

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SAULIUS ANDRUŠKEVIČIUS

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IR E. SVEIKATOS
VERTĖS SUVOKIMAS IŠ LIETUVOS GYVENTOJŲ
PERSPEKTYVOS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
Prof. dr. *Birutė Mikulskienė*

VILNIUS
2021

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	3
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	4
PRIEDŲ SĄRAŠAS	5
NAUDOJAMI TRUMPINIAI.....	6
IVADAS.....	7
1. VERTĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE	11
1.1 Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra	11
1.2 Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas iš paciento perspektyvos	13
1.3 Sveikatos priežiūros paslaugų vertė pacientui.....	18
2. ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS	19
2.1 Elektroninės sveikatos sistemos pasaulyje	19
2.2 Lietuvos elektroninė sveikatos sistema	22
2.3 Elektroninių sveikatos sistemų vertė vartotojui.....	24
3. LIETUVOS GYVENTOJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS VERTĖS SUVOKIMO TYRIMAS.....	28
3.1 Tyrimo metodologija ir eiga	28
3.2 Rezultatai	32
3.2.1 Demografinė respondentų analizė.....	32
3.2.2 Sveikatos priežiūros paslaugų analizė	33
3.2.3 E. sveikatos sistemos analizė	42
3.2.4 Hipotezės patikrinimas.....	51
3.3 Diskusija	52
IŠVADOS.....	63
PASIŪLYMAI	65
BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	66
SANTRAUKA	78
SUMMARY	79
PRIEDAI	80

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

<i>Pav. 1</i> Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.	32
<i>Pav. 2</i> Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.	32
<i>Pav. 3</i> Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą.	32
<i>Pav. 4</i> Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.	32
<i>Pav. 5</i> Laukimo laikas iki I-ojo lygio sveikatos priežiūros paslaugų gavimo.	35
<i>Pav. 6</i> Laukimo laikas iki specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo.	35
<i>Pav. 7</i> Domėjimosi medikamentais sritys konsultacijos metu.	35
<i>Pav. 8</i> Saugios sveikatos priežiūros rodikliai.	36
<i>Pav. 9</i> Patiriami sunkumai kreipiantis į gydymo įstaigą.	37
<i>Pav. 10</i> Respondentų patirtis ieškant informacijos apie artimųjų sveikatą.	38
<i>Pav. 11</i> Su sveikatos priežiūros prieinamumu asocijuojami veiksniai.	38
<i>Pav. 12</i> Respondentų patirtis dalyvaujant gydymo procese.	39
<i>Pav. 13</i> Indikacijos kontaktiniam apsilankymui pas gydytoją.	40
<i>Pav. 14</i> Su konsultacijų efektyvumu siejamos elektroninių sveikatos sistemų charakteristikos.	43
<i>Pav. 15</i> Respondentų nurodomi jautriausi sveikatos priežiūros duomenys.	44
<i>Pav. 16</i> Galima elektroninių sveikatos sistemų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų saugumui.	45
<i>Pav. 17</i> Elektroninių sveikatos sistemų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų gavimui.	46
<i>Pav. 18</i> Vartotojui svarbios elektroninių sveikatos sistemų funkcijos.	47
<i>Pav. 19</i> Sveikatos priežiūros paslaugų našumui turintys įtakos elektroninių sveikatos sistemų veiksniai	49
<i>Pav. 20</i> Respondentų pateikiami lūkesčiai, siejami su sveikatos priežiūros paslaugų gerėjimui, jei gydytojas skirtų daugiau laiko pacientui.	50
<i>Pav. 21</i> Su sveikatos paslaugų nešališkumu siejamų elektroninių sveikatos sistemų charakteristikos .	50

LENTELIŲ SĄRAŠAS

<i>1 lentelė.</i> Elektroninių sveikatos sistemų plėtojime sutinkami iššūkiai.	21
<i>2 lentelė.</i> Anketos klausimų klasifikacija.	30
<i>3 lentelė.</i> Ambulatorinių k-jų efektyvumą atspindintys veiksniai.	33
<i>4 lentelė.</i> Stacionarinių/SPS paslaugų efektyvumą sąlygojantys veiksniai.	34
<i>5 lentelė.</i> Papildomo domėjimosi reikalaujančios sveikatos temos.	36
<i>6 lentelė.</i> Respondentų siūlomi sprendimai, mažinantys eiles sveikatos priežiūros paslaugoms gauti.	41
<i>7 lentelė.</i> Diskriminaciją sveikatos priežiūroje sąlygoję veiksniai.	41
<i>8 lentelė.</i> Respondentų nurodoma nuotolinių konsultacijų įtaka sveikatos priežiūros paslaugoms.	42
<i>9 lentelė.</i> Papildomos informacijos poreikis e. sveikatos sistemoje.	43
<i>10 lentelė.</i> Vertingiausios elektroninių sveikatos sistemų funkcijos.	45
<i>11 lentelė.</i> Su naudojimosi patogumu siejamos elektroninių sveikatos sistemų funkcijos.	47
<i>12 lentelė.</i> Respondentų nurodomos indikacijos nuotolinėms konsultacijoms.	48
<i>13 lentelė.</i> Dažniausi pasirinkimai, siejami su e. sveikatos verte.	51

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 PRIEDAS. Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą	81
2 PRIEDAS. Sveikatos priežiūros paslaugų ir e. sveikatos vertės analizės anketa	82

NAUDOJAMI TRUMPINIAI

Angl. – angliškai.

E. sveikata – Lietuvos elektroninė sveikatos sistema.

COVID-19 (angl. „coronavirus disease 2019“) – viruso pavadinimas.

IT – informacinės technologijos.

PSO – pasaulio sveikatos organizacija.

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos.

PSQ-18 (angl. „The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form“) – pacientų pasitenkinimo klausimynas.

PRO (angl. „Patient reported outcomes“) – pacientų nurodomos išeitys.

PROM (angl. patient reported outcome measures) – pacientų nurodomų išeikių matavimas.

HRQoL (angl. Health Related Quality of Life) – gyvenimo kokybės klausimynas.

SERVQUAL – paslaugų kokybės matavimo metodika.

ESPBI IS - e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos.

SAM – sveikatos apsaugos ministerija.

MRU – Mykolo Romerio universitetas.

LMT – Lietuvos mokslo taryba.

SPSS (angl. „Statistical Package for Social Science“) – statistinės programinės įrangos paketas.

IVADAS

Temos aktualumas

Informacinių technologijų pritaikymas sveikatos priežiūros sektoriuje tampa neatsiejamas nuo kokybiškų medicinos paslaugų ir vadybos. Remiantis atliktais moksliniais tyrimais bei ekonomistų prognozėmis, tinkamas, savalaikis bei kokybiškas sveikatos priežiūros informacinių technologijų įgyvendinimas leidžia pagerinti teikiamų paslaugų efektyvumą ir našumą, o kartais - ir sumažinti valstybines bei institucines išlaidas sveikatos sektoriuje.¹ Tokie pokyčiai neabejotinai lemia ir pacientų mokesčių sumažinimo galimybes, tačiau elektroninių sveikatos sistemų tikslas turėtų būti ne tik lėšų sutaupymas, bet ir sveikatos priežiūros kokybės gerinimas.

Ne vieną dešimtmetį buvo kalbama, kad elektroninės sveikatos sistemos ateityje neišvengiamai užims dominuojantį vaidmenį sveikatos priežiūros paslaugų teikime.² Ir štai, pasaulinės COVID-19 pandemijos dėka, ši diena išaušo – siekiant sustabdyti viruso plitimą tiesioginių kontaktų metu, paslaugų pasiekiamumas tapo priklausomas nuo nuotolinių konsultacijų ir elektroninio duomenų perdavimo, tapusių iššūkiu tvarkantis su didesnėmis sistemos apkrovomis. Dėl srities naujumo ir inovatyvumo, elektroninių sveikatos sistemų potencialą užgožia sudėtingas ir didelių išlaidų reikalaujantis šių technologijų įgyvendinimas, sklandžią veiklą, platų pritaikymą bei apčiuopiamą ekonominę naudą nustumiantis į ateitį. Siekiant norimų rezultatų ir didžiausios ekonominės naudos, būtina atsakingai įvertinti numatomas išlaidas, o sistemų kūrimą ir vystymą vykdyti remiantis jų naudotojų nuomone, prioritetais ir pastarųjų aplinkybių nulemta asmenine patirtimi bei suformuotomis vertybėmis.

Šiuolaikinė ekonominiu ir socialiniu požiūriu verte pagrįsta sveikatos priežiūra negali būti atsieta nuo kokybiškų paslaugų teikimo, efektyvios vadybos bei vartotojų nuomonės.³ Visos sveikatos sudedamosios yra sąveikaujančios tarpusavyje ir turinčios skirtingą reikšmę žmonėms, susidūrusiems su įvairiais gyvenimo pokyčiais. Todėl, siekiant vystyti į vertę pacientui orientuotą sveikatos priežiūrą, vertės rodikliai turėtų būti maksimaliai individualizuoti ir aiškiai atspindintys vartotojo prioritetus. Šiam tikslui pasiekti reikalinga sukurti struktūrizuotą, universalų įrankį, padedantį apsibrėžti, kokias paslaugas jų gavėjas vertina labiausiai. Pacientų pasirinkimų įvedimas į kasdienę klinikinę praktiką tas vertybes paverstų matomomis visiems sveikatos specialistams, jas integruotų į sprendimų priėmimo procesą, nukreiptų elektroninių sistemų vystymą jų vartotojui naudingiausia linkme.⁴

¹ Md. Mohaimenul Islam, Tahmina Nasrin Poly, ir Yu-Chuan Li, „Recent Advancement of Clinical Information Systems: Opportunities and Challenges“, *Yearbook of Medical Informatics* 27, nr. 01 (2018 m. rugpjūčio): 083–090, <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667075>

² „Telehealth adoption tracker“, The Chartis Group, žiūrėta 2021m. sausio 5d., https://reports.chartis.com/telehealth_trends_and_implications-aug2020/

³ Romualdas Gurevičius, „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą“, *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015): 5–8.

⁴ Dee Mangin ir kt., „Making Patient Values Visible in Healthcare: A Systematic Review of Tools to Assess Patient Treatment Priorities and Preferences in the Context of Multimorbidity“, *BMJ Open* 6, nr. 6 (2016 m. birželio): e010903,

Temos iširtumas

Sveikatos priežiūros paslaugų vertė, jau ne vienerius metus tyrinėjama mokslininkų, vis dar neturi aiškaus ir universalaus apibrėžimo. Ekonominis materialinių išteklių sąnaudų ir klinikinio rezultato santykis prarado prasmę, kai paslaugų kokybės suvokimas tapo paremtas į pacientą orientuotos, individualios vertės kūrimu. Vienas aktyviausių į sveikatos sistemos vertę besigilinančių ir jos apibrėžimo ieškančių mokslininkų, Harvardo verslo mokyklos atstovas – Maiklas Porteris (Michael Porter) – kuris kartu su kolegomis tyrinėja vadybinius sprendimus, užtikrinančius individualizuotos naudos paslaugų gavėjui kūrimą, atsisakant vertės nekuriančių paslaugų ir išlaidų.⁵

Į sveikatos priežiūros vertę ir personalizuotą jos formuluotę dėmesį savo 2017 m. publikacija siekė atkreipti Marzorati (Marzorati) ir Pravetoni (Pravettoni).⁶ Autorės skatina įrodymais pagrįstą (angl. Evidence-based) priežiūrą keisti į vertę paslaugų gavėjui paremtą (angl. Value-based), kuri, įgalinant pacientą, leistų pasiekti geresnių rezultatų ir pasitenkinimo lygio, sumažintų nenumatytų išlaidų tikimybę.

Tikslas orientuotis į pacientų vertybes tapo dar aktualesnis virusinės COVID-19 pandemijos fone, kai dalies medicinos paslaugų perkėlimas į elektroninę erdvę ir nepakankamas jų pasiekiamumas sukėlė nepasitenkinimą visuomenėje. Modernių e. sveikatos funkcijų poreikis ir augantis tokio tipo elektroninių sistemų populiarumas pasaulyje, neabejotinai pareikalaus papildomų investicijų ateityje. Šiems pokyčiams reikia ruoštis, mokytis iš praeities klaidų. Lietuvos mokslininkų daugkartiniai tyrimai jau yra į dienos šviesą išskėlę įvairias e. sveikatos plėtros problemas: negebėjimas suformuluoti IT techninės užduoties, menkas suvokimas, kokius pagrindinius tikslus turėtų tenkinti e. sveikatos moduliai, mažas suinteresuotųjų įtraukimas ir kartais net jų poreikių ignoravimas.⁷ Diegiant sudėtingas ir nuo visuomenės prioritetų priklausančias inovacijas, trūksta mokslinių žinių, kaip jos prisideda prie bendros sveikatos priežiūros kokybės, suvokiamos iš paciento perspektyvos. Pacientų ir jų vertybių įtraukimas į sveikatos priežiūros politikos formavimo procesus pažymimas, kaip puiki, kokybę gerinanti praktika⁸, kurios pritaikymą elektroninių sveikatos sistemų vystyme palaiko ir užsienio mokslininkai –

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010903>; Terri R. Fried ir kt., „Health Outcome Prioritization to Elicit Preferences of Older Persons with Multiple Health Conditions”, *Patient Education and Counseling* 83, nr. 2 (2011 m. gegužės): 278–82, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.032>.

⁵ Robert S. Kaplan ir Michael E. Porter, „How to Solve the Cost Crisis in Health Care”, *Harvard Business Review* 89, nr. 9 (2011 m. rugsėjo): 46–52, 54, 56–61 passim; Michael E. Porter, „What Is Value in Health Care?”, *New England Journal of Medicine* 363, nr. 26 (2010 m. gruodžio 23 d.): 2477–81, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.

⁶ Chiara Marzorati ir Gabriella Pravettoni, „Value as the Key Concept in the Health Care System: How It Has Influenced Medical Practice and Clinical Decision-Making Processes”, *Journal of Multidisciplinary Healthcare* Volume 10 (2017 m. kovo): 101–6, <https://doi.org/10.2147/JMDH.S122383>.

⁷ Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė-Žilėnienė, ir Danguolė Jankauskienė, „E. Sveikatos Dalyvių Funkcijų Pasiskirstymo Svarba: Dalyvių Vaidmenų Rinkinyse”, *Health Policy and Management* 2, nr. 7 (2014 m.): 7–30, <https://doi.org/10.13165/SPV-14-2-7-01>.

⁸ Eleanor M. Peretto ir kt., „Emerging Good Practices for Transforming Value Assessment: Patients’ Voices, Patients’ Values”, *Value in Health* 21, nr. 4 (2018 m. balandžio): 386–93, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.013>.

2019 m. Leungo (Leung) ir kitų⁹ publikuotoje literatūros apžvalgoje, pažymima, kad sėkmingų pavyzdžių jau galima rasti ne vienoje šalyje, tačiau trūksta aiškaus plano, kaip šią metodiką įgyvendinti. Sveikatos priežiūros vadybos tyrimai dar nėra atsakę į klausimus, kaip pažinti ir išmatuoti pacientui kuriamą vertę bei kaip e. sveikata šia vertę papildo. Į pridėtinės sveikatos paslaugų vertės kūrimą orientuota e. sveikatos sistema išspręstų ne tik praktinę sveikatos priežiūros neefektyviai valdomų kaštų problemą, bet ir padėtų valdyti gan chaotišką ir inertišką šios valstybinės elektroninės sistemos plėtros procesą.

Tyrimo objektas

Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros ir elektroninės sveikatos sistemos vertės suvokimas.

Tyrimo problema

Kokios sveikatos priežiūros paslaugos vertingiausios pacientui? Kaip šiuolaikinio sveikatos paslaugų gavėjo portretas veikia e. sveikatos priežiūros paslaugos poreikį? Kokius sveikatos priežiūros dėmenis ir kokiomis savo funkcijomis e. sveikatos sistema turėtų papildyti, norint didinti patrauklumą naudotojui?

Tyrimo hipotezė

E. sveikatos sistemos vertė Lietuvos gyventojų siejama su sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumo gerinimu ir ryšio tarp gydytojo ir paciento kūrimu.

Tyrimo tikslas

Nustatyti Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prioritetus, suvokiamą vertę ir jos ryšį su e. sveikatos sistemos charakteristikomis.

Tyrimo uždaviniai

1. Pritaikyti Lietuvos kontekstui ir išbandyti sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo metodiką, paremtą PSO paslaugų kokybės dėmenimis.
2. Apibrėžti Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo portretą, kuris padėtų įvertinti suvokiamą e. sveikatos sistemos vertę.
3. Nustatyti prioritetuojamas sveikatos priežiūros paslaugas ir jų vertę pacientui.
4. Apžvelgti galimas ir esamas e. sveikatos funkcijas, papildančias sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kuriančias didžiausią pridėtinę vertę naudotojui.

⁹ Kevin Leung ir kt., „Using Patient and Family Engagement Strategies to Improve Outcomes of Health Information Technology Initiatives: Scoping Review”, *Journal of Medical Internet Research* 21, nr. 10 (2019 m. spalio 8 d.): e14683, <https://doi.org/10.2196/14683>.

Tyrimo metodai

Mokslinės literatūros, Lietuvos teisės aktų paieška ir analizė; kiekybinis empirinis tyrimas; atsitiktinės paprastosios imties anketinė apklausa; aprašomoji statistika naudojant SPSS programą.

Darbo struktūra

Darbą sudaro teorinė ir praktinė dalys. Teorinėje dalyje analizuojamas mokslinėje literatūroje pateiktas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir vertės suvokimas, jų nustatymo metodikos, į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros charakteristikos. Papildomai apžvelgiamos Lietuvos ir užsienio šalių elektroninės sveikatos sistemos, jų funkcijos, kuriama vertė naudotojui.

Praktinėje dalyje pateikiami anketinių duomenų statistiniai skaičiavimai, atvaizduoti 11-oje lentelių ir 21-oje diagramoje. Lyginant gautus tyrimo rezultatus su kitų mokslininkų literatūra, formuojama diskusija, pateikiamos išsikeltus uždavinius atitinkančios išvados ir rekomendacijos.

1. VERTĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

1.1 Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra

Šiuolaikinė holistinė sveikatos samprata, paremta multidisciplininiu požiūriu, apibrėžiama kaip visuma, susidedanti iš viena nuo kitos priklausančių sričių: fizinės, protinės, emocinės, socialinės, asmeninės ir dvasinės gerovės. Jau 1948-aisiais Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) pateiktas sveikatos apibrėžimas akcentuoja ne tik ligos nebuvimą, bet ir visišką fizinę, psichinę bei socialinę gerovę.¹⁰ Toks požiūris į individo sveikatą apima didžiulį spektrą faktorių, nulemiančių savijautos pobūdį, taip užkraunant sveikatos priežiūrai atsakomybę ir už ekonominės bei socialinės aplinkos įtaką visuomenės sveikatai.¹¹

Sveikatos suvokimas iš paciento perspektyvos priklauso nuo asmens vertybių, charakterio savybių bei sveikatos raštingumo - žmogus gali jaustis blogai nesant ligos ir labai skirtingai sureaguoti šiai atsiradus. Atsakas į sveikatos sutrikimą nulemiamas ne vien fizinių veiksnių (pvz.: skausmas, silpnumas), bet ir psychosocialinės funkcijos – darbingumo, dalyvavimo bendruomenės veikloje, priklausomybės nuo šeimos ir kt.¹² Esant tokiam plačiam sveikatą lemiančių faktorių tinklui, siekiant geriausio efekto bei santykinai mažų išteklių sąnaudų, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, būtinas pastarųjų optimizavimas, atsižvelgiant į didžiausią įtaką darančius veiksnius. Toks rezultatas galimas pacientui suteikiant svarbų vaidmenį gydymo procese, pasidalinant atsakomybę sprendimų priėmimo.¹³

Pastaraisiais dešimtmečiais stebimas ryškus sveikatos priežiūros paslaugų modelio kitimas iš paternalistinio, gydytojo-autoriteto vaidmenį palaikančio, į paciento autonomiškumu paremtą, kai gydymo paslaugas gaunančiam asmeniui suteikiama galimybė aktyviai dalyvauti medicininių sprendimų priėmimo procese.¹⁴ Šiame santykiyje dominuoja dialogas, apsikeitimas informacija, kai gydytojas, remdamasis savo kompetencija, duomenis apie ligą pacientui pateikia išsamiai ir suprantamai, nurodydamas prognozę, galimas komplikacijas, tyrimų ir gydymo taktikos pasirinkimo variantus. Savo ruožtu, pacientas išsako savo lūkesčius, pageidavimus, požiūrį į ligą bei, suvokdamas gautą informaciją, kartu su gydytoju priima bendrą sprendimą.¹⁵ Tokia į pacientą orientuota medicinos praktika siekiama

¹⁰ „What is the WHO definition of health?“, *World Health Organization*, žiūrėta 2020m. gegužės 12d., <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>; Institute of Medicine (US) Committee on Using Performance Monitoring to Improve Community Health, „Understanding Health and Its Determinants“, iš *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring*, Durch JS, Bailey LA, Stoto MA, (Washington (DC): National Academies Press (US) 1997), 40-55.

¹¹ *Ibid*

¹² *Ibid*

¹³ „The Next Step in Guideline Development: Incorporating Patient Preferences“, *JAMA* 300, nr. 4 (2008 m. liepos 23 d.): 436, <https://doi.org/10.1001/jama.300.4.436>.

¹⁴ José A Sacristán, „Patient-Centered Medicine and Patient-Oriented Research: Improving Health Outcomes for Individual Patients“, *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13, nr. 1 (2013 m. gruodžio): 6, <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-6>; Robert D. Truog, „Patients and Doctors — The Evolution of a Relationship“, *New England Journal of Medicine* 366, nr. 7 (2012 m. vasario 16 d.): 581–85, <https://doi.org/10.1056/NEJMp1110848>.

¹⁵ Marzorati ir Pravettoni, *supra note*, 6.

ne tik pagydyti sveikatos sutrikimą, bet ir pagerinti individualių atvejų rezultatus ir išeitis, atsižvelgiant į pacientų pageidavimus, tikslus, vertybes bei turimus ekonominius išteklius.¹⁶ Bendradarbiavimas tarp specialisto ir medicinos paslaugų gavėjo suteikia galimybę medikui labiau įsigilinti į paciento padėtį, suvokti jo poreikius ir aiškiau apsibrėžti siekiamybes.¹⁷ Remiantis mokslinių publikacijų duomenimis, tokia praktika sveikatos priežiūros sistemą teigiamai veikia fiziniu, psichologiniu bei socialiniu požiūriu. 2000-aisiais metais publikuotame apžvalginiame tyrime buvo nustatyta, kad gydytojo orientavimasis į paciento poreikius, pagerino tiriamųjų sveikatos būklę ir padidino priežiūros efektyvumą sumažinant diagnostinių tyrimų ir siuntimų kitiems specialistams kiekį, kas papildomai sumažino ir sveikatos sektoriaus išlaidas.¹⁸ 2010-aisiais Ronaldo Epsteino (Ronald M. Epstein) ir kitų atlikta literatūros apžvalga pateikia panašias išvadas – į gydymo procesą įtraukiant pacientą, pagerinama gyvenimo kokybė bei su sveikatos sutrikimais susijusios išeitys, atsakingiau laikomasi vaistų vartojimo rekomendacijų, stiprėja lėtinių ligų kontrolė, sumažinama socioekonominė atskirtis ir net palengvinama nerimo ar depresinių sutrikimų dispozicija. Visi minėti rezultatai tuo pat metu siejami ir su sumažintomis sveikatos priežiūros išlaidomis bei retesniu ginčų sprendimu pasitelkiant teisinius įrankius.¹⁹

Į pacientą orientuota medicina yra asmeninių, profesinių ir organizacinių santykių kokybės visuma, kuri gali būti pasiekama aiškiai apsibrėžus sveikatos priežiūros vertybes iš paciento perspektyvos. Šios vertybės ir turėtų būti pagrindinė į sveikatos paslaugų gavėją orientuotos sistemos kokybės ir veiklos gerinimo varomoji jėga.²⁰ Būtinybė rasti geresnių būdų, kaip paslaugas nukreipti ne į apimtį, o į vertę, pastūmėja pacientus, gydytojus, politikos formuotojus ir kitas suinteresuotąsias šalis atkreipti dėmesį į tai, ką reiškia vertė ir kokie yra pagrindiniai šios koncepcijos bruožai.²¹ Deja, ši užduotis niekad nebus lengvai išsprendžiama, nes kultūrinių skirtumų, politinių pažiūrų, socialinio statuso ar istorinių laikotarpių nulemti individualūs poreikiai, lūkesčiai, pageidavimai ar etika visuomet darys įtaką vertės suvokimui.²²

Iki šiol, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ar atliekant mokslinius tyrimus biomedicinos srityje, siejami rezultatai buvo apsprendžiami gydytojų ar medicininių organizacijų, išsikeliant jiems

¹⁶ Sacristán, *supra note*, 14.

¹⁷ M. Stewart ir kt., „The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes“, *The Journal of Family Practice* 49, nr. 9 (2000 m. rugsėjo): 796–804.

¹⁸ *Ibid*

¹⁹ Ronald M. Epstein ir kt., „Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care“, *Health Affairs* 29, nr. 8 (2010 m. rugpjūčio): 1489–95, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>.

²⁰ Patrik Nordin, Anna-Aurora Kork, ir Inka Koskela, „Value-Based Healthcare Measurement as a Context for Organizational Learning: Adding a Strategic Edge to Assess Health Outcome?“, *Leadership in Health Services* 30, nr. 2 (2017 m. gegužės 2 d.): 159–70, <https://doi.org/10.1108/LHS-10-2016-0053>.

²¹ *Ibid*; Marzorati ir Pravettoni, *supra note*, 6; Sarah Wieten, „What the Patient Wants”: An Investigation of the Methods of Ascertaining Patient Values in Evidence-based Medicine and Values-based Practice“, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 24, nr. 1 (2018 m. vasario): 8–12, <https://doi.org/10.1111/jep.12471>.

²² Kenneth W. M. Fulford, „The Value of Evidence and Evidence of Values: Bringing Together Values-Based and Evidence-Based Practice in Policy and Service Development in Mental Health: Values and Evidence“, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17, nr. 5 (2011 m. spalio): 976–87, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01732.x>; Marzorati ir Pravettoni, *op. cit.*

svarbias gydymo išeitis.²³ Medicinos paslaugų teikėjai vertę suvokia kaip patologijos gydymą, taikant efektyvias, įrodymais pagrįstas intervencijas. Ekonomistai vertę apibrėžia kaip klinikinę naudą, gautą už įvairių išteklių sąnaudas.²⁴ Dabartiniai požiūrio pokyčiai lemia siekiamybę pagerinti atskirų pacientų sveikatos rezultatus, vertingiausius jiems, o ne medicinos praktikos teorijai ar ją taikantiems specialistams.²⁵

1.2 Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas iš paciento perspektyvos

Pirmosios sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimo ir vertinimo užuomazgos buvo išskirtinai formuojamos sveikatos priežiūros specialistų, todėl ir pirminiai kokybės dėmenys – struktūra, procesas, išeitis – didžiąja dalimi atstovavo medicinos paslaugų kokybę iš medicinos paslaugų teikėjų perspektyvos: įranga, žmogiškieji ištekliai, diagnostikos ir gydymo eiga, liekamieji reiškiniai, mirštamumas ir kt.²⁶ Kintant gydytojo-paciento santykiui, pastarajam perleidžiant dalį atsakomybės ir suteikiant galimybę dalyvauti visame gydymo procese, kartu keitėsi ir požiūris į sveikatos priežiūros kokybę. Vėliau sekę, didžiausią įtaką darę sveikatos kokybės konceptai: Medicinos instituto²⁷, Europos tarybos, Europos komisijos²⁸ ir 2018-aisiais PSO išleistas kokybės gerinimo vadovas (angl. „Handbook for national quality policy and strategy“), kuriame, skirtingai nei pirmtakų modeliuose, išskirti labiau diferencijuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės komponentai²⁹:

- Efektyvumas (angl. Effectiveness) – įrodymais pagrįstų medicinos paslaugų teikimas.
- Saugumas (angl. Safety) – saugių paslaugų užtikrinimas pacientams.
- Orientacija į žmones (angl. People-centered) – paslaugų teikimas atsižvelgiant į paciento poreikius, norus, vertybes.
- Našumas (angl. Efficiency) – maksimalios naudos užtikrinimas pasitelkiant turimus išteklius ar išvengiant jų švaistymo.
- Savalaikiškumas (angl. Timely) – laiku suteikiamos ir gaunamos medicinos paslaugos.
- Nešališkumas (angl. Equitability) – kokybiškų paslaugų suteikimas nepriklausomai nuo paciento rasės, tikėjimo, lyties ir kitų demografinių ar socialinių bruožų.

²³ F. Godlee, „Outcomes That Matter to Patients“, *BMJ* 344, nr. jan11 3 (2012 m. sausio 11 d.): e318–e318, <https://doi.org/10.1136/bmj.e318>; Sacristan, *supra note*, 14.

²⁴ *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation: Workshop Summary* (Washington, D.C.: National Academies Press, 2010), <https://doi.org/10.17226/12566>; Marzorati ir Pravettoni, *supra note*, 6.

²⁵ Godlee, *op. cit.*; Sacristán, *op. cit.*; Marzorati ir Pravettoni, *op. cit.*

²⁶ Busse R, Panteli D, Quentin W, „An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems“, *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, Busse R, Klazinga N, Panteli D, ir kt. (Kopenhaga, Danija): European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.), 3-15.

²⁷ *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I* (Washington, D.C.: National Academies Press, 1990), <https://doi.org/10.17226/1547>.

²⁸ Busse, *op. cit.*

²⁹ World Health Organization, *Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care* (2018), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1>

- Integralumas (angl. Integrability) – kokybiškų paslaugų užtikrinimas visuose sveikatos priežiūros įstaigose, nepriklausomai nuo lygmens ar finansavimo.

Prioritetiniais paminėti efektyvumas, saugumas ir orientacija į vartotoją, kas antrina teiginiui, kad, pasauliniu požiūriu, šiuolaikinės sveikatos priežiūros paslaugų tikslinė kryptis turėtų būti konkrečiam pacientui vertingų paslaugų suteikimas. Jau 2001-aisiais metais, Medicinos instituto (JAV) leidinyje, sveikatos priežiūros kokybės komitetas pateikė išvadą, kad, siekiant aukštos medicinos paslaugų kokybės, reikalingi pokyčiai į pacientą orientuotoje praktikoje.³⁰ Jiems įgyvendinti tikslinga atlikti veiksmus, paremtus aiškiai apibrėžtais kokybės rodikliais, atspindinčiais didžiausią vertę pacientui kuriančias paslaugas.

Į pacientą orientuotu požiūriu, didelės apimties paslaugų pasitenkinimo tyrimai ne vienerius metus atliekami tiek nacionaliniu, tiek atskirų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmeniu. Per paskutinius 20 metų, pacientų pasitenkinimo medicinos paslaugomis apklausos, užėmė svarbų vaidmenį nustatant paslaugų kokybės spragas ir rengiant jų tobulinimo planus.³¹ Nors pacientų pasitenkinimas nėra aiškiai apibrėžta sąvoka, jis laikomas svarbiu kokybės rezultatų rodikliu, atspindinčiu paslaugų teikimo sistemos sėkmę.³² Sutinkamas didžiulis pasirinkimas vartotojų nuomonę vertinančių klausimynų. Vieni jų pritaikyti konkrečioms įstaigoms ir naudojami vidinei kokybės kontrolei, o ne didelėms imtims ar moksliniams tyrimams, todėl jų patikimumas ir tikslumas nėra aiškiai nustatyti. Kiti – standartizuoti ir plačiai naudojami klausimynai, pavyzdžiui PSQ-18 (angl. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form)³³, nepaisant patikimumo, nepakankamai detalizuoja kokybės aspektus, sunkiai pritaikomi mažiau pažengusiose, besivystančiose šalyse.³⁴

Europoje, siekiant sveikatos paslaugų vartotojų pasitenkinimo įvertinimo, plačiai naudojamos visuomeninės nuomonės apklausos platformos – „Eurobarometras“ ir „Sveikatos vartotojų indeksas“ (angl. Health Consumer Index).³⁵ Pirmasis vykdomas tiesioginio individualaus interviu metu, priklausomai nuo šalies, pasirinkus reprezentatyvią imtį. „Sveikatos vartotojų indeksas“, kartu su ekspertų pagalba, suformuluoja tiriamuosius rodiklius, suskirstytus į įvairias sveikatos sistemos kategorijas, pavyzdžiui: išeitys, prevencija, medikamentai ir kt.³⁶ Tačiau, nepaisant šių sistemų

³⁰ *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Washington, D.C.: National Academies Press, 2001), <https://doi.org/10.17226/10027>.

³¹ Rashid Al-Abri ir Amina Al-Balushi, „Patient Satisfaction Survey as a Tool towards Quality Improvement“, *Oman Medical Journal* 29, nr. 1 (2014 m. sausio): 3–7, <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>.

³² *Ibid*

³³ Anthony Janahan Thayaparan ir Eamon Mahdi, „The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an Adaptable, Reliable, and Validated Tool for Use in Various Settings“, *Medical Education Online* 18 (2013 m. liepos 23 d.): 21747, <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.21747>.

³⁴ Al-Abri ir Al-Balushi, *op. cit.*

³⁵ Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“, *Sveikatos politika ir valdymas* 4, 1 (2012): 84-101.

³⁶ Arne Björnberg, Ann Yung Phang, *Euro Health Consumer Index 2018*, (Health Consumer Powerhouse, 2018), <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12840/281-448-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; *Ibid*.

parankumo, negalima nepastebėti vieno didžiausių trūkumų – matuojami rodikliai atspindi ne su sveikatos priežiūra siejamas pacientų vertybes ar prioritetus, o jų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis. Kitaip tariant, atsakoma į klausimą „Kas yra gerai/blogai?“, tačiau neieškoma atsakymų į konkretesnius klausimus: „Kas Jums svarbiausia?“, „Kokius pakeitimus reikalinga atlikti?“ ir pan. Savotiškus netikslumus gali nulemti ir vartotojų pasitenkinimo vertės nestabilumas ir priklausomybė nuo išorinių veiksnių. Rodikliui įtakos gali turėti respondento emocinė būklė, politinės pažiūros (pvz.: jei tuo metu politiniai sprendimai priiminėjami respondento nepalaikomos politinės jėgos), visuomenės nuomonė ar paskutinė patirtis gaunant sveikatos priežiūros paslaugas.³⁷

Kitas populiarus paslaugų kokybės vertinimo metodas – išeičių matavimas. Jos gali būti skirstomos į kliniškes (pvz.: mirštamumas, sergamumas), humaniškes (pvz.: funkcinis, emocinis statusas) ir ekonomines (pvz.: išlaidos, nuostoliai).³⁸ Medicininės intervencijos išeitys, pateiktos iš paciento perspektyvos (angl. Patient reported outcomes (PRO)), atrodo turinčios didesnę vertę nei kliniškes, fiziologines ar kitas, sveikatos priežiūros darbuotojo nurodytosios.³⁹ Nepaisant tarpusavio skirtumų, paciento nurodytos išeitys galėtų būti laikomos artimiausia forma reprezentuojančia vertės suvokimą iš paslaugų gavėjo perspektyvos. Išeičių analizė leidžia sveikatos sektoriaus atstovams rinkti duomenis ir juos panaudoti siekiant gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Toks procesas gali būti skirstomas į ligai specifiską arba bendrinį.⁴⁰ Vienos pirmųjų šios metodikos svarbą pastebėjusios farmacijos kompanijos ją sėkmingai pritaikė derinyje kartu su sveikatos pokyčių biomarkeriais.⁴¹ Minėtų rodiklių matavimui pritaikomi įvairūs metodai, turintys savo stiprybes ir trūkumus, todėl jų pasirinkimas turi būti individualizuotas atliekamo tyrimo kontekstui.⁴² Išeičių įtakai pamatuoti kuriami atitinkami klausimynai (angl. patient reported outcome measures (PROM)), prie kurių priskiriamas ir su sveikatos būkle susijusios gyvenimo kokybės (angl. Health Related Quality of Life (HRQoL)) klausimynas. Minėti apklausos instrumentai reprezentuoja bendrą paciento sveikatos pojūtį, atsižvelgiant į jų požiūrį į simptomus, funkcinį statusą, gyvenimo kokybę skirtingais gyvenimo momentais.⁴³ Ši metodika laikoma reprezentatyvesne, lyginant su vartotojų pasitenkinimo vertinimu, nustatinėjant į pacientą orientuotų

³⁷ Linda D. Urden, „Patient Satisfaction Measurement: Current Issues and Implications“, *Lippincott's Case Management* 7, nr. 5 (2002 m. rugsėjo): 194–200, <https://doi.org/10.1097/00129234-200209000-00006>.

