: 338(8): 513 - 9.
32. Dunlop S., Coyte PC., MC Isaac. Socio - economic status and the utilization of physicians services: results from the Canadian National Population Health Survey. Social Science and Medicine 2000: 51: 123 - 33.
33. Gerdtham UG., Sundberg G. Equity in the delivery of health care in Sweden. Scand J Soc Med 1998: 2: 259 - 64.
34. <http://www.isic.lt> – Lietuvos sveikatos informacijos centras.
35. Haynes R., Bentham R., Lovett A., Gale S. Effects of distances to hospital and GP surgery on hospital inpatient episodes, controlling for needs and provision. Soc Sci Med. 1999: 49(3): 425 - 33.
36. Jankauskienė D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. Visuomenės sveikata, 2000; 1(11): p. 81 - 91.
37. Van der Meer J., van den Bos J., Mackenbach J. Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. Health Policy 1996: 37: 1 - 18.
38. De la Hoz K., Leon D. Seef - perceived health status and inequalities in the use of health services in Spain. Int J Epidemiol 1996: 25(3): 593 - 603.
39. Campbell JL., Ramsay J., Green J. Age, gender, socioeconomic and ethnic differences in patients assessments of primary health care. Quality in Health Care 2001; 10: 90 - 95.

40. Van Doorslaer E., Wagstaff A., van der Burg H., Christiansen T. et al. Equity in the delivery of health care in Europe and US. *J Health Econ* 2000; 19: 553 - 83.
41. Misevičienė I., Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina*, 2002; 38(11): p. 1129 - 35.
42. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. *Medicina* 2002; 38(1): p. 94 - 102.
43. Europos Petrauskienė J., Kalėdienė R. Teritoriniai ir socialiniai Lietuvos gyventojų mirtingumo skirtumai. Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai Lietuvoje - situacijos analizė. Kaunas: KMU; 1998, p. 15 - 45.
44. Petrauskienė J., Kalėdienė R. Teritoriniai Lietuvos gyventojų vidutinės būsimos gyvenimo trukmės skirtumai. Kaunas; 2000.
45. Kalėdienė R., Petrauskienė J. Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų pokyčiai pereinamuoju į rinkos ekonomiką laikotarpiu. *Medicina* 2001; 37: 1537 - 43.
46. Sveikata 21: Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione.
47. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai - problemos Vilniaus mieste. *Medicina* 2001; 37: 293 - 301.
48. Kairys J., Žėbienė E., Rutkys BA., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei kaimeliuose. *Medicina* 2004; 40(2): p. 178 - 190.
49. Plieskis M., Petrauskienė J., Leonavičius V. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje. Gyventojų pasitenkinimas paslaugomis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004; p. 640 -44.
50. Williams S., Weinman J., Dale J., Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995; 12: 193 - 201.
51. Kenny D. Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. *Psychol Health* 1995; 10: 427 - 37.
52. Perneger T., Etter J., Raetzo M., Schaller P., Stalder H. Comparison of patient satisfaction with ambulatory visits in competing health care delivery settings in Geneva, Switzerland. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 463 - 8.
53. Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos.// Sveikatos drauda, VLK; 2005, Nr.1.

