

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS

VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS

EDITA URBANIENĖ

**INOVACIJŲ TAIKYMAS VIEŠOJO SEKTORIAUS INSTITUCIJŲ
VEIKLOJE COVID-19 INFEKCIJOS LAIKOTARPIU: VŠĮ
ŠVENČIONIŲ RAJONO PSPC NUOTOLINIŲ PASLAUGŲ
TEIKIMO ANALIZĖ**

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas:

Prof. dr. Andrius Stasiukynas

UTENA

2021

TURINYS

ĮVADAS.....	3
SANTRAUPŲ SĄRAŠAS.....	6
DAŽNIAUSIAI VARTOJAMŲ SĄVOKŲ ŽODYNAS.....	7
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	9
PAVEIKSLĖLIŲ SĄRAŠAS.....	10
1. INOVACIJŲ TAIKYMO VIEŠOJO SEKTORIAUS INSTITUCIJŲ VEIKLOJE TEORINIAI ASPEKTAI.....	10
1.1. Inovacijų samprata.....	10
1.2. Inovacijų klasifikavimas.....	14
1.3. Inovacijų diegimo procesas ir jo svarba sveikatos priežiūros įstaigose.....	17
1.4. Kliūtys diegiant inovacijas.....	19
2. INOVACIJŲ TAIKYMO PRAKTIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SRITYJE COVID-19 INFEKCIJOS LAIKOTARPIU.....	20
2.1. Informacinių sistemų diegimo plėtros poreikis sveikatos priežiūros sistemoje.....	21
2.2. Naujų inovacijų įvedimas Lietuvoje Covid-19 infekcijos laikotarpiu.....	22
2.3. Spartus inovacijų vystymasis ir naudojimas sveikatos priežiūroje.....	24
3. INOVACIJŲ TAIKYMAS VŠĮ ŠVENČIONIŲ RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRE (EMPIRINIS TYRIMAS).....	26
3.1. Švenčionių rajono nauji sveikatos priežiūros sprendimai Covid-19 infekcijos laikotarpiu ir statistiniai infekcijos plitimo duomenys.....	26
3.2. VŠĮ Švenčionių rajono PSPC empirinis tyrimas.....	26
3.2.1. VŠĮ Švenčionių rajono PSPC gydytojų ir slaugytojų nuotolinių paslaugų inovacijos vertinimo analizė.....	27
3.2.2. Pacientų nuotolinių paslaugų inovacijos vertinimo analizė.....	37
IŠVADOS.....	49
PASIŪLYMAI.....	50
SUMMARY.....	51
ŠALTINIŲ SĄRAŠAS.....	52
PRIEDAI.....	56

IVADAS

COVID-19 – nauja kvėpavimo takų liga, kurią sukelia virusas SARS-CoV-2. Atsižvelgiant į pasaulio sveikatos organizacijos pateiktą informaciją, šis virusas buvo aptiktas 2019 m. gruodžio 31 d. Kinijoje. Iš vieno miesto virusas išplito per visą pasaulį sukeldamas pandemiją. Siekiant sumažinti ligos plitimą, daugelis šalių ėmėsi įvairių inovatyvių sprendimų, kurie plačiai apribojo visuomenės ir piliečių gyvenimo rutiną, asmenų judėjimą šalies viduje ir tarp šalių. Pandemija sukėlė pasaulinę ekonominę krizę, kurios metu pasaulyje teko imtis ryžtingų ir inovatyvių sprendimų ir jų modelių.

Temos aktualumas. COVID-19 yra naujas virusas, kurio plitimui stabdyti prireikė daugybės inovatyvių pokyčių, tiek užsienyje, tiek Lietuvoje buvo taikomos naujos, neiširtos priemonės, numatomi sprendimai, skelbiama ekstremali padėtis, kas sukėlė daug prieštarų nuomonių ir pasipriešinimo tiek pačiu virusu, tiek priimamais inovatyviais sprendimais. Šiuolaikiniai mokslo pasiekimai tapo labai svarbiu sveikatos apsaugos šaltiniu, kuriant pacientams naujas ir veiksmingesnes galimybes, tačiau tam, kad jos būtų efektyviai išnaudotos, sveikatos priežiūroje reikalingi dideli inovaciniai pokyčiai: tinkamas gydytojų paruošimas tiems pokyčiams, naujos ir inovatyvios medicininės įrangos, asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir visos sistemos organizaciniai, vadybiniai ir teisiniai pokyčiai. Viena svarbiausių kliūčių šioms inovacijoms yra nusistovėjęs sveikatos sistemos pasipriešinimas naujovėms. Toks pasipriešinimas kyla tiek iš sveikatos priežiūros specialistų, gydytojų veiklos specifikos jaučiant didelę atsakomybę paciento sveikatai ir gyvybei, o taip pat ir sudėtingumas numatyti inovacijos pasekmes atsižvelgiant į sudėtingą žmogaus organizmą.

Šiuo darbu siekiama atskleisti nuotolinių paslaugų inovacijų diegimo procesą sveikatos priežiūros įstaigoje, išsiaiškinti tų inovacijų veiksmingumą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir vartojimo procesuose. Pasirinkt tyrimui problema yra Lietuvoje neišnagrinėta, o užsienyje menkai išnagrinėta.

Temos iširtumas Lietuvoje ir užsienyje. Užsienio įvairių teisinių dokumentų, mokslinės literatūros ir medicinos praktikos analizė leidžia teigti, kad elektroninių technologijų bei nuotolinių paslaugų inovacijų taikymas sveikatos priežiūros sistemoje užtikrina geresnę pacientų priežiūrą, greitesnį apsikeitimą informacija bei kuo skubiau skirti tikslesnę diagnozę, bei gydymą. Iššūkius sveikatos politikos reformai Europoje ir uždavinius diegti naujas inovatyvias technologijas atskleidė dar 1997 metais, R.B. Saltman, J. Figueras ir C. Sakallarides. Teisės įtaką sveikatos apsaugos sistemai bei socialinį sveikatos apsaugos pobūdį analizavo M. McKee, E. Mossialos ir R. Baetens.

Lietuvos sveikatos politiką, jos formavimąsi, sveikatos priežiūros prieinamumą ir vadybą tyrinėjo D. Jankauskienė, R. Gurevičius, R. Pečiūra, D. Zeleckienė (2003, 2005), tačiau infekcijos laikotarpiu intensyviai ribojant infekcijos kontrolę sveikatos priežiūroje ir pradėjus intensyviai taikyti nuotolinių paslaugų inovacijos vykdymą, apie jų efektyvumą, pasitenkinimo lygį tiek sveikatos priežiūros specialistų, tiek pacientų, tirta nebuvo. Lietuvoje tokių darbų nenagrinėta.

Tyrimo objektas. Nuotolinių paslaugų inovacijos taikymas viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigos veikloje COVID-19 infekcijos laikotarpiu.

Problema. Kokia patirtis taikant inovacijas (nuotolinių paslaugų teikimo) viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigų veikloje COVID-19 infekcijos laikotarpiu ir, ar infekcijos laikotarpiu taikytos inovacijos buvo pakankamai veiksmingos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir vartojimo laikotarpiu.