³⁸ C. M. Kozma, C. E. Reeder, ir R. M. Schulz, „Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes: A Planning Model for Pharmacoeconomic Research“, *Clinical Therapeutics* 15, nr. 6 (1993 m. gruodžio): 1121–32; discussion 1120.

³⁹ Prasanna R. Deshpande ir kt., „Patient-Reported Outcomes: A New Era in Clinical Research“, *Perspectives in Clinical Research* 2, nr. 4 (2011 m. spalio): 137–44, <https://doi.org/10.4103/2229-3485.86879>.

⁴⁰ N. Black, „Patient Reported Outcome Measures Could Help Transform Healthcare“, *BMJ* 346, nr. jan28 1 (2013 m. sausio 28 d.): f167–f167, <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>.

⁴¹ Richard J. Willke, Laurie B. Burke, ir Pennifer Erickson, „Measuring Treatment Impact: A Review of Patient-Reported Outcomes and Other Efficacy Endpoints in Approved Product Labels“, *Controlled Clinical Trials* 25, nr. 6 (2004 m. gruodžio): 535–52, <https://doi.org/10.1016/j.cct.2004.09.003>.

⁴² Christian Brettschneider, Dagmar Lühmann, ir Heiner Raspe, „Informative Value of Patient Reported Outcomes (PRO) in Health Technology Assessment (HTA)“, *GMS Health Technology Assessment* 7 (2011 m. vasario 2 d.): Doc01, <https://doi.org/10.3205/hta000092>.

⁴³ Black, *op. cit.*

medicinos paslaugų kokybę. 2018 metais atliktame tyrime, analizavusiame išeitis ir pasitenkinimą paslaugomis iš pacientų, kuriems atlikta stuburo operacija, perspektyvos nustatyta, kad pasitenkinimo paslaugomis lygis buvo aukštas visose tirtose sveikatos įstaigose, tačiau pacientų nuomonė apie suteiktų paslaugų nulemtas išeitis – išsiskyrė.⁴⁴ Tokie radiniai leidžia daryti prielaidą, kad kokybės suvokimui didelę įtaką turi ir pasirinktas jos matavimo įrankis bei surinktų duomenų interpretavimas. Kai kurių mokslininkų nuomone, būtent pacientų suvokiamų išeičių matavimas ir interpretavimas labiausiai atspindi orientaciją į vartotoją. Pacientai geriau nei paslaugų teikėjai gali atskleisti, ar suteikta medicinos priežiūra atitinka jų vertybes, lūkesčius ir poreikius, ar gauta informacija iš sveikatos priežiūros specialisto buvo pakankama aiški suvokti sveikatos būklę ir priimti atitinkamus sprendimus. Paciento suvokiamos paslaugų vertės nustatymas leidžia pastebėti prioritetines sritis, reikalaujančias paslaugų kokybės gerinimo, todėl gali palengvinti į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo procesą.⁴⁵

Į vartotojui kuriamą vertę orientuota sveikatos paslaugų kokybės kryptis, nors ir ne plačiu mastu, jau kiek anksčiau buvo pradėta taikyti JAV. Toks modelis pasitiktas gana kontraversiškai, argumentuojant galimais paslaugų kokybės ar finansinių išteklių nuostoliais, patirtais siekiant patenkinti visus pacientų lūkesčius. Buvo hiperbolizuojama sveikatos priežiūros įstaigas lyginant su svetingumo industrija (angl. Hospital ir Hospitality), piešiamas papildomų patogumų poreikio vaizdas (gražus interjero dizainas, elektroninė įranga, aptarnaujantis personalas).⁴⁶ Visgi tokios spekuliacijos rėmėsi tik prielaidomis ir nebuvo pagrįstos jokiais moksliniais tyrimais. Mažai buvo suvokiama, kad prioretizuojant pacientus, siekiama ne įvykdyti visus jų norus, o atsižvelgti į jų individualias vertybes renkantis sveikatos priežiūros paslaugas.⁴⁷ Minėtai nuomonei oponuoti galima ir pasitelkiant tyrimų, SERVQUAL metodika vertinusių pacientų pasitenkinimą gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, išvadas – materialumo faktoriui buvo keliami mažiausi lūkesčiai – vartotojui rūpėjo paslaugų kokybė, o ne įstaigos įrengimas, patogumai.⁴⁸ Neigiamą į pacientą orientuotos medicinos poveikį paslaugų kokybei paneigia ir klinikiniai tyrimai, kuriuose nustatyta, kad pacientų lūkesčių

⁴⁴ Anne P. Ehlers ir kt., „Use of Patient-Reported Outcomes and Satisfaction for Quality Assessments”, *The American Journal of Managed Care* 23, nr. 10 (2017 m. spalio): 618–22.

⁴⁵ Flora Tzelepis ir kt., „Measuring the Quality of Patient-Centered Care: Why Patient-Reported Measures Are Critical to Reliable Assessment”, *Patient Preference and Adherence* 9 (2015 m.): 831–35, <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>.

⁴⁶ „Is this a hospital or a hotel?”, *The New York Times*, 2013 m. rugsėjo 21d., https://www.nytimes.com/2013/09/22/sunday-review/is-this-a-hospital-or-a-hotel.html?_r=0; „The Problem With Satisfied Patients”, *The Atlantic*, 2015 m. balandžio 17d., <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/04/the-problem-with-satisfied-patients/390684/>; Paula Chatterjee, Thomas C. Tsai, ir Ashish K. Jha, „Delivering Value by Focusing on Patient Experience”, *The American Journal of Managed Care* 21, nr. 10 (2015 m. spalio): 735–37.

⁴⁷ Mangin ir kt., *supra note*, 4.

⁴⁸ Luiza Amélia Freitas de Andrade ir kt., „Primary health care quality assessment according to the level of satisfaction of elderly users”, *Revista Gaucha De Enfermagem* 40 (2019 m. rugpjūčio 5 d.): e20180389, <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180389>; Nooredin Dopeykar ir kt., „Assessing the Quality of Dental Services Using SERVQUAL Model”, *Dental Research Journal* 15, nr. 6 (2018 m. gruodžio): 430–36.

įgyvendinimas ir pasitenkinimas buvo didesnis įstaigose, teikiant kokybiškas paslaugas, pasiekusiose geriausius gydymo rezultatus.⁴⁹ Interpretuojant tokius rezultatus galima prieiti prie dvejopos išvados:

- kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos orientuojasi ne vien į klinikinius kriterijus, bet ir į pacientų poreikius, lūkesčius, vertybes;
- teikiant vartotojui vertingiausias paslaugas, galima pasiekti geresnių klinikinių rezultatų dėl aktyvesnio jo įsitraukimo į gydymo procesą bei glaudesnio gydytojo ir paciento tarpusavio ryšio.

Pacientų prioritetų ir vertybių įtraukimas į sprendimų priėmimą klinikinėje praktikoje yra ne mažiau svarbus dėmuo teikiant įrodymais pagrįstas medicinos paslaugas. Visgi, Mangino (Mangin) ir kitų⁵⁰ atliktoje sisteminėje apžvalgoje buvo pastebėta, kad pacientų poreikių ir vertybių registravimui sukurta labai mažai patikimų instrumentų, o dalis jų pritaikomi tik tam tikros vienos ligos kontekste. Toks ribotumas apsunkina panaudojimą ir kelia abejones dėl patikimumo ir reprezentatyvumo, nes, ilgėjant žmonių gyvenimo trukmei, kartu auga ir populiacija, varginama poliligotumo ir polifarmacijos.

Kuriant sveikatos priežiūros vertę iš paciento perspektyvos vertinančias metodikas, reikėtų atsižvelgti ir į tų metodikų pritaikomumą ilguoju laikotarpiu, t.y. į galimybę epizodiškai analizuoti pacientų pabrėžiamą vertę kintant jų sveikatos būklei, gydymui ar kitiems aplinkos faktoriams. Fried ir kitų⁵¹ publikuotoje studijoje pastebėta, kad didžioji dalis pacientų prioritetų gyvenimo eigoje išlieka nepakitę, tačiau galimos nežymios variacijos, siejamos su specifiniais simptomais ir jų pokyčiais. Ilgalais tokių vertybių sekimas leistų aiškiau suprasti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos kuria didžiausią vertę šių paslaugų gavėjui, be to, turint pakankamai duomenų, reprezentuojančių populiacijos vertybines tendencijas, atsirastų galimybė sveikatos priežiūros specialistams pasirinkti teisingą taktiką gydant tuos, kurie dėl savo būklės sprendimuose dalyvauti nebepajėgia.

Daugiausia diskusijų kelia vertės apibrėžimas ir pamatuojamumas. Norint apibendrinti pacientų suvokiamą vertę ir ją pritaikyti teikiant kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, reikalingas struktūrizuoto, universalaus įrankio sukūrimas. Pacientų pasirinkimų įvedimas į kasdienę klinikinę praktiką tas vertybes paverstų matomomis visiems sveikatos specialistams, jas integruotų į sprendimų priėmimo procesą. Tokių paciento duomenų perkėlimas į elektronines sveikatos sistemas užtikrintų ilgalaikę į pacientą orientuotą priežiūrą, suteiktų informacijos politikos formuotojams, kokybės vertintojams ir mokslininkams, siekiantiems pagerinti rezultatus, kuriant vartotojų vertybėmis grįstą sveikatos sistemą.⁵²

⁴⁹ Ashish K. Jha ir kt., „Patients’ Perception of Hospital Care in the United States”, *New England Journal of Medicine* 359, nr. 18 (2008 m. spalio 30 d.): 1921–31, <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116>; Thomas C. Tsai, E. John Orav, ir Ashish K. Jha, „Patient Satisfaction and Quality of Surgical Care in US Hospitals”, *Annals of Surgery* 261, nr. 1 (2015 m. sausio): 2–8, <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000765>.

⁵⁰ Mangin ir kt., *supra note*, 4.

⁵¹ Fried ir kt., *supra note*, 4.

⁵² *Ibid.*; Mangin ir kt., *op. cit.*

1.3 Sveikatos priežiūros paslaugų vertė pacientui

Sveikatos priežiūros paslaugų tinklas sudarytas iš daugelio etapų, tačiau nei viename iš jų negalime nubrėžti ribos, nurodančios, kada sukuriami vertę paslaugų gavėjui – pacientui. Moksliniuose tyrimuose, apžvelgiančiuose sveikatos priežiūros vertę, plačiai naudojamos jau minėtos su sveikatos būkle susijusios gyvenimo kokybės klausimyno (HRQoL) modifikacijos, tačiau, kaip jau buvo pastebėta kitų autorių, šis klausimynas nepakankamai atspindi individualią vertę pacientui dėl labai paprastos priežasties – jis ne šiuo tikslu buvo sukurtas. Minėtas instrumentas, nors ir ganėtinai individualizuotas ir platus, reprezentuoja pokytį – ligos ir jos gydymo eigos įtaką funkciniai būklei iš paciento perspektyvos, kas labiau naudinga paslaugų efekto vertinimui nei tų paslaugų gavėjo vertės suvokimo analizei. Tinkamiausias vertės pacientui matavimo įrankis turėtų apimti ne tik gydymo procesą bei ligos išėitį, bet ir ikiklinikinius veiksniai: aplinką, prieinamumą, patogumą ir kt.⁵³

Porteris ir kiti⁵⁴ 2010m. publikacijoje išskyrė 3-is pagrindines išėičių vertinimo pakopas, reprezentuojančias vertės kūrimą pacientams. Pirmoje, svarbiausioje, pakopoje pateikiamas išgyvenamumas ir atsistatymas po persirgtos ligos, kuris būna nulemtas funkcinės būklės. Antrojoje pakopoje, dėmesys skiriamas procesui, vedančiam link visiško ar dalinio pasveikimo, įtraukiant ir šiame etape pasitaikančias diagnostines klaidas, komplikacijas ar nepakankamą pirminio gydymo efektyvumą. Trečiojoje pakopoje akcentuojamas pasiektos sveikatos būklės palaikymas ir naujų ligų, galimai sukeltų taikytų medicininių intervencijų, atsiradimas ateityje. Porterio pateiktas vertės identifikavimas yra neabejotina paskata tolimesniam verte pagrįstos medicinos vystymui, tačiau panašu, kad išėičių pakopose nepakankamai atsižvelgiama į pacientų pasitenkinimą gydymu, šeimos įtraukimą ar darbingumo statusą, nėra pasiskirstymo tarp socialinių grupių ir jų poreikių akcentavimo. Senyvo amžiaus pacientų numatomas išgyvenamumo laikotarpis dažnai bus trumpesnis dėl poliligtotumo, todėl šiai grupei svarbiausias funkcinio lygio atstatymas trumpuoju laikotarpiu. Tuo tarpu jauno amžiaus pacientams didžiausią reikšmę turi išgyvenamumas, nes funkcinis statusas, ilgainiui progresuos taikant multidisciplininę pagalbą. Dėl šių ir panašių skirtumų, įrodymais pagrįstos medicinos šalininkai sutinka, kad „geros išėities“ apibrėžimą turėtų nulemti ir individualios paciento vertybės.⁵⁵

Paciento suvokiama vertė galėtų pasitarnauti kaip stabilesnis, labiau individualizuotas kokybės rodiklis. Ji mažai veikiama emocijų ar politikos, stabiliai formuojasi su amžiumi ar keičiantis sveikatos būklei ir tiksliai atspindi konkretaus individo ar interesų grupės prioritetus. Palyginimui galima pasitelkti

⁵³ Stephen P. McKenna ir Jeanette Wilburn, „Patient Value: Its Nature, Measurement, and Role in Real World Evidence Studies and Outcomes-Based Reimbursement“, *Journal of Medical Economics* 21, nr. 5 (2018 m. gegužės): 474–80, <https://doi.org/10.1080/13696998.2018.1450260>.

⁵⁴ Porter, *supra note*, 5.

⁵⁵ Ronald M. Epstein ir Richard L. Street, „The Values and Value of Patient-Centered Care“, *Annals of Family Medicine* 9, nr. 2 (2011 m. balandžio): 100–103, <https://doi.org/10.1370/afm.1239>; Gordon Guyatt ir kt., „Patients at the Center: In Our Practice, and in Our Use of Language“, *ACP Journal Club* 140, nr. 1 (2004 m. vasario): A11-12.

sveikatos paslaugų vartotojų amžių: jauni, sveiki ir retai besilankantys vartotojai akcentuos paslaugų efektyvumą – greitai nustatoma liga, paskiriamas veiksmingas gydymas; vyresnio amžiaus, lėtinėmis ligomis sergantieji, kaip vieną iš prioritetų išskirs paslaugų prieinamumą – mažos eilės, nedidelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos. Per tą pačią prizmę vertinant šių įsivaizduojamų pacientų pasitenkinimą prieinamumu, objektyvus atsakymas bus pateiktas vyresniojo respondento, nes jis su šiuo rodikliu susiduria tiesiogiai, tuo tarpu jauno amžiaus atsakovas atsakymą pateiks remiantis kitų asmenų asmenine patirtimi ar viešojoje erdvėje matomais atsiliepimais, kurie galėtų būti klaidingai interpretuojami. Pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis niekada nebus išstumtas iš kokybės vertinimo kriterijų, tačiau reikėtų turėti omenyje, kad jis visada bus teigiamai veikiamas suteikiant pacientui vertingas paslaugas.

2. ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS

Elektroninės sveikatos sistemos, dar referuojamos sveikatos informacinėmis technologijomis, atstovauja įrankį, skirtą sveikatos priežiūros duomenims apdoroti ir juos valdyti. Jos sudarytos iš aparatinių bei programinių įrangų, apimančių informacijos įvedimą, perdavimą, naudojimą, ištraukimą ir analizę. Informacinės sistemos turi įtakos visam sveikatos apsaugos sektoriui – nuo paslaugų teikimo iki valdymo ir apskaitos, šių technologijų pagalba skatinama informacijos plėtra, efektyviau panaudojami turimi ištekliai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, gerinama paslaugų kokybė ir prieinamumas.⁵⁶ Galutiniai šių technologijų vartotojai yra ne tik pacientai, gydytojai ar kiti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, bet ir medicinos tyrėjai, sveikatos draudimo bendrovės, visuomenės sveikatos agentūros, reguliavimo ir kokybės užtikrinimo įstaigos, farmacijos ir medicinos prietaisų korporacijos bei įvairios vyriausybės struktūros.⁵⁷

2.1 Elektroninės sveikatos sistemos pasaulyje

Dėl svarbaus informacinių sveikatos sistemų vaidmens sveikatos priežiūros kontekste, per pastaruosius dešimtmečius stebėtas ryškus šių technologijų vystymosi šuolis, o PSO duomenimis, informacinės ir socialinės technologijos sveikatos srityje pripažintos kaip viena iš sparčiausiai augančių sveikatos sričių.⁵⁸

Elektroninės sveikatos sistemos pagal savo funkciją ir panaudojamumą gali būti skirstomos į⁵⁹:

⁵⁶ Julius Griškevičius, Romualdas Jonas Kizlaitis, *Informacinės sistemos medicinoje: mokomoji knyga*, (Vilnius: Technika, 2012), 101.

⁵⁷ Jen MY, Kerndt CC, Korvek SJ, *Health Information Technology*, (StatPearls Publishing, 2021), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470186/>.

⁵⁸ Reinhold Haux, „Health Information Systems - from Present to Future?“, *Methods of Information in Medicine* 57, nr. S 01 (2018 m. liepos): e43–45, <https://doi.org/10.3414/ME18-03-0004>.

⁵⁹ Chris Brook, „What is a Health Information System?“, *Digital Guardian*, 2020 m. gruodžio 1d., <https://digitalguardian.com/blog/what-health-information-system>; Islam, Poly, ir Li, *supra note*, 1.

1. Elektroninių medicinos įrašų duomenų bazės (angl. Electronic Medical Record (EMR) arba Electronic Health Record (EHR)). Elektroninis medicininis įrašas pakeičia paciento ligos istorijos popierinę versiją. Tokiame formate kaupiama daugiau sveikatos duomenų, tyrimų rezultatų ir gydymo būdų bei suteikiama galimybė įstaigoms ir sveikatos priežiūros specialistams dalintis duomenimis tarpusavyje.
2. Paslaugų valdymo programinė įranga (angl. Practice Management Software). Šios technologijos padeda sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams valdyti kasdienes operacijas, tokias kaip planavimas ir atsiskaitymas. Tiek smulkios privačios praktikos, tiek didžiausios valstybinės ligoninės naudoja praktikos valdymo sistemomis siekdamas automatizuoti daugelį administracinių užduočių.
3. Pagrindinis paciento indeksas (angl. Master Patient Index (MPI)). Ši sistema sujungia atskirus pacientų įrašus skirtingose duomenų bazėse. Indeksas kaupia informaciją apie kiekvieną pacientą, kuris užregistruotas sveikatos priežiūros organizacijoje, ir indeksuoja visus kitus to paciento įrašus. Naudojamas siekiant sumažinti pasikartojančius pacientų apsilankymus ar atliekamus tyrimus bei įvertinti pateikiamos informacijos neatitikimus.
4. Pacientų portalai (angl. Patient Portals). Suteikia galimybę pacientams internetu pasiekti savo asmeninius sveikatos duomenis, pavyzdžiui: informaciją apie buvusius apsilankymus, paskirtus vaistus ir laboratorinių bei radiologinių tyrimų rezultatus. Kai kurie pacientų portalai leidžia aktyviai bendrauti su savo gydytojais – pateikti prašymus dėl recepto išrašymo, gauti atliktų tyrimų interpretacijas, planuoti būsimus apsilankymus.
5. Nuotolinis paciento stebėjimas (angl. Remote Patient Monitoring (RPM)). Įtrauktas į „Telemedicina“ terminą, leidžia medicinos prietaisų davikliams siųsti paciento duomenis sveikatos priežiūros specialistams. Tokių būdu sekamas gliukozės kiekis kraujyje, kraujospūdis. Pastaruoju metu, tobulėjant nuotolinėms vaizdinio kontakto priemonėms, nuotolinis paciento stebėjimas atliekamas ir pasitelkiant medijos persiuntimą ar vaizdo skambučius. Gaunami duomenys naudojami nustatant medicininės patologijas, kurioms gali būti reikalinga intervencija.
6. Klinikinių sprendimų palaikymas (angl. Clinical Decision Support (CDS)). Šios sistemos analizuoja ir susumuoja įvairių klinikinių ir administracinių sistemų duomenis, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai galėtų priimti statistika paremtus klinikinius sprendimus. Gauti duomenys gali padėti nustatyti diagnozes ar numatyti medicininius įvykius, tokius kaip vaistų sąveika ar šalutiniai reiškiniai.

Sveikatos priežiūros sektorius vis labiau tampa priklausomas nuo informacinių ir ryšių technologijų, padedančių plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Elektroniškai valdoma informacija gerina paslaugų pasiekiamumą, didina našumą, užkerta kelią administracinėms ir gydymo klaidoms bei skatina sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus sutelkti dėmesį į sveikatos ir sveikatos

priežiūros tęstinumą nuo sveikatingumo iki ligų atsiradimo ir sveikimo proceso. Šiandien elektroninių sistemų nauda neabejotina, visi anksčiau paminėti pranašumai sukuria ekonominį palengvėjimą valstybės biudžetui bei sistemos vartotojui – pacientui.⁶⁰ Visgi teoriškai situacija atrodo palankesnė, nei tą galime pamatyti praktikoje. Informacinių sistemų pritaikymas ir vystymas neabejotinai atnešė naujų galimybių, tačiau kartu su jomis atkeliavo ir papildomi iššūkiai. Dėl patirties ir bendros tarptautinės politinės krypties stokos, susiduriama su standartizacijos trūkumu, lemiančiu sistemų heterogeniškumą, apsunkinantį informacijos sklaidą tarp skirtingų šalies įstaigų, jau nekalbant apie informacijos apsikeitimą tarp valstybių. Santykinai lėtą ir komplikotą informacinių sveikatos sistemų įdiegimą lėmė ir technologiniai sunkumai, duomenų apsaugos poreikis, valdymo pritaikymas, duomenų kokybės rodiklių trūkumas ir panašios problemos.⁶¹ Proveržį pritaikyme stabdė ir finansavimo koncentravimasis į administracinę sveikatos priežiūros sistemos grandį, taip paliekant klinikinę praktiką užnugaryje. Šie netolygumai lėmė pacientų, medicinos personalo, įstaigų bei mokslo bendruomenės lūkesčių neišpildymą ir priešišumą pritaikant technologijas klinikinėje praktikoje.⁶² 2018-aisiais metais publikuotame tyrime, atlikę literatūros apie informacines sveikatos priežiūros sistemas apžvalgą, autoriai susistemino didžiausius barjerus, pasitinkamus šių technologijų plėtojimo procese (*1 lentelė*):

1 lentelė. Elektroninių sveikatos sistemų plėtojime sutinkami iššūkiai.

Posistemių kūrimas ir integravimas.	Programų sąveika.
Išlaidos dėl didelių pradinių investicijų poreikio ir sunkiai pamatuojamos investicijų grąžos.	Efektivumo ir terapinės naudos optimizavimas pacientų grupėms.
Sklandi sąveika tarp administracijos ir medicinos personalo.	Senos technologijos, apsunkinančios sklandžią naujųjų informacinių sistemų veiklą.
Projekto valdymo komandos kompetencija.	Duomenų saugumas ir privatumas.
Programinės įrangos naujumas.	Tarpdisciplininė integracija.
Duomenų bazių skirtumai.	Racionalumo stoka.
Kokybės vertinimas dėl riboto vartotojų pateikiamų duomenų pamatuojamumo.	Technologinis pritaikymas ir duomenų kokybė.
Bazinės informacijos nepritaikomumas.	Komunikacija tarp skirtingų specialybių gydytojų.

*Cituota iš Islam ir kt.*⁶³

⁶⁰ Godlee, *supra note*, 23; Jen, Kerndt, ir Korvek, *supra note*, 57; Islam, Poly, ir Li, *supra note*, 1.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² National Academy of Engineering (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Engineering and the Health Care System, *Information and Communications Systems: The Backbone of the Health Care Delivery System, Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*, (Washington (DC): National Academies Press (US), 2005), 63-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22862/>

⁶³ Islam, Poly, ir Li, *op. cit.*

Visgi autoriai pabrėžia, kad, įveikus didžiausius iššūkius, informacinės sistemos gali sumažinti gydymo ir diagnostikos klaidas, optimizuoti medicinos paslaugų našumą bei pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.⁶⁴ Svarbu nepamiršti, kad elektroninių sveikatos sistemų įgyvendinimas ir naudojimas atneša didelių papildomų išlaidų, todėl visi sprendimai turėtų būti kruopščiai apgalvoti ir pasverti siekiant maksimalios elektroninių sveikatos technologijų naudos.

2.2 Lietuvos elektroninė sveikatos sistema

Lietuvos elektroninė sveikatos sistema pradėta kurti nuo 2005m., diegimo ir tobulinimo procese susidūrė su ne vienu iššūkiu ir išbandymu, kai įdėtos pastangos neatnešė norimų rezultatų.⁶⁵ 2007m. pradėtas e. sveikatos plėtros etapas, kurio misija įvardinta kaip „gerinti gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir tęstinumą diegiant į gyventoją orientuotas informacines ir komunikacines technologijas“, buvo nesėkmingas ir 2011m. priimtas sprendimas sistemą pradėti kurti iš naujo keičiant techninės ir programinės įrangos architektūros modelį.⁶⁶ Pakeitimai turėjo suteikti galimybę sujungti skirtingus duomenų registrus, sukurti diagnostinių vaizdų duomenų bazę, įdiegti elektroninius receptus ir kt.⁶⁷ 2012 m. galiausiai pradėtas e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) projekto, kurio tikslas buvo užtikrinti vieną prieigą šalies gyventojams ir sveikatos priežiūros specialistams prie e. sveikatos paslaugų, įgyvendinimas. Deja, 2015 m. pabaigoje, baigus kūrimo darbus ir e. sveikatos sistema pradėjus naudotis pasyviai, pastebėta nemažai trūkumų sistemos kūrimo tikslų pasiekime, kokybėje ir saugume.⁶⁸ 2017 m. Valstybinis auditas ataskaitoje apie Lietuvos e. sistemos kūrimą pateikė išvadą, kad, kuriant e. sveikatos sistemą, suplanuoti jos plėtros projektai buvo dalinai įgyvendinti, tačiau ne visi rezultatai pasiekti, pamatuojami ir atitinkantys sistemos vartotojų lūkesčius. Minėta išvada grindžiama nepakankamu proceso koordinavimu, rizikų suvaldymu, projektų kokybės užtikrinimu.⁶⁹

Nepaisant trūkumų akcentavimo, ekspertinių rekomendacijų ir tęsiamo investicinio srauto, skandalai Lietuvos e. sveikatos sistemos neapleidžia ir pastaraisiais metais. 2018 m. asmens duomenų saugumo skandalas, kurio priežastys buvo žinomos ir galėjo būti išspręstos anksčiau, 2020 m. liūtis sugadinti duomenų serveriai, o dalies informacijos nepavyko atgauti iki šiol, bei COVID-19 pandemija,

⁶⁴ Islam, Poly, ir Li, *supra note*, 1.

⁶⁵ Eglė Caronkutė ir Birutė Mikulskienė, „E. Sveikatos Paslaugų Naudotojo Portretas Lietuvoje“, *Health Policy and Management* 2, nr. 7 (2014 m.): 31–47, <https://doi.org/10.13165/SPV-14-2-7-02>.

⁶⁶ „Isakymas „Dėl Lietuvos E. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo““, LRS, žiūrėta 2020 m. sausio 18d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.306637/asr>; Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, *Valstybinio audito ataskaita: elektroninės sveikatos sistemos kūrimas*, (Lietuva, 2017 m.). www.vkontrole.lt; Tomas Vedlūga, „Elektroninės sveikatos sistemos vertinimo modelis“, (daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas, 2021). <https://repository.mruni.eu/handle/007/17150>

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, *op. cit.*

⁶⁹ *Ibid*

pareikalavusi didelio kiekio paslaugų perkėlimo į nuotolines konsultacijas, taip dar labiau apkraunant ir taip lėtai veikiančias funkcijas.

Sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo tobulinimui, itin svarbus nuolatinis, dinaminis ir nuoseklus procesas – strateginis valdymas, kuriuo remiantis būtų prisitaikoma prie išorinės aplinkos pokyčių, efektyviai išnaudojamas turimas potencialas.⁷⁰ Naujieji pokyčiai, numatomi tolimesniame e. sveikatos kūrimo procese, nuteikia pozityviai. 2019 m. Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) nuspręsta kurti naujos architektūros e. sveikatą, pakeičiant 2011-ųjų metų modelį. Investiciniai projektai nukreipti į pacientų portalo, mobiliosios aplikacijos, įvairių posistemų, pvz. nėščiųjų ir naujagimių ar slaugos paslaugų, sukūrimą. Numatyta plėtoti tokias funkcijas kaip: e. receptas, vaizdinių tyrimų duomenų bazė, klinikinių sprendimų palaikymas ir pan. Be to, naujoji sistema leis tiesiogiai bendrauti su informacinėmis sistemomis ir registrais, nepriklausančiais sveikatos sektoriui, atlikti duomenų mainus tarp skirtingų posistemų.⁷¹

Vienas iš naujausios e. sveikatos sistemos plėtros programos uždavinių – „Didinti sukurtų ir numatomų sukurti e. sveikatos sistemos priemonių naudojimo patrauklumą, vykdyti jų sklaidą, didinti visuomenės suinteresuotumą ir gebėjimą naudotis e. sveikatos sistema“.⁷² Iki šiol šis rezultatas buvo įgyvendinamas vangiai, o to priežastiai įvardinti galima pasitelkti keletą teiginių: nepakankamas skirtingų naudotojų įtraukimas į kūrimo procesą; netolygus suinteresuotųjų pusių poreikių vertinimas ir tenkinimas; netinkama, vertikaliąją komunikaciją informaciją perduodant hierarchiniu lygiu.⁷³ Sociologiniais tyrimais nustatyta, kad neįtraukiant vartotojų į sprendimų priėmimo procesą, neatsižvelgiama į jiems vertingas funkcijas, kas lemia nepasitenkinimą galutiniu produktu ir vangų naudojimosi e. sveikatos sistema paplitimą.⁷⁴ Nors kai kurių naujausios plėtros programos uždavinių vykdymui yra priskirta e. sveikatos valdyba, sudaryta iš gydytojų ir vaistininkų atstovaujančių organizacijų atstovų, kyla abejonių ar šie bus pajėgūs tinkamai atstovauti savųjų grupių interesus, juolab, kad Lietuvoje egzistuoja ne viena specialybinė organizacija.⁷⁵ Trūksta informacijos ir apie numatomus

⁷⁰ Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, *supra note*, 67.

⁷¹ „Įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelio patvirtinimo“, LRS, žiūrėta 2020m. sausio 19d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca13d10e51311e99f05bdf72918ad4e>; Vedlūga, *supra note*, 67.

⁷² „Įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2018–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“, LRS, žiūrėta 2021 m. sausio 24d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/ec6c3750335211e8a149e8cfbedd2503/asr>

⁷³ Danguolė Jankauskienė ir kt., *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e.sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje*, Mokslo studija (Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2014); Vedlūga, *op cit.*

⁷⁴ Jankauskienė ir kt., *op. cit.*

⁷⁵ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1545 „Dėl kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos komisijos sudarymo, kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos komisijos darbo tvarkos aprašo ir kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos kriterijų patvirtinimo“ sudarytos kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos komisijos posėdžio protokolas“, LRS, žiūrėta 2021 m. sausio 16 d., https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Kandidatu%20i%20E_%20sveikatos%20valdyba%20atrankos%20komisijos%20posedzio%20protokolas.pdf; „Įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2018–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“, *op. cit.*

kriterijus funkcijoms – kaip bus/yra renkama informacija apie gydytojų ir farmacininkų prioritetus, poreikius; kokioms e. sveikatos funkcijoms suinteresuotieji galės daryti įtaką. Tie patys klausimai gali būti keliami ir kalbant apie kitas, į e. sveikatos kompetencijos centrą įtrauktas, įtaką darysiančias vartotojų grupes (specialybinių draugijų, universitetų, VLK, pacientų organizacijų ir kt.).⁷⁶ Ankstesniuose etapuose pacientų pozicija buvo ignoruojama, kūrimo procese jie dalyvavo tik galiniame rezultate išbandant jau sukurtą sistemą.⁷⁷ Jankauskienė ir kiti⁷⁸ pažymi suinteresuotųjų pusių vaidmens svarbą diegiant nacionalinę e. sveikatos sistemą, o nevykstantis jų įtraukimas dažnai lemia esmines plėtros klaidas.

Remiantis skaudžia Lietuvos e. sveikatos diegimo ir naudojimo patirtimi, reikia suvokti, kad vien vadybinis ar programinis požiūris negali apgalvoti visų vartotojų lūkesčių. Šiam tikslui pasiekti reikalingas reguliarus visų suinteresuotųjų grupių poreikių vertinimas ir gautų rezultatų pritaikymas informacinių sveikatos technologijų vystymo procese. Atsižvelgus į minėtus veiksnius, būtų dedamas didelis žingsnis link universalios, visiems vartotojams priimtinos nacionalinės elektroninės sveikatos sistemos.

2.3 Elektroninių sveikatos sistemų vertė vartotojui

Elektroninės sveikatos sistemos, kurtos palengvinti paslaugų pasiekiamumą pacientams bei nukrauti administracinę naštą sveikatos priežiūros personalui, šiandien, nepaisant gausių investicijų, kai kuriose šalyse susiduria su sunkumais plėtojant vartotojų ratą. Galima spekuliuoti, kad dalį nesėkmės atvejų lemia netinkamas funkcijų įgyvendinimas, lėšų paskirstymas bei kokybinių rodiklių trūkumas ar nepilnavertiškumas. Politikai ir sveikatos specialistai, norintys naudoti elektroninių sveikatos sistemų veiklos ir kokybės vertinimą, turi atsižvelgti į vertinimo rodiklių kokybę, nuoseklumą ir palyginamumą bei nustatyti, kaip pašalinti tų duomenų trūkumus.⁷⁹ IT sistemos, įskaitant informacines sveikatos sistemas, dažniausiai vertinamos pagal projekto vystymo programoje iškelto tikslus, tačiau vien jų įgyvendinimas negali atspindėti socialinės sėkmės – naudotojams sukurtos vertės. Todėl nebepakanka remtis ankstesniais politikų ir sistemų kūrėjų parengtais vertinimo rodikliais, reikalingi kriterijai reprezentuojantys ir vartotojų nuomonę, prioritetus, gaunamą naudą.⁸⁰

⁷⁶ „Įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2018–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo”, *supra note*, 73.