54. LR sveikatos apsaugos ministerija. Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2000 05 31 įsakymo Nr.301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų tvarkos“: sveikatos apsaugos ministro 2000 05 31 įsakymas Nr.301. Žin., 2000, Nr.
55. LR sveikatos apsaugos ministerija. Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2005 12 05 įsakymo Nr.V - 943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“: sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943. Žin., 2005, Nr. 143.
56. Valius L., Mačinskas Š. Bendrieji šeimos medicinos praktikos organizavimo principai // Šeimos medicinos pagrindai. - Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 453 - 7.
57. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programa. Žin., 2004, Nr.144.
58. Vinickienė V., Liaudanskienė R., Šinkūnaitė R. Vartotojų poreikių tenkinimo tyrimai. VMAI pranešimas, Vilnius, 2002.
59. Jung HP., Baerveldt C., Olesen F., Grol R. et al. Patients characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. Health Expectation 2003;6:160 - 81.
60. Milašauskienė Ž., Juodytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. Medicina, 2006: 42(3): 231 - 7.
61. Jankauskienė D. Lietuvos sveikatos sistemos perspektyvos. Pranešimas Lietuvos Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje, Vilnius, 2006.
62. Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius, 2003, p. 369 – 370, 415 – 425.
63. <http://www.sam.lt/lt/sam/veikla/esveikata>.
64. [http://www.sam.lt/images/Dokumentai/eSveikata/gs\\_esveikata\\_web\\_version.pdf](http://www.sam.lt/images/Dokumentai/eSveikata/gs_esveikata_web_version.pdf).
65. Edvardson B., Thomasson B., Ovretveit J. Quality of Service. Making it really work. Mc Grawhile, 1994.
66. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. VŽ, 2004, Nr.144.
67. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. [www.medicine.kmu.lt/0409/0409 - 111.pdf](http://www.medicine.kmu.lt/0409/0409 - 111.pdf).
68. Valkauskas R. Statistika, Vilnius, 2005.
69. Gaižauskienė A., Grabauskas V., Kučinskienė Z. ir kiti Atviros Lietuvos fondo projekto “ Sveikatos žmogiškųjų išteklių raida ir planavimas Lietuvoje” ataskaita, 2002.

## ANOTACIJA

Šiame darbe analizuota pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, ją įtakojantys veiksniai. Atliktas tyrimas, kurio metu turtas pacientų ir darbuotojų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis, bei požiūris į informacinių technologijų diegimą sveikatos sistemoje. Pateikti tyrimo rezultatai, išvados ir rekomendacijos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, pasitenkinimas, informacinės technologijos.

## SANTRAUKA

Vykstant sveikatos sistemos reformai, labai svarbu sekti sveikatos priežiūros prieinamumo ir pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis pokyčius. Pacientai, tiesiogiai dalyvaudami sveikatos priežiūros procese, gali nurodyti tai, kas jiems svarbiausia, o kas mažiau reikšminga. Pacientų vertinimai gali būti panaudojami nustatant silpnąsias sveikatos priežiūros grandis, kurioms sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, šalies politikai turėtų skirti didesnę dėmesį. Pacientų dalyvavimas sveikatos priežiūros procese, jų bendradarbiavimas su gydytojais ir kitu medicinos personalu yra tiesiogiai susijęs su jų lūkesčių bei poreikių atitikimu, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Siekiant įvertinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pasitenkinimą jomis, VšĮ Tauragės rajono PSPC buvo atliktas anoniminis anketinis tyrimas. Apklausoje dalyvavo prie VšĮ Tauragės rajono PSPC prisirašę ir pas bendrosios praktikos gydytojus besilankantys pacientai, bei įstaigos darbuotojai. Pacientams išdalinta 500 anketų, gautos 449 užpildytos anketos (atsakas 89,8 proc.). Darbuotojams išdalinta 170 anketų, gauta 140 užpildytų anketų (atsakas 82,3 proc.).

Tyrimo rezultatai parodė, kad pacientų ir darbuotojų požiūris į pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis skyrėsi. Pacientai gerai vertino suteiktą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, darbuotojai buvo kritiškesni. Skirtumų tarp darbuotojų ir pacientų nuomonių mažinimui reikia planuoti forumus, susitikimus, diskusijas.

Tyrimo metu nustatyta, kad darbuotojams trūksta informacijos apie informacines technologijas, jų diegimą sveikatos priežiūros įstaigose, tik trečdalis darbuotojų sutiktų skirti daugiau lėšų el. sveikatos metodų taikymui įstaigoje. Tai, kad nėra absoliučios daugumos personalo

tarpe, kuri palankiai vertintų el. sveikatos projektą ir palaikytų finansavimą šioje srityje rodo, kad reikia planuoti papildomas priemones darbuotojų mokymui IT panaudojimo sveikatos apsaugos srityje.