Tikslas. Ištirti inovacijų (nuotolinių paslaugų teikimo) taikymą COVID-19 infekcijos laikotarpiu viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros įstaigoje – VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centre.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti inovacijų taikymo viešojo sektoriaus institucijų veikloje teorines prielaidas.
2. Ištirti inovacijų taikymo praktikas sveikatos priežiūros srityje.
3. Išnagrinėti inovacijų taikymo problemas sveikatos priežiūros srityje.
4. Atlikti nuotolinių paslaugų inovacijų taikymo tyrimą VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centre ir pateikti išvadas, bei pasiūlymus, gerinant inovacijų taikymą VšĮ Švenčionių r. PSPC, abiem suinteresuotoms grupėms (specialistams ir pacientams).

Tyrimo strategija. Tyrimo strategijoje (mokslinio tyrimo modelyje) taikytas kiekybinis tyrimo metodas. Buvo pasirinktas anketinės apklausos atlikimo būdas. Apklausa buvo vykdoma, siekiant gauti reprezentatyvios informacijos apie tiriamas tikslines grupes, o taip pat norint atrasti ryšius tarp skirtingų tyrimo parametrų. Aiškiai suformuluotų klausimų tikslas buvo pažinti tiriamą situaciją apie nuotolines paslaugas. Klausimai buvo formuluojami pagal iškilusius klausimus išnagrinėjus literatūrą, į kuriuos nėra atsakymų, norint pagrįsti teiginius.

Buvo atlikta anketinė apklausa, tam kad galima būtų pateikti aiškiai pagrįstą analizę apie nuotolinių paslaugų inovacijų taikymą VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centre. Anketų atsakymai buvo įvertinti ir apdoroti matematiniais – statistiniais metodais.

Pagrindinis tikslas buvo išsiaiškinti kaip nuotolinių paslaugų įvedimo inovacija pakeitė darbuotojų ir pacientų požiūrį į sveikatos priežiūros sistemą, jos prieinamumą, gerinimą. Siekiama ištirti ar dėl šios inovacijos kilo sudėtingumai darbo krūvio paskirstymo srityje (darbuotojų atžvilgiu) ir ar pasiteisino pacientams norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas.

Subjektyvus sveikatos vertinimas atliktas pagal Likerto skalės vertinimo metodiką. Duomenų analizės metodai: statistinė analizė atlikta naudojant SPSS statistinį paketą. Mann Whitney kriterijus dviem nepriklausomoms imtims, kai imčių dydis netolygūs - skirtumams tarp vertinimų vidurkių palyginti skirtingose grupėse. Stjudento T kriterijus dviem nepriklausomoms imtims, kai imčių dydis tolygus - skirtumams tarp vidurkių palyginti. X² kriterijus imčių homogeniškumui įvertinti - kai kintamieji kategoriniai ir nustatyti ar skirtingų imčių atsakymai skiriasi tarpusavyje. Dviejų ir daugiau grupių palyginimui naudota dispersinė analizė. Koreliacijai tarp kintamųjų nustatyti naudotas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus.

SANTRAUPŲ SĄRAŠAS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPG – bendrosios praktikos gydytojas
EMI – elektroninė medicininė istorija
ES – Europos Sąjunga
E. sveikata – elektroninė sveikata
ESI – elektroninė sveikatos istorija
eSPBI – e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema
GMP – greitoji medicinos pagalba
IS – informacinė sistema
PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija
PSP – pirminė sveikatos priežiūros įstaiga
PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras
PSPĮ – pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
SPI – sveikatos priežiūros įstaiga
SPSS – statistinių socialinių mokslų paketas
TLK – teritorinė ligonių kasa
VLK – Valstybinį ligonių kasa
VšĮ – viešoji įstaiga

DAŽNIAUSIAI VARTOJAMŲ SAŲOKŲ ŽODYNAS

Elektroninė sveikata – sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos visuma, užtikrinama diegiant informacines ir ryšių technologijas, organizacines veiklos naujoves ir naujus įgūdžius ir skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją. (PSO, 1946)

E. sveikatos portalas – kompiuterinių priemonių, skirtų vieno langelio principui, taikomam gyventojams bei sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams, įgyvendinti, visuma.

Elektroninė sveikatos istorija (ESI) – elektronine forma kaupiami duomenys apie ankstesnę bei dabartinę paciento fizinę ir psichikos sveikatos būklę, užtikrinantys galimybę lengvai gauti šiuos duomenis teikiant sveikatinimo paslaugas ir kitiems glaudžiai susijusiems tikslams. (LR SAM)

Inovacija – naujų technologijų, idėjų ir metodų komercinis pritaikymas pateikiant rinkai naujas ar patobulintas paslaugas (prekes), įdiegiant naujus (patobulintus) paslaugų teikimo technologinius procesus. Inovacija laikoma įgyvendinta, kai nauja (patobulinta) paslauga pateikiama rinkai (produkto inovacija) arba pradeda naudoti procese (proceso inovacija). Paslauga arba procesas turi būti nauji arba patobulinti įstaigos lygiu, bet nebūtinai įstaigos rinko lygiu (Ramanauskienė, 2010). (Melninkas ir kt., 2000)

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema (LNSS) – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema. (LR Sveikatos sistemos įstatymas).

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas. (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996).

Sistema – planingas, taisyklingas išdėstymas, sutvarkymas. Sutvarkytas teiginių, pažiūrų rinkinys, sudarantis vientisą teoriją.

Sveikata – visapusiškas fizinis, dvasinis ir socialinis gerovės, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas. (PSC, 1946)

Sveikatos politika – sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe.

Sveikatos priežiūros paslaugos – įstaigos ir paslaugų užsakovo susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. (PSO, 1946).

Technologinė inovacija – Technologiškai nauji ar patobulinti produktai (paslaugos) bei naujas ir patobulintas technologinis procesas (Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija OECD, 1997).

Technologinio proceso inovacija – naujų ir patobulintų gamybos metodų panaudojimas (visos rinkos arba įstaigos lygmeniu), taikant naują įrangą ar naujus gamybos organizavimo metodus. Proceso inovacijos diegiamos tiek paslaugų, tiek gamybos srityse ir jos apima naujus ar patobulintos produktų gamybos metodus ar pristatymą, paskirstymo sistemas. Proceso inovacija pateikia gamybos efektyvumo, automatizavimo ar lankstumo, prekių (paslaugų) kokybės ar grėsmės aplinkai ir saugumui užkardymo patobulimus (Ramanauskas, 2008).

Valdymas – minties veikla (kūryba) kitų veiklų atžvilgiu, virstanti į valdymo sprendimus ir jų realizavimą, t. y. veikla neišardanti tų kitų veiklų ir jų nuosavo judėjimo, o tik pakreipianti jas užtikrinant naujų tikslų realizavimą (Vasiliauskas, 2001).

LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė.** Įvairių mokslininkų inovacijos samprata
- 2 lentelė.** Inovacijos samprata pagal OECD
- 3 lentelė.** Klasifikacijos požymiai (Jakubavičius ir kt., 2008)
- 4 lentelė.** Respondentų atsakymai suskirstyti pagal pareigybes

PAVEIKSLĖLIŲ SĄRAŠAS

- 1 pav. Inovacijų klasifikacija
- 2 pav. inovacijų diegimo procesas
- 3 pav. Respondentų amžiaus pasiskirstymas
- 4 pav. Medicinos darbuotojų pasiskirstymas pagal pareigas
- 5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį
- 6 pav. Respondentų atsakymų pasiskirstymas vertinant nuotolinių paslaugų teikimą
- 7 pav. Respondentų pasiskirstymas vertinant inovatyvesnį nuotolinių paslaugų diegimą
- 8 pav. Statistiškai reikšmingi skirtumai visose personalo kompetencijos vertinimo srityse
- 9 pav. Inovacinių paslaugų teikimo nuomonė atsižvelgiant į užimamas pareigas
- 10 pav. Darbuotojų nuomonė į nuotolinių paslaugų plėtrą
- 11 pav. Bendravimo įgūdžių vertinimas nuotolinėms paslaugoms atsižvelgiant į užimamų paslaugų pasiskirstymą
- 12 pav. Pacientų lytis
- 13 pav. Pacientų socialinė padėtis
- 14 pav. Respondentų išsilavinimas
- 15 pav. Skirtumas tarp lyčių lyginant vyrų ir moterų nuomones apie nuotolinių paslaugų teikimą
- 16 pav. Skirtumas tarp vyrų ir moterų vertinant bendrą paslaugų teikimo specifiką išskyrus nuomonę dėl gydymui skirtų priemonių.
- 17 pav. Nuotolinių paslaugų rodiklis ir kokybės vertinimas
- 18 pav. Nuotolinių paslaugų teikimo vertinimas lyginant jaunesnio ir vyresnio amžiaus respondentus
- 19 pav. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp amžiaus nustatytas tarp skirtingų amžiaus grupių vertinant paslaugų teikimo procesą kalbant apie instrukcijų pateikimą
- 20 pav. Pasitenkinimas paslaugų kokybe tarp amžiaus grupių
- 21 pav. Statistiškai reikšmingas skirtumas apie nuotolinių paslaugų teikimą vertinant respondentų išsilavinimą
- 22 pav. Nuotolinių paslaugų teikimo proceso ir personalo kompetencijos vertinimas priklausomai nuo respondento išsilavinimo
- 23 pav. Bendras VšĮ Švenčionių rajono PSPC paslaugų kokybės vertinimas priklausomai nuo išsilavinimo

1. INOVACIJŲ TAIKYMO VIEŠOJO SEKTORIAUS INSTITUCIJŲ VEIKLOJE TEORINIAI ASPEKTAI

Šiandieniniame pasaulyje inovacijos yra labai svarbios norint užtikrinti tvirtą ir sėkmingą paslaugų procesą, kurti konkurencingas paslaugas, pritraukiančias paslaugų gavėjų lūkesčius, tenkinti įvairių vartotojų poreikius. Tačiau diegiant inovacijas dažnai susiduriama su įvairiomis problemomis, kurios trukdo sėkmingai jas įdiegti. Tam, kad būtų tikslingiau parengti pasiūlymus inovacijų diegimo tobulinimui, svarbu atskleisti inovacijų diegimo teorinius aspektus.

1.1. Inovacijų samprata

Inovacijų diegimo srityje dažnai susiduriama su inovacijų sampratomis, jų klasifikavimu, taikymu praktinėje veikloje ar pačiu realizavimo procesu. Išanalizavus mokslinę literatūrą, sveikatos priežiūros įstaigose organizuojant inovacinę veiklą, išryškinta inovacijos samprata, jos klasifikavimas.

Žinios ir žmonių gebėjimai išrasti, įsisavinti bei diegti inovacijas, organizacijos veiklą pagrįsti kuriamomis naujomis žiniomis ir idėjomis bei jų įgyvendinimu praktiškai, buvo vertinami visais žmonijos istorijos etapais (Kraujelytė, Petrauskas, 2007). Inovacijos gimsta tarp mokslo ir žinių bazės bei technologinės plėtros (Levickaitė, Remeikis, Žemaitis, 2011). Šiandien inovacijos sąlygoja valstybės ekonomikos ir piliečių gerovės priklausymą nuo žinių ir jų perėjimo į kuriamas paslaugas, kurios sąlygoja įstaigose vykdomi inovaciniai procesai.

Terminas „*inovacija*“ kildinamas iš lotynų kalbo žodžio „*nova*“, kuris reiškia „*naujas*“ (Stripeikis, Ramanauskas, 2011). Žodis „*inovacija*“ kilęs iš V amžiaus, iš vidurio Prancūzijoje vartoto žodžio „*inovacyon*“, kuris verčiant iš prancūzų kalbos reiškia „*atnaujinimas*“ arba „*naujo pavidalo suteikimas esančiam daiktui*“ (Jakubavičius ir kt., 2008). Anksčiau inovacijų sąvoka, buvo suprantama kaip naujai išrastos technologijos išradimas ir baigiamas jos teikiamų paslaugų panaudojimu. Ilgainiui į inovacijas pradėta žvelgti kaip į tęsinį, kurį veikia santykiai tarp įstaigų ir individų, socialiniai susitarimai ir institucinės normos (Vidickienė, Melnikienė, Gedminaitė-Raudonė, 2013).

Daugelis autorių inovacijas įvardina kaip pažangų procesą, kuriama tikslingai bendradarbiaujama. Vienos ar vieningos inovacijų teorijos nėra ir negalėtų būti, kadangi inovacijos nėra vienos rūšies veikla, nes kiekviena inovacija yra susijusi su pokyčiais ir naujovėmis, tačiau skirtingose įstaigose tos pačios inovacijos įdiegiamos skirtingais būdais ir pasižymi skirtingais ypatumais. Dar 2013 metais autoriai nagrinėję inovacijų taikymą, nustatė,

kad inovacijos gali pasireikšti kaip naujos technologijos taikymas, naujo produkto ar paslaugos pasiūlymas vartotojui, kitokių veiklos organizavimo būdų taikymas. Todėl pagrindinį vaidmenį diegiant inovacijas ima vaidinti ne tik verslo įstaigos ar konsultacinės agentūros, bet ir švietimo, socialinės ar sveikatos priežiūros institucijos (Vidikienė, Melnikienė, Gedminaitė-Raudonė, 2013).

Lietuvių kalboje yra vartojami du inovacijų terminai – „*tarptautinis inovacija ir lietuviškas naujovė*“. Tikslinga būtų juos skirti pagal jų reikšmę, t. y. inovaciją reikia suprasti kaip procesą, o naujovę kaip to proceso rezultatą (nauja paslauga, nauja paslaugos teikimo technologija ar naujas vadybos organizavimo metodas).