⁷⁷ Vedlūga, *supra note*, 67.

⁷⁸ Jankauskiene ir kt., *supra note*, 74.

⁷⁹ *Health Performance Measurement in the Public Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network* (Washington, D.C.: National Academies Press, 1999), 95. <https://doi.org/10.17226/6487>.

⁸⁰ Vedlūga, *op. cit.*

Skirtingose šalyse naudojant skirtingas sveikatos informacines technologijas, skiriasi ir veiklos bei kokybės vertinimo rodikliai ar net jų interpretacijos.⁸¹ Tai neabejotinai apsunkina tolimesnę sistemų integraciją, kas skatina ieškoti naujų sprendimų, didinančių sistemų patrauklumą vartotojams. Maksimalus sistemos priimtumas gali būti pasiekiamas tik įtraukiant vartotojus į diegimo ir vertinimo procesą.⁸² Tokiems tikslams pasiekti reikalinga aiški, kuriama verte vartotojui pagrįstą vertinimo sistema. Ir čia negali būti nepastebėtas metodinių įrankių trūkumas sveikatos sistemų kuriamos socialinės vertės matavimui.⁸³ Jau anksčiau nustatyta, kad vartotojų pasitenkinimas elektronine sveikatos sistema, turi tiesioginę įtaką programų naudojimo populiarumui.⁸⁴ Kaip ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinime, vien vartotojų pasitenkinimo lygio nustatymas, neišsprendžia abejonių dėl programinių aspektų tobulinimo pasirinkimo pirmenybės. Siekiant optimalaus resursų paskirstymo kuriant vartotojui patogiausią sistemą, tikslinga išsikelti ir jam svarbiausias ir vertingiausias funkcijas. Taivane atlikta apklausa parodė, kad, nepriklausomai nuo medicinos personalo pasitenkinimo naudojama elektroninės sveikatos sistema, jai iškelti prioritetiniai reikalavimai buvo operacinės sistemos patikimumas ir atsako į programinę komandą greitis. Autoriai pabrėžia, kad be minėtų bruožų, būtinos funkcijos kaip elektroninis medikamentų skyrimas ar laboratorinių testų užsakymas neturi individualios įtakos vartotojo pasitenkinimui.⁸⁵ Tokios išvados pagrindžia poreikį ieškoti elektroninių sveikatos sistemų patobulinimų, kurie atsižvelgiant į iškeliamus lūkesčius, kurtų didžiausią vertę jų vartotojams. Tik į juos atsižvelgus, galime tikėtis aktyvesnio šių technologijų pritaikymo medicinos praktikoje ir didesnio vartotojų pasitikėjimo naujovėmis, kas neabejotinai turėtų įtakos ir bendram informacinių sistemų veiksmingumui.⁸⁶

Nuo pat pradžių pagrindiniai elektroninių sveikatos sistemų vartotojais laikytiems medicinos profesionalams ir administraciniam personalui, šiandien, dėl augančio kompiuterinio raštingumo pasaulyje bei į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros krypties, „naudotojo“ vaidmenį tenka dalintis kartu su pacientais, užimančiais didžiausią sistemų vartotojų grupių dalį.⁸⁷ Skaitmeniniam amžiui atnešus beribes galimybes, informacinių technologijų, plėtojančių holistinę, į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, poreikis nuolat auga.⁸⁸ Nors pacientui pritaikytos informacinės sveikatos sistemos pristatytos pakankamai neseniai, tačiau vartotojų jos priimamos ganėtinai noriai, o jų sąlygotas teigiamas

⁸¹ Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, *supra note*, 67; Reinhold Haux ir kt., „A Brief Survey on Six Basic and Reduced EHealth Indicators in Seven Countries in 2017“, *Applied Clinical Informatics* 9, nr. 3 (2018 m. liepos): 704–13, <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669458>.

⁸² Tomas Vedlūga ir Birutė Mikulskienė, „Stakeholder Driven Indicators for EHealth Performance Management“, *Evaluation and Program Planning* 63 (2017 m. rugpjūčio): 82–92, <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.03.001>.

⁸³ Vedlūga, *supra note*, 67.

⁸⁴ S. Petter, W. DeLone, ir E. McLean, “Measuring information systems success: models, dimensions, measures, and interrelationships” *European Journal of Information Systems*, 17, 3 (2008), 236–263.

⁸⁵ Kuang-Ming Kuo ir kt., „Strategic Improvement for Quality and Satisfaction of Hospital Information Systems“, *Journal of Healthcare Engineering* 2018 (2018 m.): 3689618, <https://doi.org/10.1155/2018/3689618>.

⁸⁶ Jankauskiene ir kt., *supra note*, 74.

⁸⁷ Vedlūga, *op.cit.*

⁸⁸ Reinhold Haux ir kt., *op cit.*

efektas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei stebimas daugelyje medicinos sričių.⁸⁹ Ypatinga nauda gaunama tarp lėtinėmis ligomis sergančiųjų. Esant patogiam naudojimui, technologijos leidžia pacientams aiškiau suprasti savo simptomatiką, nuosekliau sekti būklę, aktyviau dalyvauti gydymo procese ir išvengti komplikacijų laiku kreipiantis pas sveikatos priežiūros specialistą.⁹⁰ Apžvelgus studijas, nagrinėjančias skirtingas informacines sveikatos sistemas, nepaisant technologinių skirtumų, ypač didelis pasisekimas stebėtas siunčiant apsilankymų priminimus apie imunizacijos poreikį ar prevencines programas. Kiti nustatyti veiksniai, sąlygojantys elektroninių sveikatos sistemų sėkmę, buvo: prieigos iš namų galimybė, integruota klinikinių sprendimų palaikymo programa, vartotojų įtraukimas į sistemos kūrimo procesą.⁹¹ Paskutinis iš paminėtųjų veiksnių kelia gana didelį susidomėjimą į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros kontekste. Jau anksčiau pastebėta, kad paciento, kaip sistemos vartotojo indėlis informacinių sveikatos technologijų kūrimo ir tobulinimo procese yra nepelnytai nuvertinamas⁹², o dėl nepakankamo pacientų integracijos, trūksta duomenų apie jų motyvus atliekant vienokius ar kitokius sprendimus gydymo procese. Šios informacijos trūkumas trukdo interpretuoti sveikatos intervencijų poveikį kasdieniam žmonių gyvenimui ir pačiai sveikatos sistemai. Visgi, informacinių sveikatos technologijų vertinimui, vien vartotojų pasitenkinimo matavimo nepakanka. Kadangi šis rodiklis sudarytas iš kognityvinio ir emocinio komponentų, subjektyvumas tiesiogiai koreliuoja su respondento patirtimi ir kompetencija. Įtaką požiūriui į elektronines sveikatos sistemas gali nulemti amžius, pareigos, charakterio savybės ir kt.⁹³ Žinių trūkumas apie teikiamas paslaugas, jų pasiekiamumą bei efektyvumą, gali nulemti nepagrįstus vartotojų lūkesčius, o jų nepateisinimas pasireiškia kilusiu nepasitenkinimu.⁹⁴ Taip pat, pasitenkinimo rodiklis pasižymi diferenciacijos stoka – vartotojas bendru požiūriu gali teigiamai vertinti tiriamąjį objektą, pavyzdžiui – e. sveikatą, tačiau išreikšti nepasitenkinimą tam tikrais šio objekto dėmenimis, pavyzdžiui – patogumas, greitis, saugumas ir pan.⁹⁵

Suprantama, kad vertės suvokimas iš vartotojo perspektyvos taip pat yra veikiamas neadekvačių lūkesčių, tačiau jų išskiriamos vertybės leidžia nutiesti kelią link vartotojui naudingų paslaugų kūrimo. Teisingas lūkesčių interpretavimas ir tarpdisciplininis bendradarbiavimas, pasitelkus plačią vartotojų-

⁸⁹ Amy M. Bauer ir kt., „Patient-Oriented Health Technologies: Patients’ Perspectives and Use”, *Journal of Mobile Technology in Medicine* 6, nr. 2 (2017 m. rugpjūčio): 1–10, <https://doi.org/10.7309/jmtm.6.2.1>; Clemens Scott Kruse ir kt., „Patient and Provider Attitudes toward the Use of Patient Portals for the Management of Chronic Disease: A Systematic Review”, *Journal of Medical Internet Research* 17, nr. 2 (2015 m. vasario 20 d.): e40, <https://doi.org/10.2196/jmir.3703>; Francis Lau ir kt., „A Review on Systematic Reviews of Health Information System Studies”, *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 17, nr. 6 (2010 m. gruodžio): 637–45, <https://doi.org/10.1136/jamia.2010.004838>.

⁹⁰ Bauer ir kt., *op. cit.*; Kruse ir kt., *op. cit.*; Ana Luisa Neves ir kt., „Impact of Providing Patients Access to Electronic Health Records on Quality and Safety of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *BMJ Quality & Safety* 29, nr. 12 (2020 m. gruodžio): 1019–32, <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010581>.

⁹¹ Lau ir kt., *op. cit.*

⁹² Vedlūga, *supra note*, 67.

⁹³ Vedlūga ir Mikulskienė, *supra note*, 83.

⁹⁴ Urden, *supra note*, 37; Vedlūga, *supra note*, 67.

⁹⁵ Urden, *op. cit.*

kūrėjų komandą, sudarytą iš IT specialistų, medikų, administratorių, politikų ir, žinoma, pacientų, suteikia galimybę tobulinti elektronines sveikatos sistemas, kuriant universaliai naudingas funkcijas, nepriklausomai nuo vartotojų interesų grupių. Kūrimo ir plėtros etapas, pagrįstas tokiu sąveikos modeliu, niekada nebus lengvai įgyvendinamas, tačiau tokios informacinių technologijų milžinės kaip „Facebook“ ar „Twitter“, kurios nuolat tobulėja ir mokosi iš realaus vartotojų gyvenimo ir jų poreikių, skatina galvoti, kad norimas rezultatas gali būti pasiekiamas.⁹⁶

Informacinių sveikatos sistemų potencialas milžiniškas, o sveikatos paslaugų kokybės ir saugumo gerinimas gali būti įvardijami pagrindiniais šių technologijų vertės komponentais. Labai svarbu teisingai pasirinkti aiškią vystymo kryptį, vedančią link svarbiausių pokyčių, darysiančių įtaką pagrindiniams tų sistemų vartotojams. Išsikeltas tikslas turėtų atspindėti sistemų indėlį ir jų lemiamą rezultatą – pridėtinę vertę sveikatos priežiūros paslaugų teikime. Patrauklumas ir vartojimas, tikėtina, augtų, kai sveikatos technologijos bus orientuotos į jų naudotojų prioritetus.

Nustačius ir pritaikius funkcijas, vertingas pacientams, sukurama terpė aktyviam gydytojo ir paciento bendradarbiavimui, atsiranda aiškesnis pastarojo poreikių suvokimas iš medicinos personalo pusės.⁹⁷ Be to, pacientams vertingos ir jų naudojamos informacinės sistemos, leistų medicinai patogiausią įsigilinti į vartotojų prioritetus galėtų sumažinti išlaidas bei pasiekti efektyvesnių rezultatų, atitinkančių individualizuotus poreikius.⁹⁸ Tiesiog funkcionalių elektroninių sveikatos sistemų įdiegimas niekada nebus į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros pavyzdys, jei jis nesustiprins ryšio tarp gydytojo ir paciento, neužtikrins sklandžios komunikacijos ir švietimo, nesuteiks žinių apie sveikatos būklę ar galimybės pacientui dalyvauti sprendimų priėmimo procese.⁹⁹

⁹⁶ Fernan Gonzalez Bernaldo de Quiros, Adriana R. Dawidowski, ir Silvana Figar, „Representation of People’s Decisions in Health Information Systems.* A Complementary Approach for Understanding Health Care Systems and Population Health”, *Methods of Information in Medicine* 56, nr. S 01 (2017 m. vasario 1 d.): e13–19, <https://doi.org/10.3414/ME16-05-0001>.

⁹⁷ *Ibid*

⁹⁸ P. F. Brennan ir I. Strombom, „Improving Health Care by Understanding Patient Preferences: The Role of Computer Technology”, *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 5, nr. 3 (1998 m. birželio): 257–62, <https://doi.org/10.1136/jamia.1998.0050257>.

⁹⁹ Guyatt ir kt., *supra* note, 55.

3. LIETUVOS GYVENTOJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR ELEKTRONINĖS SVEIKATOS SISTEMOS VERTĖS SUVOKIMO TYRIMAS

3.1 Tyrimo metodologija ir eiga

Tyrimo tikslas: Nustatyti Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prioritetus, suvokiamą vertę ir jos ryšį su e. sveikatos sistemos charakteristikomis.

Tyrimo objektas: Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros ir elektroninės sveikatos sistemos vertės suvokimas.

Tyrimo problema: Kokios sveikatos priežiūros paslaugos vertingiausios pacientui? Kaip šiuolaikinio sveikatos paslaugų gavėjo portretas veikia e. sveikatos priežiūros paslaugos poreikį? Kokius sveikatos priežiūros dėmenis ir kokiomis savo funkcijomis e. sveikatos sistema turėtų papildyti, norint didinti patrauklumą naudotojui?

Tyrimo hipotezė: E. sveikatos sistemos vertė Lietuvos gyventojų siejama su sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumo gerinimu ir ryšio tarp gydytojo ir paciento kūrimu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Pritaikyti Lietuvos kontekstui ir išbandyti sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo metodiką, paremtą PSO paslaugų kokybės dėmenimis.
2. Apibrėžti Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo portretą, kuris padėtų įvertinti suvokiamą e. sveikatos sistemos vertę.
3. Nustatyti prioretizuojamas sveikatos priežiūros paslaugas ir jų vertę pacientui.
4. Apžvelgti galimas ir esamas e. sveikatos funkcijas, papildančias sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kuriančias didžiausią pridėtinę vertę naudotojui.

Tyrimo populiacija: tyrime dalyvavo 18-os metų ir vyresni Lietuvos gyventojai.

Tyrimo imtis: Atsitiktinė paprastoji imtis, sudaryta iš 298 respondentų.

Tyrimo trukmė: Apklausa vykdyta nuo 2021 m. vasario 17 d. iki 2021 m. kovo 3 d.

Tyrimo modelis

Remiantis į pacientą orientuota sveikatos priežiūros sistema, dėl glaudžios paslaugų vertės ir kokybės sąsajos, tyrimo modelis suformuotas atsižvelgiant į 2018 m. PSO praktinėse gairėse apibrėžtus sveikatos priežiūros kokybės vertinimo dėmenis: saugumas, efektyvumas, našumas, orientacija į

pacientą, nešališkumas, prieinamumas, integralumas. Tyrimo metu numatyta apžvelgti, kaip Lietuvos gyventojas, potencialus ar esamas elektroninės sveikatos sistemos vartotojas, suvokia sveikatos priežiūros bei elektroninių paslaugų vertę ir kuriuos tos vertės aspektus prioritetizuoja. Interpretuojant respondentų atsakymus, siekta nustatyti, kaip šiandieninė Lietuvos e. sveikata išpildo vartotojų lūkesčius, kaip elektroninės sveikatos sistema galėtų pagerinti teikiamą medicinos priežiūrą bei kokiose srityse, atsižvelgiant į minėtus kokybės dėmenis, patobulinimai reikalingi labiausiai.

Mokslinis tyrimas atliktas bendradarbiaujant su MRU Sveikatos politikos ir vadybos magistrantūros programos studente Karina Segal. Laimėjus Lietuvos mokslo tarybos (LMT) konkursą „Studentų gebėjimų ugdymas vykdant mokslo tyrimus semestro metu“, pasitelkus ES lėšas, pasinaudojus socialines apklausas vykdančios uždarnosios akcinės bendrovės „Jarinta“ paslaugomis, atliktas užsakomasis sociologinio tipo tyrimas, naudojant kiekybinę apklausą, ją pateikiant atsitiktinės imties Lietuvos gyventojams. Apklausos metodika pasirinkta dėl didelio populiarumo sociologiniuose tyrimuose, patogaus pritaikymo ir lengvo respondentų pasiekiamumo. Be to, apklausos pritaikymas ypač efektyvus, kai tiriamas reiškiny yra susijęs su žmonių nuostatomis, poreikiais, interesais, motyvacija, nuomone ir kt.

Tyrimo instrumentas

Dėl įvairiose šalyse išsiskiriančių sveikatos politikos modelių ir skirtingos patirties naudojantis elektroninėmis sveikatos sistemų technologijomis, stebimas akivaizdus standartizuotų vertės analizės metodikų trūkumas. Šios mokslo srities tiriamųjų instrumentų nepakankamumas lemia subjektyvius, įrodymais nepagrįstus ir dažnai populiacijai nepritaikytus politinius sprendimus, sąlygojančius į pacientą orientuotos (angl. patient-oriented) sveikatos priežiūros vystymosi stagnaciją. Tikimasi, kad būtent šiuo modeliu paremta elektroninės sveikatos sistema išspręstų ne tik praktinę sveikatos priežiūros neefektyviai valdomų kaštų problemą, bet ir padėtų valdyti gan chaotišką ir inertišką e. sveikatos plėtros procesą.

Šio tyrimo tikslu, siekiant nustatyti respondentų suvokiamą sveikatos priežiūros bei Lietuvos elektroninės sveikatos sistemos vertę, buvo sukurta 55-ių uždarų klausimų su keliais galimais pasirinkimo variantais anketa (2 priedas). Klausimynas parengtas atliekant interviu, siekiant remtis asmenine sveikatos priežiūros bei e. sveikatos naudotojų, įskaitant medicinos personalą, patirtimi, bei papildytas mokslinėse ir žurnalistinėse publikacijose, nagrinėjančiose sveikatos priežiūros kokybės dėmenų išraiškas, pateikta informacija. Klausimai suskirstyti į grupes remiantis SERVQUAL kokybės vertinimo modeliu bei atsižvelgiant į PSO apibrėžtus sveikatos priežiūros kokybės dėmenis (2 lentelė). Klausimų struktūra ir pobūdžiu koncentruotas dėmesys į respondento patirtį, pasitenkinimą bei vertės ir kokybės suvokimą. Parengta kiekybinės apklausos anketa patikrinta žvalgomojo tyrimu ir koreguota

pagal gaunamus preliminarinius rezultatus ir pildžiusiųjų pastabas. 52-55 klausimai buvo skirti demografiniai respondentų analizei.

2 lentelė. Anketos klausimų klasifikacija.

Paslaugų kokybės dėmenys	Sveikatos priežiūros paslaugos, klausimų Nr.	E. sveikata, klausimų Nr.
Efektyvumas	1-4	5-8
Saugumas	9-11	12-15
Prieinamumas	16-20	21-25
Orientacija į vartotoją	26-35	36-40
Našumas	41-42	43-45
Nešališkumas/Integralumas	46-48	49-51

Statistinė duomenų analizė

Anketinių duomenų apdorojimas, statistinė duomenų analizė ir grafiniai atvaizdavimai atlikti pasitelkiant SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences), Microsoft Office Excel 2019 bei Microsoft Office Word 2019 programines įrangas. Grafiškai perteikiant tiriamų anketinių variantų pasirinkimo pasiskirstymą, iki 7-ių imčių vaizdavimui naudotos skritulinės, stulpelinės ar grupuotos juostinės diagramos, daugiau nei 7-ių imčių duomenys buvo pateikiami lentelėse.

Anketinių klausimų atsakymų pasirinkimas pateikiamas nurodant variacines sekas - dažnį (n) bei procentinę atvejų dalį (angl. percent of cases, %).

Kokybinių požymių priklausomybei tarp skirtingų imčių nustatyti buvo skaičiuojamas Pearson kriterijus, Chi-kvadrato testas (angl. chi-square, χ^2).

Proporcijų lygybė tarp dviejų dvireikšmių (binarinių) grupių kintamųjų tikrinta taikant McNemar testą. Statistinis proporcijų pasiskirstymas tarp daugiau nei dviejų dvireikšmių (binarinių) grupių kintamųjų tikrintas atliekant Kochran-Q testą (angl. Cochran's-Q test). Taikant pastarąjį metodą, dėl daugkartinio grupių palyginimo, aposterioriniu (angl. Post-Hoc) kriterijumi panaudota Bonferroni statistinių reikšmių (p) korekcija.

Rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai reikšmingumo lygmuo (p reikšmė) buvo mažesnis už 0,05.

Tyrimo etika

Tyrimo metu buvo laikomasi empirinio tyrimo atlikimo principų. Teikiamoje anketoje buvo paaiškinta, kad atliekamas sociologinis tyrimas, nurodytas tyrimo tikslas ir kokiame universitete mokosi tyrėjas.

Dalyvavimas šiame tyrime savanoriškas – respondentai turėjo teisę atsisakyti pildyti anketą ar nutraukti anketos pildymą bet kuriame etape nenurodant priežasčių ir motyvų. Respondentui nutraukus anketos pildymą, visi anksčiau įvesti nuasmeninti duomenys buvo naudojami kaip tyrimo rezultatų analizės dalis.

Tyrimo dalyvių asmens duomenų saugumas ir konfidencialumas garantuojamas. Jokiuose tyrimo dokumentuose nebuvo fiksuojami tiriamųjų vardai, pavardės ar kita informacija, leidžianti nustatyti duomenų subjekto tapatybę. Anketoms, suteikti unikalūs kodai, kuriems sukurti nenaudoti asmenį identifikuojantys duomenys.

Anketomis surinkta informacija saugoma elektroninėje duomenų bazėje, Microsoft Excel programoje. Tyrimo duomenys, apsaugoti slaptažodžiu ir saugomi kompiuteryje, pasiekiami tik tyrėjui ir apklausą vykdžiusiai uždarajai akcinei bendrovei „Jarinta“.

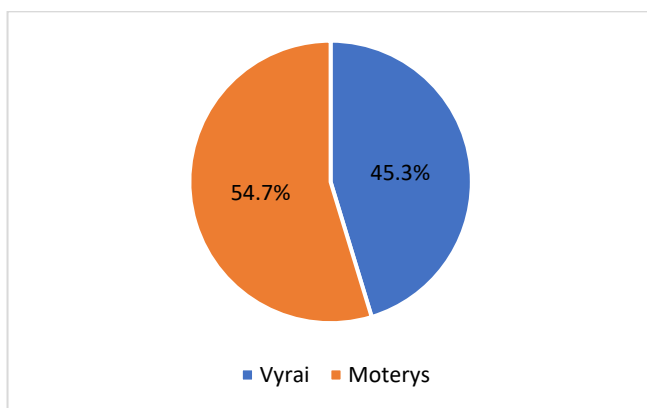
Gauti duomenys bus naudojami tik apibendrintoje analizėje, atliekant skaičiavimus, naudojant statistinės analizės programas.

Dokumentai bus saugomi ne trumpiau kaip 15 metų po tyrimo pabaigos. Už surinktų duomenų saugumą atsakingas tyrėjas. Pasibaigus duomenų saugojimo terminui, jie bus sunaikinami, vadovaujantis Lietuvos vyriausiojo archyvaro 2011 m. kovo 9 d. įsakymu Nr. V-100 „Dėl bendrųjų dokumentų saugojimo terminų rodyklės patvirtinimo“.

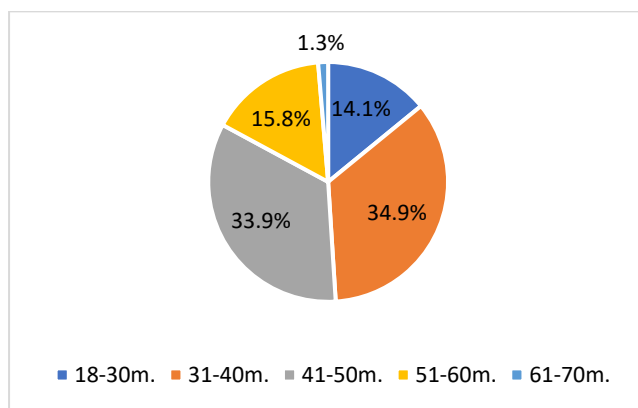
3.2 Rezultatai

3.2.1 Demografinė respondentų analizė

Tiriamųjų imtį sudarė 298 respondentai, iš kurių 54,7 % (n=163) buvo moterys, 45,3 % (n=135) – vyrai (*Pav. 1*). Dominavo 31-40 metų ir 41-50 metų grupės atstovaujantys apklaustieji (atitinkamai: 34,9 %, n=104; 33,9 %, n=101), rečiau pasitaikant 18-30 (14,1 %, n=42), 51-60 (15,8 %, n=47) ir 61-70 (1,3 %, n=4) metų respondentams (*Pav. 2*). Vyresni, patenkantys į 71-80 m. ir >80m. amžiaus grupes, šioje apklausoje nedalyvavo.

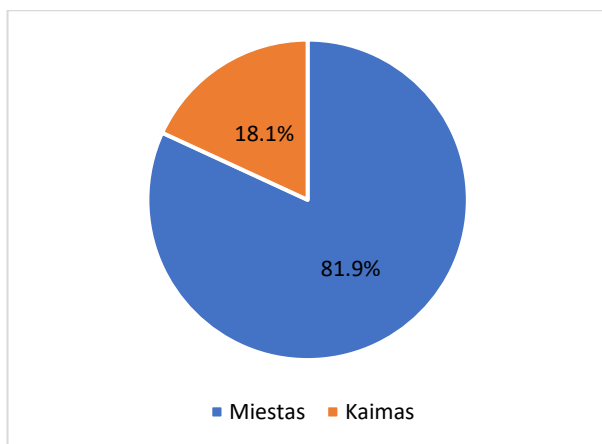


Pav. 1 Respondentų pasiskirstymas pagal lytį.

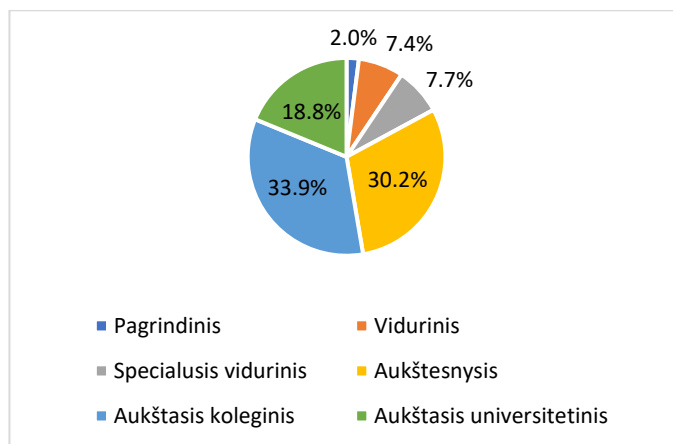


Pav. 2 Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

Didžiąją dalį tiriamųjų sudarė miesto gyventojai (miestas 81,9 % (n=244); kaimas 18,1 % (n=54)) (*Pav. 3*), turintys aukštąjį kolegini ar aukštesnįjį išsilavinimą (atitinkamai: 33,9 %, n=101; 30,2 %, n=90). Likusiųjų išsilavinimo lygio dažnio pasiskirstymas: aukštasis universitetinis (18,8 %, n=56), specialusis vidurinis (7,7 %, n=23), vidurinis (7,4 %, n=22), pagrindinis (2 %, n=6) (*Pav. 4*).



Pav. 3 Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą.



Pav. 4 Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

3.2.2 Sveikatos priežiūros paslaugų analizė

Vertinant apklausoje dalyvavusių suvokiamą ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, dažniausiai pasirinkti ir tarpusavyje statistiškai reikšmingai nesiskyrę ($p > 0,05$) variantai buvo: „Nukreipiama kitam specialistui“ (43,3 %, $n=129$), „Jums paskiriamas aiškus tyrimų ir/ar gydymo planas“ (40,6 %, $n=121$), „Išklausa Jūsų nuomonė“ (39,9 %, $n=119$), „Išpildomi jūsų reikalavimai, pageidavimai“ (39,3 %, $n=117$). Lyginant su minėtais teiginiais, mažiausiai su efektyvumu buvo siejamas tik vieno klausimo nagrinėjimas apsilankymo metu, nenukreipimas kitam specialistui bei nepaskirtas laikas kitam vizitui ($p < 0,01$) (3 lentelė).

3 lentelė. Ambulatorinių k-jų efektyvumą atspindintys veiksniai.

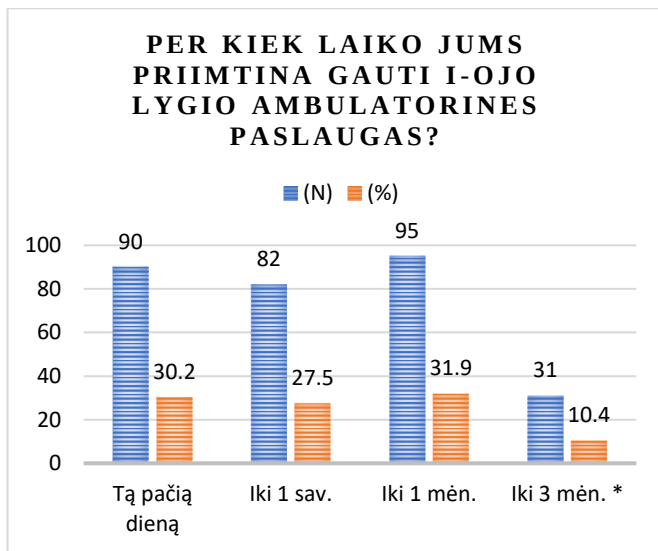
Kas labiausiai atspindi ambulatorinių konsultacijų efektyvumą?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Nukreipiama kitam specialistui	129	14.4%	43.3%
Jums paskiriamas aiškus tyrimų ir/ar gydymo planas	121	13.5%	40.6%
Išklausa Jūsų nuomonė	119	13.3%	39.9%
Išpildomi jūsų reikalavimai, pageidavimai	117	13.1%	39.3%
Konsultacija trunka tiek kiek reikia situacijai išsiaiškinti	109	12.2%	36.6%
Išsprendžiami keli klausimai	90	10.0%	30.2%
Konsultacija trunka iki 15 min	82	9.2%	27.5%
Paskiriamas kitas vizitas	70	7.8%	23.5%
Sprendžiamas tik vienas klausimas	59	6.6%	19.8%
Nenukreipiama kitam specialistui	0	0.0%	0.0%
Nepaskiriamas kitas vizitas	0	0.0%	0.0%
	896	100.0%	300.7%

Stacionarinių paslaugų efektyvumas dažniausiai buvo gretinamas su simptomų palengvinimu (46,3 %, $n=138$) ($p < 0,01$), rečiausiai – su visišku simptomų pašalinimu (3,7 %, $n=11$), kontrolinio vizito nepaskyrimu (4,4 %, $n=13$) bei mažiau nei 5 dienų hospitalizacijos trukme (9,4 %, $n=28$) ($p > 0,05$). Nemažas dėmesys skiriamas ir kontrolinio vizito paskyrimui (24,8 %, $n=74$) (4 lentelė). Papildomai apskaičiuota, kad simptomų palengvinimo ar visiško jų pašalinimo variantų pasirinkimas tarp amžiaus grupių statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$).

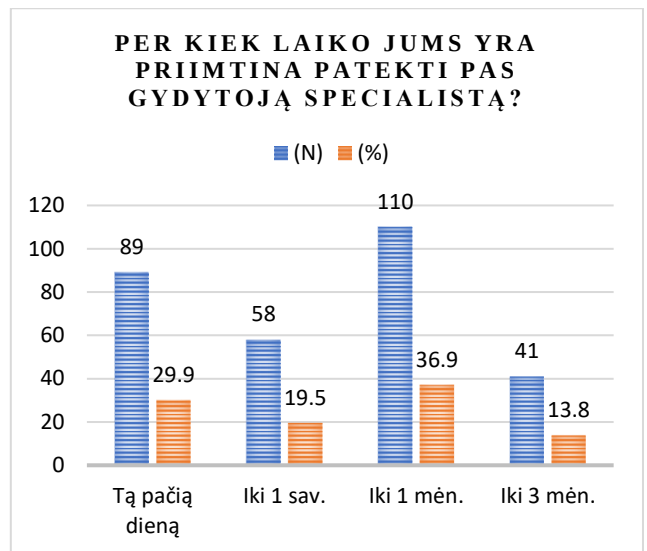
4 lentelė. Stacionarinių/SPS paslaugų efektyvumą sąlygojantys veiksniai.

Kas labiausiai atspindi gydymo stacionare/SPS efektyvumą?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Palengvinami esami simptomai	138	34.6%	46.3%
Paskiriamas kontrolinis specialisto vizitas	74	18.5%	24.8%
Koreguojami ir gretutiniai susirgimai	55	13.8%	18.5%
Stacionarinis laikotarpis trunka >5d	43	10.8%	14.4%
Skiriamos intraveninės infuzijos	37	9.3%	12.4%
Stacionarinis laikotarpis trunka <5d	28	7.0%	9.4%
Nepaskiriamas kontrolinis specialisto vizitas	13	3.3%	4.4%
Visiškai išnyksta esami simptomai	11	2.8%	3.7%
	399	100.0%	133.9%

Analizuojant laiko trukmę iki sveikatos priežiūros paslaugų gavimo nustatyta, kad šeimos gydytojo konsultacijos laukimas daugiau nei 3 mėnesius respondentams buvo nepriimtinas (10,3 %, n=31, p <0,01) (Pav. 5). Specializuotų konsultacijų laukimas daugiau nei 3 mėnesius taip pat pažymėtinas, kaip mažiausiai priimtina laiko trukmė, tačiau ji statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo laukimo iki 1-os savaitės (atitinkamai: 13,8 %, n=41 vs. 19,5 %, n=58; p >0,05). Didžiausia dalis respondentų buvo pasiruošę specializuotų paslaugų laukti iki 1 mėnesio, kiek mažesnė dalis tikėjosi specializuotą kontaktinę konsultaciją gauti tą pačią dieną (36,9 %, n=110 vs. 29,9 %, n=89; p=0,512) (Pav. 6). Pažymėtina, kad paslaugų gavimo tą pačią dieną poreikis tarp grupių (I-ojo lygio – 30,2%, n=90 vs. specializuotos – 29,9 %, n=89; p >0,05) nesiskyrė, o tikėjęsi tos pačios dienos I-ojo lygio konsultacijos, tokius pačius lūkesčius nurodė ir specializuotoms konsultacijoms ($\chi^2=175,984$, p <0,01).