## **PRIEDAI**

**ANKETA PACIENTAMS****1. Kaip dažnai lankotės Tauragės rajono PSPC (poliklinikoje)?**

- Dažniau nei kartą per mėnesį
- Kartą per mėnesį
- Kartą per pusę metų
- Rečiau nei kartą per metus

**2. Kaip esate patenkintas registracija pas gydytojus?**

- Visiškai nepatenkintas
- Nepatenkintas
- Iš dalies patenkintas
- Patenkintas
- Visiškai patenkintas

**3. Kiek laiko laukiate prie gydytojo kabineto?**

- Iki 5 min.
- 6-10 min.
- 11-15 min.
- 16-20 min.
- 21-25 min.

**4. Kaip patenkintas šios gydymo įstaigos darbo valandomis?**

- Visiškai nepatenkintas
- Nepatenkintas
- Iš dalies patenkintas
- Patenkintas
- Visiškai patenkintas

**5. Ar atsiradus sveikatos problemoms, konsultuojatės telefonu su šios poliklinikos gydytoju?**

- Niekada
- Labai retai
- Kartais
- Dažnai
- Visada

**6. Kaip esate patenkintas gydytojo iškviatimu į namus?**

- Visiškai nepatenkintas
- Nepatenkintas
- Iš dalies patenkintas

- Patenkintas  
 Visiškai patenkintas

**7. Kaip esate patenkintas šios poliklinikos darbuotojais?**

- Visiškai nepatenkintas  
 Nepatenkintas  
 Iš dalies patenkintas  
 Patenkintas  
 Visiškai patenkintas

**8. Ar pasitikite savo gydytoju?**

- Visiškai nepasitikiu  
 Nepasitikiu  
 Iš dalies pasitikiu  
 Pasitikiu  
 Visiškai pasitikiu

**9. Nurodykite, kaip esate patenkintas žemiau išvardintais teiginiais. (Pažymėkite atsakymą)**

	Visiškai nepatenkintas	Nepatenkintas	Iš dalies patenkintas	Patenkintas	Visiškai patenkintas
Gydytojas Jus išklauso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaunate atsakymus į Jums rūpimus klausimus apie sveikatą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suteikia tinkamą medicininę paslaugą reikiamu laiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paaiškina apie medicinos procedūras, testų rezultatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pataria, kaip gydyti ligą ir būti sveikam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pateikia mokomosios medžiagos apie ligą, sveikatą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paaiškina išrašytų vaistų įtaką ligai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nurodo išrašytų vaistų kainas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Kaip esate patenkintas šios poliklinikos slaugytojų darbu?**

- Visiškai nepatenkintas  
 Nepatenkintas  
 Iš dalies patenkintas  
 Patenkintas  
 Visiškai patenkintas



### 11. Kur ieškote informacijos apie gydymo įstaigą?

- Skaitau skelbimus laikraščiuose  
 Internete  
 Skambinu informacijos telefonu  
 Telefonų knygoje  
 Ieškau medikiniuose žurnaluose  
 Klausiu gydytojo  
 Klausiu pažįstamų  
 Kita (įrašykite) \_\_\_\_\_

### 12. Ar manote, kad poliklinikos kompiuterizavimas pagerins teikiamų paslaugų kokybę?

- Taip  
 Ne  
 Nežinau  
 Neturiu nuomonės

### 13. Nurodykite, kaip Jūs esate patenkintas žemiau išvardintais teiginiais apie polikliniką. (Pažymėkite atsakymą)

	Visiškai nepatenkintas	Nepatenkintas	Iš dalies patenkintas	Patenkintas	Visiškai patenkintas
Patogi gydymo įstaigos vieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Išorinė poliklinikos aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patogi automobilių stovėjimo aikštelė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydymo įstaigos patalpų aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patalpų oro temperatūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patalpų apšvietimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliklinikos diagnostikos aparatūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliklinikos gydytojų, slaugytojų apranga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija apie gydytojų darbo laiką	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija apie gydymo įstaigą internete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 14. Nurodykite, kiek svarbūs Jums žemiau išvardinti veiksniai, renkantis polikliniką. (Pažymėkite atsakymą)