Nagrinėję inovacijų sampratą autoriai, šio reiškinio supratimą traktuoja priklausomai nuo vertinamos ir nagrinėjamos srities, bei pagal atstovaujamą mokslinę discipliną. Inovacijų samprata remiantis Lietuvos bei užsienio šalių autoriais, apibūdinama 1 lentelėje (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Įvairių mokslininkų inovacijos samprata
(parengta darbo autorės, remiantis mokslininkų darbais)

Autoriai, metai	Inovacijos samprata
Melninkas, Strazdas (2000)	Idėja, veikla ar koks nors materialus objektas, kuris yra naujas įmonėms, jų grupei ar organizacijai, kur jį įgyvendina ar naudoja.
Jakubavičius (2003)	Funkcinė, iš esmės pažangi naujovė, orientuota į seno pakeitimą nauju.
Almonaitienė (2006)	Pritaikyta, įgyvendinta kūrybiška idėja.
Sapiegienė ir kt. (2009)	Rezultatas, sudėtingo proceso, kuris priklauso nuo organizacijos strategijos, turimų išteklių, kultūros ir lyderystės apraiškų, naujų technologijų ir kt.
Coakes, Smith (2007)	Procesas, leidžiantis organizacijai reaguoti į visuomenės poreikius ir išlaikyti konkurencingumą.
M. Keršys (2008)	Inovacija – naujovė, kuriama ir ar diegiama siekiant padidinti tą darančių subjektų konkurencingumą.
D. O’Sullivan (2008)	Inovacija – procesas siekiant pokyčių.
Ramanauskienė (2010)	Galutinis naujovės diegimo rezultatas, siekiant pakeisti valdymo objektą ir gauti ekonominį, socialinį, ekologinį, mokslinį ir techninį ar kitos rūšies efektą.
Domarkas, Juknevičienė (2010)	Strateginis iššūkis nuolat generuoti idėjas ir konvertuoti jas į produktus ar paslaugas, reikalingas rinkai, organizacijai ar institucijai, miestui, regionui, valstybei ar net visai pilietinei visuomenei.
Girniene (2013)	Inovacijos yra procesas, kuriame organizacijoje cirkuliuojančios žinios pritaikomos pasitelkiant naujus metodus.
E. G. Carayannis, M.	Inovacija – procesas, kuriame nauji technologiniai metodai pritaikomi

Korres (2013)	produkcijos gaminimui ar paslaugų teikimui.
---------------	---

Nagrinėjant praeito amžiaus mokslininkų sampratas, galima paminėti žymų vadybos klasiką P. F. Ducker (1986). Anot P. F. Ducker „*inovacija – tai antrepreneriškos vadybos instrumentas, kurio pagalba pokyčiai yra panaudojami kaip galimybė sukurti naujus verslus, produktus ir paslaugas, gauti didesnę pelną. Inovacijų dėka ekonominiai resursai transformuojami iš žemesnio produktyvumo lygio į aukštesnį produktyvumo lygį, sukuriama nauji resursai, užtikrinamas verslo institucijų ar net valstybių konkurentingumas globaliniame lygmenyje*“ (Drucker, 1986).

OECD (ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija) išskyrė keturis inovacijų tipus ir jų sampratas – produkto, paslaugos, proceso, rinkodaros ir organizacinė.

2 lentelė. Inovacijos samprata pagal OECD

Tipas	Samprata
Produkto arba paslaugos inovacija	Naujo arba reikšmingai atnaujinto produkto ar paslaugos pateikimas
Proceso inovacija	Naujo arba reikšmingai atnaujinto gamybos arba pristatymo būdo pateikimas. Proceso inovacija apima gamybos ar pristatymo technologiją, įrangą (taip pat ir programinę).
Rinkodaros inovacija	Apima esminius produkto arba paslaugos dizaino, įpakavimo, produkto ar paslaugos pateikimo, reklamos ir kainodaros pokyčius.
Organizacinė inovacija	Nauji verslo praktikos organizavimo būdai.

Nagrinėjant kiekvieną inovacijų sąvokos variantą, išvelgiama naujų inovacijų bruožų, taip suteikdami naujų prasmų, taip pat papildydami tai, kas anksčiau buvo dar neišsakyta. Pabrėžtina, kad inovacija visada yra aktualus reiškinys, turintis dinamišką prigimtį, dažnai konfrontuojantis su tuo kas sena, ir griaunantis organizacijoje nusistovėjusias normas bei tradicija (J. Kirstukas, 2013).

Išanalizavus Lietuvos bei užsienio autorių inovacinės veiklos ar pačių inovacijų interpretavimą, galima teigti, kad kiekvienas autorius leidžia skirtingai atskleisti savo supratimą apie tų inovacijų sampratą, akcentuodami pačio inovacinio proceso reikšmę, jos veikimo technologinį aspektą, taip pat traktuodami inovaciją kaip reiškinį. To pasėkoje ir skiriasi inovacijos apibrėžimų sudėtingumo lygis bei jų turinys. Inovacija pagrinde suprantama kaip

naujumas, nauja idėja, naujas išradimas ar naujos žinios, kurios integruojamos į įstaigų veiklą. Pastebėta, kad naujos idėjos dažniausiai atsiranda iš senų, tik nuolat jos būna tobulinamos.

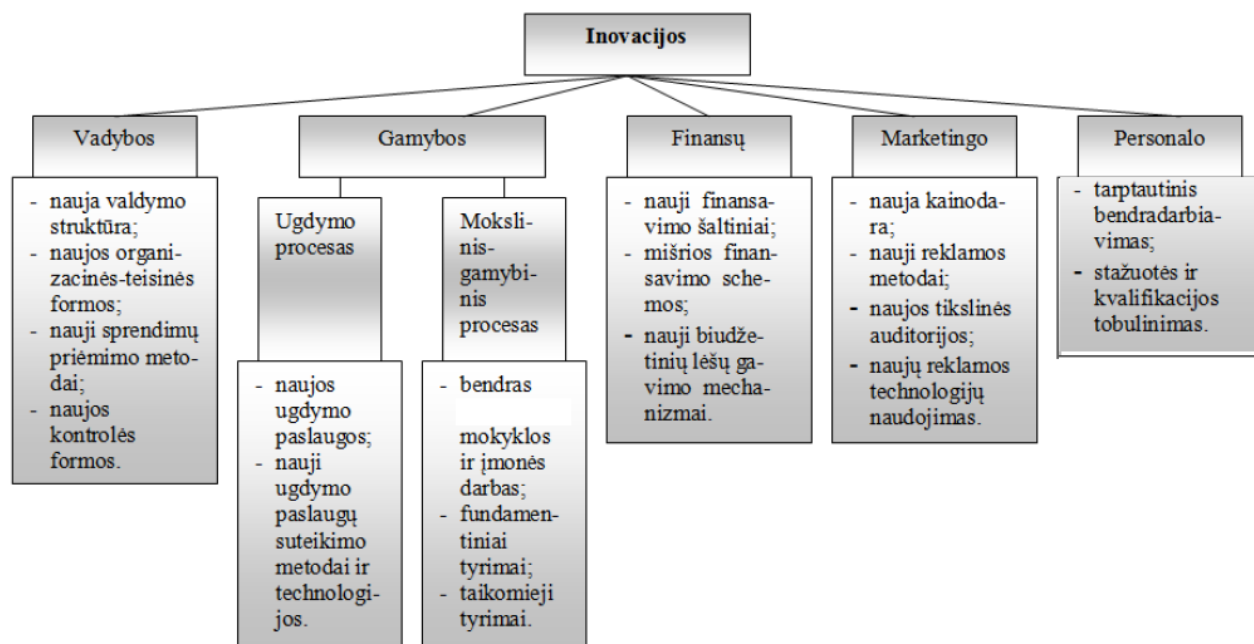
Apibūdinant konkrečias inovacijas, kartais pagalvojame, kad tai naujos paslaugos, tačiau tai gali būti klastinga nuostata, kadangi tokia inovacijos samprata pernelyg siaura, bet dažnai paslaugos yra tobulinamos ir pritaikomos naujiems vartotojų poreikiams tenkinti.

Taigi išanalizavus inovacijos sąvoką, darbo autorė toliau šiame darbe analizuos inovacijų klasifikavimą.