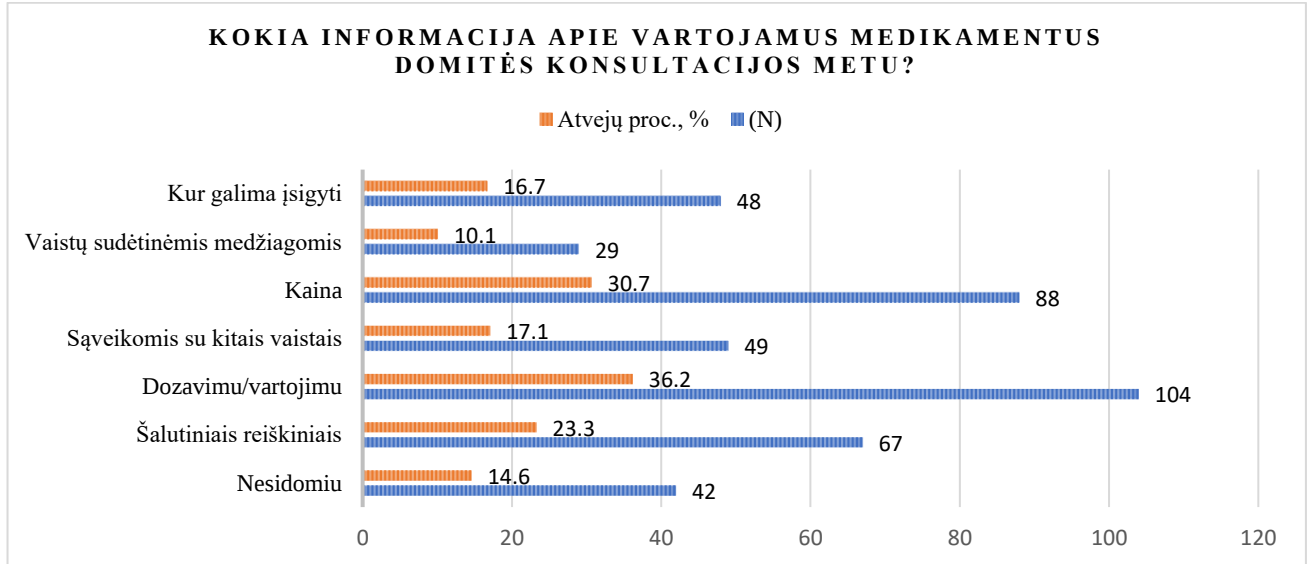


Pav. 5 Laukimo laikas iki I-ojo lygio sveikatos priežiūros paslaugų gavimo. *p <0,01



Pav. 6 Laukimo laikas iki specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo.

Apklausos duomenys atkleidė, kad pacientai gydytojo konsultacijos metu, dažniau nei paskirtų vaistų sudėtinėmis medžiagomis (10,1 %, n=29), vaistų sąveikomis (17,1 %, n=49) ar įsigijimo vieta (16,7 %, n=48), domėjosi vaistų dozavimu/vartojimu ir jų kaina (34,2 %, n=104 ir 30,7 %, n=88) (p <0,01) (Pav. 7).



Pav. 7 Domėjimosi medikamentais sritis konsultacijos metu.

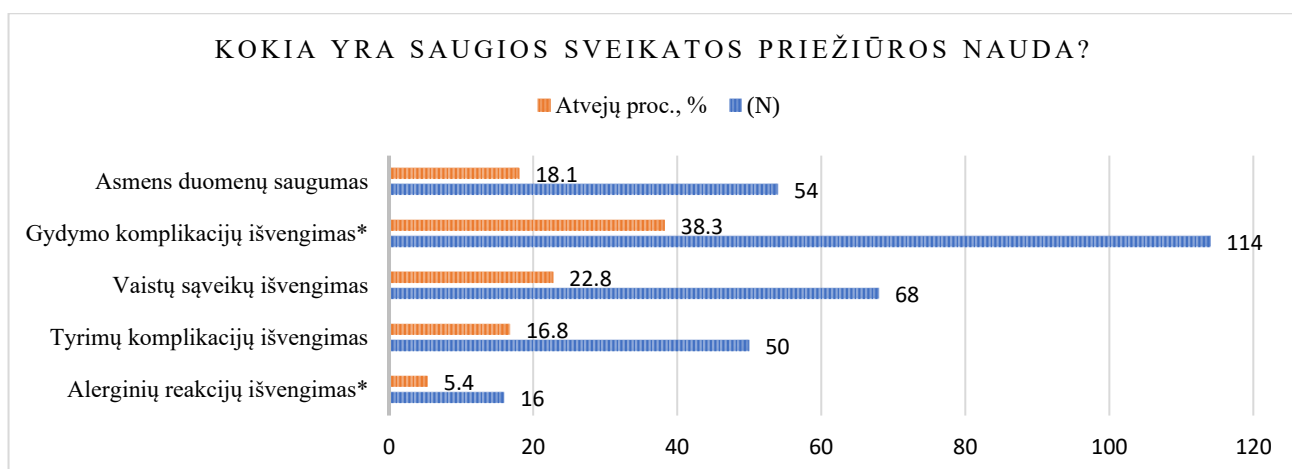
Papildomos sveikatos informacijos paieškos temos tarpusavyje reikšmingai nesiskyrė, o nesidominčių dalį sudarė 16,4 % (n=49) (5 lentelė). Didžioji dalis respondentų taip pat nurodė, kad, pajutę pirmuosius sveikatos sutrikimo simptomus, neskuba kreipti į gydymo įstaigą, o ieško su būkle

susijusios informacijos internete ir stebi simptomų eigą (atitinkamai: 52,7 %, n=157 ir 50,7 %, n=151; p <0,01).

5 lentelė. Papildomo domėjimosi reikalaujančios sveikatos temos.

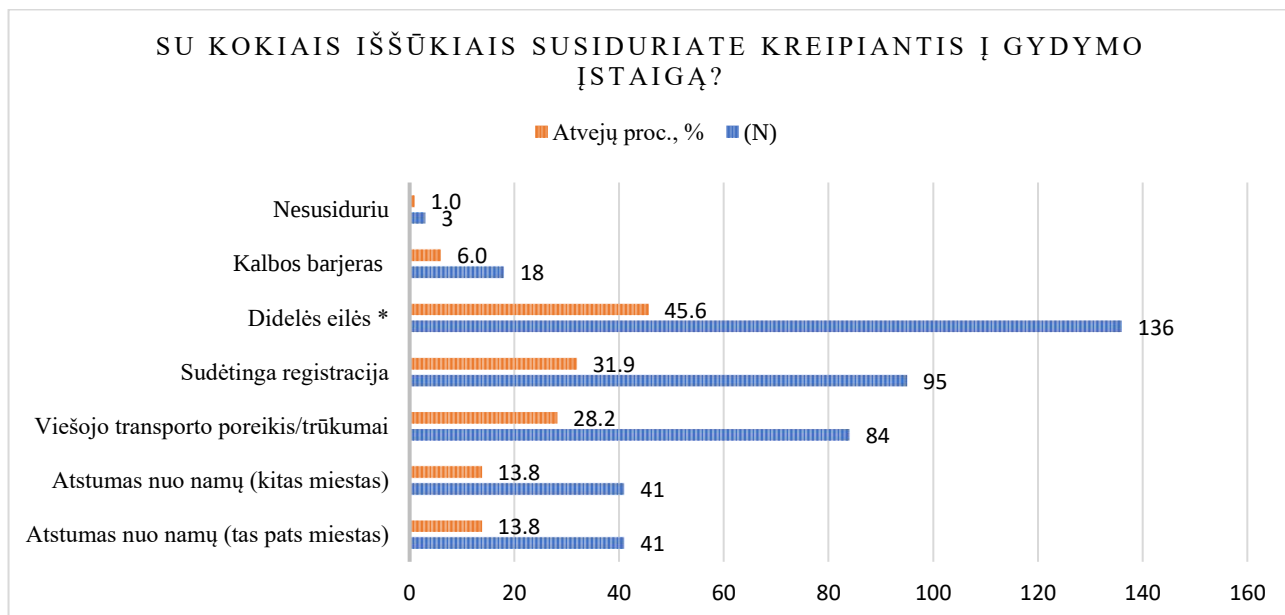
Kokia sveikatos informacija dažniausiai domitės papildomai?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Nustatytos ligos aprašymu	74	10.5%	24.8%
Vaistų dozavimu/vartojimu	67	9.5%	22.5%
Tyrimų ir procedūrų aprašymu	64	9.1%	21.5%
Mityba	62	8.8%	20.8%
Vaistų įsigijimo vietomis	59	8.4%	19.8%
Sveikatos priežiūros paslaugų kaina	59	8.4%	19.8%
Informacija apie gyvenimo būdą	58	8.2%	19.5%
Vaistų sąveikomis	58	8.2%	19.5%
Pasireiškusios simptomatikos reikšmė	54	7.7%	18.1%
Šalutiniais vaistų reiškiniais	51	7.2%	17.1%
Vaistų sudėtinėmis medžiagomis	50	7.1%	16.8%
Nesidomiu	49	7.0%	16.4%
	705	100.0%	236.6%

Didžioji dalis respondentų žalos, susijusios su sveikatos priežiūra, nebuvo patyrę (32,9 %, n=98, p <0,01), o saugias paslaugas labiausiai asocijavu su gydymo komplikacijų išvengimu (38,3 %, n=114, p <0,01), mažiausiai – su alergijų išvengimu (5,4 %, n=16, p <0,01) (Pav. 8).



Pav. 8 Saugios sveikatos priežiūros rodikliai. *p <0,01.

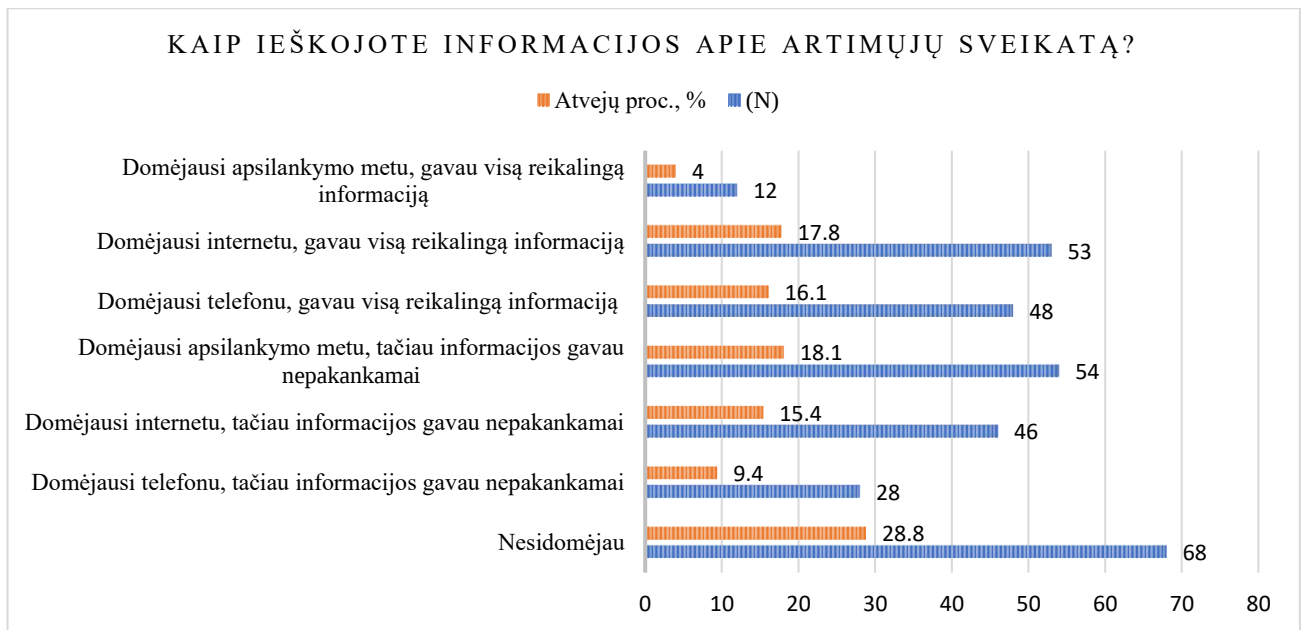
Didžiausia dalis apklaustųjų kreipdamiesi į gydymo įstaigą susiduria su eilių problema (45,6%, n=136, p <0,01). Dažniau už likusius iššūkius (dideli atstumai, transporto poreikis ir kalbos barjeras), respondentai patiria sunkumų registruojantis (31,9%, n=95) bei pasiekiant gydymo įstaigas naudojantis viešuoju transportu (28,2%, n=84) (p <0,01) (Pav. 9).



Pav. 9 Patiriami sunkumai kreipiantis į gydymo įstaigą. * p<0,01.

Reikšmingo pasiskirstymo tarp kreipimosi į gydymo įstaigą būdų nestebėta: el. paštu – 43,4 % (n=129); telefonu – 36,0 % (n=107); gyvo kontakto metu – 35,8 % (n=136) (p=0,096), tačiau apskaičiuota, kad asmenims, kontaktavusiems su įstaiga internetu (el. paštu), registracija neatrodė sudėtinga ($\chi^2=5,405$, p=0,02), skirtingai nei kontaktuojantiems tiesiogiai ($\chi^2=13,106$, p <0,01).

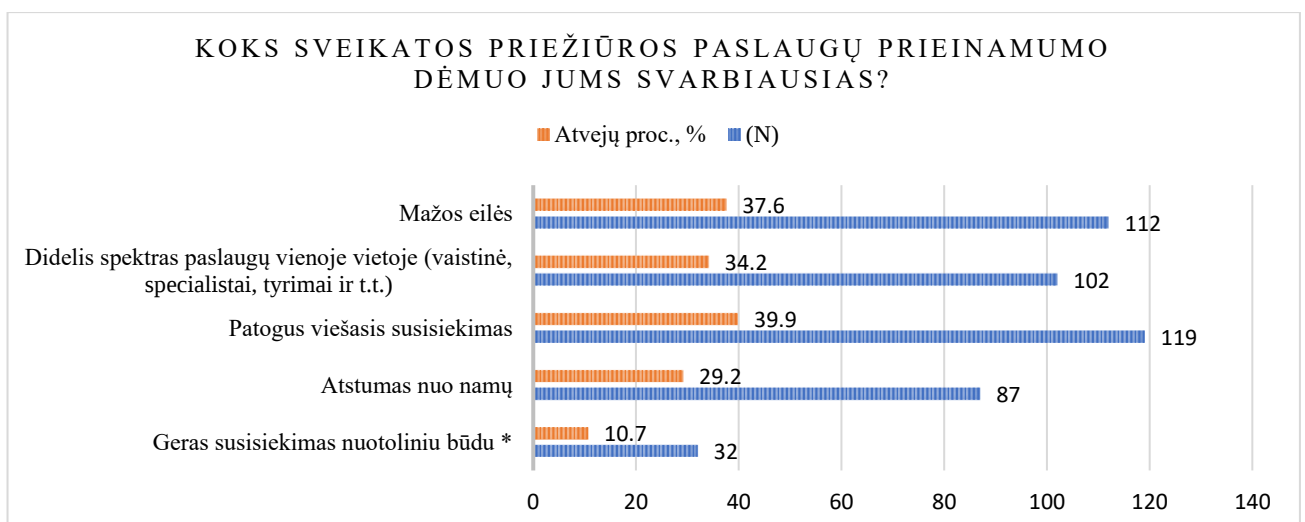
Rezultatai atskleidė, kad domintis artimųjų sveikata, mažiausiai informacijos pavykdavo gauti tiesioginio apsilankymo metu: 18,1 % (n=54) gavo nepakankamai informacijos, tik 4 % (n=12) gavo tenkinantį kiekį informacijos. Sąlyginai didelė dalis apklaustųjų, nurodė gavę pakankamą kiekį informacijos apie artimųjų būklę, kai dėl jos buvo kreipiamasi internetu (17,8 %, n=53) ir telefonu (16,1 %, n=48). 22,8 % (n=68) artimųjų sveikatos būklės informacijos ieškoti neteko (Pav. 10).



Pav. 10 Respondentų patirtis ieškant informacijos apie artimųjų sveikatą.

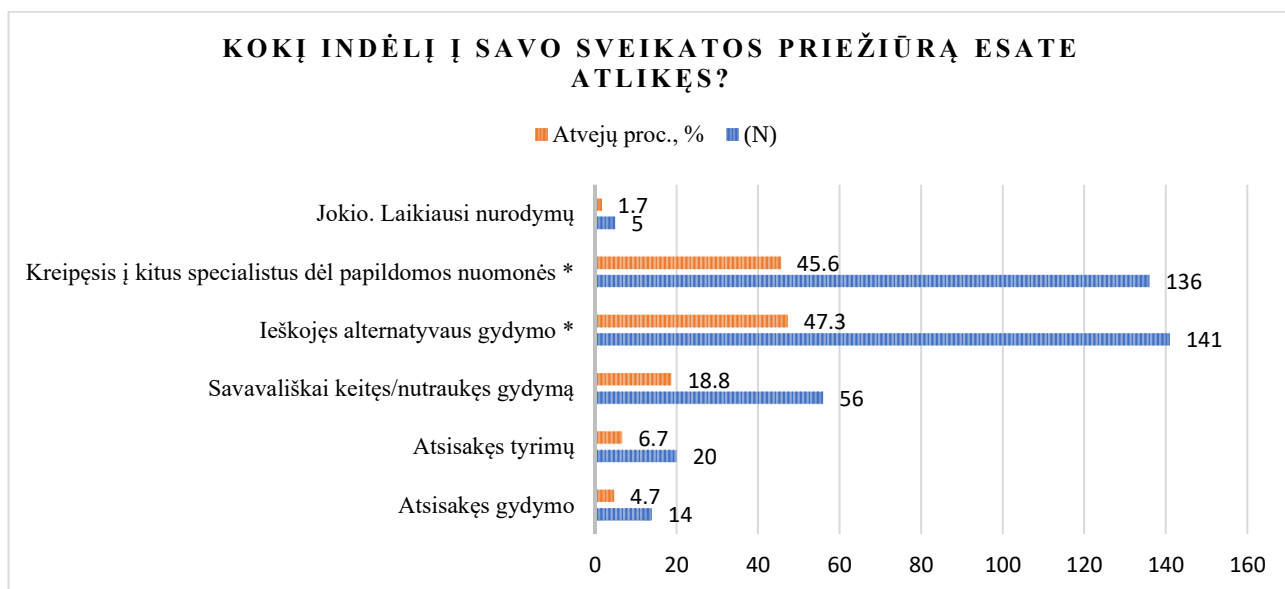
Respondentai nurodė vaistus perkantys vaistinėje ir/arba internete (atitinkamai: 55,4 %, n=165 ir 50,0 %, n=149).

Paslaugų pasiekiamumo atžvilgiu, gyventojams svarbiausi aspektai pasiskirstė tolygiai: mažos eilės, patogus viešasis susisieikimas su gydymo įstaiga, didelis paslaugų spektras (atitinkamai: 39,9 %, n=119; 37,6 %, n=112; 34,2 %, n=102). Nei vieno balso nesulaukė mokamų paslaugų pasiekiamumas (*Pav. 11*). Reikšmingai mažiau vertingu laikytas geras susisieikimas nuotoliniu būdu (10,7 %, n=32, $p < 0,01$), tačiau pastebėta, kad šios funkcijos neprioretizavę respondentai, statistiškai reikšmingai rečiau konsultavosi nuotoliniu būdu ($\chi^2=34,799$, $p < 0,01$), patyrė sunkumų dėl atstumo iki gydymo įstaigos ($\chi^2=54,552$, $p < 0,01$) ar susidurdavo su didelių eilių problema ($\chi^2=21,683$, $p < 0,01$).



*Pav. 11 Su sveikatos priežiūros prieinamumu asocijuojami veiksniai. *p < 0,01*

Remiantis apklausos duomenimis, paskutinė respondentų patirtis gaunant sveikatos priežiūros paslaugas buvo teigiama ar dalinai teigiama (40,3 %, n=120; 31,9 %, n=95) ir tik 4,4 % (n=13) nurodė buvusią neigiamą patirtį ($p < 0,01$). Visgi rezultatai atskleidė, kad beveik pusei apklaustųjų yra tekę ieškoti alternatyvaus gydymo ar kreiptis į kitą specialistą papildomos nuomonės (47,3 %, n=141; 45,6 %, n=136) ($p < 0,01$) (Pav. 12).



Pav. 12 Respondentų patirtis dalyvaujant gydymo procese. * $p < 0,01$.

Gyventojų nuomone, vienai sveikatos problemai išspręsti šiuo metu yra reikalingos 2 konsultacijos (54,7 %, n=163, $p < 0,01$). Tokių konsultacijų skaičių respondentai laiko optimaliu (44,6 %, n=133, $p < 0,01$), o tinkamiausias nurodytas konsultacijų trukmės laikas - 30min. (44,0 %, n=131, $p < 0,01$).

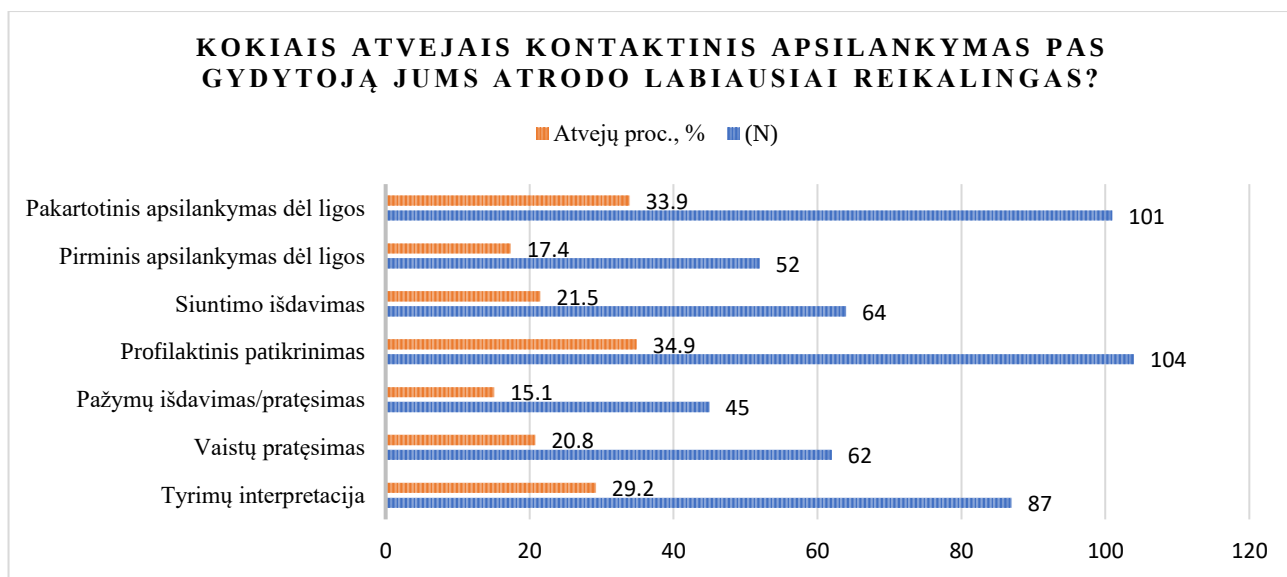
Gera medicinos priežiūra asocijuota su gydytojo patirtimi (50,3 %, n=150, $p < 0,01$), prie mažiausią įtaką paslaugų kokybei darančių faktorių buvo priskirti kosmetinis vaizdas (3,0 %, n=9) bei teikiamų paslaugų finansavimas (mokamos paslaugos – 16,4 %, n=49), kurie tarpusavyje reikšmingai nesiskyrė.

Analizuojant patirtas problemas, susijusias su sveikatos priežiūros sektoriumi, statistiškai reikšmingai dažniau apklaustieji susidūrė su pamestu gydytojo išrašu/siuntimu (24,2 %, n=72), išrašyta netinkama vaisto dozė (21,8 %, n=65), pasimetusia ambulatorine kortele (20,1 %, n=60), informacijos perdavimo klaidomis dėl popierinių dokumentų (18,8 %, n=56) ir per trumpai galiojusių siuntimu (17,4 %, n=52) ($p < 0,05$).

Vertinant vartotojui svarbiausius sveikatos priežiūros elementus, tarpusavyje statistiškai išsiskiriančių pasirinkimų nenustatyta, tačiau apskaičiuota, kad paslaugų pasiekiamumas (37,9 %, n=113) ir nemokamos paslaugos (36,2 %, n=108) buvo reikšmingesnės nei sveikatos priežiūros paslaugų

saugumas (24,5 %, n=73) ($p < 0,01$). Renkantis gydymo įstaigą ar gydytoją, didžioji dalis respondentų rėmėsi rekomendacijomis (42,3 %, n=126), gydytojo patirtimi (38,6 %, n=115) bei asmenine patirtimi (37,9 %, n=113). Statistiškai reikšmingai mažiau įtakos pasirinkimui turėjo gydytojo amžius (11,7 %, n=35), pacientų įvertinimas (20,8 %, n=62) bei gydytojų specializacija (22,1 %, n=66) ($p < 0,01$). Įstaigos lokalizacija atsidūrė „neutralioje“ pozicijoje renkantis prioritetus (30,9 % n=92) ir statistiškai reikšmingai, lyginant su kitais anketinio klausimo variantais, neišsiskyrė. Respondentai, pabrėžę paslaugų pasiekiamumą, statistiškai dažniau akcentavo ir įstaigų lokalizaciją ($\chi^2=26,296$, $p < 0,01$).

Apklausus, kuriais atvejais kontaktinės konsultacijos yra vertingiausios, vieno statistiškai reikšmingo požymio nestebėta, tačiau matoma tendencija suponuoja profilaktinių patikrinimų (34,9 %, n=104) ir pirminių apsilankymų pasirinkimą (33,9 %, n=101) (Pav. 13). Kontaktinių konsultacijų būtinumui priskyrusių tyrimų interpretavimą bei siuntimų išdavimą dažnis pasiskirstė atitinkamai: 29,2 %, (n=87) ir 21,5 %, (n=64). Apskaičiuota, kad variantą „Tyrimų interpretacija“ pasirinkę respondentai taip pat reikšmingai dažniau susidūrė su didelių eilių problema ($\chi^2=72,537$, $p < 0,01$) bei jų mažinimą išskyrė kaip svarbiausią sveikatos priežiūros paslaugų dėmenį ($\chi^2=51,583$, $p < 0,01$). Apklaustieji, nurodę kontaktinių konsultacijų būtinumą tyrimų interpretacijai, tyrimo duomenimis, buvo linkę sutikti su dalies konsultacijų perkėlimu į elektroninę erdvę ($\chi^2= 69.033$, $p < 0,01$).



Pav. 13 Indikacijos kontaktiniam apsilankymui pas gydytoją.

Respondentų prašant pateikti siūlymus, kaip mažinti eiles pas gydytojus, dažniau už kitus galimus variantus (išskyrus „Didinti gydytojų skaičių“ – 35,9 %, n=107, $p > 0,05$) buvo siūloma dalį konsultacijų perkelti į nuotolinį kontaktą su gydytoju (43,3 %, n=126, $p < 0,05$). Rečiausiai šios problemos sprendimui buvo siūloma sutrumpinti konsultacijų laiką (8,1 %, n=24) ir apmokestinti tyrimus bei konsultacijas (atitinkamai: 17,1 %, n=51 ir 21,1 %, n=63) ($p > 0,05$) (6 lentelė).

6 lentelė. Respondentų siūlomi sprendimai, mažinantys eiles sveikatos priežiūros paslaugoms gauti.

Kaip siūlytumėte mažinti eiles pas gydytoją/tyrimams?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Dalį konsultacijų atlikti nuotoliniu būdu	126	15.8%	42.3%
Didinti gydytojų skaičių	107	13.4%	35.9%
Pakartotines konsultacijas atlikti nuotoliniu būdu	82	10.3%	27.5%
Prailginti konsultacijų laiką	80	10.0%	26.8%
Palengvinti registraciją	79	9.9%	26.5%
Dalį paslaugų perduoti slaugytojoms	66	8.3%	22.1%
Pirmas konsultacijas atlikti nuotoliniu būdu	64	8.0%	21.5%
Konsultacijas apmokestinti	63	7.9%	21.1%
Didinti sveikatos priežiūros įstaigų skaičių	55	6.9%	18.5%
Tyrimus apmokestinti	51	6.4%	17.1%
Sutrumpinti konsultacijų laiką	24	3.0%	8.1%
	797	100.0%	267.4%

Sveikatos priežiūros sektoriuje diskriminaciją patyrė 22,1 % (n=66, p <0,01) respondentų. Atvejų dažnis tarpusavyje reikšmingai nesiskyrė, tačiau dažniausiai nurodoma diskriminacijos priežastis buvo tautybė (6,7 %, n=20) (7 lentelė). Apklaustieji dažniausiai rinkosi nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas (32,9 %, n=98), o mokamomis naudojosi tik rekomenduojant gydytojui (37,2 %, n=111) (p <0,01).

7 lentelė. Diskriminaciją sveikatos priežiūroje sąlygoję veiksniai.

Ar esate susidūręs su diskriminacija sveikatos priežiūros sistemoje dėl šių veiksnių?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Su diskriminacija susidūręs nesu	232	73.7%	77.9%
Tautybė	20	6.3%	6.7%
Socialinis statusas	18	5.7%	6.0%
Išsilavinimas	13	4.1%	4.4%
Rasė	12	3.8%	4.0%
Pajamos	11	3.5%	3.7%
Gyvenamoji vieta	4	1.3%	1.3%

7 lentelės tęsinys

Darbingumas	4	1.3%	1.3%
Seksualinė orientacija	1	0.3%	0.3%
	315	100.0%	105.7%

3.2.3 E. sveikatos sistemos analizė

Atsižvelgiant į klausimus, pateiktus nagrinėjant sveikatos priežiūros charakteristikas iš pacientų perspektyvos, suformuluota anketos dalis, orientuota į apklaustųjų pageidautinas ar prioretizuojamas elektroninių sveikatos sistemų funkcijas ir charakteristikas, prisidedančias prie sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo.

Respondentų nurodyta priimtinausia laukimo trukmė iki nuotolinės šeimos gydytojo ar gydytojo specialisto konsultacijos buvo 1 savaitė (atitinkamai: 43,6 %, n=130, p <0,01 ir 41,6 %, n=124, p <0,05). Lyginant su kontaktinėmis konsultacijomis (žr. „Sveikatos priežiūros paslaugų analizė“), matome, kad gyventojai tikisi greitesnio nuotolinių paslaugų gavimo. Be to, apklaustųjų nuomone, nuotolinių konsultacijų teikimas taip pat buvo siejamas su trukmės iki sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo sumažinimu (41,6 %, n=124). Visgi šis pasirinkimo variantas statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo kitų dažniausių atsakymų (p >0,05): „pagerėtų paslaugų pasiekiamumas“ (37,9%, n=113), „sumažėtų dokumentacinė našta“ (37,2 %, n=111), „padidėtų pacientų pasitikėjimas priimamais sprendimais“ (33,2 %, n=99), „pagerėtų sveikatos priežiūros kokybė/rezultatai“ (32,2 %, n=96). Nesitikėta jokio e. sveikatos poveikio ištyrimo ar gydymo procesų trukmei (0 %, n=0) (8 lentelė).

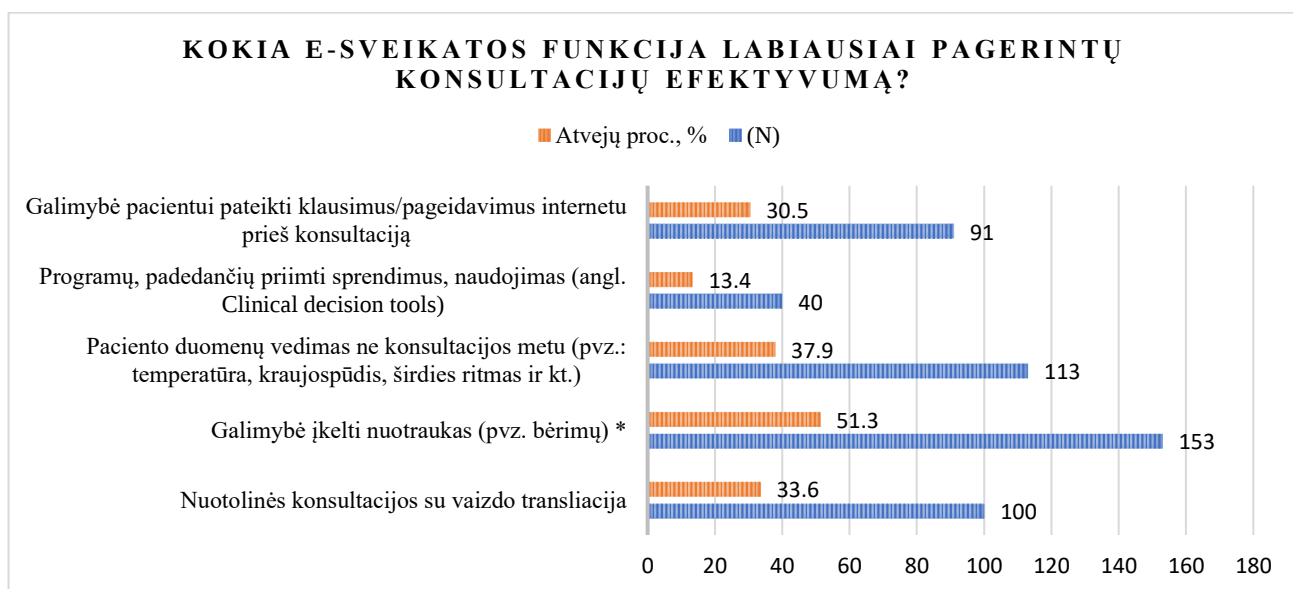
8 lentelė. Respondentų nurodoma nuotolinių konsultacijų įtaka sveikatos priežiūros paslaugoms.

Kas pasikeistų, jei dalis konsultacijų būtų teikiamos nuotoliniu būdu?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Sutrumpėtų laikas iki sveikatos priežiūros paslaugos gavimo	124	18.2%	41.6%
Paslaugos taptų lengviau pasiekiamos	113	16.6%	37.9%
Sumažėtų dokumentacinė našta	111	16.3%	37.2%
Padidėtų pacientų pasitikėjimas priimamais sprendimais	99	14.5%	33.2%
Pagerėtų sveikatos priežiūros kokybė/rezultatai	96	14.1%	32.2%
Prailgėtų laikas iki sveikatos priežiūros paslaugos gavimo	53	7.8%	17.8%
Sumažėtų pacientų pasitikėjimas priimamais sprendimais	51	7.5%	17.1%
Pablogėtų sveikatos priežiūros kokybė/rezultatai	21	3.1%	7.0%
Paslaugos taptų sunkiau pasiekiamos	9	1.3%	3.0%

8 lentelės tęsinys

Padidėtų dokumentacinė našta	4	0.6%	1.3%
Sutrumpėtų ištyrimo ir/ar gydymo procesas	0	0.0%	0.0%
Prailgėtų ištyrimo ir/ar gydymo procesas	0	0.0%	0.0%
	681	100.0%	228.5%

Siekiant nustatyti vertingiausias e. sveikatos funkcijas, kurios, vartotojų nuomone, labiausiai prisideda ar galėtų prisidėti prie sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo gerinimo, apskaičiuota, kad vertingiausia funkcija būtų laikoma galimybė įkelti nuotraukas (51,3 %, n=153; p <0,01), mažiausiai vertinga - programų, padedančių priimti sprendimus (angl. Clinical decision tools), naudojimas (13,4 %, n=40, p <0,01) (Pav. 14).



Pav. 14 Su konsultacijų efektyvumu siejamos elektroninių sveikatos sistemų charakteristikos.

*p<0,01.

Paklausus „Kokia informacija turėtų būti pasiekama e. sveikatos sistemoje?“, viena reikšmingai išsiskirianti informacijos rūšis nebuvo nustatyta, tačiau tiriamieji statistiškai dažniau rinkosi informaciją, susijusią su vaistų vartojimu, sudėtimi ir kaina (atitinkamai: 36,9 %, n=110; 34,9 %, n=104; 44,6 %, n=133) nei alergija ar vaistų sąveika, galimomis gydymo ir tyrimų komplikacijomis (atitinkamai: 21,8 %, n=65; 19,1 % n=57; 12,8 %, n=38) (p <0,01) (9 lentelė).