	Visiškai nesvarbu	Nesvarbu	Iš dalies svarbu	Svarbu	Labai svarbu
Arti gyvenamosios vietos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirba patirties turintis gydytojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malonus ir rūpestingas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

personalas					
Greita registracija pas gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija spaudoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija internete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydosi artimieji, draugai, pažįstami, kaimynai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvarkinga gydymo įstaigos aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Kaip vertinate savo sveikatą?**

- Visiškai nepatenkintas  
 Nepatenkintas  
 Iš dalies patenkintas  
 Patenkintas  
 Visiškai patenkintas

**16. Kitą kartą naudositės šios gydymo įstaigos paslaugomis?**

- Visiškai nesutinku  
 Nesutinku  
 Iš dalies sutinku  
 Sutinku  
 Visiškai sutinku

**17. Kaip sutinkate su teiginiu: Rekomenduosiu šią polikliniką savo draugams, giminaičiams, pažįstamiems.**

- Visiškai nesutinku  
 Nesutinku  
 Iš dalies sutinku  
 Sutinku  
 Visiškai sutinku

**18. Ką patartumėte keisti poliklinikoje, kas Jums visada būtų malonu ateiti? (Parašykite savo nuomonę)**

---



---

**19. Jūsų amžius (įrašykite) \_\_\_\_\_ metai**

**20. Vidutinės pajamos, tenkančios vienam Jūsų šeimos nariui (įrašykite) \_\_\_\_\_**

**21. Jūsų išsilavinimas:**

- Nebaigtas vidurinis
- Aukštesnysis
- Aukštasis
- Kita \_\_\_\_\_

**22. Jūsų gyvenamoji vieta:**

- Tauragės miestas
- Tauragės rajonas
- Kita (įrašykite) \_\_\_\_\_

**23. Kiek laiko (metais) esate prisirašęs prie savo gydymo įstaigos? (Įrašykite) \_\_\_\_\_**

**Dėkojame už atsakymus**

# ANKETA DARBUOTOJAMS

Pildymo data \_\_\_\_\_

**1. Ar tinkamai rajono gyventojai lankosi poliklinikoje?**

- Lankosi reguliariai, ne per dažnai
- Lankosi reguliariai, bet kiek per dažnai
- Lankosi reguliariai, bet per retai
- Lankosi nereguliariai

**2. Ar mūsų pacientai turėtų būti patenkinti registracija pas gydytojus?**

- Visiškai nepatenkinti
- Nepatenkinti
- Iš dalies patenkinti
- Patenkinti
- Visiškai patenkinti

**3. Kiek laiko, Jūsų nuomone, yra laukiama prie gydytojo kabineto?**

- Iki 5 min.
- 6-10 min.
- 11-15 min.
- 16-20 min.
- 21-25 min.

**4. Kaip pacientas ar būtumėte patenkintas poliklinikos darbo valandomis?**

- Visiškai nepatenkintas
- Nepatenkintas
- Iš dalies patenkintas
- Patenkintas
- Visiškai patenkintas

**5. Ar atsiradus sveikatos problemoms, pirmiausiai konsultuojatės telefonu su savo poliklinikos gydytoju?**

- Niekada
- Labai retai
- Kartais
- Dažnai
- Visada

**6. Kaip gali būti mūsų pacientai patenkinti gydytojo iškvietimu į namus?**

- Visiškai nepatenkinti  
 Nepatenkinti  
 Iš dalies patenkinti  
 Patenkinti  
 Visiškai patenkinti