1.2. Inovacijų klasifikavimas

Pirmieji tyrėjai, nagrinėję inovacijas organizacijoje jas suskirstė į administracines, technologines, organizacines arba produkto (Pogosian, Dzemyda, 2012). Inovacinė veikla yra nevienoda, todėl norint nuodugniau pažinti inovaciją, reikia ją susieti su veiklos sąvoka.

Inovacijų klasifikacija leidžia apibrėžti tolimesnį ir konkretesnį inovacijos sampratos tyrinėjimo mastą. Ramanauskienė (2010) teigimu veikla – tai specifinė žmonių aktyvaus požiūrio į tikrovę formą, pasižyminti veiksmų tikslingumu, kryptingumu ir nuostatomis į pertvarką..



1 pav. Inovacijų klasifikacija (pagal Šedžiuvienę, Tamutienę, 2012)

Inovacijų procesus įgyvendinančios ugdymo įstaigos, inovacijų kūrimą supranta, kaip prioritetinę ugdymo įstaigos veiklą. Skirtingų tipų inovacijas švietimo įstaigos suvokia kaip pagrindinį varomąjį raidos ir sėkmingos veiklos faktorių (Šedžiuvienė, 2012).

Jakubavičiaus (2003) nuomone, kiekviena veikla pasižymi savo priemonėmis, turi savo tikslą, gautu rezultatu nusako veikimo procesą. Inovacinė veikla vienintelė veikla, Melniko (2000) teigimu, siejanti savyje kūrybą, mokslą ir verslininkystę.

Įvairiuose literatūros šaltiniuose inovacijų klasifikavimas pateikiamas pagal gana daug požymių.

3 lentelė. Klasifikacijos požymiai (Jakubavičius ir kt., 2008)

Klasifikacijos požymis	Klasifikacija
Turinys	Produkto, technologinės, socialinės, kompleksinės
Įgyvendinimo lygis	Žmogus, įmonė, ūkio šaka, visuomenė ar valstybė, ekosistema, pasaulis
Įgyvendinimo mastas	Vienkartinės, daugkartinės
Naujumo laipsnis	Radikalios, modifikuojančios
Organizacinės savybės	Vidaus organizacinės, tarp organizacinės
Pobūdis	Kiekybinės, kokybinės
Galutinis rezultatas	Fundamentinė, eksperimentinės, bazinė, difuzinė, sąlyginė
Poveikis	Ekonominis, socialinis, ekologinis, kompleksinis

Atsižvelgiant į inovacijų klasifikavimo požymių įvairovę, galima suformuoti universalų inovacijos klasifikacijos modelį, išskiriant galimas svarbiausias klasifikacines grupes.

Inovacijų klasifikacija pagal turinį:

- Produkto („*naujų galutinių produktų (gamybos priemonės, vartojimo reikmenys, materialiniai ar intelektualiniai produktai) sukūrimas, gaminimas ir naudojimas*“);
- Technologinės („*naujų technologijų sukūrimas ir taikymas įvairiose veiklos srityse*“);
- Socialinės („*naujų ekonominių, valdymo, organizacinių ir kitų struktūrų bei formų sukūrimas ir diegimas įvairiose veiklos srityse*“);
- Kompleksinės („*produktų, technologinių ir socialinių inovacijų sintezuotas kompleksas*“).

Pagal įgyvendinimo lygį:

- Žmogus;
- Organizacija;
- Ūkio šaka;
- Visuomenė ir valstybė;
- Ekosistema.

Pagal įgyvendinimo mastą gali būti vienkartinės ir daugkartinės.

Pagal naujumą lygį radikali (*„iš principo naujų priemonių, skirtų naujiems arba jau žinomiems poreikiams tenkinti, kurie kokybiškai keičia visuomenės veiklos būdus, sukūrimas“*) ir modifikuojančios (*„produktų ir paslaugų gerinimas ir papildymas, tobulėjimo laidavimas esamomis priemonėmis, prisitaikant prie kintančių visuomenės poreikių“*).

Pagal pobūdį inovacijos gali būti kiekybinės arba kokybinės. Kiekybinės inovacijos tai tokios, kurių gamybos apimtys didinamos kiekybiniu aspektu; Kokybinės traktuojamos kaip gamybos arba valdymo kokybės gerinimas.

Pagal poveikį:

- Ekonominės (*„didėjantis darbo našumas ir pelnas, mažėjančios sąnaudos, didėjantis eksportas“*);
- Socialinės (*„mažėjanti bedarbių, socialinių paslaugų plėtra, visuomenės sluoksnių diferenciacijos mažėjimas“*);
- Ekologinės (*„aplinkos taršos mažėjimas, ekologinių problemų sprendimas“*);
- Kompleksinės (*„(– ekonominio, socialinio ir ekologinio poveikio kompleksas“*).

Tokia inovacijų klasifikacija gali būti laikoma tradicine, apibendrinančia įvairiose literatūros šaltiniuose pateiktas inovacijos sampratas. Pasak Melninko (2000) ši klasifikacija atspindi inovacinės veiklos specifiką, leidžia suprasti inovacinės veiklos daugialypiškumą. Taip pat šis autorius akcentuoja tai, kad „inovacijos tai ne tik visiškai nauji produktai ar naujos paslaugos, bet ir žinių panaudojimas jas tobulinant“.

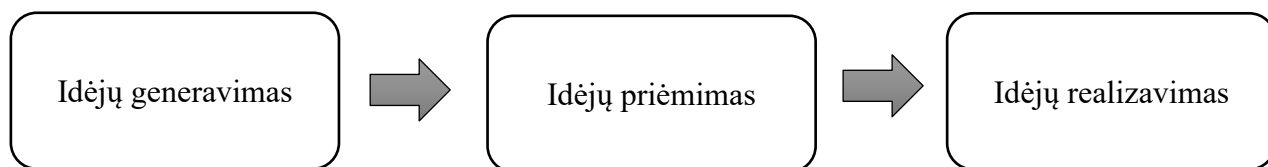
Apibendrinus galima būtų teigti, kad inovacijų klasifikavimas gali pagilinti jų suvokimą ir įvertinti jas kaip tam tikros sistemos visumą. Kiekvienas mokslininkas inovacijas interpretuoja ir klasifikuoja savaip, todėl būtų labai sunku jas išskirti, nes tarp jų nėra aiškių skirtumų. Pavyzdžiui sveikatos priežiūros įstaigos inovacinės veiklos klasifikacija, orientuota į inovacijų taikymą sveikatos įstaigos vadybinėje veikloje, apimančioje gydymo procesus.

1.3. Inovacijų diegimo procesas ir jo svarba sveikatos priežiūros įstaigose

Naudojantis B. Everard ir G. Morris (1997) teorija, galima daryti išvadas, jog inovacijų įdiegimo esmė – nuolatos gerinti organizacijos procesų kokybę, pritaikant darbuotojų

idėjas ir pasiūlymus, įgyvendinant užsibrėžtus tikslus. Pasak autorių „inovacijų diegimas – tai ne vienkartinis veiksmas, o atsakymas į besikeičiančias aplinkos sąlygas“.

Inovacijų diegimo procesas susideda iš trijų inovacijų diegimo proceso etapų: idėjų generavimą, idėjų priėmimą bei idėjų realizavimą.