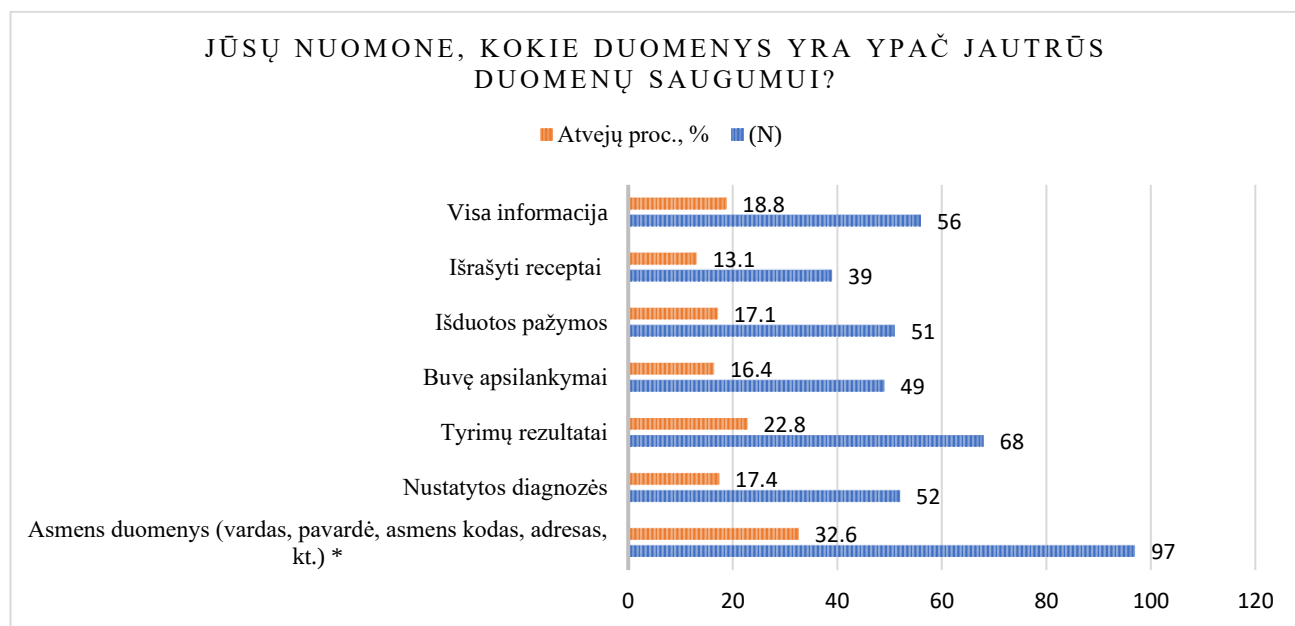
9 lentelė. Papildomos informacijos poreikis e. sveikatos sistemoje.

Kokia informacija turėtų būti pasiekama e. sveikatos sistemoje?		
Atsakymų variantai	Atsakymai	
	N	Proc.
		Atvejų proc.

9 lentelės tęsinys

Vaistų kaina	133	16.4%	44.6%
Vaistų sudėtis	126	15.6%	42.3%
Vaistų vartojimo informacija	110	13.6%	36.9%
Įsigijimo vieta	104	12.9%	34.9%
Galimos vaistų sąveikos	92	11.4%	30.9%
Galimi vaistų šalutiniai reiškiniai	84	10.4%	28.2%
Alergijų ar vaistų sąveikų anamnezė	65	8.0%	21.8%
Galimos gydymo komplikacijos	57	7.0%	19.1%
Galimos tyrimų komplikacijos	38	4.7%	12.8%
	809	100.0%	271.5%

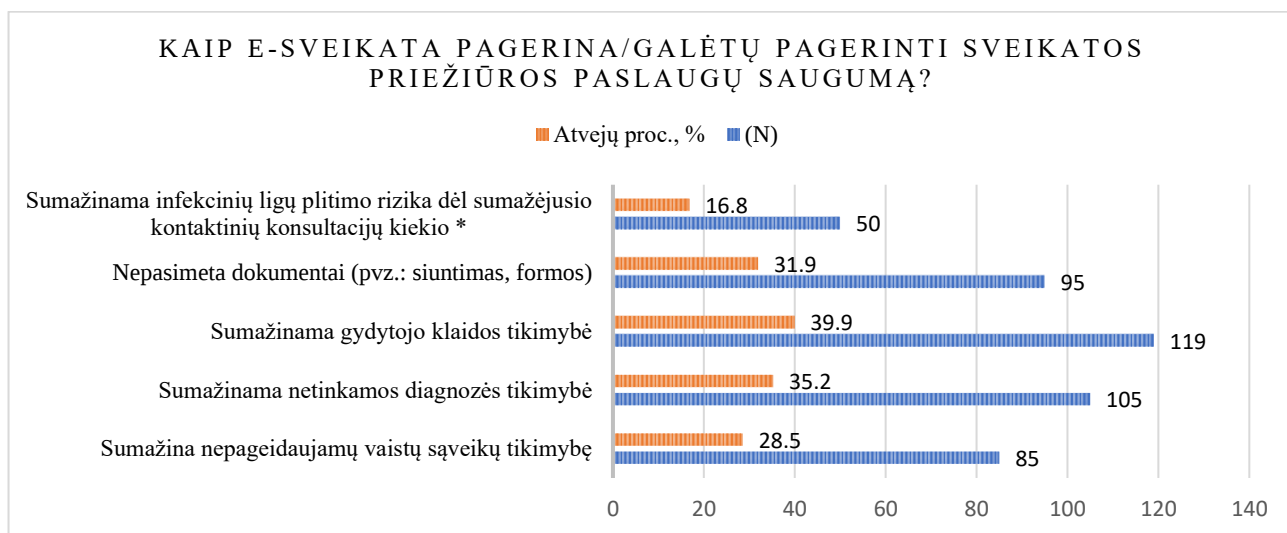
Vartotojų nuomone, jautriausia ir daugiausia saugumo reikalaujanti informacija buvo asmens duomenys (vardas, pavardė, asmens kodas ir kt.) (32,6 %, n=97, p <0,05). Variantai – diagnozės, pažymos, tyrimų rezultatai ir kt. – tarpusavyje statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Mažiausias saugumo poreikis buvo priskirtas išrašytiems receptams (13,1 %, n=39) (Pav. 15).



Pav. 15 Respondentų nurodomi jautriausi sveikatos priežiūros duomenys. *p<0,05.

Nuomonės dėl e. sveikatoje esančios informacijos pasiekiamumo išsiskyrė – didžioji dalis pritarė duomenų teikimui valstybinėms institucijoms bei artimiesiems (30,2 %, n=90), tačiau ši grupė statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo teigusią, kad informacija turėtų būti pasiekama tik pačiam pacientui (27,2 %, n=81) (p >0,05). Lyginant su pastarosiomis respondentų grupėmis, reikšmingai mažesnė dalis rinkosi individualų informacijos pasiekiamumo nustatymą (14,1 %, n=42, p <0,01).

Apklausos rezultatai atskleidė, kad vartotojai e. sveikatos saugumo nesieja su kontaktinių apsilankymų poreikio ir jo sąlygotu infekcinių ligų plitimo sumažėjimu (16,8 %, n=50, p <0,05). Statistiškai nereikšmingai, tačiau, lyginant su kitais populiariausias atsakymais („sumažinama netinkamos diagnozės tikimybė“ ir „nepasimeta dokumentai“) didžiausia dalis respondentų manė, kad e. sveikata galėtų sumažinti gydytojo klaidos tikimybę (39,9 %, n=119, p >0,05) (Pav. 16).



Pav. 16 Galima elektroninių sveikatos sistemų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų saugumui. *p <0,05.

Didžiajai daliai respondentų e. sveikatos atsiradimas pagerino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir trukmę (36,6 %, n=69, p <0,01), o lyginant pateiktą e. sveikatos funkcijų pasirinkimą, vertingiausiomis laikytos: e. receptas (50,7 %, n=151), tyrimų rezultatų gavimas el. priemonėmis (42,6 %, n=127) bei informacijos koncentravimas vienoje vietoje (42,6 %, n=127) (10 lentelė).

10 lentelė. Vertingiausios elektroninių sveikatos sistemų funkcijos.

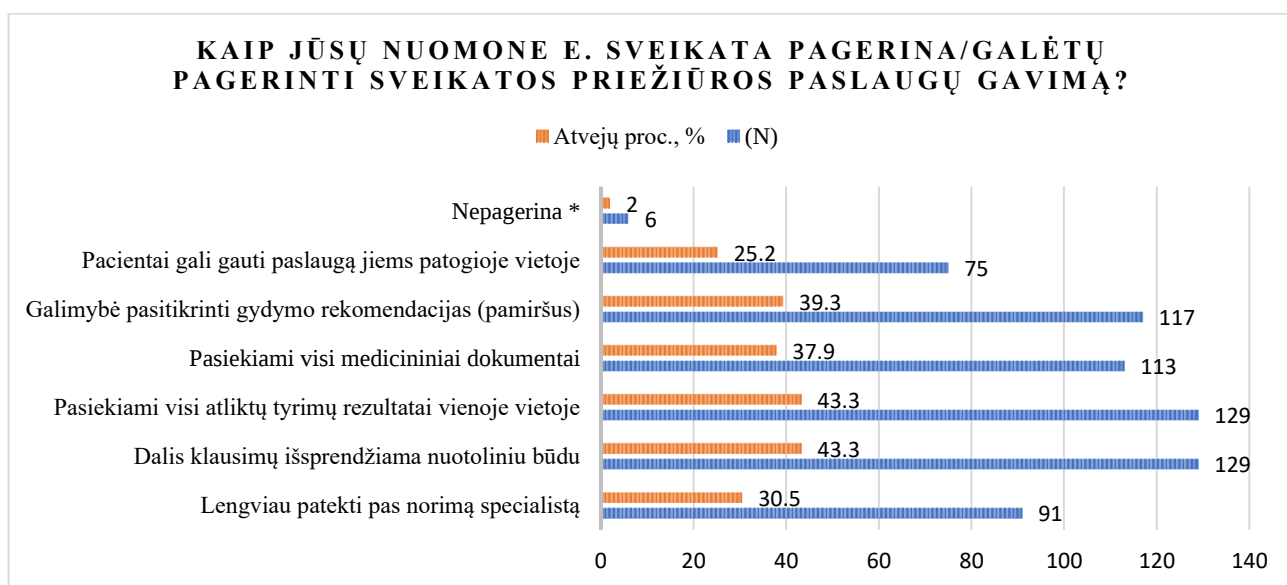
Kokios paslaugos e. sveikatos sistemoje Jums yra/būtų vertingiausios?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Vaistų išrašymas nuotoliniu būdu	151	16.5%	50.7%
Tyrimų rezultatų gavimas e. priemonėmis	127	13.8%	42.6%
Visa asmens sveikatos informacija pasiekama vienoje vietoje	127	13.8%	42.6%
Nuotolinės konsultacijos	96	10.5%	32.2%
Tyrimų/apsilankymų kalendorius	85	9.3%	28.5%
Skirtingose įstaigose dirbančių gydytojų pasiekiamumas	83	9.1%	27.9%
Registracija	75	8.2%	25.2%

10 lentelės tęsinys

Informacija apie gydytojus	65	7.1%	21.8%
Galimybė atsiskaityti už paslaugas	56	6.1%	18.8%
Artimųjų sveikatos duomenų pasiekiamumas	52	5.7%	17.4%
	917	100.0%	307.7%

Dažniausia ir statistiškai reikšminga patirtis naudojantis e. sveikata, lyginant su kitomis, buvo registravimasis į gydymo įstaigą (33,9 %, n=101, p <0,01). Populiarios, tačiau statistiškai tarpusavyje nesiskyrusios patirtys buvo informacijos apie simptomus ir gydymo būdus paieška (22,1 %, n=66), išrašytas vaisto receptas (21,1 %, n=63), konsultacija nuotoliniu būdu (21,8 %, n=65). Pažymėtina, kad registravęsi per e. sveikatos portalą, rečiau skundėsi registracijos sudėtingumu ($\chi^2=10.262$, p <0,01).

Nuomonės dėl e. sveikatos naudos paslaugų prieinamumui pasiskirstė tolygiai (p >0,05), dominuojant dalies klausimų perkėlimui į nuotolinį kontaktą (43,3 %, n=129) ir atliktų tyrimų išvadų pateikimui vienoje vietoje (43,3 %, n=129). Respondentai, kurių nuomone e. sveikata neturėjo teigiamo poveikio, sudarė mažiausią dalį (2,0 %, n=6, p <0,01) (Pav. 17).



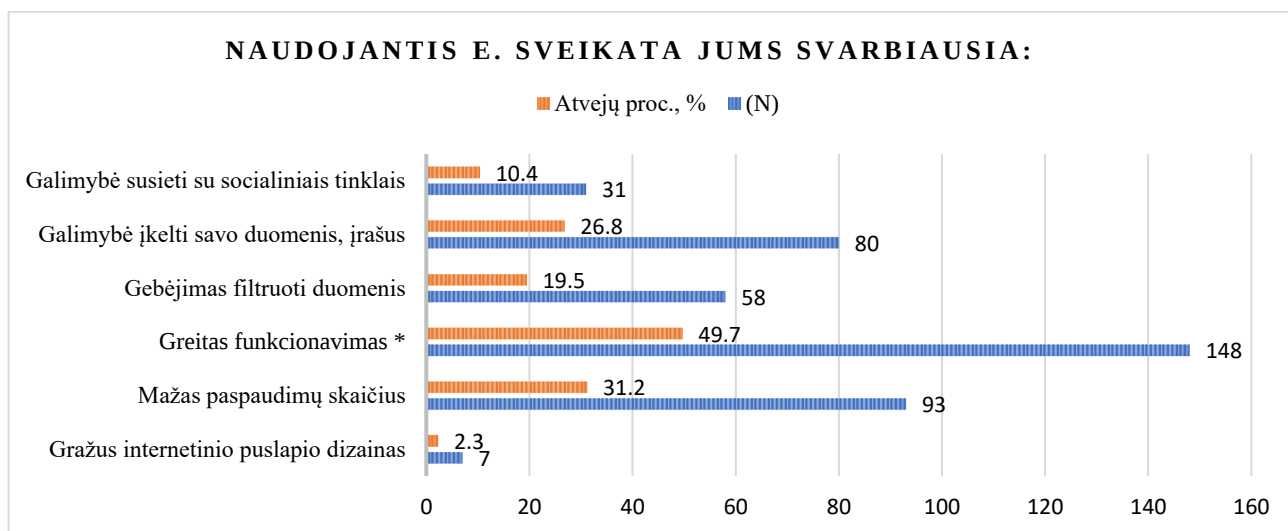
Pav. 17 Elektroninių sveikatos sistemų įtaka sveikatos priežiūros paslaugų gavimui. *p<0,01.

Informaciją apie savo sveikatos priežiūros eigą dauguma pageidautų gauti telefonu (48,0 %, n=143, p <0,01), kiek mažesnė dalis – internetu ar telefoninėje programėlėje (33,6 %, n=100 ir 30,5 %, n=91). Mažiausiai tą norėjo padaryti tiesioginės konsultacijos metu (19,5 %, n=58, p <0,01).

Priminimus apie artėjantį vizitą, pacientai pageidavo gauti telefono skambučiu (44,6 %, n=133), trumpąja žinute (43,3 %, n=129) arba el. paštu (36,6 %, n=109). Statistiškai reikšmingai mažesnė dalis

šios funkcijos nepageidavo arba tikėjosi jos telefoninėje programėlėje (9,1 %, n=27 ir 17,1 %, n=51) ($p < 0,01$).

Didžioji dalis apklaustųjų savo patirtį naudojantis e. sveikata įvertino teigiamai (47,7 %, n=142, $p < 0,01$), o jiems svarbiausiu bruožu, naudojantis šia informacine sveikatos sistema, išskyrė greitą funkcionavimą (49,7 %, n=148, $p < 0,01$) (Pav. 18).



Pav. 18 Vartotojui svarbios elektroninių sveikatos sistemų funkcijos. * $p < 0,01$.

Renkantis patogumą suteikiančias e. sveikatos funkcijas, respondentai dažniau išskyrė galimybę kontaktuoti su sveikatos priežiūros specialistu telefoninės programėlės pagalba (46,3 %, n=138), greitą funkcionavimą (38,3 %, n=114) ir galimybę gydytoją pasiekti video skambučiu (35,9 %, n=107) nei sistemos paprastumą (23,2 %, n=69), skaitmenizuotą ligos istoriją (17,8 %, n=53), pasiekiamumą per kelis įrenginius (12,1 %, n=36) bei patogų informacijos pasiekiamumą (9,1 %, n=27) ($p < 0,01$) (11 lentelė). Verta paminėti, kad viename iš klausimų renkantis svarbiausias elektroninių sveikatos sistemų funkcijas, daugiausia palaikymo taip pat sulaukė galimybė atlikti vaizdo skambučius (35,6 %, n=106, $p < 0,01$).

11 lentelė. Su naudojimosi patogumu siejamos elektroninių sveikatos sistemų funkcijos.

Kokia funkcija labiausiai pasitarnautų E-Sveikatos sistemos patogumui?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Galimybė kontaktuoti su sveikatos priežiūros specialistu telefoninės programėlės pagalba	138	21.5%	46.3%
Greitas funkcionavimas	114	17.7%	38.3%
Galimybė gydytoją pasiekti video skambučiu	107	16.6%	35.9%
Galimybė susirašinėti su gydytoju	99	15.4%	33.2%

11 lentelės tęsinys

Paprastumas	69	10.7%	23.2%
Skaitmenizuota ligos istorija	53	8.2%	17.8%
Pasiekiamumas per kelis įrenginius (PC, telefonas, planšetė)	36	5.6%	12.1%
Patogesnis informacijos pasiekiamumas	27	4.2%	9.1%
	643	100.0%	215.8%

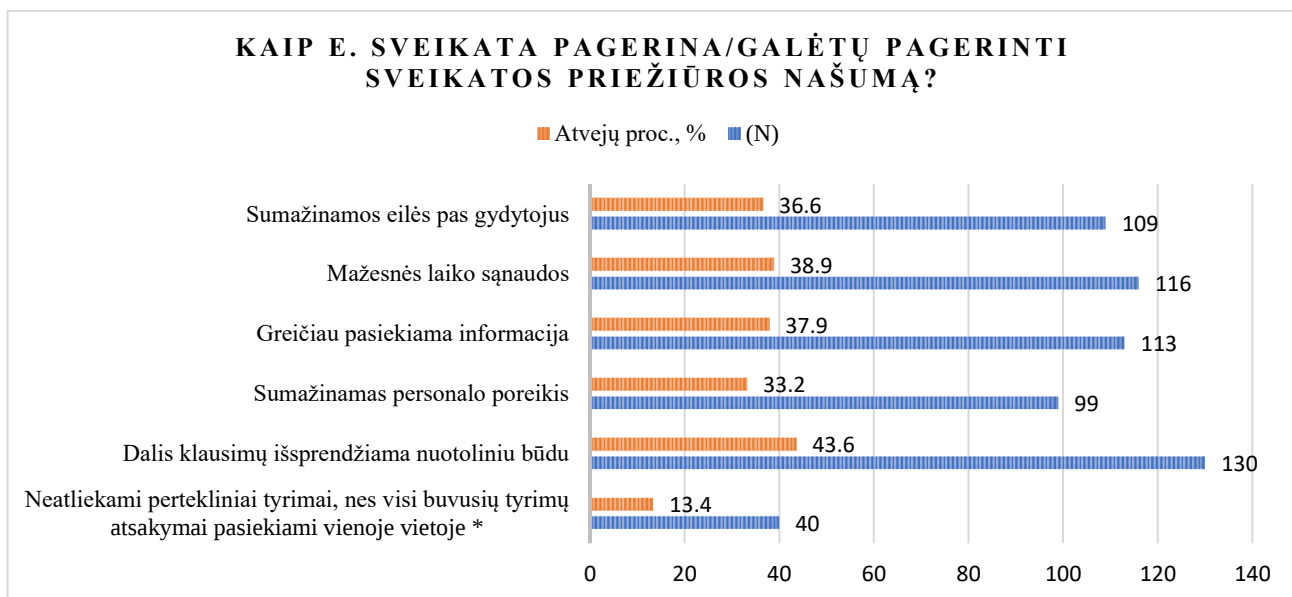
Respondentai buvo paprašyti remiantis asmenine patirtimi COVID-19 pandemijos laikotarpyje įvardinti aplinkybes, kuriomis nuotolinės konsultacijos jiems būna vertingiausios. Nors dažniausiai pasirinkti variantai tarpusavyje reikšmingai nesiskyrė, matome, kad nuotoliniu būdu patogiausiai sprendžiami buvo trumpi klausimai (21,5 %, n=64) ar techniniai, su dokumentacija susiję, procesai (receptų, siuntimų, pažymų išdavimas). Didžiausia dalis (42,5 %, n=73) apklaustųjų nurodė šias konsultacijas esančias naudingomis visais sveikatos priežiūros klausimais (12 lentelė).

12 lentelė. Respondentų nurodomos indikacijos nuotolinėms konsultacijoms.

Remiantis pandemijos metu gauta patirtimi, kokiais atvejais nuotolinės konsultacijos Jums atrodo naudingiausios?			
Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
	N	Proc.	
Naudingos visais klausimais	73	16.3%	24.5%
Vaistų receptų gavimui/pratęsimui	65	14.5%	21.8%
Trumpiems klausimams spręsti	64	14.3%	21.5%
Siuntimams	62	13.8%	20.8%
Naudingos, išskyrus tuos atvejus, kai reikalinga paciento apžiūra	57	12.7%	19.1%
Pažymų išdavimui	45	10.0%	15.1%
Visiškai nenaudingos	44	9.8%	14.8%
Gydymo plano sudarymui/pakeitimui	12	2.7%	4.0%
Pakartotinis apsilankymas dėl ligos	10	2.2%	3.4%
Tyrimų interpretavimui	8	1.8%	2.7%
Pirminis apsilankymas dėl ligos	6	1.3%	2.0%
Neturiu patirties	2	0.4%	0.7%
	448	100.0%	150.3%

E. sveikatos įtaka našumui, respondentų nuomone, priklauso nuo daugiau nei vieno faktoriaus, todėl stebimas tolygus pasirinktų variantų pasiskirstymas dominuojant nuotoliniam darbui (43,6 %, 48

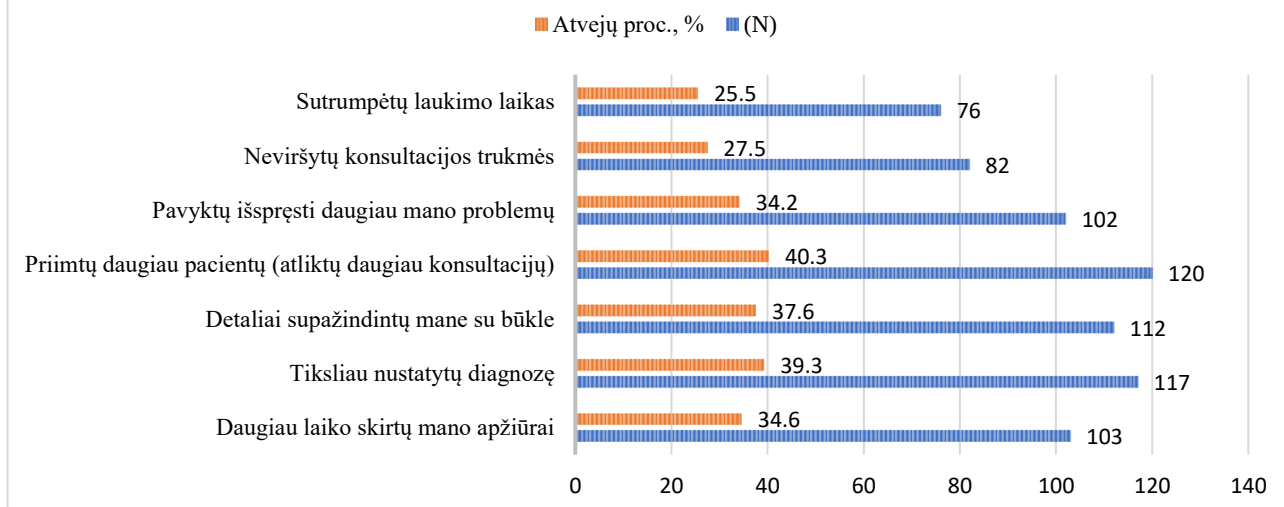
n=130). Statistiškai reikšmingai mažiausiai su našumu siejamas elektroninės sveikatos sistemos funkcijų rezultatas buvo „Neatliekami pertekliniai tyrimai, nes visi buvusių tyrimų atsakymai pasiekiami vienoje vietoje“ (13,4 %, n=40, $p < 0,01$) (Pav. 19).



Pav. 19 Sveikatos priežiūros paslaugų našumui turintys įtakos elektroninių sveikatos sistemų veiksniai. * $p < 0,01$.

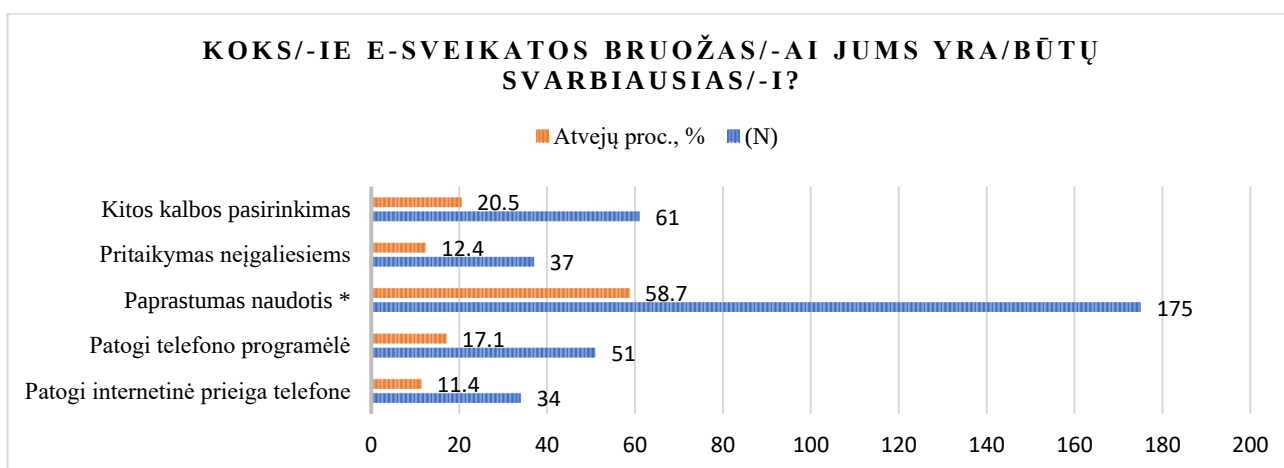
Repondentų pasklausus, kokio efekto jie tikėtusi, jei e. sveikata reikalautų mažesnių gydytojo laiko sąnaudų, didžioji dalis rinkosi variantus „Priimtų daugiau pacientų“ (40,3 %, n=120), „Tiksliau nustatytų diagnozę“ (39,3 %, n=117), „Detaliai supažindintų mane su būkle“ (37,6 %, n=112) ($p > 0,05$) (Pav. 20).

**ESANT PATOGIAI IR GREITAI E-SVEIKATAI, GYDYTOJAS
MAŽIAU LAIKO TURĖTŲ PRALEISTI PRIE KOMPIUTERIO.
KOKIO REZULTATO LABIAUSIAI TIKĖTUMĖTĖS DĖL ŠIO
POKYČIO?**



Pav. 20 Respondentų pateikiami lūkesčiai, siejami su sveikatos priežiūros paslaugų gerėjimui, jei gydytojas skirtų daugiau laiko pacientui.

Svarbiausias e. sveikatos bruožas vartotojo atžvilgiu buvo paprastumas naudotis (58,7 %, n=175, $p < 0,01$), o nemaža dalis respondentų nurodė naudojimosi instrukcijų poreikį, kurį pageidavo pasiekti internete (40,9 %, n=122, $p < 0,01$). Ekonominę e. sveikatos naudą apklaustieji siejo su šešėlio sumažinimu (46,0 %, n=137), geresniu išteklių paskirstymu (45,3 %, n=135) ir mokesčių sumažinimu (43,6 %, n=130) ($p < 0,01$) (*Pav. 21*).



Pav. 21 Su sveikatos paslaugų nešališkumu siejamų elektroninių sveikatos sistemų charakteristikos.
* $p < 0,01$.

3.2.4 Hipotezės patikrinimas

Tarpusavyje palyginus statistiškai reikšmingai dažniausiai pasirinktus variantus, pateiktus klausimuose, tiesiogiai orientuotuose į respondentų suvokimą apie e. sveikatos kuriamą vertę, nustatyta, kad ši sistema labiausiai asocijuota su techninėmis galimybėmis ir funkcijomis, gerinančiomis sveikatos paslaugų pasiekiamumą ir palengvinančiomis kontaktą tarp gydytojo ir paciento. Iš šių variantų mažiausiai vertinga charakteristika pasirinkta „Galimybė atlikti vaizdo skambučius“ (38.8 %, n=106, p <0,05). Statistiškai nereikšmingai, tačiau dažniausias pasirinkimas buvo e. sveikatos sistemos paprastumas naudotis (64.1 %, n=175, p >0,05) (13 lentelė).

13 lentelė. Dažniausi pasirinkimai, siejami su e. sveikatos verte.

Klausimo Nr.	Klausimas	Atsakymų variantai	Atsakymai		Atvejų proc.
			N	Proc.	
49	Koks/-ie E-Sveikatos bruožas/-ai jums yra/būtų svarbiausias/-i?	„Paprastumas naudotis“	175	20.1%	64.1%
7	Kokia E-Sveikatos funkcija labiausiai pagerintų konsultacijų efektyvumą?	„Galimybė įkelti nuotraukas (pvz. bėrimų)“	153	17.6%	56.0%
22	Kokios paslaugos E-Sveikatos sistemoje Jums yra/būtų vertingiausios?	„Vaistų išrašymas nuotoliniu būdu“	151	17.3%	55.3%
39	Naudojantis E-Sveikata Jums svarbiausia	Greitas funkcionavimas	148	17.0%	54.2%
37	Kokia funkcija labiausiai pasitarnautų E-Sveikatos sistemos patogumui?	Galimybė kontaktuoti su sveikatos priežiūros specialistu telefoninės programėlės pagalba	138	15.8%	50.5%
44	Kuri E-Sveikatos funkcija Jums atrodo/atrodytų svarbiausia?	Galimybė atlikti vaizdo skambučius	106	12.2%	38.8%
			871	100.0%	319.0%

3.3 Diskusija

Pacientų pasirinkimai sveikatos priežiūros klausimais ir juos nulemiantys psichosocialiniai veiksniai išlieka neapibrėžti ir vis dar tyrinėjami mokslininkų. Šiuo metu yra žinoma, kad sprendimų priėmimui įtakos turi sveikatos raštingumas, vartotojų prioritetai ir asmeninės vertės interpretacijos.¹⁰⁰ Orientuojantis į minėtus veiksnius ir juos panaudojant sveikatos priežiūros bei e. sveikatos vystymui, galima būtų tikėtis aktyvesnio vartotojų įsitraukimo ir didesnio jų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis.

Siekiant apžvelgti Lietuvos gyventojų su sveikatos priežiūros paslaugomis ir e. sveikatos funkcijomis siejamą patirtį ir vertybes, šio tyrimo tikslu suformuluota anketa, pateikta atsitiktinei respondentų imčiai. Apklausos dėka tikėtasi aiškiau suvokti sveikatos aspektus, labiausiai vertinamus pacientų bei nustatyti, kokiomis priemonėmis prie sektoriaus gerinimo galėtų prisidėti ir elektroninės sveikatos sistemos.

Esant pandemijos laikotarpiu susidariusioms sąlygoms, nulėmusioms tiesioginių kontaktų ribojimus, apklausa buvo vykdyta anketą platinant internetu. Dėl šios priežasties, pateisinant negausų kompiuterinio raštingumo paplitimą vyresnių nei 70 metų Lietuvos gyventojų tarpe, didžiąją dalį apklaustųjų sudarė 31-50 metų respondentai, todėl tirtos imties atsakymai ir jų interpretacijos galimai nepakankamai atspindi kitas sveikatos priežiūros vartotojų socialines grupes – neįgalieji, pensininkai ir kt. Be to, apklausa buvo vykdoma tik valstybine lietuvių kalba, todėl, remiantis visuotinio gyventojų surašymo 2011 m. duomenimis¹⁰¹, 6,6 % lenkų, 5,8 % rusų ir 2,3 % kitų tautybių gyventojų interesai šiame tyrime gali būti nepakankamai perteikti.

Atlikto tyrimo duomenys, remiantis respondentų amžiumi, reprezentuoja būsimą sveikatos priežiūros ir e. sveikatos vartotoją – pacientą. Tokia tiriamųjų grupė turėtų būti ypatingai svarbi sveikatos politikos formuotojams, nes jų nurodomos vertybės ir lūkesčiai, leidžia bent dalinai susidaryti nuomonę apie būsimus sveikatos sistemos pokyčių poreikius. Su amžiumi augant ir ligotumui, kontaktas su sveikatos priežiūros sektoriumi tik didės, o asmeninės nuostatos, nurodomos šiuo metu, tikėtina, ateityje darys didesnę įtaką paslaugų pasitenkinimui ir suinteresuotumui naudotis elektroninėmis sveikatos sistemomis.

Analizuojant vartotojui svarbiausius sveikatos priežiūros elementus, statistiškai reikšmingų pasirinkimų nenustatyta, tačiau didžioji dalis apklaustųjų prioretizavo gerą pasiekiamumą ir nemokamas paslaugas, o sveikatos priežiūros saugumą nustūmė į antrą planą. Remiantis šiais duomenimis, galime

¹⁰⁰ Seleno Russo ir kt., „Understanding Patients’ Preferences: A Systematic Review of Psychological Instruments Used in Patients’ Preference and Decision Studies”, *Value in Health* 22, nr. 4 (2019 m. balandžio): 491–501, <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.12.007>; Brennan ir Strombom, *supra note*, 99.

¹⁰¹ „Gyventojai: demografinė padėtis, kalbos ir religijos”, *European Commission*, žiūrėta 2021m. balandžio 7 d., https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/population-demographic-situation-languages-and-religions-44_lt

teigti, kad patogumas ir išlaidos, apklaustiesiems rūpėjo labiau nei efektyvumo sąlygotas paslaugų saugumas. Literatūroje randamos panašios tendencijos – 2019m. JAV atlikta sveikatos vartotojų apklausoje pastebėta, kad patogumas buvo nurodytas esantis svarbesniu nei paslaugų kokybė.¹⁰² Analogiškas išvadas pateikia ir kitas tyrimas, kurio metu nustatyta, kad pacientai, vedami patogesnio ir greitesnio paslaugų pasiekiamumo, dėl pirminiame lygyje galimų išspręsti sveikatos sutrikimų, buvo linkę gydymo kreiptis į skubios pagalbos skyrių.¹⁰³ Dekonstruojant gero pasiekiamumo interpretacijas, nustatyta, kad gyventojams šis sveikatos priežiūros dėmuo buvo siejamas su mažomis eilėmis, patogių viešuoju susisiekimu su gydymo įstaiga bei gausiu medicininių paslaugų pasirinkimu.