**7. Kaip esate patenkintas savo darbo kokybe?**

- Visiškai nepatenkintas  
 Nepatenkintas  
 Iš dalies patenkintas  
 Patenkintas  
 Visiškai patenkintas

**8. Ar pasitikite savo kolegų – gydytojų sprendimais gydant pacientą?**

- Visiškai nepasitikiu  
 Nepasitikiu  
 Iš dalies pasitikiu  
 Pasitikiu  
 Visiškai pasitikiu

**9. Nurodykite, kaip esate patenkintas žemiau išvardintais teiginiais. (Pažymėkite atsakymą)**

	Visiškai nepatenkintas (arba visiškai negauna paslaugos)	Nepatenkintas	Iš dalies patenkintas	Patenkintas	Visiškai patenkintas
Pacientas Jūsų paslaugomis būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientas, gaunantis poliklinikoje atsakymus į jam rūpimus klausimus apie sveikatą, būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientas dėl suteiktos paslaugos kokybės ir laiko (greičio) poliklinikoje būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientas, paaiškinus jam apie medicinos procedūras, testų rezultatus, būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientas dėl patarimų poliklinikoje, kaip gydyti ligą ir būti sveikam, būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientas dėl pateiktos mokomosios medžiagos apie ligą, sveikatą, būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pacientas, paaiškinus jam apie išrašytų vaistų įtaką ligai, būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientas, nurodžius jam išrašytų vaistų kainas, būna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. Kaip gali būti patenkinti pacientai poliklinikos slaugytojų darbu?

- Visiškai nepatenkintas  
 Nepatenkintas  
 Iš dalies patenkintas  
 Patenkintas  
 Visiškai patenkintas

### 11. Kur Jūs, kaip pacientas, ieškotumėte informacijos apie gydymo įstaigą?

- Skaitau skelbimus laikraščiuose  
 Internete  
 Skambinu informacijos telefonu  
 Telefonų knygoje  
 Ieškau medikiniuose žurnaluose  
 Klausiu gydytojo  
 Klausiu pažįstamų  
 Kita (įrašykite) \_\_\_\_\_

### 12. Ar manote, kad poliklinikos kompiuterizavimas pagerins teikiamų paslaugų kokybę?

- Taip  
 Ne  
 Nežinau  
 Neturiu nuomonės

### 13. Nurodykite, kaip Jūs esate patenkintas žemiau išvardintais teiginiais apie polikliniką. (Pažymėkite atsakymą)

	Visiškai nepatenkintas	Nepatenkintas	Iš dalies patenkintas	Patenkintas	Visiškai patenkintas
Patogi gydymo įstaigos vieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Išorinė poliklinikos aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patogi automobilių stovėjimo aikštelė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydymo įstaigos patalpų aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patalpų oro temperatūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patalpų apšvietimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliklinikos diagnostikos aparatūra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliklinikos gydytojų, slaugytojų apranga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija apie gydytojų darbo laiką	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija apie gydymo įstaigą internete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Nurodykite, kiek svarbūs Jums atrodo žemiau išvardinti veiksniai pacientui renkantis Jūsų polikliniką. (Pažymėkite atsakymą)**

	Visiškai nesvarbu	Nesvarbu	Iš dalies svarbu	Svarbu	Labai svarbu
Arti gyvenamosios vietos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirba patirties turintis gydytojas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malonus ir rūpestingas personalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greita registracija pas gydytoją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija spaudoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informacija internete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydosi artimieji, draugai, pažįstami, kaimynai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvarkinga gydymo įstaigos aplinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Kaip vertinate savo sveikatą?**

- Visiškai nepatenkintas  
 Nepatenkintas  
 Iš dalies patenkintas  
 Patenkintas  
 Visiškai patenkintas