2 pav. inovacijų diegimo procesas (Thom, Ritz, 2004)

Inovacijų diegimo procesas yra priklausomas nuo aplinkos, todėl norint suprasti geriau inovacijų diegimo procesą reikia išsiaiškinti aplinkoje veikiančius ir inovacijų diegimui įtaką darančius veiksniai – vidinius ir išorinius.

Anor S. Valentinavičiaus (1997), inovacijų diegimo procesas dažniausiai būna ganėtinai ilgas, didėjantis procesas, susidedantis iš daugelio sprendimų. Pradžia yra pačios idėjos formavimo stadija ir pabaiga jos įgyvendinimu. Vėliau būtų tikslinga įvertinti kokie veiksniai turi įtakos inovacinio proceso įgyvendinimo sėkmei. Pasak Valantinavičiaus (1997) prie jų priskiriami politiniai – teisiniai, ekonominiai, socialiniai, technologiniai ir rinkos veiksniai.

Be išorinių veiksnių labai svarbūs dar yra ir vidiniai įstaigos išteklių (veiksniai) inovacijų diegimo procese. Melninkas (2000) įvardina keturis elementus, kuriuos reikėtų įvertinti kaip pagrindinius, vertinant vidinę įmonės aplinką: tai personalas, informacija, resursai, įmonės kultūra. Autoriaus teigimu „vienas iš svarbiausių inovacinės veiklos sėkmės veiksnių inovacijų procese dalyvaujantis personalas nuo kurio priklauso inovacinės veiklos rezultatas“.

Norėdami turėti kuo aukštesnio lygio sveikatos sistemą, turėtume nuolat nagrinėti ir palaipsniui koreguoti tai ką turime, ką darome. Tai reiškia, kad turime būti pasiruošę inovacijoms ir pripažinti, kad paskutiniųjų 10 – 20 metų sveikatos sistemos patirtis ir požiūris į ją nebūtinai tinka ir būsimos kartos žmonėms. Iš to seka, kad ypač svarbu būti pasiruošusiems naujovėms, beo taikyti naujų iššūkių ir problemų sprendimo būdus. Tai pabrėžia organizacinių inovacijų reikšmę ir svarbą. Gurevičiaus teigimu „mes negalėsime realizuoti savo ambicijų, jeigu darysime tik mažą dalį to, ko iš mūsų reikalauja nūdienos situacija“. (Gurevičius, 1999).

Pastaraisiais metais, ypač Covid – 19 infekcijos laikotarpiu, vis dažniau į viešumą iškyla priekaištų ir argumentų, jog sveikatos sistema orientuota į susirgusio asmens gydymą, o ne į sveiką žmogų. Būtent dėl šios priežasties tikslingiau kalbėti apie sveikatos priežiūros sistemą, o ne apie sveikatos sistemą, kadangi sprendimai turi siekti pagrindinį išeities rezultatą – gyventojų sveikatą, susidedančią iš kiekvieno asmens sveikatos.

Sveikatos priežiūroje siūloma inovaciją vertinti dviem aspektais: kaip reiškinį ir kaip procesą. Vertinant kaip reiškinį inovacija traktuojama kaip bet koks su tikslu siejamas pakeitimas, kuriuo yra siekiama patobulinti sveikatos sistemos būklę ar ją pakeisti. Vertinant kaip procesą, tai inovacija traktuojama kaip procesas, kuriam siekiant gauti kuo geresnį efektą, reikia apimti visą nagrinėjamą sveikatos sistemos tyrimą, įskaitant jo rengimą, valdymą ir funkcionalų panaudojimą.

Nagrinėjant sveikatos paslaugų prieinamumo problemą, akivaizdu, kad ji sukelia daugybę rimtų diskusijų, kurios reikalauja inovatyvių organizacinių sprendimų. Pavyzdžiui, Lietuvoje yra didelis ir nuolat didėjantis bendrosios praktikos (BPG) gydytojų trūkumas. Kiekvienas gydytojas turi savo apylinkę, susidėsiančią iš prisirašiusių gyventojų skaičiaus, kuris nuolat auga, o mažėjant specialistams kylą tendencija dar augti. Tai rodo, kad toliau gydytojams daugės prižiūrimų pacientų skaičių ir toks augimas pablogins sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, jų kokybę ir skatins specialistų pervargimą. Sprendžiant tokią dilemą, gydytojai turintys 2500 prisirašiusių pacientų, turės dirbti 18 valandų per parą, tam, kad galėtų suteikti reikiamą pagalbą lėtinių ligų turintiems pacientams ar bent iš dalies atliktų profilaktinį darbą.

Pasak autorių Gurevičius R., Kurkaitė S., Valantienė J. (2012), tai „vienas iš inovatyvių sprendimų – glaudesnis visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimas sveikatos sinergijos pavyzdžiu“. Be abejojimo turi būti proporcingas balansas tarp galimų pajėgumų ir būtino poreikio. Jį įvertinus išaiškėtų problema.

Pagrindinių su sveikata susijusių priemonių paslaugų prieinamumo pagerinimui, būtinos mažiausiai kelių rūšių inovacijos:

- 1) kurios garantuotų tokių paslaugų prieinamumą ir būtų efektyvesnės už šiuo metu naudojamą;
- 2) užtikrinančios jų teisingumą ir paskirstymą;
- 3) sujungiančios teikėjų ir visuomenės pastangas priderinti paslaugas vietos reikmėms.

Išnagrinėjus įvairių autorių požiūrį apie inovatyvių sprendimų sveikatos priežiūros sistemos diegime, galima teigti, kad sveikatos sistemoje turėtų būti daugiau eksperimentuojama, kadangi nėra mokomasi šiuo metu iš klaidų. Nėra bandoma net testuoti, taisyti klaidas ir vėl diegti, nors tai būtų privalumas.

1.4. Kliūtys diegiant inovacijas

Pasak A. Baleženčio (2008), inovacijos procesas – „tai atsinaujinimo procesas. Inovacijų procesas veikiamas vidinių ir išorinių jėgų (veiksnių). Vieni veiksniai skatina inovacijas, kiti jas stabdo. Inovacijų veiksnių sąveika nulemia inovacijos proceso rezultatą“. Jeigu yra stabdančių ir varomųjų jėgų pusiausvyra, pokytis nevyksta (Baležentis, 2008).

Bland (2010) nurodo dvi pagrindines kliūtis, dėl kurių gali kilti problemų inovacijų įgyvendinimo procese, taikant tinklinę (tinklinė valdymo forma – efektyvi, į inovacijas orientuota forma) žinių bei informacijos valdymo formą (Blan ir kt., 2000). Tai sudarytų nesuderintų tikslų bei blaškymusi tarp kelių skirtingų interesų, norint kuo labiau paaukštinti savo pačių interesus. To uždavinys būtų siekti susitarimų, nebegiaunant tarpusavio pasitikėjimo. Kita kliūtis, kad koordinavime nėra atsakingų. Esant dideliame kompleksiskumui ir neaiškiai atsakomybei, atsiradusios koordinavimo problemos gali pakenkti inovacijų diegimo procesui, todėl reikia naujos inovacinės kontrolės formos (Bland, 2010).

S. Boris (2006), išanalizavęs inovacijų įgyvendinimo atvejus, viešajame bei privačiajame sektoriuose išskyrė tris inovacijų diegimo problemų grupes:

1. Problemos kylančios dėl politinės aplinkos;
2. Problemos kylančios dėl biurokratijos ir organizacijos – skeptiškas požiūris, veiklos planavimo ir koordinavimo sudėtingumas, dalyvių pasipriešinimas antrepnieriškiems veiksams;
3. Problemos, nulemtos išorinės aplinkos.