Renkantis gydymo įstaigą ar gydytoją, apklaustųjų sprendimų priėmimą lemia asmeninė patirtis, kitų pacientų rekomendacijos arba gydytojų kompetencijos. Renkantis prioritetus, gydymo įstaigos lokalizacija atsidūrė „neutralioje“ pozicijoje. Pastarojo veiksnio įtaka šioje apklausoje neatspindėjo kitų tyrimų rezultatų, kuriuose pasiekiamumas sudarė svarbiausią vaidmenį sveikatos paslaugų teikėjo pasirinkime.¹⁰⁴

Apibendrinant gautus duomenis nustatyta, kad, respondentų nuomone, ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos laikomos efektyviomis, kai yra atsižvelgiama į paciento nuomonę, asmeninius poreikius, taikoma multidisciplininė sveikatos stebėseną. Tai leidžia daryti prielaidą, kad ambulatorinių paslaugų kuriamą vertę pacientui lemia bendradarbiavimas, tarpusavio ryšys ir atsakomybės pasidalijimas priimanant sprendimus. Toks suinteresuotumas dalyvauti tyrimų ir gydymo procesuose yra puikiai suprantamas ir paaiškinamas gydytojo – paciento santykio kismu paskutiniaisiais dešimtmečiais. Jau anksčiau pastebėta, kad į gydymo procesą įtraukus pacientą, pasiekiami geresni rezultatai, pagerinama gyvenimo kokybė, užkertamas kelias lėtinių ligų progresavimui.¹⁰⁵ Remiantis šiuo tyrimu bei mokslinėse publikacijose pateiktais duomenimis, formuojasi nuomonė, kad didesnę dėmesį skiriant paciento poreikių vertės suvokimui, emocinei būklei bei grįžtamajam ryšiui, būtų pasiekiamas geresnis, efektyvumo nulemtas, vartotojų pasitenkinimo lygis, augtų paslaugų kokybė ir patrauklumas.

Paslaugų vertės suvokimas stacionarinėje grandyje taip pat nuteikia optimistiškai. Simptomatikos palengvinimas, tapatinamas su efektyviomis paslaugomis, o ne gydymo trukmė ar nepagrįstais lūkesčiais greitam ir visiškam patologijos pašalinimui. Toks požiūris, kartu su

¹⁰² Les Masterson, „Convenience more important to patients than quality of care, survey finds“, *Health Care Dive*, 2019 m. sausio 7d., <https://www.healthcaredive.com/news/convenience-more-important-to-patients-than-quality-of-care-survey-finds/545365/>

¹⁰³ David Sturgeon, „Convenience, Quality and Choice: Patient and Service-Provider Perspectives for Treating Primary Care Complaints in Urgent Care Settings“, *International Emergency Nursing* 35 (2017 m. lapkričio): 43–50, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.005>.

¹⁰⁴ Natalja Jerdiakova ir kt., „DAŽNIAUSI PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖ LEMIANČYS VEIKSNIAI. PACIENTŲ POŽIŪRIS“, *Health Sciences* 30, nr. 1 (2020 m. kovo 1 d.), <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.008>; Yeon-Yong Kim, Jaekyoung Bae, ir Jin-Seok Lee, „Effects of Patients' Motives in Choosing a Provider on Determining the Type of Medical Institution“, *Patient Preference and Adherence* 11 (2017 m.): 1933–38, <https://doi.org/10.2147/PPA.S148530>.

¹⁰⁵ Stewart ir kt., *supra note*, 17; Epstein ir kt. *supra note*, 19.

suinteresuotumu kontroliniams vizitams, taip pat atspindi aktyvų paciento dalyvavimą gydymo procese, atsakomybės pasidalijimą, priežiūros tęstinumą ambulatorinėmis sąlygomis.

Džiugina, kad net 72,2 % respondentų nurodyta paskutinė patirtis gaunant sveikatos priežiūros paslaugas buvo teigiama ar dalinai teigiama. Visgi rezultatai atskleidė, kad beveik pusei apklaustųjų (47,3 %) yra tekę ieškoti alternatyvaus gydymo ar papildomos specialisto nuomonės. Reikalingi papildomi tyrimai, detaliau nagrinėjantys tokį pasiskirstymą Lietuvoje. Šiuo metu nėra aišku, ar antros nuomonės poreikis sąlygotas stokojant pasitikėjimo sveikatos sistema ar specialistu, galbūt šį reiškinį nulėmė nepakankama konsultacijos trukmė, neaiškiai sudarytas gydymo planas ar kitos priežastys. Kitų tyrimų duomenimis, dažniausiai antros nuomonės kreipiamasi, kai pirminis gydytojas nenustato pacientų skundų etiologijos ar paskirtas gydymas nesąs veiksmingas. Tokių konsultacijų metu diagnozės korekcija atliekama tik apie 10 % atvejų, o būklės pagerėjimas pasiekiamas iki 28 % pacientų.¹⁰⁶ Nepaisant galimų priežasčių, negalima ignoruoti papildomos tokių apimčių apkrovos ambulatorinei grandžiai. Atsižvelgiant, kad net 70-90% atvejų,¹⁰⁷ tokie apsilankymai neduoda norimos naudos, negalint jų išvengti, tikslinga rasti būdų, kaip tokias konsultacijas „nukrauti“ nuo kontaktinių apsilankymų srauto.

Dėmesį atkreipia ir pacientų noras vieno vizito metu spręsti keletą problemų. Tokie poreikiai tampa pateisinami suvokiant poliligitumo mastą senstančiose populiacijose ir glaudų ryšį tarp dažniausių lėtinių ligų formuojant bendrus sindromus (pvz.: metabolinį sindromą lemia arterinė hipertenzija, nutukimas, dislipidemija, cukrinis diabetas). Daugiau nei vienos problemos sprendimas reikalauja paslaugų našumo gerinimo, laiko sąnaudų, pokyčių specialistų ruošime. Jau anksčiau pastebėta, kad į vieną ligą orientuoti (angl. single-disease-oriented) priežiūros modeliai, neobjektyviai perteikia paslaugų kokybę, neužtikrina visapusiškos priežiūros.¹⁰⁸ Lietuvoje tokią situaciją, bent iš dalies, tenka tapatinti su finansavimo modeliu. Šeimos gydytojo paslaugų apmokėjimas už prisirašiusių pacientų skaičių¹⁰⁹, skatina orientotis į apimtį, o ne į kokybę, taip siaurinant vienai konsultacijai skirtą laiko intervalą. Situaciją komplikuoja ir šeimos gydytojams priskirtos funkcijos, nereikalaujančios gydytojo kompetencijos, užimančios net penktadalį darbo dienos laiko.¹¹⁰ Kituose tyrimuose apskaičiuota, kad vienos konsultacijos metu, vidutiniškai norima išspręsti apie 3-5 problemas, o

¹⁰⁶ M.K Mustafa, M Bijl, ir R.O.B Gans, „What Is the Value of Patient-Sought Second Opinions?“, *European Journal of Internal Medicine* 13, nr. 7 (2002 m. spalio): 445–47, [https://doi.org/10.1016/S0953-6205\(02\)00138-3](https://doi.org/10.1016/S0953-6205(02)00138-3); Pascal M. Burger, Jan Westerink, ir Bram E. L. Vrijssen, „Outcomes of Second Opinions in General Internal Medicine“, *PloS One* 15, nr. 7 (2020 m.): e0236048, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236048>.

¹⁰⁷ *Ibid*

¹⁰⁸ John W. Beasley ir kt., „How Many Problems Do Family Physicians Manage at Each Encounter? A WReN Study“, *Annals of Family Medicine* 2, nr. 5 (2004 m. spalio): 405–10, <https://doi.org/10.1370/afm.94>; S. A. Flocke, S. H. Frank, ir D. A. Wenger, „Addressing Multiple Problems in the Family Practice Office Visit“, *The Journal of Family Practice* 50, nr. 3 (2001 m. kovo): 211–16.

¹⁰⁹ „Įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, LRS, žiūrėta balandžio 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>“, s.a.

¹¹⁰ Aukščiausioji audito institucija, *Sveikatos sistemos priežiūros vertinimas*, (Lietuva, 2019 m.). <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3944>

kiekvieno papildomo klausimo nagrinėjimas vizito trukmę prailgina 2,5 minutės.¹¹¹ Ambulatorinių specialistų konsultacijų koncentravimasis ties vienos problemos sprendimu yra nulemtas apmokėjimo už kas ketvirtą vizitą dėl tos pačios priežasties.¹¹² Tokios sąlygos sukuria prielaidą pertekliniams apsilankymams siekiant pritraukti lėšų įstaigai ir specialistui, apkrauna pirminę grandį siuntimų poreikiu, o statistiniai rodikliai neatspindi tikrųjų paslaugų teikimo apimčių.

Apklaustų gyventojų nuomone, tinkamiausias konsultacijų trukmės laikas – 30 minučių, o vienai sveikatos problemai išspręsti optimalu skirti 2 konsultacijas. Nurodytas laiko poreikis suprantamas ir pateisinamas remiantis anksčiau išsakyta nuomone apsilankymo metu spręsti daugiau nei vieną problemą. 2013m. K. Štaras ir kiti¹¹³ nustatė, kad dauguma šeimos gydytojų pirminiam paciento ištyrimui skiria 5-8 min., gydytojai specialistai - 7–8 min., o pakartotiniam vizitui tenka vos 4 min. Norint patenkinti pacientų lūkesčius, skiriant kontaktinėms konsultacijoms 30 min. ir jos metu sprendžiant kelias sveikatos problemas, reikalinga pakeisti laiko išteklių paskirstymą ir mažinti dokumentacinę naštą medicinos personalui.

Nekyla abejonių, kad sveikatos priežiūros našumo ir efektyvumo gerinimui reikalingi sprendimai, suteikiantys galimybę geriau paskirstyti konsultacijų laiką, taip sukuriant sąlygas daugiau kontaktinio dėmesio skirti komplikuotiems pacientams su keliomis tarpusavyje susijusiomis patologijomis.

Vertinant respondentams priimtina laukimo iki kontaktinės konsultacijos laiką, kaip ir buvo galima numanyti, gyventojai linkę specializuotų paslaugų laukti ilgiau nei pirminio lygio. Pastarosios pandeminės situacijos sąlygotų eilių pas sveikatos specialistus oficiali statistika nėra pateikta, tačiau, remiantis 2018 metų Valstybinio audito ataskaitos duomenimis, 2017 metais patekti pas šeimos gydytoją didžiajai daliai pavykdavo per 7 dienas, 18 % teko vizito laukti ilgiau nei 2 savaites (10 darbo dienų). 28 % pacientų patekimo pas gydytoją specialistą laukė ilgiau nei 30 darbo dienų.¹¹⁴ Nors ankstesnių metų laukimo trukmė kardinaliai nesiskyrė nuo respondentų pateiktos, toks rezultatas galimai nulemtas esamos gyventojų patirties ir neatspindi pastarųjų metų eilių tendencijų. Teiginį patvirtina ir tyrimo duomenys – beveik pusė apklaustųjų (45,6 %) kreipdamiesi į gydymo įstaigą nurodė susiduriantys su eilių problema. Rezultatams antrina ir 2019 m. atliktas sveikatos priežiūros sistemos vertinimas, kurio metu net 55 % respondentų dideles eiles išskyrė kaip pagrindinę sveikatos sektoriaus problemą.¹¹⁵

¹¹¹ Beasley ir kt., *supra note*, 109.; Flocke, Frank ir Wenger, *supra note*, 109.

¹¹² „Isakymas „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“, LRS, žiūrėta 2021 m. balandžio 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.58556/asr>”.

¹¹³ Kęstutis Štaras, Daiva Čepuraitė, Renata Kudukytė Gasperė, „Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas”, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 167-187, <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12827/424-2857-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹⁴ Aukščiausioji audito institucija, *Valstybinio audito ataskaita: asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą*, (Lietuva, 2018 m.). www.vkontrole.lt.

¹¹⁵ Aukščiausioji audito institucija, *supra note*, 111.

Apklaustųjų pasirinkimai taip pat atkreipia dėmesį į nurodytą sudėtingą registraciją bei viena iš problemų laikomą viešojo transporto poreikį įstaigų pasiekiamumui. Nors tyrimas parodė, kad pacientai su gydymo įstaigomis dažnai kontaktą palaiko telefonu ar internetu, kiek daugiau nei trečdalis (35,8%) tą daro tiesioginio kontakto metu. Apskaičiuota, kad asmenims, kontaktavusiems su įstaiga internetu (el. paštu), registracija neatrodė sudėtinga, skirtingai nei kontaktuojantiems apsilankant. Tokius rezultatus galima vertinti dvejopai – daliai respondentų nuotolinė registracija yra per sudėtinga, todėl tenka vykti iki įstaigos, arba sudėtingumą lemia pati kelionė iki įstaigos. Bet kuriuo atveju, tikslinga įžvelgti potencialą tolimesniam registracijos tobulinimui ar žmonių edukacijai, skatinant efektyviau išnaudoti šiuo metu jau pasiekiamas elektronines funkcijas.

Patys respondentai, ieškant sprendimų eilių mažinimui, palaikė idėją konsultacijų perkėlimui į nuotolinį kontaktą su gydytoju. Šis sprendimas taip pat buvo tapatinamas su e. sveikatos įtaka paslaugų našumui. Toks požiūris pagrindžiamas užsienio literatūroje publikuotos apžvalgos, kurioje apžvelgti straipsniai, stebėję teigiamą elektroninių sveikatos sistemų įtaką klinikiniuose ir farmacijos sektoriuose.¹¹⁶

Paprašius apklaustųjų, remiantis asmenine patirtimi COVID-19 pandemijos laikotarpyje, įvardinti aplinkybės, kuriomis nuotolinės konsultacijos jiems atrodo vertingiausios, buvo nurodyta, kad nuotoliniu būdu patogiausiai sprendžiami trumpi klausimai ar techniniai, su dokumentacija susiję, procesai (receptų, siuntimų, pažymų išdavimas ir kt.). Faktas, kad net 42,5 % tiriamųjų nurodė šias konsultacijas naudingas visais klausimais, leidžia teigti, kad egzistuoja aukštas pasitenkinimo tokiomis paslaugomis lygis. Išvados antrina ir užsienyje atlikti tyrimai, nustatę, kad didžioji dalis pacientų lieka patenkinti nuotolinėmis konsultacijomis telefonu, o statistiškai reikšmingas pasitenkinimo paslaugomis skirtumas tarp kontaktinių ir nekontaktinių vizitų ne visada nustatomas.¹¹⁷

Kiek netikėtas dažnis buvo nustatytas kontaktinių konsultacijų būtinumui priskiriant tyrimų interpretavimą bei siuntimų išdavimą (atitinkamai: 29,2 % ir 21,5 %), procedūrų, kurios šiuo pandeminiu laikotarpiu yra sėkmingai atliekamos nuotolinių konsultacijų metu, neapkraunant kontaktinių ligonių srauto. Tokius pasirinkimus pateikę respondentai dažniau susidūrė su didelių eilių problema bei jų mažinimą išskyrė kaip svarbiausią sveikatos priežiūros paslaugų dėmenį. Paradoksalu, kad apklaustieji, nurodę kontaktinių konsultacijų būtinumą tyrimų interpretacijai, taip pat buvo linkę sutikti su dalies konsultacijų perkėlimu į elektroninę erdvę.

¹¹⁶ Thokozani Khubone, Boikhutso Tlou, ir Tivani Phosa Mashamba-Thompson, „Electronic Health Information Systems to Improve Disease Diagnosis and Management at Point-of-Care in Low and Middle Income Countries: A Narrative Review“, *Diagnostics (Basel, Switzerland)* 10, nr. 5 (2020 m. gegužės 20 d.), <https://doi.org/10.3390/diagnostics10050327>.

¹¹⁷ Frances Bunn, Geraldine Byrne, ir Sally Kendall, „The Effects of Telephone Consultation and Triage on Healthcare Use and Patient Satisfaction: A Systematic Review“, *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 55, nr. 521 (2005 m. gruodžio): 956–61; Brian McKinstry ir kt., „Telephone Consultations to Manage Requests for Same-Day Appointments: A Randomised Controlled Trial in Two Practices“, *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 52, nr. 477 (2002 m. balandžio): 306–10.

Šioje apklausoje pastebėta, kad nuotolinės konsultacijos ne visada statomos ant pjedestalo. Paslaugų pasiekiamumo atžvilgiu, geras susisiekimasis nuotoliniu būdu laikytas mažiau vertingu nei mažos eilės ar patogus susiekimas. Tačiau apskaičiuota, kad šios funkcijos neprioritizavę respondentai, statistiškai reikšmingai rečiau konsultuodavosi nuotoliniu būdu, patirdavo sunkumų dėl atstumo iki gydymo įstaigos ar susidurdavo su didelių eilių problema.

Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos yra neatsiejamos nuo saugios klinikinės praktikos.¹¹⁸ Šį teiginį patvirtina ir anketoje atsispindintys respondentų pasirinkimai. Nors didžioji dalis apklaustųjų žalos, susijusios su sveikatos priežiūra, nebuvo patyrę, tačiau jų nurodytas sveikatos priežiūros paslaugų saugumo prioritetizavimas leidžia formuoti išvadą, kad paslaugų vertė pacientui kuriama per gydymo procedūrų saugumo užtikrinimą. Nors apklausos rezultatai atskleidė, kad respondentai e. sveikatos saugumo nesieja su infekcinių ligų plitimo sumažėjimu, toks pasirinkimas pateisinamas tik e. sveikatos sistemos netapatinant su nuotolinėmis konsultacijomis, savo vietą sveikatos priežiūros sektoriuje įtvirtinusiomis COVID-19 pandemijos metu. 2020m. publikuotoje sisteminėje apžvalgoje pateikta griežta rekomendacija išnaudoti visą nuotolinių konsultacijų ir telemedicinos potencialą siekiant sustabdyti šios virusinės infekcijos plitimą.¹¹⁹

Maksimaliam sveikatos priežiūros paslaugų saugumui pasiekti vėl reikia atsisukti į elektronines sveikatos sistemas. 2015 m. publikuota sisteminė apžvalga parodė, kad elektroninės ligos istorijos (angl. electronic health records (EHR)), gerindamos paslaugų teikimo saugumą per gydymo klaidų mažinimą, reikšmingai tobulina ir paslaugų kokybę.¹²⁰ Tokios pačios nuomonės buvo ir tiriamieji – 39,9 % respondentų manė, kad e. sveikata galėtų sumažinti gydytojo klaidos tikimybę. Moksliniuose tyrimuose pateikiami rezultatai, įrodantys elektroninių sveikatos sistemų sąlygotą gydymo paslaugų saugumo gerinimą užkertant kelią žmoniškųjų faktorių nulemtoms medicininėms klaidoms. Pavyzdžiai apima elektroninius medicininius įrašus, brūkšninio kodavimo sistemas, standartizuotus matavimo vienetus, automatinį dozavimą pagal svorį ir kitas funkcijas.¹²¹

Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų saugumą, ypač šiuo techniškai pažangių informacinių technologijų diegimo sveikatos sektoriuje laikotarpiu, nederėtų į paraštes nustumti ir privačių asmens duomenų bei viešai pasiekiamos informacijos saugumo. Kaip jau minėta, apklaustieji su gydymo

¹¹⁸ Phil Buttell, Robert Hendler, ir Jennifer Daley, „Quality in Healthcare: Concepts and Practice“, 2007 m.

¹¹⁹ Elham Monaghesh ir Alireza Hajizadeh, „The Role of Telehealth during COVID-19 Outbreak: A Systematic Review Based on Current Evidence“, *BMC Public Health* 20, nr. 1 (2020 m. rugpjūčio 1 d.): 1193, <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>.

¹²⁰ Paolo Campanella ir kt., „The Impact of Electronic Health Records on Healthcare Quality: A Systematic Review and Meta-Analysis“, *European Journal of Public Health* 26, nr. 1 (2016 m. vasario): 60–64, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>.

¹²¹ Marina Vaidotas ir kt., „Medication Errors in Emergency Departments: Is Electronic Medical Record an Effective Barrier?“, *Einstein (Sao Paulo, Brazil)* 17, nr. 4 (2019 m. liepos 10 d.): eGS4282, https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019GS4282; Thomas L. Rodziewicz, Benjamin Houseman, ir John E. Hipkind, „Medical Error Reduction and Prevention“, *StatPearls* (Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>.

įstaigomis linkę kontaktuoti telefonu ar internetu. Tokia prieiga sveikintina ir reprezentuoja modernų sveikatos paslaugų vartotoją, tačiau skatina kelti klausimus – kokiais būdais patvirtinama asmenų tapatybė? Kokios priemonės naudojamos saugant pacientų duomenis? Nepakankamas dėmesys šiems klausimams jau suteikė skaudžių pamokų privačioms Lietuvoje veikiančioms medicinos bei paslaugų sektoriaus įmonėms ir jų klientams.¹²² Nerimauti verčia ir tyrimo rezultatai, kurie atskleidė, kad, domintis artimųjų sveikata, mažiausiai informacijos pavykdavo gauti tiesioginio apsilankymo metu. Taigi, sveikatos duomenų gavimas naudojantis ryšio technologijomis užtikrino sklandesnę informacijos perdavimą nei tiesioginio kontakto metu. Reikėtų turėti omenyje, kad tokias išeitis galėjo lemti kontaktinių apsilankymų ribojimas ligoninėse dėl šalyje susidariusios epidemiologinės situacijos 2020–2021 metais, tačiau gauti rezultatai sukuria pretekstą debatams, kokia informacija ir kokiam suinteresuotųjų ratui turėtų būti pasiekama e. sveikatos sistemoje. Apklausos metu, nuomonės dėl e. sveikatoje esančios informacijos pasiekiamumo išsiskyrė – didžioji dalis pritarė duomenų teikimui valstybinėms institucijoms bei artimiesiems, tačiau ši grupė statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo teigusių, kad informacija turėtų būti pasiekama tik pačiam pacientui. Įdomu, kad, lyginant su pastarosiomis respondentų grupėmis, reikšmingai mažesnė dalis rinkosi individualų informacijos pasiekiamumo nustatymą, nors tokia tvarka šiuo metu taikoma stacionarinėse gydymo įstaigose.¹²³ Bet kuriuo atveju reikia sutikti su kitų tyrėjų nuomone, kad duomenų kiekis, kaupiamas elektroninėse sveikatos sistemose, su laiku tik didės, todėl būtini atsakingi technologiniai sprendimai užtikrinantys jautrios informacijos saugumą.¹²⁴

Papildomas rizikas pacientams kelia ir viešai pasiekiamos informacijos gausa. Remiantis atlikto tyrimo rezultatais matome, kad vienas respondentas vidutiniškai domisi 2,6 su sveikata susijusiomis temomis. Apklausą taip pat parodė, kad net pusė apklaustųjų pajutę ligos simptomus neskuba kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą, o ieško informacijos internete ir stebi tolimesnę simptomų eigą. Užsienio literatūroje publikuotoje sisteminėje apžvalgoje teigiama, kad pacientų atliekama papildoma sveikatos informacijos paieška internete galėjo pastariesiems padėti pasirengti gydytojo vizitui, aktyviau dalyvauti priimančioms sprendimams, padėti bendrauti ir pagerinti paciento ir gydytojo santykius.¹²⁵ Tokios iniciatyvos

¹²² „„Grožio chirurgijos“ duomenų vagystės byla grąžinta prokurorui“, *Delfi*, 2019 m. kovo 25 d., <https://www.delfi.lt/news/daily/law/grozio-chirurgijos-duomeni-vagystes-byla-grazinta-prokurorui.d?id=80705667>; „Po duomenų nutekėjimo skandalo – žinia „CityBee“ klientams: įdiegė būdą pasitikrinti, ar duomenys nebuvo pavogti“, *Delfi*, 2021 m. vasario 18 d., <https://www.delfi.lt/verslas/verslas/po-duomeni-nutekejimo-skandalo-zinia-citybee-klientams-idiege-buda-pasitikrinti-ar-duomenys-nebuvo-pavogti.d?id=86513661>

¹²³ „VšĮ VUL Santariškių klinikų generalinio direktoriaus įsakymu Nr. V-113 P103 ULSK įsakymas Nr. V-113 P103 „Medicinos dokumentų pildymas“ patvirtintas 2 priedas“, (2017).

¹²⁴ Alexandru Soceanu ir kt., „Managing the Privacy and Security of eHealth Data“, *2015 20th International Conference on Control Systems and Computer Science* (2015 20th International Conference on Control Systems and Computer Science (CSCS), Bucharest, Romania: IEEE, 2015), 439–46, <https://doi.org/10.1109/CSCS.2015.76>.

¹²⁵ Sharon Swee-Lin Tan ir Nadee Goonawardene, „Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review“, *Journal of Medical Internet Research* 19, nr. 1 (2017 m. sausio 19 d.): e9, <https://doi.org/10.2196/jmir.5729>; Briony Swire-Thompson ir David Lazer, „Public Health and Online Misinformation:

nauda konkuruoja su ją supančiomis negandomis – iškyla pavojus, kai susiduriama su internete pasiekiamos informacijos gausa, kuri, priklausomai nuo šaltinio, gali būti pateikiama stokojant kompetencijos ir net kelti riziką skaitytojo sveikatai.¹²⁶ Problema ypač aktuali šiuo pandemijos laikotarpiu, kai vyrauja gausi klaidingos informacijos sklaida nukreipta prieš COVID-19 skiepus. Siekiant kovoti su dezinformacija sveikatos priežiūros srityje Europos komisija (EK) į kovą pasitelkė net socialinius tinklus bei informacines sistemas (Facebook, Twitter, Microsoft, Google ir kt.).¹²⁷ Kiek bendresnės rekomendacijos kovoje prieš klaidingą informaciją internete buvo pateiktos ir 2020 m. JAV: elektroninės sveikatos raštingumo (apibrėžiamas kaip gebėjimas ieškoti, rasti, suprasti ir vertinti sveikatos informaciją iš elektroninių šaltinių ir pritaikyti įgytas žinias sprendžiant ar sprendžiant sveikatos problemas¹²⁸) gerinimas; naudojimasis internetu kaip bendradarbiavimo su gydytojais įrankiu; internetinių šaltinių kokybės stiprinimas; sveikatos sistemos atstovų informacijos tikslumo didinimas; informacijos tikrinimo korekcijų dažnio didinimas; pasinaudojimas technologine pažanga.¹²⁹ Visos minėtos rekomendacijos gali būti pasiektos adaptuojant valstybinę elektroninę sistemą, teikiančią viešai prieinamą sveikatos informaciją, paremtą įrodymais pagrįsta medicinos praktika ir kompetentingų specialistų patirtimi.

Apibendrinant apklausos duomenis, atsižvelgus į respondentų nurodytą aktyvų papildomą domėjimąsi sveikatos informacija (žr. Sveikatos priežiūros paslaugų analizė) ir tokios informacijos pasiekiamumo e. sveikatos sistemoje poreikį, galime teigti, kad patikimos medicininės informacijos prieiga valstybinėje elektroninėje sveikatos sistemoje kurtų vertę vartotojui, apsaugotų nuo dezinformacijos šaltinių, galimai padidintų pacientų integraciją sprendimų priėmime.

Nepaisant technologijų sukeltos galimos rizikos asmens duomenų saugumui, respondentų nuomone, vertingiausia e. sveikatos funkcija galėtų būti suteikta galimybė į šią sistemą įkelti nuotraukas. Matomų medicininių būklių fotografija nėra naujiena klinikinėje praktikoje. Anksčiausiai ši funkcija buvo pritaikyta dermatologijoje¹³⁰ ir plastinėje chirurgijoje¹³¹, kur išoriniai kūno pakitimai dažniai pasireiškia be nematomos simptomatikos (pvz.: vidaus organų pažeidimai, pokyčiai kraujo tyrimuose ir

Challenges and Recommendations”, *Annual Review of Public Health* 41, nr. 1 (2020 m.): 433–51, <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094127>.

¹²⁶ Swire-Thompson ir Lazer, *supra note*, 126.

¹²⁷ „Kova su dezinformacija apie koronavirusą”, *Europos Komisija*, žiūrėta 2021 m. balandžio 9d., https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/fighting-disinformation/tackling-coronavirus-disinformation_lt

¹²⁸ Cameron D. Norman ir Harvey A. Skinner, „EHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World”, *Journal of Medical Internet Research* 8, nr. 2 (2006 m. birželio 16 d.): e9, <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>.

¹²⁹ Swire-Thompson ir Lazer, *op cit*.

¹³⁰ Lauren Kunde, Erin McMeniman, ir Malcolm Parker, „Clinical Photography in Dermatology: Ethical and Medico-Legal Considerations in the Age of Digital and Smartphone Technology”, *The Australasian Journal of Dermatology* 54, nr. 3 (2013 m. rugpjūčio): 192–97, <https://doi.org/10.1111/ajd.12063>.

¹³¹ Achille Aveta, Angela Filoni, ir Paolo Persichetti, „Digital Photography in Plastic Surgery: The Importance of Standardization in the Era of Medicolegal Issues”, *Plastic and Reconstructive Surgery* 130, nr. 3 (2012 m. rugsėjo): 490e–91, <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31825dc515>.

pan.). Vaizdų dalijimasis daro įtaką kokybiškesniam paciento ir gydytojo kontaktui, didina nuotolinių konsultacijų efektyvumą ir našumą, supaprastina pooperacinių žaizdų gijimo proceso stebėjimą, užtikrina priežiūros tęstinumą. Nauda neabejotina ir akademinėje bendruomenėje – nuasmenintas pacientų informacijos dalijimasis leidžia mokytis, diskutuoti ir konsultuotis medicininės bendruomenės viduje.¹³² Tyrimais nustatyta, kad vaizdinės medžiagos įtraukimas gydymo procese, pagerino gydymo kokybę ir buvo teigiamai vertinamas pacientų.¹³³ Siekiant maksimaliai išnaudoti minėtos funkcijos potencialą, ypatingai svarbu užtikrinti jautrios informacijos dalijimosi saugumą, panaudojant specializuotas, tik sveikatos sektoriui pritaikytas programas.¹³⁴

Automatizuoti pranešimai ir priminimai pacientams apie numatytas paslaugas sveikatos priežiūros sektoriuje sėkmingai naudojami daugelyje šalių, įskaitant Lietuvą. Atlikta gausybė tyrimų, įrodančių tokios metodikos naudą aktyviau įtraukiant pacientus į sveikatos priežiūros procesą, užtikrinant apsilankymus bei gerinant ligų išėitis.¹³⁵ Šios apklausos rezultatai vieno statistiškai reikšmingai pacientų prioretizuojamo kontaktinio būdo neatskleidė – respondentai rinkosi tarp skambučio, trumposios žinutės ir elektroninio laiško. Panašias išvadas pateikia ir kiti moksliniai tyrimai, todėl rekomenduojantys rinktis didžiausią populiaciją pasiekiantį, mažiausiai žmoniškųjų ir finansinių išteklių naudojančią automatinį pranešimų būdą – trumpąsias žinutes.¹³⁶

Ieškant patogumą vartotojui suteikiančių elektroninių sveikatos sistemų funkcijų ar charakteristikų, respondentai dažniau išskyrė greitą funkcionavimą, galimybę kontaktuoti su sveikatos priežiūros specialistu telefoninės programėlės pagalba ir galimybę gydytoją pasiekti video skambučiu. Apklaustiesiems nurodant funkcijas, turinčias įtakos sveikatos priežiūros paslaugų našumui, daugiausia palaikymo taip pat sulaukė galimybė atlikti vaizdo skambučius.

Apžvelgiant pastarųjų anketinių klausimų atsakymo variantus, galime daryti prielaidą, kad Lietuvos gyventojai yra imlūs naujoms technologijoms ir jaučiasi pasirengę aktyviai dalyvauti sveikatos priežiūros procese dalį paslaugų perkeltant į elektroninę erdvę. Žinoma, naujų pacientams vertingų

¹³² Tom Doel ir kt., „GIFT-Cloud: A Data Sharing and Collaboration Platform for Medical Imaging Research”, *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 139 (2017 m. vasario): 181–90, <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2016.11.004>.

¹³³ Kirk D. Wyatt ir kt., „Patients’ Experiences and Attitudes of Using a Secure Mobile Phone App for Medical Photography: Qualitative Survey Study”, *Journal of Medical Internet Research* 22, nr. 5 (2020 m. gegužės 12 d.): e14412, <https://doi.org/10.2196/14412>; Matthew W. Miller ir kt., „Patient-Generated Digital Images after Pediatric Ambulatory Surgery”, *Applied Clinical Informatics* 7, nr. 3 (2016 m. liepos 6 d.): 646–52, <https://doi.org/10.4338/ACI-2015-12-CR-0168>.

¹³⁴ John F. Nettrour, M. Benjamin Burch, ir B. Sonny Bal, „Patients, Pictures, and Privacy: Managing Clinical Photographs in the Smartphone Era”, *Arthroplasty Today* 5, nr. 1 (2019 m. kovo): 57–60, <https://doi.org/10.1016/j.artd.2018.10.001>; Doel ir kt., *supra note*, 129.

¹³⁵ Seneca Perri-Moore ir kt., „Automated Alerts and Reminders Targeting Patients: A Review of the Literature”, *Patient Education and Counseling* 99, nr. 6 (2016 m. birželio): 953–59, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.010>.

¹³⁶ Jonathan Dash ir kt., „Use of Email, Cell Phone and Text Message between Patients and Primary-Care Physicians: Cross-Sectional Study in a French-Speaking Part of Switzerland”, *BMC Health Services Research* 16, nr. 1 (2016 m. spalio 5 d.): 549, <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1776-9>; Noelle Junod Perron ir kt., „Text-Messaging versus Telephone Reminders to Reduce Missed Appointments in an Academic Primary Care Clinic: A Randomized Controlled Trial”, *BMC Health Services Research* 13 (2013 m. balandžio 4 d.): 125, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-125>; Rachel Y. Moon ir kt., „Comparison of Text Messages Versus E-Mail When Communicating and Querying With Mothers About Safe Infant Sleep”, *Academic Pediatrics* 17, nr. 8 (2017 m. gruodžio): 871–78, <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.06.004>.

funkcijų įvedimas privalo būti atsakingai pasvertas įvertinus technines galimybes. Su lėta sveikatos informacinių sistemų veikla susiduria daugelis šalių, įskaitant ir Lietuvą.¹³⁷ Kaip parodė ši apklausa, norint didinti sistemų patrauklumą vartotojui, būtina atsižvelgti į jam vertingą charakteristiką – sistemos funkcionavimo greitį.¹³⁸ Nors respondentų lūkesčiai dėl sutaupyto gydytojo laiko paskirstymo esant greitam e. sveikatos funkcionavimui statistiškai reikšmingai neišsiskyrė, dominavo nuomonė, kad neapsikrovus darbu su lėtai veikiančia sistema, gydytojai galėtų atlikti didesnę kiekį konsultacijų. Tokiam pareiškimui pagrįsti ar paneigti mokslinių publikacijų rasti nepavyko, tačiau Poissant (Poissant) ir kitų atliktoje sisteminėje apžvalgoje teigiama, kad elektroninės ligos istorijos pagerina laiko sąnaudų efektyvumą.¹³⁹

Socialiniai veiksniai, tokie kaip išsilavinimas, pajamų dydis, lytis ir kt., neabejotinai daro didelę įtaką asmens sveikatos priežiūrai, paliečiant visas valstybes, nepriklausomai nuo ekonominio šalies lygio. Kuo žemesnė asmens socialinė ir/ar finansinė padėtis, tuo didesnė ir sveikatos sutrikimų rizika.¹⁴⁰ Ligų kontrolės ir prevencijos centrų (angl. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) teigiama, kad sveikatos nešališkumas pasiekiamas, kai kiekvienas žmogus gali išnaudoti visą galimą sveikatos priežiūros potencialą, nepaisant socialinės padėties ar kitų socialinių aplinkybių.¹⁴¹ Šio tikslo įgyvendinimas gali būti pasiekiamas pasitelkiant informacines sveikatos technologijas, kartu pagerinant ir paslaugų pasiekiamumą labiausiai socialiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms.¹⁴² Sveikatos paslaugų teikimo tolygumas ilgainiui turėtų pagerinti ligų prevencijos bei gydymo išeitį, sąlygoti mažesnes išlaidas sveikatos priežiūros sektoriuje.