**16. Ar galėtumėte apsispręsti esant reikalui pirmiausiai naudotis savo įstaigos paslaugomis?**

- Visiškai nesutinku  
 Nesutinku  
 Iš dalies sutinku  
 Sutinku  
 Visiškai sutinku

**17. Ar sutinkate, kad jūsų polikliniką galima drąsiai rekomenduoti draugams, giminaičiams, pažįstamiems.**

- Visiškai nesutinku
- Nesutinku
- Iš dalies sutinku
- Sutinku
- Visiškai sutinku

**18. Ką patartumėte keisti poliklinikoje, kad pacientui būtų maloniau atvykus? (Parašykite savo nuomonę)**

---



---

**19. Ar esate prisirašęs prie savo gydymo įstaigos? (Irašykite) \_\_\_\_\_**

**20. Kaip vertinate savo žinias apie e-Sveikatą?**

- Blogai
- Vidutiniškai
- Gerai
- Labai gerai, nes dirbu e-Sveikatos srityje

**21. Kokius žinote svarbiausius e-Sveikatos pritaikymo būdus? (gali būti keletas atsakymo variantų)**

- Elektroninė informacijos sistema apie sveikatą
- Elektroninė paciento kortelė
- Administracinės sistemos
- Sprendimų priėmimo būdai
- Telemedicina
- Nežinau

**22. Iš kur sužinojote apie e-Sveikatą? (gali būti keletas atsakymo variantų)**

- Žiniasklaida (internetas)
- Konferencijos / seminarai
- Mokykla / universitetas
- Podiplominės studijos
- Patirtis darbo metu
- Tyrimai ir projektai susiję su e-Sveikata
- Nežinau

**23. Ar sutiktumėte skirti daugiau lėšų e-Sveikatos metodų taikymui savo įstaigoje?**

- Taip
- Ne



Galbūt

**24. Ar e-Sveikatos metodų pritaikymas yra svarbus Jūsų įstaigai?**

Taip  Ne

**25. Kaip vertinate e-sveikatos metodų vystymą ateityje?**

- Dauguma sveikatos paslaugų teikimo įstaigų turėtų būti sujungta į e-Sveikatos tinklą per 3 metus
- Dauguma sveikatos paslaugų teikimo įstaigų turėtų būti sujungta į e-Sveikatos tinklą per 5 metus
- Dauguma sveikatos paslaugų teikimo įstaigų turėtų būti sujungta į e-Sveikatos tinklą per daugiau nei 5 metus

**26. Kaip vertinate tarptautinio e-Sveikatos tinklo išvystymą?**

- Gerai išvystytas
- Nepakankamai išvystytas
- Neišvystytas
- Nežinau

**27. Ar e-Sveikatos metodų taikymas užtikrintų sveikatos paslaugų prieinamumą atokiose (kaimo) vietovėse?**

- Neužtikrintų
- Šiek tiek užtikrintų
- Greičiausiai užtikrintų
- Tikrai užtikrintų
- Neturiu nuomonės

**28. Ar regioninio bei tarptautinio e-Sveikatos metodų tinklo plėtojimas būtų naudingas daug keliaujantis žmonėms?**

- Taip
- Ne
- Galbūt

**29. Kaip vertinate tarptautinį e-Sveikatos metodų pritaikymą skirtinguose medicinos srityse? (pažymėkite skaičių, labiausiai atitinkantį Jūsų nuomonę)**

Blogai 1 2 3 4 5 Gerai

**Dėkojame už atsakymus**

**SANTRUMPOS**

LR – Lietuvos Respublika

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

PSP – Pirminė sveikatos priežiūra

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VšĮ – Viešoji įstaiga

PSPC – Pirminės sveikatos priežiūros centras

BPG – Bendrosios praktikos gydytojas

MN – Medicinos norma

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

IT – Informacinės technologijos

El. sveikata – Elektroninė sveikata