Įvertinus inovacijų taikymo problemas sveikatos priežiūros srityje, nustatyta, kad sveikatos paslaugų prieinamumo problema reikalauja organizacinių inovatyvių sprendimų, kadangi visos inovacinės veiklos siejamos su rizika. Tinkamam įvertinimui tikslinga vertinti inovacinės veiklos potencialą, remiantis išteklių, įrengimų, personalo, praktinės patirties efektyvumo parametrų grupėmis išskiriant stipriąsias ir silpnąsias puses.

Apibendrinus galima teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigose pačią inovatyvią veiklą galima suskirstyti į skirtingus etapus. Tai būtų naujos idėjos ir inovacijos sukūrimas, ją modifikuojant, tuomet jos įdiegimas, nuolatinis tobulinimas ir sklaida. Akivaizdu, kad inovacija neegzistuos, kol ji nebus paskleista ir neįgyvendinta.

2. INOVACIJŲ TAIKymo PRAKTIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SRITYJE COVID-19 INFEKCIJOS LAIKOTARPIU

Praėjusių metų pradžioje COVID-19 viruso protrūkis daugelį valstybių privertė taikyti griežtas apsaugos ir prevencines priemones, tame tarpe ir inovatyviais technologiniais

procesais. 2020 m. kovo mėn. Pasaulio sveikatos organizacija PSO pranešė, kad: „*infekuotųjų skaičius pasaulyje viršijo 100 000, mirusiųjų nuo ligos – 3486, balandžio 4 d., PSO pranešė apie daugiau nei 1 000 000 infekuotųjų ir 57 000 mirčių, o 2020 m. balandžio 17 d. infekuotųjų skaičius viršijo 2 milijonus, mirusiųjų – 139 000. Naujuoju pandemijos centru tapo Italija. Čia kovo 19 d. pirmą kartą mirusiųjų nuo pandemijos registruota daugiau nei Kinijoje. 2020 m. kovo 23 d. šalia Kinijos, Italijos ir Ispanijos daugiausia infekcijų registruota Irane, Vokietijoje, Prancūzijoje ir JAV; Kinijoje naujų susirgimų skaičius buvo ženkliai sumažėjęs. Kovo 26 d. daugiau mirusiųjų nuo infekcijos nei Kinijoje registruota Ispanijoje. 2020 m. kovo pabaigoje stipriai išaugo susirgimų skaičius JAV; Jungtinės Valstijos tapo nauju epidemijos centru šalia Kinijos ir Europos. 2020 m. balandžio mėn. Kinijos pandemijos aukų skaičius buvo viršytas Prancūzijoje, JAV, Jungtinėje Karalystėje, Irane, Belgijoje ir Vokietijoje. Daugelyje šalių imtasi griežtų apribojimų viešojoje sferoje, imtas reguliuoti asmeninis piliečių gyvenimas, ėmė reikštis šių priemonių sukeltos ekonominės krizės ženklai“.* Visa ši statistika rodo, kad informacinės technologijos ir jų tobulėjimas yra neatskiriamas procesas ne tik sveikatos priežiūros, bet ir visose kitose srityse.

Norint išsamiau susipažinti su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe, visų pirma reikia susipažinti su sveikatos priežiūros samprata. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstatyme Nr. IX-886, visuomenės sveikatos priežiūra apibrėžta taip: „*organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma*“.

Visumą sudaro visa grandinė inovacinių pokyčių: atitinkamas gydytojų paruošimas, naujos medicininės įrangos, gydytojo, sveikatos apsaugos įstaigos ir visos sistemos organizaciniai, vadybiniai ir teisiniai pokyčiai. (Jasiulaitis ir kt. 2014, 273).

PSO teigimu „*iškyla būtinybė kurti bendro naudojimo sveikatos sektoriaus duomenų bazes (klasifikatorių, registru), viešojo administravimo informacinių išteklių bei elektroninės valdžios viešųjų paslaugų*“.

Vis labiau sąveikaujant naujoms technologijoms su sveikatos priežiūros procesu, išryškėja įvairūs probleminiai aspektai sveikatos priežiūros taikymo procese, ypačingai teisiniuose procesuose. Akivaizdu, kad būtent sveikatos priežiūros srityje saugumą iš anksto numatyti ir įvertinti yra sunkiau nei efektyvumą. Todėl diegiant naujas technologijas į sveikatos priežiūrą ir teisės taikymo procesuose svarbu vadovautis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) suformuota sveikatos samprata, bei prioritetu laikyti sveikatos teisės principus, kurie papildomi kokybiškai naujais turinio aspektais.

2.1. Informacinių sistemų diegimo plėtros poreikis sveikatos priežiūros sistemoje

COVID-19 infekcijos plitimas gerokai pakoregavo viso pasaulio kasdienę rutiną ir sukėlė sumaištį tiek ekonominiame tiek socialiniame gyvenime. Įvairios pasaulio šalys susidūrė su įvairiomis kliūtimis siekiant suvaldyti pandemiją. Buvo imtasi įvairių veiksmų, apribojimų ir spęsta apie inovatyvius sprendimus padėsiančius pagelbėti pandemijos krizės laikotarpiu.

Pagrindiniai aspektai apie įvestus apribojimus ir inovacijų diegimą skirtingose šalyse aprašyta **1 priede**. Informacija atrinkta naudojantis didžiausia pasaulyje nacionalinės transliavimo organizacijos BBC (British Broadcasting Corporation) interneto portalą.

Sparti informacinių technologijų raida lemia nuolatinį naujų inovatyvių elektroninių paslaugų atsiradimą, esamų paslaugų vystymą ir tobulinimą. (Romeika 2017,12). Čeburaitės D. ir Štaro K. (2018) teigimu, norint pasinaudoti technologijos teikiama nauda ir veiksmingai gerinti sveikatos priežiūros kokybę, būtina tinkamai parengti sveikatos priežiūros darbuotojus, taip pat tiesiogiai įtraukti pacientą, turėti sąžiningą ir vieningą sveikatos vertinimo sistemą ir kurti technologijas, kurios įtakotų gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę. Esant esminiams pasikeitimams sveikatos priežiūros srityje, būtina dėmesį skirti tyrimui, išsiaiškinti inovacijų taikymo įtaką, tiek sveikatos priežiūros specialistams, tiek pacientams (koks poveikis prie tokių „šuolių“ įvairioms amžiaus grupėms).

Vertinant šiandieninius gyventojų informacinius sveikatos priežiūros poreikius ir informacinių technologijų plėtros galimybes, yra akivaizdu, kad pačiam sveikatos priežiūros paslaugų proceso ir sveikatingumo rodikliui, tai turi labai didelę reikšmę gyventojams. Yra matomas spartus didėjantis gyventojų poreikis ambulatorinėms paslaugoms, ypatingai apsilankymams pas bendrosios praktikos gydytojus ir dienos stacionaro bei procedūrinių kabinetų atliekamoms paslaugoms.