Elektroninės sveikatos sistemos gali atlikti svarbų vaidmenį kovoje su šališka, socialiniais netolygumais patemta, sveikatos priežiūra. Tačiau negalima ignoruoti ir kitos medalio pusės – pačios technologijos gali būti atskirties priežastis. Senyvas amžius, neįgalumas ar žemas socioekonominis asmenų lygis lemia apsunkintą elektroninių sistemų prieinamumą ar panaudojamumą. 2020m. pateiktame skaitmeninės sveikatos nešališkumo struktūriniame plane, vieni paminėtų faktorių yra

¹³⁷ Mi Ok Kim, Enrico Coiera, ir Farah Magrabi, „Problems with Health Information Technology and Their Effects on Care Delivery and Patient Outcomes: A Systematic Review“, *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 24, nr. 2 (2017 m. kovo 1 d.): 246–50, <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw154>; Vedlūga, *supra note*, 67.

¹³⁸ Kuo ir kt., *supra note*, 86.

¹³⁹ Lise Poissant ir kt., „The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review“, *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 12, nr. 5 (2005 m. spalio): 505–16, <https://doi.org/10.1197/jamia.M1700>.

¹⁴⁰ „Health inequities and their causes“, World Health Organization, žiūrėta 2021 m. balandžio 9 d., <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes#:~:text=Health%20inequities%20are%20differences%20in,right%20mix%20of%20government%20policies>

¹⁴¹ „National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP): Health equity“, Centers for Disease Control and Prevention, žiūrėta 2021 m. balandžio 9 d., <https://www.cdc.gov/chronicdisease/healthequity/index.htm>

¹⁴² Enid Montague ir Jennifer Perchonok, „Health and Wellness Technology Use by Historically Underserved Health Consumers: Systematic Review“, *Journal of Medical Internet Research* 14, nr. 3 (2012 m. gegužės 31 d.): e78, <https://doi.org/10.2196/jmir.2095>; Karine Latulippe, Christine Hamel, ir Dominique Giroux, „Social Health Inequalities and EHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies“, *Journal of Medical Internet Research* 19, nr. 4 (2017 m. balandžio 27 d.): e136, <https://doi.org/10.2196/jmir.6731>.

kompiuterinis raštingumas, technologinis pasiekiamumas ir jo integracija visuomenėje.¹⁴³ Šiame tyrime atspindintis paprastumo naudotis bei naudojimosi instrukcijų poreikis, leidžia interpretuoti, kad šiandieninė e. sveikatos sistema neužtikrina vienodų sąlygų visiems potencialiems elektroninių sveikatos paslaugų vartotojams.

¹⁴³ Allison Crawford ir Eva Serhal, „Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health“, *Journal of Medical Internet Research* 22, nr. 6 (2020 m. birželio 2 d.): e19361, <https://doi.org/10.2196/19361>.

IŠVADOS

1. Sveikatos priežiūros paslaugų vertės analizės metodika

Trūkstant vertės analizės metodikų, išlieka didžiulis poreikis tikslesnio vertinimo įrankio sukūrimui. Ši apklausa pasitarnavo kaip pilotinis tyrimas, leidęs aiškiau suvokti aspektus, į kuriuos reikėtų koncentruotis ateityje nagrinėjant sveikatos priežiūros paslaugų vertės kūrimą vartotojui. Aiškiausią ir statistiškai reikšmingą poziciją atspindėjo klausimai, orientuoti į pacientų prioritetus ir nuomonę, paslaugų efektyvumą bei pasiekiamumą. Mažesnio statistinio pasiskirstymo sulaukę klausimai apie paslaugų našumą, nešališkumą ir saugumą galėtų būti grindžiami specifinės vadybinės ar medicininės kompetencijos poreikiu, todėl turėtų būti perteikiami ne eilinių vartotojų, o atitinkamos srities specialistų.

Vienas iš tyrimo trūkumų – ne visų amžiaus grupių atstovavimas. Tik nustačius daugeliui priimtinas, universalias vertybes, atspindinčias populiaciją, galimi teisingi ir etiški sprendimai už tuos, kurie dėl sveikatos būklės priimti tų sprendimų nebegali. Anketos trūkumams reikėtų priskirti ir dalinį klausimų neapibrėžtumą – dalis atsakymų variantų buvo pakankamai išsamūs, tad jų turinys reprezentuoja daugiau nei vieną sveikatos priežiūros kokybės dėmenį ir todėl gali būti skirtingai suprantami bei interpretuojami. Kita vertus, kokybės dėmenys savo prigimtimi yra tarpusavyje susiję ir persiklojantys.

2. Sveikatos priežiūros ir e. sveikatos paslaugų naudotojo portretas

Atliktas tyrimas atskleidė, kad esamas ar būsimas sveikatos priežiūros ir e. sveikatos paslaugų naudotojas yra reiklus kokybei, pasiruošęs ir suinteresuotas aktyviai dalyvauti gydymo procese, dalintis atsakomybe su medicinos specialistais, priimti sprendimus, susijusius su savo sveikatos būkle. Papildomai besidomėdamas prieinama sveikatos informacija didina savo sveikatos raštingumą, todėl kritiškai vertina medicinos darbuotojų sprendimus, esant reikalui – ieško antros nuomonės, specialistus ar įstaigą pasirinkdamas, remiantis gydytojų patirtimi ar atsiliepimais artimųjų rate. Prioretizuodamas paslaugų efektyvumą ir lengvą jų prieinamumą, Lietuvos gyventojas linkęs mažinti kontaktinių apsilankymų skaičių, dalį paslaugų perkeltiant į nuotolinę erdvę, mainais tikintis greitesnio jų gavimo.

3. Vertė sveikatos priežiūroje

Remiantis apklausos rezultatais, matome, kad sveikatos priežiūros vertė pacientui kuriama per kokybiškas, lengvai pasiekiamas paslaugas. Apklaustieji vertina našias, daugiau nei vieną klausimą sprendžiančias konsultacijas, trunkančias 30 minučių, kurių metu skiriamas dėmesys jų nuomonės išklausymui, diskusijai, grįžtamajam ryšiui. Nurodoma priežiūros tęstinumo svarba, gydytojų patirtis, plataus nemokamų paslaugų pasirinkimo galimybė. Susisieikimo požiūriu, apklaustieji prioretizuoja

mažas eiles, patogią įstaigų lokalizaciją, lengvą pasiekiamumą nuotoliniu būdu, leidžiantį sutaupyti laiką sumažinant kontaktinių apsilankymų būtinybę.

4. E. sveikatos funkcijos ir jų pridėtinė vertė

Pasitenkinimas nuotolinėmis konsultacijomis COVID-19 pandemijos laikotarpiu, leidžia daryti prielaidą, kad ši praktika sėkmingai įsitvirtins ir situacijai pasikeitus. Gauti rezultatai nurodo, kad e. sveikatos patogumas ir veikimo sparta lemia naudojimo patrauklumą. Šios sistemos pridėtinė vertė, vartotojų požiūriu, turėtų aiškiau atsispindėti informacijos perdavime, kuriam šiuo metu užtikrinta nepakankamai sąlygų. Informacijos tėkmę galima būtų skirstyti į vidinę ir išorinę. Vidinės atveju pageidaujamas nuotolinio kontakto efektyvumo užtikrinimas perduodant maksimaliai detalizuotos reikalingos informacijos kiekį. Šiam efektui pasiekti, remiantis kitų šalių patirtimi bei Lietuvos gyventojų pasirinkimais, reikalingi technologiniai sprendimai, suteikiantys galimybę perteikti vaizdinę ir funkcinę sveikatos informaciją.

Išorinei priskiriama viešai pasiekiamą sveikatos informacijos gausa. Jos saugumo ir patikimumo užtikrinimas, sąlygotų sveikatos švietimą, padėtų pacientams aktyviau įsitraukti į gydymo procesą, sustabdytų dezinformacijos sklaidą.

Žinoma, tokiems pokyčiams pirmiausia reikėtų pasiruošti, sukuriant planą duomenų saugumo, mokomosios medžiagos bei sklandžios veiklos užtikrinimui. Minėtų e. sveikatos bruožų ir funkcijų vertinimą pagrindžia lūkesčiai, kad teisingai pritaikius informacinių sveikatos sistemų galimybes, efektas atsispindėtų ir sveikatos paslaugų pasiekiamume, eilių mažinime, nešališkume, pasitenkinimo gerinime.

5. Tyrimo hipotezė patvirtinta

E. sveikatos sistemos vertė Lietuvos gyventojų asocijuojama su techninėmis galimybėmis ir funkcijomis, gerinančiomis sveikatos paslaugų pasiekiamumą ir palengvinančiomis kontaktą tarp gydytojo ir paciento.

PASIŪLYMAI

1. Plėtoti sveikatos priežiūros vertės analizės metodikas, kurios:
 - a. Pasiiektų visas demografines ir socialines grupes.
 - b. Koncentruotųsi į prioritetus, paslaugų efektyvumo, našumo, prieinamumo suvokimą iš vartotojų perspektyvos.
 - c. Būtų lengvai pritaikomos, aiškiai suprantamos, pateikiančios konkrečius rezultatus.
2. Aiškiai apibrėžti indikacijas, kuriomis remiantis nuotolinės konsultacijos kurtų didžiausią vertę pacientui, sumažintų kontaktinių apsilankymų poreikį.
3. Užtikrinti Lietuvos gyventojų poreikiais paremtą e. sveikatos plėtrą įvedant ar toliau vystant pageidautinas sistemos funkcijas:
 - a. Sveikatos priežiūros priminimai trumposios žinutės pagalba.
 - b. Sistemos naudojimo pritaikymas telefone.
 - c. Galimybė pacientui įkelti sveikatos duomenis (nuotraukas, sveikatos rodiklius, kt.)
 - d. Galimybė atlikti video konsultacijas.
 - e. Patikrintos ir patikimos medicininės informacijos pasiekiamumo užtikrinimas.
4. Didinti patrauklumą nuolat tobulinant bei užtikrinant sklandų ir greitą e. sveikatos sistemos funkcionavimą.
5. Užtikrinti nešališkumą išlaikant sistemos paprastumą, pateikiant mokomąją medžiagą, orientuotą į mažesnę kompiuterinę raštingumą turinčius naudotojus.
6. Investuoti į jautrių asmens sveikatos duomenų saugumo užtikrinimą.
7. Sisteminę plėtrą vykdyti atsižvelgiant į visas e. sveikatos interesantų grupes.
8. Vystyti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, pastarajam suteikiant daugiau galių gydymo proceso valdyme.

BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Moksliniai šaltiniai:

1. Al-Abri, Rashid, ir Amina Al-Balushi. „Patient Satisfaction Survey as a Tool towards Quality Improvement“. *Oman Medical Journal* 29, nr. 1 (2014 m. sausio): 3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>.
2. Andrade, Luiza Amélia Freitas de, Pedro Eugénio López Salazar, Kleidson Daniel Medeiros Leopoldino, ir Carolina Barbosa Montenegro. „Primary health care quality assessment according to the level of satisfaction of elderly users“. *Revista Gaucha De Enfermagem* 40 (2019 m. rugpjūčio 5 d.): e20180389. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180389>.
3. Arne Björnberg, Ann Yung Phang, Euro Health Consumer Index 2018, (Health Consumer Powerhouse 2018), <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12840/281-448-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Aveta, Achille, Angela Filoni, ir Paolo Persichetti. „Digital Photography in Plastic Surgery: The Importance of Standardization in the Era of Medicolegal Issues“. *Plastic and Reconstructive Surgery* 130, nr. 3 (2012 m. rugsėjo): 490e–91. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31825dc515>.
5. Bauer, Amy M., Tessa Rue, Sean A. Munson, Reza Hosseini Ghomi, Gina A. Keppel, Allison M. Cole, Laura-Mae Baldwin, ir Wayne Katon. „Patient-Oriented Health Technologies: Patients’ Perspectives and Use“. *Journal of Mobile Technology in Medicine* 6, nr. 2 (2017 m. rugpjūčio): 1–10. <https://doi.org/10.7309/jmtm.6.2.1>.
6. Beasley, John W., Terry H. Hankey, Rodney Erickson, Kurt C. Stange, Marlon Mundt, Marguerite Elliott, Pamela Wiesen, ir James Bobula. „How Many Problems Do Family Physicians Manage at Each Encounter? A WReN Study“. *Annals of Family Medicine* 2, nr. 5 (2004 m. spalio): 405–10. <https://doi.org/10.1370/afm.94>.
7. Black, N. „Patient Reported Outcome Measures Could Help Transform Healthcare“. *BMJ* 346, nr. jan28 1 (2013 m. sausio 28 d.): f167–f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>.
8. Brennan, P. F., ir I. Strombom. „Improving Health Care by Understanding Patient Preferences: The Role of Computer Technology“. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 5, nr. 3 (1998 m. birželio): 257–62. <https://doi.org/10.1136/jamia.1998.0050257>.
9. Brettschneider, Christian, Dagmar Lühmann, ir Heiner Raspe. „Informative Value of Patient Reported Outcomes (PRO) in Health Technology Assessment (HTA)“. *GMS Health Technology Assessment* 7 (2011 m. vasario 2 d.): Doc01. <https://doi.org/10.3205/hta000092>.
10. Bunn, Frances, Geraldine Byrne, ir Sally Kendall. „The Effects of Telephone Consultation and Triage on Healthcare Use and Patient Satisfaction: A Systematic Review“. *The British Journal*

- of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners 55, nr. 521 (2005 m. gruodžio): 956–61.
11. Burger, Pascal M., Jan Westerink, ir Bram E. L. Vrijzen. „Outcomes of Second Opinions in General Internal Medicine“. *PloS One* 15, nr. 7 (2020 m.): e0236048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236048>.
 12. Busse R, Panteli D, Quentin W, „An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems“, Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, Busse R, Klazinga N, Panteli D, ir kt. (Kopenhaga (Danija): European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.), 3-15.
 13. Buttell, Phil, Robert Hendler, ir Jennifer Daley. „Quality in Healthcare: Concepts and Practice“, 2007 m.
 14. Campanella, Paolo, Emanuela Lovato, Claudio Marone, Lucia Fallacara, Agostino Mancuso, Walter Ricciardi, ir Maria Lucia Specchia. „The Impact of Electronic Health Records on Healthcare Quality: A Systematic Review and Meta-Analysis“. *European Journal of Public Health* 26, nr. 1 (2016 m. vasario): 60–64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>.
 15. Caronkutė, Eglė, ir Birutė Mikulskienė. „E. Sveikatos Paslaugų Naudotojo Portretas Lietuvoje“. *Health Policy and Management* 2, nr. 7 (2014 m.): 31–47. <https://doi.org/10.13165/SPV-14-2-7-02>.
 16. Chatterjee, Paula, Thomas C. Tsai, ir Ashish K. Jha. „Delivering Value by Focusing on Patient Experience“. *The American Journal of Managed Care* 21, nr. 10 (2015 m. spalio): 735–37.
 17. Crawford, Allison, ir Eva Serhal. „Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health“. *Journal of Medical Internet Research* 22, nr. 6 (2020 m. birželio 2 d.): e19361. <https://doi.org/10.2196/19361>.
 18. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2001. <https://doi.org/10.17226/10027>.
 19. Danguolė Jankauskienė, Rasa Rotomskienė, Rūta Tamošiūnaitė, Viktorija Stokaitė ir Monika Mačiulienė, *Sveikatos priežiūros darbuotojų ir gyventojų įtraukimo bei dalyvavimo e.sveikatos sistemoje mastas ir tendencijos Lietuvoje, Mokslo studija*. (Vilnius: Mykolo Romerio universitetas 2014).
 20. „Danguolė Jankauskienė, „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“, *Sveikatos politika ir valdymas* 4, 1 (2012): 84-101.
 21. Dash, Jonathan, Dagmar M. Haller, Johanna Sommer, ir Noelle Junod Perron. „Use of Email, Cell Phone and Text Message between Patients and Primary-Care Physicians: Cross-Sectional

- Study in a French-Speaking Part of Switzerland“. *BMC Health Services Research* 16, nr. 1 (2016 m. spalio 5 d.): 549. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1776-9>.
22. Deshpande, Prasanna R., Surulivel Rajan, B. Lakshmi Sudeepthi, ir C. P. Abdul Nazir. „Patient-Reported Outcomes: A New Era in Clinical Research“. *Perspectives in Clinical Research* 2, nr. 4 (2011 m. spalio): 137–44. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.86879>.
 23. Doel, Tom, Dzhoshkun I. Shakir, Rosalind Pratt, Michael Aertsen, James Moggridge, Erwin Bellon, Anna L. David, Jan Deprest, Tom Vercauteren, ir Sébastien Ourselin. „GIFT-Cloud: A Data Sharing and Collaboration Platform for Medical Imaging Research“. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 139 (2017 m. vasario): 181–90. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2016.11.004>.
 24. Dopeykar, Nooredin, Mohammadkarim Bahadori, Parisa Mehdizadeh, Ramin Ravangard, Mahmood Salesi, ir Seyed Mojtaba Hosseini. „Assessing the Quality of Dental Services Using SERVQUAL Model“. *Dental Research Journal* 15, nr. 6 (2018 m. gruodžio): 430–36.
 25. Ehlers, Anne P., Sara Khor, Amy M. Cizik, Jean-Christophe A. Leveque, Neal S. Shonnard, Rod J. Oskouian, David R. Flum, ir Danielle C. Lavalley. „Use of Patient-Reported Outcomes and Satisfaction for Quality Assessments“. *The American Journal of Managed Care* 23, nr. 10 (2017 m. spalio): 618–22.
 26. Epstein, Ronald M., Kevin Fiscella, Cara S. Lesser, ir Kurt C. Stange. „Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care“. *Health Affairs* 29, nr. 8 (2010 m. rugpjūčio): 1489–95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>.
 27. Epstein, Ronald M., ir Richard L. Street. „The Values and Value of Patient-Centered Care“. *Annals of Family Medicine* 9, nr. 2 (2011 m. balandžio): 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>.
 28. Flocke, S. A., S. H. Frank, ir D. A. Wenger. „Addressing Multiple Problems in the Family Practice Office Visit“. *The Journal of Family Practice* 50, nr. 3 (2001 m. kovo): 211–16.
 29. Fried, Terri R., Mary Tinetti, Joe Agostini, Lynne Iannone, ir Virginia Towle. „Health Outcome Prioritization to Elicit Preferences of Older Persons with Multiple Health Conditions“. *Patient Education and Counseling* 83, nr. 2 (2011 m. gegužės): 278–82. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.032>.
 30. Fulford, Kenneth W. M. „The Value of Evidence and Evidence of Values: Bringing Together Values-Based and Evidence-Based Practice in Policy and Service Development in Mental Health: Values and Evidence“. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17, nr. 5 (2011 m. spalio): 976–87. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01732.x>.
 31. Godlee, F. „Outcomes That Matter to Patients“. *BMJ* 344, nr. jan11 3 (2012 m. sausio 11 d.): e318–e318. <https://doi.org/10.1136/bmj.e318>.

32. Guyatt, Gordon, Victor Montori, P. J. Devereaux, Holger Schünemann, ir Mohit Bhandari. „Patients at the Center: In Our Practice, and in Our Use of Language“. *ACP Journal Club* 140, nr. 1 (2004 m. vasario): A11-12.
33. Haux, Reinhold. „Health Information Systems - from Present to Future?“ *Methods of Information in Medicine* 57, nr. S 01 (2018 m. liepos): e43–45. <https://doi.org/10.3414/ME18-03-0004>.
34. Haux, Reinhold, Elske Ammenwerth, Sabine Koch, Christoph U. Lehmann, Hyeoun-Ae Park, Kaija Saranto, ir C. P. Wong. „A Brief Survey on Six Basic and Reduced EHealth Indicators in Seven Countries in 2017“. *Applied Clinical Informatics* 9, nr. 3 (2018 m. liepos): 704–13. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669458>.
35. *Health Performance Measurement in the Public Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network*. (Washington, D.C.: National Academies Press, 1999). <https://doi.org/10.17226/6487>.
36. Islam, Md. Mohaimenul, Tahmina Nasrin Poly, ir Yu-Chuan Li. „Recent Advancement of Clinical Information Systems: Opportunities and Challenges“. *Yearbook of Medical Informatics* 27, nr. 01 (2018 m. rugpjūčio): 083–090. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667075>.
37. Jen MY, Kerndt CC, Korvek SJ, *Health Information Technology*, (StatPearls Publishing, 2021), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470186/>.
38. Jerdiakova, Natalja, Aldona Mikaliūkštienė, Julija Rabkovskaja, Ramūnė Žilinskienė, Jelena Kutkauskienė, ir Erika Davydenko. „DAŽNIAUSI PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ LEMIANTYS VEIKSNIAI. PACIENTŲ POŽIŪRIS“. *Health Sciences* 30, nr. 1 (2020 m. kovo 1 d.). <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.008>.
39. Jha, Ashish K., E. John Orav, Jie Zheng, ir Arnold M. Epstein. „Patients’ Perception of Hospital Care in the United States“. *New England Journal of Medicine* 359, nr. 18 (2008 m. spalio 30 d.): 1921–31. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116>.
40. Julius Griškevičius ir Romualdas Jonas Kizlaitis, *Informacinės sistemos medicinoje: mokomoji knyga*, (Vilnius: Technika, 2012), 101.
41. Junod Perron, Noelle, Melissa Dominicé Dao, Nadia Camparini Righini, Jean-Paul Humair, Barbara Broers, Françoise Narring, Dagmar M. Haller, ir Jean-Michel Gaspoz. „Text-Messaging versus Telephone Reminders to Reduce Missed Appointments in an Academic Primary Care Clinic: A Randomized Controlled Trial“. *BMC Health Services Research* 13 (2013 m. balandžio 4 d.): 125. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-125>.
42. Kaplan, Robert S., ir Michael E. Porter. „How to Solve the Cost Crisis in Health Care“. *Harvard Business Review* 89, nr. 9 (2011 m. rugsėjo): 46–52, 54, 56-61 passim.
43. „Kęstutis Štaras, Daiva Čepuraitė ir Renata Kudukytė Gasperė, „Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo

- tyrimas“, *Sveikatos politika ir valdymas* 1, 5 (2013): 167-187, <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12827/424-2857-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
44. Khubone, Thokozani, Boikhutso Tlou, ir Tivani Phosa Mashamba-Thompson. „Electronic Health Information Systems to Improve Disease Diagnosis and Management at Point-of-Care in Low and Middle Income Countries: A Narrative Review“. *Diagnostics (Basel, Switzerland)* 10, nr. 5 (2020 m. gegužės 20 d.). <https://doi.org/10.3390/diagnostics10050327>.
 45. Kim, Yeon-Yong, Jaekyoung Bae, ir Jin-Seok Lee. „Effects of Patients’ Motives in Choosing a Provider on Determining the Type of Medical Institution“. *Patient Preference and Adherence* 11 (2017 m.): 1933–38. <https://doi.org/10.2147/PPA.S148530>.
 46. Kim, Mi Ok, Enrico Coiera, ir Farah Magrabi. „Problems with Health Information Technology and Their Effects on Care Delivery and Patient Outcomes: A Systematic Review“. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 24, nr. 2 (2017 m. kovo 1 d.): 246–50. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw154>.
 47. Kozma, C. M., C. E. Reeder, ir R. M. Schulz. „Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes: A Planning Model for Pharmacoeconomic Research“. *Clinical Therapeutics* 15, nr. 6 (1993 m. gruodžio): 1121–32; discussion 1120.
 48. Kruse, Clemens Scott, Darcy A. Argueta, Lynsey Lopez, ir Anju Nair. „Patient and Provider Attitudes toward the Use of Patient Portals for the Management of Chronic Disease: A Systematic Review“. *Journal of Medical Internet Research* 17, nr. 2 (2015 m. vasario 20 d.): e40. <https://doi.org/10.2196/jmir.3703>.
 49. Kunde, Lauren, Erin McMeniman, ir Malcolm Parker. „Clinical Photography in Dermatology: Ethical and Medico-Legal Considerations in the Age of Digital and Smartphone Technology“. *The Australasian Journal of Dermatology* 54, nr. 3 (2013 m. rugpjūčio): 192–97. <https://doi.org/10.1111/ajd.12063>.
 50. Kuo, Kuang-Ming, Chung-Feng Liu, Paul C. Talley, ir Su-Ya Pan. „Strategic Improvement for Quality and Satisfaction of Hospital Information Systems“. *Journal of Healthcare Engineering* 2018 (2018 m.): 3689618. <https://doi.org/10.1155/2018/3689618>.
 51. Latulippe, Karine, Christine Hamel, ir Dominique Giroux. „Social Health Inequalities and EHealth: A Literature Review With Qualitative Synthesis of Theoretical and Empirical Studies“. *Journal of Medical Internet Research* 19, nr. 4 (2017 m. balandžio 27 d.): e136. <https://doi.org/10.2196/jmir.6731>.
 52. Lau, Francis, Craig Kuziemy, Morgan Price, ir Jesse Gardner. „A Review on Systematic Reviews of Health Information System Studies“. *Journal of the American Medical Informatics*

- Association: JAMIA 17, nr. 6 (2010 m. gruodžio): 637–45.
<https://doi.org/10.1136/jamia.2010.004838>.
53. Leung, Kevin, Drew Lu-McLean, Craig Kuziemsky, Richard G. Booth, Sarah Collins Rossetti, Elizabeth Borycki, ir Gillian Strudwick. „Using Patient and Family Engagement Strategies to Improve Outcomes of Health Information Technology Initiatives: Scoping Review“. *Journal of Medical Internet Research* 21, nr. 10 (2019 m. spalio 8 d.): e14683.
<https://doi.org/10.2196/14683>.
 54. Mangin, Dee, Gaibrie Stephen, Verdah Bismah, ir Cathy Risdon. „Making Patient Values Visible in Healthcare: A Systematic Review of Tools to Assess Patient Treatment Priorities and Preferences in the Context of Multimorbidity“. *BMJ Open* 6, nr. 6 (2016 m. birželio): e010903.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010903>.
 55. Marzorati, Chiara, ir Gabriella Pravettoni. „Value as the Key Concept in the Health Care System: How It Has Influenced Medical Practice and Clinical Decision-Making Processes“. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* Volume 10 (2017 m. kovo): 101–6.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S122383>.
 56. McKenna, Stephen P., ir Jeanette Wilburn. „Patient Value: Its Nature, Measurement, and Role in Real World Evidence Studies and Outcomes-Based Reimbursement“. *Journal of Medical Economics* 21, nr. 5 (2018 m. gegužės): 474–80.
<https://doi.org/10.1080/13696998.2018.1450260>.
 57. McKinstry, Brian, Jeremy Walker, Clare Campbell, David Heaney, ir Sally Wyke. „Telephone Consultations to Manage Requests for Same-Day Appointments: A Randomised Controlled Trial in Two Practices“. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 52, nr. 477 (2002 m. balandžio): 306–10.
 58. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I*. Washington, D.C.: National Academies Press, 1990. <https://doi.org/10.17226/1547>.
 59. Mikulskienė, Birutė, Birutė Pitrenaitė-Žilėnienė, ir Danguolė Jankauskienė. „E. Sveikatos Dalyvių Funkcijų Pasiskirstymo Svarba: Dalyvių Vaidmenų Rinkinys“. *Health Policy and Management* 2, nr. 7 (2014 m.): 7–30. <https://doi.org/10.13165/SPV-14-2-7-01>.
 60. Miller, Matthew W., Rachael K. Ross, Christina Voight, Heather Brouwer, Dean J. Karavite, Jeffrey S. Gerber, Robert W. Grundmeier, ir Susan E. Coffin. „Patient-Generated Digital Images after Pediatric Ambulatory Surgery“. *Applied Clinical Informatics* 7, nr. 3 (2016 m. liepos 6 d.): 646–52. <https://doi.org/10.4338/ACI-2015-12-CR-0168>.
 61. Monaghesh, Elham, ir Alireza Hajizadeh. „The Role of Telehealth during COVID-19 Outbreak: A Systematic Review Based on Current Evidence“. *BMC Public Health* 20, nr. 1 (2020 m. rugpjūčio 1 d.): 1193. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>.

62. Montague, Enid, ir Jennifer Perchonok. „Health and Wellness Technology Use by Historically Underserved Health Consumers: Systematic Review“. *Journal of Medical Internet Research* 14, nr. 3 (2012 m. gegužės 31 d.): e78. <https://doi.org/10.2196/jmir.2095>.
63. Moon, Rachel Y., Fern R. Hauck, Ann L. Kellams, Eve R. Colson, Nicole L. Geller, Timothy C. Heeren, Stephen M. Kerr, ir Michael J. Corwin. „Comparison of Text Messages Versus E-Mail When Communicating and Querying With Mothers About Safe Infant Sleep“. *Academic Pediatrics* 17, nr. 8 (2017 m. gruodžio): 871–78. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.06.004>.
64. Mustafa, M.K, M Bijl, ir R.O.B Gans. „What Is the Value of Patient-Sought Second Opinions?“. *European Journal of Internal Medicine* 13, nr. 7 (2002 m. spalio): 445–47. [https://doi.org/10.1016/S0953-6205\(02\)00138-3](https://doi.org/10.1016/S0953-6205(02)00138-3).
65. National Academy of Engineering (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Engineering and the Health Care System, *Information and Communications Systems: The Backbone of the Health Care Delivery System, Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*, Washington (DC): National Academies Press (US), 2005, 63-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22862/>.
66. Nettrour, John F., M. Benjamin Burch, ir B. Sonny Bal. „Patients, Pictures, and Privacy: Managing Clinical Photographs in the Smartphone Era“. *Arthroplasty Today* 5, nr. 1 (2019 m. kovo): 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.artd.2018.10.001>.
67. Neves, Ana Luisa, Lisa Freise, Liliana Laranjo, Alexander W. Carter, Ara Darzi, ir Erik Mayer. „Impact of Providing Patients Access to Electronic Health Records on Quality and Safety of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis“. *BMJ Quality & Safety* 29, nr. 12 (2020 m. gruodžio): 1019–32. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010581>.
68. Nordin, Patrik, Anna-Aurora Kork, ir Inka Koskela. „Value-Based Healthcare Measurement as a Context for Organizational Learning: Adding a Strategic Edge to Assess Health Outcome?“. *Leadership in Health Services* 30, nr. 2 (2017 m. gegužės 2 d.): 159–70. <https://doi.org/10.1108/LHS-10-2016-0053>.
69. Norman, Cameron D., ir Harvey A. Skinner. „EHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World“. *Journal of Medical Internet Research* 8, nr. 2 (2006 m. birželio 16 d.): e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>.
70. Perfetto, Eleanor M., Jason Harris, C. Daniel Mullins, ir Susan dosReis. „Emerging Good Practices for Transforming Value Assessment: Patients’ Voices, Patients’ Values“. *Value in Health* 21, nr. 4 (2018 m. balandžio): 386–93. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.013>.
71. Perri-Moore, Seneca, Seraphine Kapsandoy, Katherine Doyon, Brent Hill, Melissa Archer, Laura Shane-McWhorter, Bruce E. Bray, ir Qing Zeng-Treitler. „Automated Alerts and Reminders

- Targeting Patients: A Review of the Literature“. *Patient Education and Counseling* 99, nr. 6 (2016 m. birželio): 953–59. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.010>.
72. Poissant, Lise, Jennifer Pereira, Robyn Tamblyn, ir Yuko Kawasumi. „The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review“. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 12, nr. 5 (2005 m. spalio): 505–16. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1700>.
73. Porter, Michael E. „What Is Value in Health Care?“ *New England Journal of Medicine* 363, nr. 26 (2010 m. gruodžio 23 d.): 2477–81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.
74. Quiros, Fernan Gonzalez Bernaldo de, Adriana R. Dawidowski, ir Silvana Figar. „Representation of People’s Decisions in Health Information Systems.* A Complementary Approach for Understanding Health Care Systems and Population Health“. *Methods of Information in Medicine* 56, nr. S 01 (2017 m. vasario 1 d.): e13–19. <https://doi.org/10.3414/ME16-05-0001>.
75. Rodziewicz, Thomas L., Benjamin Houseman, ir John E. Hipskind. „Medical Error Reduction and Prevention“. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>.
76. Romualdas Gurevičius, „Kuriant į pacientą orientuotą sveikatos priežiūros sistemą“, *Visuomenės sveikata* 1, 68 (2015): 5-8.
77. Russo, Selena, Chiara Jongerius, Flavia Faccio, Silvia F.M. Pizzoli, Cathy Anne Pinto, Jorien Veldwijk, Rosanne Janssens, ir kt. „Understanding Patients’ Preferences: A Systematic Review of Psychological Instruments Used in Patients’ Preference and Decision Studies“. *Value in Health* 22, nr. 4 (2019 m. balandžio): 491–501. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.12.007>.
78. S. Petter, W. DeLone, ir E. McLean, “Measuring information systems success: models, dimensions, measures, and interrelationships”, *European Journal of Information Systems*, 17, 3 (2008), 236–263.
79. Sacristán, José A. „Patient-Centered Medicine and Patient-Oriented Research: Improving Health Outcomes for Individual Patients“. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13, nr. 1 (2013 m. gruodžio): 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-6>.
80. Soceanu, Alexandru, Maksym Vasylenko, Alexandru Egner, ir Traian Muntean. „Managing the Privacy and Security of eHealth Data“. *2015 20th International Conference on Control Systems and Computer Science*, 439–46. Bucharest, Romania: IEEE, 2015. <https://doi.org/10.1109/CSCS.2015.76>.
81. Stewart, M., J. B. Brown, A. Donner, I. R. McWhinney, J. Oates, W. W. Weston, ir J. Jordan. „The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes“. *The Journal of Family Practice* 49, nr. 9 (2000 m. rugsėjo): 796–804.

82. Sturgeon, David. „Convenience, Quality and Choice: Patient and Service-Provider Perspectives for Treating Primary Care Complaints in Urgent Care Settings“. *International Emergency Nursing* 35 (2017 m. lapkričio): 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.005>.
83. Swire-Thompson, Briony, ir David Lazer. „Public Health and Online Misinformation: Challenges and Recommendations“. *Annual Review of Public Health* 41, nr. 1 (2020 m.): 433–51. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094127>.
84. Tan, Sharon Swee-Lin, ir Nadee Goonawardene. „Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review“. *Journal of Medical Internet Research* 19, nr. 1 (2017 m. sausio 19 d.): e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.5729>.
85. Thayaparan, Anthony Janahan, ir Eamon Mahdi. „The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an Adaptable, Reliable, and Validated Tool for Use in Various Settings“. *Medical Education Online* 18 (2013 m. liepos 23 d.): 21747. <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.21747>.
86. „The Next Step in Guideline Development: Incorporating Patient Preferences“. *JAMA* 300, nr. 4 (2008 m. liepos 23 d.): 436. <https://doi.org/10.1001/jama.300.4.436>.
87. Tomas Vedlūga, „Elektroninės sveikatos sistemos vertinimo modelis“, daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas, 2021. <https://repository.mruni.eu/handle/007/17150>.
88. Truog, Robert D. „Patients and Doctors — The Evolution of a Relationship“. *New England Journal of Medicine* 366, nr. 7 (2012 m. vasario 16 d.): 581–85. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1110848>.
89. Tsai, Thomas C., E. John Orav, ir Ashish K. Jha. „Patient Satisfaction and Quality of Surgical Care in US Hospitals“. *Annals of Surgery* 261, nr. 1 (2015 m. sausio): 2–8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000765>.
90. Tzelepis, Flora, Robert W. Sanson-Fisher, Alison C. Zucca, ir Elizabeth A. Fradgley. „Measuring the Quality of Patient-Centered Care: Why Patient-Reported Measures Are Critical to Reliable Assessment“. *Patient Preference and Adherence* 9 (2015 m.): 831–35. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>.
91. Urden, Linda D. „Patient Satisfaction Measurement: Current Issues and Implications“. *Lippincott's Case Management* 7, nr. 5 (2002 m. rugsėjo): 194–200. <https://doi.org/10.1097/00129234-200209000-00006>.
92. Vaidotas, Marina, Paula Kiyomi Onaga Yokota, Neila Maria Marques Negrini, Dafne Braga Diamante Leiderman, Valéria Pinheiro de Souza, Oscar Fernando Pavão Dos Santos, ir Nelson Wolosker. „Medication Errors in Emergency Departments: Is Electronic Medical Record an Effective Barrier?“ *Einstein (Sao Paulo, Brazil)* 17, nr. 4 (2019 m. liepos 10 d.): eGS4282. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019GS4282.

93. *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation: Workshop Summary*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2010. <https://doi.org/10.17226/12566>.
94. Vedlūga, Tomas, ir Birutė Mikulskienė. „Stakeholder Driven Indicators for EHealth Performance Management“. *Evaluation and Program Planning* 63 (2017 m. rugpjūčio): 82–92. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.03.001>.
95. Wyatt, Kirk D., Anissa Finley, Richard Uribe, Peter Pallagi, Brian Willaert, Steve Ommen, James Yiannias, ir Thomas Hellmich. „Patients’ Experiences and Attitudes of Using a Secure Mobile Phone App for Medical Photography: Qualitative Survey Study“. *Journal of Medical Internet Research* 22, nr. 5 (2020 m. gegužės 12 d.): e14412. <https://doi.org/10.2196/14412>.
96. Wieten, Sarah. „‘What the Patient Wants’: An Investigation of the Methods of Ascertaining Patient Values in Evidence-based Medicine and Values-based Practice“. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 24, nr. 1 (2018 m. vasario): 8–12. <https://doi.org/10.1111/jep.12471>.
97. Willke, Richard J., Laurie B. Burke, ir Pennifer Erickson. „Measuring Treatment Impact: A Review of Patient-Reported Outcomes and Other Efficacy Endpoints in Approved Product Labels“. *Controlled Clinical Trials* 25, nr. 6 (2004 m. gruodžio): 535–52. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2004.09.003>.
98. Institute of Medicine (US) Committee on Using Performance Monitoring to Improve Community Health. *Understanding Health and Its Determinants. Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring*. Durch JS, Bailey LA, Stoto MA. Washington (DC): National Academies Press (US) 1997, 40-55

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

99. „Įsakymas „Dėl bazinių kainų patvirtinimo““. LRS. Žiūrėta 2021 m. balandžio 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.58556/asr>.
100. „Įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo““. LRS. Žiūrėta 2020 m. sausio 18d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.306637/asr>.
101. „Įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2018–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo““. LRS. Žiūrėta 2021 m. sausio 24d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/ec6c3750335211e8a149e8cfbedd2503/asr>.
102. „Įsakymas „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelio patvirtinimo““. LRS. Žiūrėta 2020m. sausio 19d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca13d10e51311e99f05bdf72918ad4e>.

103. „Įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“. LRS. Žiūrėta balandžio 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>.
104. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1545 „Dėl kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos komisijos sudarymo, kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos komisijos darbo tvarkos aprašo ir kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos kriterijų patvirtinimo“ sudarytos kandidatų į e. sveikatos valdybą atrankos komisijos posėdžio protokolas“. LRS. Žiūrėta 2021 m. sausio 16 d. https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Kandidatu%20i%20E_%20sveikatos%20valdyba%20atrankos%20komisijos%20posedzio%20protokolas.pdf.
105. „VšĮ VUL Santariškių klinikų generalinio direktoriaus įsakymu Nr. V-113 P103 ULSK įsakymas Nr. V-113 P103 „Medicinos dokumentų pildymas“ patvirtintas 2 priedas“. 2017.

Kiti šaltiniai:

106. Aukščiausioji audito institucija. *Sveikatos sistemos priežiūros vertinimas*. Lietuva. 2019 m. <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3944>.
107. Aukščiausioji audito institucija. *Valstybinio audito ataskaita: asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą*. Lietuva. 2018 m. www.vkontrole.lt.
108. Chris Brook. „What is a Health Information System?“. *Digital Guardian*. 2020 m. gruodžio 1d. <https://digitalguardian.com/blog/what-health-information-system>.
109. „Gyventojai: demografinė padėtis, kalbos ir religijos“. *European Commission*. 2021m. balandžio 7 d., https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/population-demographic-situation-languages-and-religions-44_lt.
110. „„Grožio chirurgijos“ duomenų vagystės byla gražinta prokurorui“. Delfi. 2019 m. kovo 25 d., <https://www.delfi.lt/news/daily/law/grozio-chirurgijos-duomenu-vagystes-byla-grazinta-prokurorui.d?id=80705667>.
111. „Health inequities and their causes". World Health Organization. Žiūrėta 2021 m. balandžio 9 d., <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes#:~:text=Health%20inequities%20are%20differences%20in,right%20mix%20of%20gov%20ernment%20policies>.
112. „Is this a hospital or a hotel?“. *The New York Times*. 2013m. rugsėjo 21d., <https://www.nytimes.com/2013/09/22/sunday-review/is-this-a-hospital-or-a-hotel.html?>.

113. „Kova su dezinformacija apie koronavirusą“. Europos Komisija, žiūrėta 2021 m. balandžio 9d., <https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/fighting-disinformation/tackling-coronavirus-disinformation>.
114. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. *Valstybinio audito ataskaita: elektroninės sveikatos sistemos kūrimas. Lietuva, 2017 m.* www.vkontrolė.lt
115. „National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP): Health equity“. Centers for Disease Control and Prevention. Žiūrėta 2021 m. balandžio 9 d., <https://www.cdc.gov/chronicdisease/healthequity/index.htm>
116. „Po duomenų nutekėjimo skandalo – žinia ‚CityBee‘ klientams: įdiegė būdą patikrinti, ar duomenys nebuvo pavogti“. *Delfi*. 2021 m. vasario 18 d. <https://www.delfi.lt/verslas/verslas/po-duomenu-nutekejimo-skandalo-zinia-citybee-klientams-idiege-buda-pasitikrinti-ar-duomenys-nebuvo-pavogti.d?id=86513661>
117. „Telehealth adoption tracker“. The Chartis Group. Žiūrėta 2021m. sausio 5d., https://reports.chartis.com/telehealth_trends_and_implications-aug2020/
118. „The Problem With Satisfied Patients“. *The Atlantic*. 2015m. balandžio 17d., <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/04/the-problem-with-satisfied-patients/390684/>
119. „What is the WHO definition of health?“. World Health Organization. Žiūrėta 2020m. gegužės 12d. <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
120. World Health Organization. *Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1>.
121. Les Masterson. „Convenience more important to patients than quality of care, survey finds“. *Health Care Dive*. 2019 m. sausio 7d. <https://www.healthcaredive.com/news/convenience-more-important-to-patients-than-quality-of-care-survey-finds/545365/>

Andruškevičius S. *Sveikatos priežiūros paslaugų ir e. sveikatos vertės suvokimas iš Lietuvos gyventojų perspektyvos.* / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. B. Mikulskienė. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos mokslų institutas, 2021. – 92 p.

SANTRAUKA

Modernių e. sveikatos funkcijų poreikis ir augantis tokio tipo elektroninių sistemų populiarumas pasaulyje, neabejotinai pareikalaus papildomų investicijų ateityje. Sveikatos priežiūros vadybos tyrimai dar nėra atsakę į klausimus, kaip pažinti ir išmatuoti pacientui kuriamą vertę bei kaip e. sveikata šia vertę papildo. Į pridėtinės sveikatos paslaugų vertės kūrimą orientuota sistema išspręstų ne tik praktinę sveikatos priežiūros neefektyviai valdomų kaštų problemą, bet ir padėtų valdyti gan chaotišką ir inertišką šios valstybinės elektroninės sistemos plėtros procesą.

Tikslas: Nustatyti Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prioritetus, suvokiamą vertę ir jos ryšį su e. sveikatos sistemos charakteristikomis. **Problema:** Kokios sveikatos priežiūros paslaugos vertingiausios pacientui? Kaip šiuolaikinio sveikatos paslaugų gavėjo portretas veikia e. sveikatos priežiūros paslaugos poreikį? Kokius sveikatos priežiūros dėmenis ir kokiomis savo funkcijomis e. sveikatos sistema turėtų papildyti, norint didinti patrauklumą naudotojui? **Uždaviniai:** Pritaikyti Lietuvos kontekstui ir išbandyti sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo metodiką, paremtą PSO paslaugų kokybės dėmenimis; Apibrėžti Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjo portretą, kuris padėtų įvertinti suvokiamą e. sveikatos sistemos vertę; Nustatyti prioritetuojamas sveikatos priežiūros paslaugas ir jų vertę pacientui; Apžvelgti galimas ir esamas e. sveikatos funkcijas, papildančias sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kuriančias didžiausią pridėtinę vertę naudotojui; **Metodika:** Mokslinės literatūros, Lietuvos teisės aktų paieška ir analizė; kiekybinis empirinis tyrimas; atsitiktinės paprastosios imties anketinė apklausa; aprašomoji statistika naudojant SPSS programą. **Išvados:** aiškiausiai respondentų poziciją atspindėjo klausimai, orientuoti į pacientų prioritetus ir nuomonę, paslaugų efektyvumą bei pasiekiamumą. Tyrimas atskleidė, kad sveikatos priežiūros ir e. sveikatos paslaugų naudotojas yra reiklus kokybei, suinteresuotas aktyviai dalyvauti gydymo procese. Sveikatos priežiūros vertė pacientui kuriama per kokybiškas, lengvai pasiekiamas paslaugas. Apklaustieji prioritetavo nemokamas, našias, daugiau nei vieną klausimą sprendžiančias konsultacijas, trukančias 30 minučių, kurių metu skiriamas dėmesys jų nuomonės išklausymui, diskusijai, grįžtamajam ryšiui. Gyventojams svarbios mažos eilės, patogi įstaigų lokalizacija, lengvas pasiekiamumas nuotoliniu būdu. e. sveikatos pridėtinė vertė, turėtų aiškiau atsispindėti informacijos perdavime, kuriam šiuo metu užtikrinta nepakankamai sąlygų. Pageidaujamas nuotolinio kontakto efektyvumo užtikrinimas perduodant maksimaliai detalizuotos reikalingos informacijos kieki.

Raktiniai žodžiai: sveikatos priežiūros vertė; elektroninė sveikatos sistema; e. sveikatos funkcijos; informacinės sveikatos technologijos; orientacija į vertę;

Andruskevicius S. *The perception of healthcare and e. health value from the perspective of Lithuanian population.* / Final Master's thesis in Health policy and Management. Academic supervisor prof. B. Mikulskiene, PhD. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2021. – 92 p.

SUMMARY

The need for new modern E-health features and the growing popularity of this type of technologies will undoubtedly require additional investment in the future. Healthcare management research has not yet answered the questions of how to know and measure the value for the patient and how electronic health systems complements that value. A value-oriented healthcare system would not only solve practical problems of inefficiently managed healthcare costs, but also would help to manage the chaotic and inert process of the development of Lithuania's E-health system.

The purpose of the study: To determine Lithuanian population's priorities and perceived value of healthcare services and its connection with the E-health system characteristics. **Problem:** Which healthcare services are most valuable to the patient? How does the portrait of a modern healthcare recipient affect the need for E-health? With what functions E-health should complement healthcare in order to increase its prevalence? **Objectives:** To adapt and test the methodology of healthcare evaluation based on WHO service quality elements; To define a portrait of a Lithuanian healthcare recipient; To identify prioritized health care services and their value to the patient; To review possible and existing E-health functions that complement the quality of healthcare services and create the greatest value for the patient. **The object of the study:** The perception of healthcare and E-health system from the Lithuanian population's perspective. **Methods:** analysis of scientific literature and legal acts; quantitative empirical research; random sample questionnaire survey; descriptive statistics using the SPSS program. **Conclusions:** Questions focused on patients' priorities, healthcare efficiency and accessibility of services were most comprehensive. The user of healthcare and E-health services is interested in actively participating in the treatment process. The value of healthcare is created through accessible, high quality services. Respondents prioritize free healthcare consultations which focus on multiple health issues and patients' opinions. Highly valued characteristics are small queues, convenient localization of healthcare institutions, easy remote access. The value of E-health and the efficiency of remote consulting could be improved by enabling E-health system functions for better information exchange between doctor and patient.

Keywords: value-based healthcare; E-health; health information systems; patient-oriented healthcare; healthcare value; health technology.

PRIEDAI

Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą**PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ**

2021-04-29 Vilnius

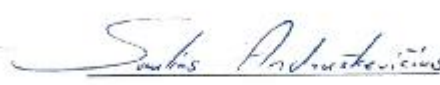
Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas), Politikos mokslų instituto, Sveikatos politikos ir vadybos magistrantūros programos studentas Saulius Andruškevičius, patvirtinu, kad šis magistro baigiamas darbas „Sveikatos priežiūros paslaugų ir E. sveikatos vertės suvokimas iš Lietuvos gyventojų perspektyvos“:

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Man žinoma, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už akademinės etikos pažeidimą.



(parašas)



(vardas, pavardė)

Sveikatos priežiūros paslaugų ir e. sveikatos vertės analizės anketa

Gerbiamas respondente, esu Saulius Andruškevičius, Mykolo Romerio universiteto Sveikatos politikos ir vadybos magistrantūros studentas, atliekantis sociologinį tyrimą, kurio tikslas nustatyti Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prioritetus, suvokiamą vertę ir jos ryšį su e. sveikatos sistemos charakteristikomis. Tyrimo duomenys bus nuasmeninti ir naudojami tik apibendrintoje statistinėje analizėje todėl Jūsų konfidencialumas garantuojamas.

1. Kas labiausiai atspindi ambulatorinių konsultacijų efektyvumą?
 - ☐ Išsprendžiami keli klausimai
 - ☐ Sprendžiamas tik vienas klausimas
 - ☐ Konsultacija trunka tiek kiek reikia situacijai išsiaiškinti
 - ☐ Konsultacija trunka iki 15 min
 - ☐ Išklausoma Jūsų nuomonė
 - ☐ Išpildomi jūsų reikalavimai, pageidavimai
 - ☐ Jums paskiriamas aiškus tyrimų ir/ar gydymo planas
 - ☐ Nukreipiama kitam specialistui
 - ☐ Nenukreipiama kitam specialistui
 - ☐ Paskiriamas kitas vizitas
 - ☐ Nepaskiriamas kitas vizitas
 - ☐ Kita...
2. Kas labiausiai atspindi gydymo stacionare/SPS efektyvumą?
 - ☐ Visiškai išnyksta esami simptomai
 - ☐ Palengvinami esami simptomai
 - ☐ Koreguojami ir gretutiniai susirgimai
 - ☐ Skiriamos intraveninės infuzijos
 - ☐ Stacionarinis laikotarpis trunka >5d
 - ☐ Stacionarinis laikotarpis trunka <5d
 - ☐ Nepaskiriamas kontrolinis specialisto vizitas
 - ☐ Paskiriamas kontrolinis specialisto vizitas
 - ☐ Kita...
3. Per kiek laiko Jums priimtina gauti I-ojo lygio ambulatorines paslaugas? (kontaktinė šeimos gydytojo k-ja, laboratoriniai tyr., kt.)
 - ☐ Tą pačią dieną
 - ☐ Iki 1 sav.
 - ☐ Iki 1 mėn.
 - ☐ Iki 3 mėn.
 - ☐ Kita...
4. Per kiek laiko Jums priimtina patekti pas gydytoją specialistą (kontaktinė konsultacija)?
 - ☐ Tą pačią dieną
 - ☐ Iki 1 sav.
 - ☐ Iki 1 mėn.

- Iki 3 mėn.
 - Iki 6 mėn.
 - Kita...
5. Per kiek laiko Jums priimtina gauti šeimos gydytojo nuotolinę k-ją?
- Tą pačią dieną
 - Per 3 dienas
 - Per 1 sav.
 - Per 2 sav.
 - Per 3 sav.
 - Per 1 mėn.
 - Nesvarbu
 - Kita...
6. Per kiek laiko Jums priimtina gauti gydytojo specialisto nuotolinę k-ją?
- Tą pačią dieną
 - Per 3 dienas
 - Per 1 sav.
 - Per 2 sav.
 - Per 3 sav.
 - Per 1 mėn.
 - Nesvarbu
 - Kita...
7. Kokia e.sveikatos funkcija labiausiai pagerintų konsultacijų efektyvumą?
- Nuotolinės konsultacijos su vaizdo transliacija
 - Galimybė įkelti nuotraukas (pvz. bėrimų)
 - Paciento duomenų vedimas ne konsultacijos metu (pvz.: temperatūra, kraujospūdis, širdies ritmas ir kt.)
 - Programų, padedančių priimti sprendimus, naudojimas (angl. Clinical decision tools)
 - Galimybė pacientui pateikti klausimus/pageidavimus internetu prieš konsultaciją
 - Kita...
8. Kas pasikeistų/pasikeitė, jei dalis konsultacijų būtų teikiamos nuotoliniu būdu?
- Pablogėtų sveikatos priežiūros kokybė/rezultatai
 - Pagerėtų sveikatos priežiūros kokybė/rezultatai
 - Sumažėtų pacientų pasitikėjimas priimamais sprendimais
 - Padidėtų pacientų pasitikėjimas priimamais sprendimais
 - Sutrumpėtų laikas iki sveikatos priežiūros paslaugos gavimo
 - Prailgėtų laikas iki sveikatos priežiūros paslaugos gavimo
 - Sutrumpėtų ištyrimo ir/ar gydymo procesas
 - Prailgėtų ištyrimo ir/ar gydymo procesas
 - Paslaugos taptų lengviau pasiekiamos
 - Paslaugos taptų sunkiau pasiekiamos
 - Sumažėtų dokumentacinė našta
 - Padidėtų dokumentacinė našta
 - Kita...
9. Kokia informacija apie vartojamus medikamentus domitės konsultacijos metu?
- Nesidomiu

- Šalutiniais reiškiniais
 - Dozavimu/vartojimu
 - Sąveikomis su kitais vaistais
 - Kaina
 - Vaistų sudėtinėmis medžiagomis
 - Kur galima įsigyti
 - Kita...
10. Su kuriuo iš šių reiškinų Jums teko susidurti?
- Alergija vaistams
 - Šalutinis vaisto poveikis
 - Vaistų sąveika
 - Gydytojo komplikacija
 - Medicininių duomenų netekimas
 - Nei vienu iš jų
 - Kita...
11. Kuris/-ie teiginys/-iai Jums labiausiai asocijuojasi su saugia sveikatos priežiūra?
- Alergijų išvengimas
 - Tyrimų komplikacijų išvengimas
 - Vaistų sąveikų išvengimas
 - Gydytojo komplikacijų išvengimas
 - Asmens duomenų saugumas
 - Kita...
12. Kokia informacija turėtų būti pasiekama e.sveikatos sistemoje?
- Galimi vaistų šalutiniai reiškiniai
 - Galimos vaistų sąveikos
 - Alergijų ar vaistų sąveikų anamnezė
 - Vaistų vartojimo informacija
 - Vaistų kaina
 - Vaistų sudėtis
 - Įsigijimo vieta
 - Galimos tyrimų komplikacijos
 - Galimos gydymo komplikacijos
 - Kita...
13. Jūsų nuomone, kokie duomenys yra ypač jautrūs duomenų saugumui?
- Asmens duomenys (vardas, pavardė, asmens kodas, adresas, kt.)
 - Nustatytos diagnozės
 - Tyrimų rezultatai
 - Buvę apsilankymai
 - Išduotos pažymos
 - Išrašyti receptai
 - Visa informacija
 - Kita...
14. Elektroninė sveikatos priežiūros informacija, be gydančių gydytojų, turėtų būti pasiekama:
- Tik pacientui
 - Pacientui ir jo artimiesiems/atstovams

- Pacientui, jo artimiesiems/atstovams, valstybinėms institucijoms (pvz. policijai)
 - Visiems Lietuvos gydytojams
 - Informacijos teikimas turėtų būti nustatomas individualiai
 - Kita.....
15. Kaip e.sveikata pagerina/galėtų pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugumą?
- Sumažina nepageidaujamų vaistų sąveikų tikimybę
 - Sumažinama netinkamos diagnozės tikimybė
 - Sumažinama gydytojo klaidos tikimybė
 - Nepasimeta dokumentai (pvz.: siuntimas, formos)
 - Sumažinama infekcinių ligų plitimo rizika dėl sumažėjusio kontaktinių konsultacijų kiekio
 - Kita...
16. Su kokiais iššūkiais susiduriate kreipiantis į gydymo įstaigą?
- Atstumas nuo namų (tas pats miestas)
 - Atstumas nuo namų (kitas miestas)
 - Viešojo transporto poreikis/trūkumai
 - Sudėtinga registracija
 - Didelės eilės
 - Kalbos barjeras
 - Kita...
17. Kokiu būdu dažniausiai kontaktuojate su savo gydymo įstaiga?
- Telefono skambučiu
 - Elektroniniu paštu
 - Tiesioginio kontakto metu
 - Kita.....
18. Kokiu būdu gaunate išrašytus vaistus?
- Nuperka socialinė darbuotoja
 - Perku vaistinėje
 - Perku internetu
 - Nuperka artimieji
 - Kita...
19. Koks sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo dėmuo Jums svarbiausias?
- Geras susisiekimasis nuotoliniu būdu
 - Atstumas nuo namų
 - Patogus viešasis susisiekimasis
 - Didelis spektras paslaugų vienoje vietoje (vaistinė, specialistai, tyrimai ir t.t.)
 - Mažos eilės
 - Galimybė gauti mokamas paslaugas
 - Kita...
20. Kaip ieškojote informacijos apie artimųjų sveikatą?
- Nesidomėjau
 - Domėjausi telefonu, tačiau informacijos gavau nepakankamai
 - Domėjausi internetu, tačiau informacijos gavau nepakankamai
 - Domėjausi apsilankymo metu, tačiau informacijos gavau nepakankamai
 - Domėjausi telefonu, gavau visą reikalingą informaciją

- Domėjaisi internetu, gavau visą reikalingą informaciją
 - Domėjaisi apsilankymo metu, gavau visą reikalingą informaciją
 - Kita.....
21. Kaip pasikeitė jūsų sveikatos paslaugų prieinamumas ir trukmė atsiradus e.sveikatos sistemai?
- Pagerėjo
 - Pablogėjo
 - Nepakito
 - Neturiu nuomonės/nesinaudoju
22. Kokios paslaugos e.sveikatos sistemoje Jums yra/būtų vertingiausios?
- Registracija
 - Nuotolinės konsultacijos
 - Tyrimų rezultatų gavimas e. priemonėmis
 - Vaistų išrašymas nuotoliniu būdu
 - Visa asmens sveikatos informacija pasiekama vienoje vietoje
 - Skirtingose įstaigose dirbančių gydytojų pasiekiamumas
 - Tyrimų/apsilankymų kalendorius
 - Artimųjų sveikatos duomenų pasiekiamumas
 - Informacija apie gydytojus
 - Galimybė atsiskaityti už paslaugas
 - Kita.....
23. Kokia Jūsų patirtis naudojantis e.sveikata per pastaruosius metus?
- Nesinaudojau
 - Registravausi
 - Ieškojau informacijos apie simptomus
 - Ieškojau informacijos apie gydymo būdus
 - Ieškojau informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigas/gydytojus
 - Buvo išrašytas vaisto receptas
 - Tikrinau savo ir/ar artimųjų sveikatos duomenis
 - Buvo išduotas nedarbingumas
 - Buvo išduotas vairuotojo sveikatos pažymėjimas
 - Buvo išduotas vaiko sveikatos pažymėjimas ugdymo įstaigai
 - Vyko konsultacija nuotoliniu būdu
 - Kita.....
24. Kaip Jūsų nuomone E-sveikata pagerina/galėtų pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų gavimą?
- Lengviau patekti pas norimą specialistą
 - Dalis klausimų išsprendžiama nuotoliniu būdu
 - Pasiekiami visi atliktų tyrimų rezultatai vienoje vietoje
 - Pasiekiami visi medicininiai dokumentai
 - Galimybė patikrinti gydymo rekomendacijas (pamiršus)
 - Pacientai gali gauti paslaugą jiems patogioje vietoje
 - Nepagerina
 - Kita.....
25. Koku būdu norėtumėte pasiekti informaciją apie savo būklę?
- Tiesioginės k-jos metu
 - Internetu

- Telefono skambučiu
 - Telefoninėje programėlėje
 - Kita.....
26. Kokia buvo paskutinio apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje patirtis?
- Neigiama
 - Teigiama
 - Labiau teigiama nei neigiama
 - Labiau neigiama nei teigiama
27. Kokį indėlį į savo sveikatos priežiūrą esate atlikę?
- Atsisakęs gydymo
 - Atsisakęs tyrimų
 - Savavališkai keitęs/nutraukęs gydymą
 - Ieškojęs alternatyvaus gydymo
 - Kreipęsis į kitus specialistus dėl papildomos nuomonės
 - Kita.....
28. Kokios trukmės konsultacijos Jums atrodytų priimtinausios?
- 10min
 - 15min
 - 30min
 - 45min
 - 60min
 - Kita...
29. Remiantis Jūsų patirtimi, koks konsultacijų skaičius šiuo metu reikalingas vienai problemai išspręsti?
- 1
 - 2
 - 3
 - >3
 - Kita...
30. Koks, Jūsų nuomone, konsultacijų kiekis turėtų būti optimalus vienai problemai išspręsti?
- 1
 - 2
 - 3
 - >3
 - Toks, kokį nustatys gydytojas
 - Kita...
31. Kas Jums asocijuojasi su gera medicinos priežiūra?
- Įstaigų patalpų kosmetinis vaizdas
 - Teikiamų paslaugų spektras
 - Gydytojų patirtis
 - Abipusis sprendimų priėmimas
 - Galimybė rinktis (įstaigas, gydytojus, paslaugas)
 - Efektyvus gydymas pirmo paskyrimo metu
 - Platus ištyrimas
 - Mokamos paslaugos

- Nemokamos paslaugos
 - Kita.....
32. Kokia sveikatos informacija dažniausiai domitės papildomai?
- Nesidomiu
 - Pasireiškusių simptomatikos reikšmę
 - Nustatytos ligos aprašymu
 - Informacija apie gyvenimo būdą
 - Mityba
 - Šalutiniais vaistų reiškiniais
 - Vaistų dozavimu/vartojimu
 - Vaistų sąveikomis
 - Vaistų sudėtinėmis medžiagomis
 - Vaistų įsigijimo vietomis
 - Sveikatos priežiūros paslaugų kaina
 - Tyrimų ir procedūrų aprašymu
 - Kita...
33. Su kokia iš šių problemų esate susidūrę?
- Pamestas gydytojo išrašas/siuntimas
 - Pasimetusi ambulatorinė kortelė
 - Per trumpas siuntimo galiojimo laikas
 - Informacijos perdavimo klaidos dėl popieriniuose dokumentuose blogai įskaitomu raštu pateiktų duomenų
 - Popieriniuose med. dokumentuose buvo pateikta nepilna informacija
 - Buvo išrašyta netinkama vaisto dozė
 - Pasimetę tyrimai
 - Sumaišyti tyrimų rezultatai
 - Nesusidūriau
 - Kita.....
34. Kuris elementas sveikatos priežiūroje Jums atrodo svarbiausias?
- Kontaktinės konsultacijos
 - Nuotolinės konsultacijos
 - Konsultacijų trukmė
 - Paslaugų pasiekiamumas
 - Lengva registracija
 - Nemokamos paslaugos
 - Gydyimo efektyvumas
 - Sveikatos priežiūros saugumas
 - Duomenų apsauga
 - Kita.....
35. Kas lemia Jūsų pasitikėjimą renkantis gyd. įstaigą/gydytoją?
- Pacientų įvertinimas
 - Gydytojo patirtis
 - Gydytojo amžius
 - Rekomendacijos
 - Lokalizacija (įstaigos)

- Gydytojo specializacija
 - Asmeninė patirtis
 - Kita.....
36. Koku būdu gauti priminimus apie artėjančią vizitą ar vaistų pabaigą Jums patogiausia?
- Nenorėčiau
 - SMS žinute
 - Skambučiu
 - El. paštu
 - Pranešimu telefoninėje programėlėje
 - Visi variantai
37. Kokia funkcija labiausiai pasitarnautų e.sveikatos sistemos patogumui:
- Galimybė susirašinėti su gydytoju
 - Galimybė gydytoją pasiekti video skambučiu
 - Galimybė kontaktuoti su sveikatos priežiūros specialistu telefoninės programėlės pagalba
 - Pasiekiamumas per kelis įrenginius (PC, telefonas, planšetė)
 - Greitas funkcionavimas
 - Skaitmenizuota ligos istorija
 - Patogesnis informacijos pasiekiamumas
 - Paprastumas
 - Kita.....
38. Kokia jūsų patirtis su e.sveikata?
- Neigiama
 - Teigiama
 - Nėra
 - Labiau teigiama nei neigiama
 - labiau neigiama nei teigiama
39. Naudojantis e.sveikata Jums svarbiausia:
- Gražus internetinio puslapio dizainas
 - Mažas paspaudimų skaičius
 - Greitas funkcionavimas
 - Gebėjimas filtruoti duomenis
 - Galimybė įkelti savo duomenis, įrašus
 - Galimybė susieti su socialiniais tinklais
 - Kita.....
40. Remiantis epidemijos metu gauta patirtimi, kokiais atvejais nuotolinės konsultacijos Jums atrodo naudingiausios?
- Naudingos visais klausimais
 - Naudingos, išskyrus tuos atvejus, kai reikalinga paciento apžiūra
 - Visiškai nenaudingos
 - Vaistų receptų gavimui/pratęsimui
 - Siuntimams
 - Trumpiems klausimams spręsti
 - Pažymų išdavimui
 - Pirminis apsilankymas dėl ligos
 - Pakartotinis apsilankymas dėl ligos

- Tyrimų interpretavimui
 - Gydomo plano sudarymui/pakeitimui
 - Neturiu patirties
 - Kita.....
41. Kokiais atvejais kontaktinis apsilankymas pas gydytoją Jums atrodo labiausiai reikalingas?
- Tyrimų interpretacija
 - Vaistų pratęsimas
 - Pažymų išdavimas/pratęsimas
 - Profilaktinis patikrinimas
 - Siuntimo išdavimas
 - Pirminis apsilankymas dėl ligos
 - Pakartotinis apsilankymas dėl ligos
 - Kita...
42. Kaip siūlytumėte mažinti eiles pas gydytoją/tyrimams?
- Tyrimus apmokestinti
 - Konsultacijas apmokestinti
 - Dalį konsultacijų atlikti nuotoliniu būdu
 - Pirmas konsultacijas atlikti nuotoliniu būdu
 - Pakartotines konsultacijas atlikti nuotoliniu būdu
 - Didinti sveikatos priežiūros įstaigų skaičių
 - Didinti gydytojų skaičių
 - Prailginti konsultacijų laiką (tokiu būdu galimai sumažėtų konsultacijų kiekis);
 - Sutrumpinti konsultacijų laiką
 - Palengvinti registraciją
 - Dalį paslaugų perduoti slaugytojoms
 - Kita...
43. Kaip e.sveikata pagerina/galėtų pagerinti sveikatos priežiūros našumą?
- Neatliekami pertekliniai tyrimai, nes visi buvusių tyrimų atsakymai pasiekiami vienoje vietoje
 - Dalis klausimų išsprendžiama nuotoliniu būdu
 - Sumažinamas personalo poreikis
 - Greičiau pasiekama informacija
 - Mažesnės laiko sąnaudos
 - Sumažinamos eilės pas gydytojus
 - Kita.....
44. Kuri e.sveikatos funkcija Jums atrodo/atrodytų svarbiausia?
- Pranešimai apie galimas vaistų sąveikas išrašant medikamentus
 - Įspėjimai apie tyrimų kartojimąsi
 - Automatiniai vartojimo įspėjimai paskiriant antibiotikus
 - Standartizuotas tyrimų ir gydymo planas
 - Galimybė atlikti vaizdo skambučius
 - Automatiniai pranešimai apie priklausančias profilaktines programas
 - Galimybė pacientui vesti duomenis/dienynus
 - Kita.....

45. Esant patogiai ir greitai e.sveikatai, gydytojas mažiau laiko turėtų praleisti prie kompiuterio.
Kokio rezultato labiausiai tikėtumėtės dėl šio pokyčio?
- ☐ Daugiau laiko skirtų mano apžiūrai
 - ☐ Tiksliau nustatytą diagnozę
 - ☐ Detaliai supažindintų mane su būkle
 - ☐ Priimtų daugiau pacientų (atliktų daugiau konsultacijų)
 - ☐ Pavyktų išspręsti daugiau mano problemų
 - ☐ Neviršytų k-jos trukmės
 - ☐ Sutrumpėtų laukimo laikas
 - ☐ Kita.....
46. Koks Jūsų pirmasis žingsnis pajutus sveikatos sutrikimo simptomus?
- ☐ Kreipiuosi pas šeimos gydytoją
 - ☐ Kreipiuosi į vaistinę
 - ☐ Kreipiuosi į skubios pagalbos skyrių
 - ☐ Ieškau informacijos internete
 - ☐ Laukiu, stebiu simptomų eigą
 - ☐ Kita.....
47. Ar esate susidūręs su diskriminacija sveikatos priežiūros sistemoje dėl šių veiksnių:
- ☐ Su diskriminacija susidūręs nesu
 - ☐ Išsilavinimas
 - ☐ Socialinis statusas
 - ☐ Rasė
 - ☐ Tautybė
 - ☐ Pajamos
 - ☐ Gyvenamoji vieta
 - ☐ Darbingumas
 - ☐ Lytinė orientacija
 - ☐ Kita.....
48. Kokia jūsų patirtis su mokamomis sveikatos priežiūros paslaugomis?
- ☐ Dažniausiai renkuosi mokamus tyrimus ir konsultacijas
 - ☐ Dažniausiai renkuosi nemokamus tyrimus ir konsultacijas
 - ☐ Mokamus tyrimus ir konsultacijas renkuosi tik gydytojui rekomendavus
 - ☐ Tyrimų pasirinkimas priklauso nuo tuo metu esamos finansinės padėties
 - ☐ Gydytojo įstaigoje nesilankau
 - ☐ Kita.....
49. Koks/-ie e.sveikatos bruožas/-ai jums yra/būtų svarbiausias/-i?
- ☐ Patogi internetinė prieiga telefone
 - ☐ Patogi telefono programėlė
 - ☐ Paprastumas naudotis
 - ☐ Pritaikymas neįgaliesiems
 - ☐ Kitos kalbos pasirinkimas
 - ☐ Kita.....
50. Naudojimosi e.sveikata instrukcijos turėtų būti:
- ☐ Video formatu
 - ☐ Popierinis vadovas

- Instrukcijos internete
- Mokymai gyvai
- Nereikalingos
- Kita...

51. Kokios ekonominės naudos labiausiai tikėtumėtės iš e.sveikatos?

- Sveikatos paslaugų kainų sumažinimas
- Mokesčių sumažinimas
- Šešėlio sumažinimas
- Med. personalo algų padidėjimas
- Geresnis resursų paskirstymas
- Kita.....

Demografiniai klausimai

52. Jūsų lytis:

- Vyras
- Moteris

53. Jūsų amžius:

- 18-30m.
- 31-40m.
- 41-50m.
- 51-60m.
- 61-70m.
- 71-80m.
- >80m.

54. Jūsų išsilavinimas:

- Pradinis
- Pagrindinis
- Vidurinis
- Specialusis vidurinis
- Aukštesnysis
- Aukštasis koleginis
- Aukštasis universitetinis

55. Jūsų gyvenamoji vieta:

- Miestas
- Kaimas