Europos Sąjungos (ES) veiksmų sveikatos srityje programoje sakoma, kad „inovacijas sveikatos srityje dera suprasti kaip visuomenės sveikatos strategiją, kurioje neapsiribojama technologine pažanga tik produktų ir paslaugų srityje“. Iš to galima teigti, kad inovacijų plėtimas ir integravimas į sveikatos priežiūros sistemą priimant tobulesnius sprendimus yra labai svarbus visuomenei sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese. Iš kitos pusės yra labai svarbu numatyti būsimus pokyčius, iš anksto nenusistačius kas bus reikalinga, ar ne, kadangi patirtis rodo, kad galima gauti patogias paslaugas, inovacijas ar naujoves, tačiau tai gali nebūti naudinga. Todėl į inovatyvių paslaugų ar informacinių technologijų įtakas sveikatos priežiūros paslaugų plėtroje svarbu žvelgti per tikslų, principų ir orientacijų prizmę, nes tik tokiais būdais įgyvendinamas sistemos tvarumas

2.2.Naujų inovacijų įvedimas Lietuvoje Covid-19 infekcijos laikotarpiu

Naujų sveikatos priežiūros paslaugų pritaikymas, ypatingai informacinių technologijų panaudojimo srityje, keičia ne tik teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, bet ir atveria naujas paslaugų teikimo galimybes. Kartu su naujomis galimybėmis atsiranda ir naujų paslaugų diegimo ir jų prieinamumo pacientams problema.

Paplitus Covid-19 infekcijai dalis procesų ir naujų metodų turėjo būti įgyvendinti labai greitai, nespėjus įvertinti visų galimų nesklandumų.

Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, paplitus dar nežinomai infekcijai, sveikatos priežiūros srityje buvo kasdien diegiamos naujovės, sparčiai daugėti ekstremalių situacijų centrų veiklos posėdžių ir priiminėjami greiti sprendimai, padėsiantys valdyti pandemijos grėsmę ir laiku suteikti pagalbą sergantiems žmonėms. Nuo pat 2020 m. kovo mėn. 16 d. vyriausybė davė nurodymus sveikatos apsaugos ministerijai, kad visos sveikatos priežiūros įstaigos, nepriklausomai nuo jų pavaldumo (viešos ar privačios), nepriklausomai ar regiono ar rajono lygmens, sudarytų sąlygas infekcijai valdyti. Pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos turėjo užsidaryti, valdyti srautus teikiant nuotolines šeimos gydytojų paslaugas. Tuo tarpu ir ligoninės turėjo skyriuose mažinti gulimų pacientų skaičius, įrenginėti skyrius, kuriuose galėtu užtikrinti deguonies padavimą prie kiekvienos stacionare esančios lovos. O tam kad iširti sergančios populiacijos skaičių, buvo duoti nurodymai apmokyti sveikatos priežiūros specialistus testuoti gyventojus atliekant tyrimus iš nosiaryklės Covid-19 infekcijai nustatyti.

To pasėkoje per kelias savaitės sveikatos priežiūros srityje atsirado nauji skyriai, punktai:

- 1) Karščiavimo klinikos
- 2) Mobilūs punktai
- 3) Covid-19 skyriai.

Karščiavimo klinikos Lietuvoje.

Dauguma karščiavimo klinikų yra įkurtos ligoninių patalpose, turint atskirą įėjimą. Toks sprendimas buvo priimtas dėl karščiavimo klinikoms iškeltų privalomųjų sąlygų, kurių viena pagrindinių buvo turėti rentgeną. Tos pirmo lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigos (poliklinikos, sveikatos centrai ir kt.), kurios turėjo portatyvinius rentgeno aparatus, karščiavimo klinikas įkūrė savo patalpose. Sprendimus priėmė kiekviena savivaldybė operacijų centrų ir ekstremaliųjų operacijų posėdžiuose.

Buvusio sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo Aurelijaus Verygos (2020) teigimu, karščiavimo klinikų tinklas yra dar vieno svarbaus etapo užbaigimas. Viso Lietuvoje įkurtos 24 karščiavimo klinikos. Visa informacija apie jų aptarnaujamą teritoriją ir atsakingas gydymo įstaigas įkelta **2 priede**. Informacija paimta iš Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos viešinamos informacijos.

Įkurtose karščiavimo klinikose priėminėjami pacientai nuo 18 iki 60 metų amžiaus. Tie asmenys, kuriems sukilo 37,8 °C ir aukštesnė temperatūra, turi telefonu kreiptis į savo šeimos gydytoją. Į karščiavimo klinikas registruojami tik bendrosios praktikos gydytojo elektroninį siuntimą turintys pacientai, kurie turi ūmių ar būdingų ligos požymių (karščiavimas, kosulys, dusulys ir kt.). Tuomet karščiavimo klinikos koordinatorius gavęs elektroninį siuntimą, nedelsdamas susisieikia su karščiuojančiu pacientu jo nurodytu telefono numeriu ir suderinęs vizito laiką, padiktuodavo adresą, bei bendrą atvykimo tvarką. Taip pat karščiavimo klinikos koordinatorius turi išsiaiškinti, ar karščiuojantis pacientas gali pats atvykti į karščiavimo kliniką su savo transporto priemone, ar jam reikalingas organizuoti transportas. Kiekviena savivaldybė yra sudariusi bent su keliomis įstaigomis sutartis, kad būtų suteiktos visos pavėžėjimo paslaugos. Atvykusiam į karščiavimo kliniką asmeniui neleidžiama išlipti iš automobilio ar net atidaryti lango. Su savimi pacientas turi turėti asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą ir A4 formato lapą, kuriame užrašytas telefono numeris. Prieš koordinatorius parodo, kurioje salono vietoje asmuo turi padėti lapą. Tuomet jam paskambinama nurodytu numeriu taip sutikrinant atvykusio žmogaus tapatybės duomenis. Gavęs koordinatoriaus leidimą, asmuo gali užėiti į karščiavimo kliniką, bet būtinai turi būti užsidėjęs medicininę kaukę.

Karščiavimo klinikoje pacientui yra atliekamas išsamus sveikatos patikrinimas, tai bendras kraujo tyrimas, krūtinės ląstos rentgenografinis tyrimas, paimamas PGR tepinėlis iš nosiaryklės dėl Covid-19 infekcijos, taip pat esant reikalui paskiriamas gydymas. Priklausomai nuo karščiuojančio paciento esamos sveikatos būklės, karščiavimo klinikos gydytojas įvertinas tyrimų rezultatus, gali išleisti pacientą izoliuotis į namus ar kitą gyvenamąją patalpą, arba nukreipiamas į gydymo įstaigas, kuriose yra gydomi infekcija sergantys asmenys.

Mobilūs punktai.

Atsižvelgiant į nepalankią epidemiologinę situaciją dėl koronaviruso (COVID-19) plitimo Lietuvoje, Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) įpareigojo savivaldybių administracijos direktorius savivaldybėse įsteigti mobilius punktus, kuriuose rajono žmonės turi būti testuojami PGR testais iš nosiaryklės. Gydymo įstaigos, teikiančios pirmines sveikatos priežiūros paslaugas,

turėjo skirti darbuotojus ir užtikrinti jų apmokymą bei tolimesnį darbą mobiliame punkte pagal mobilaus punkto koordinatoriaus pateiktą grafiką. Į mobilų punktą negalima buvo vykti savarankiškai – būtina buvo užsiregistruoti tyrimui skambinant į Karštąją liniją 1808. Karštosios linijos konsultantas, įvertinęs paciento pateiktus duomenis, turi priimti sprendimą, ar skambinantį žmogų tikslinga iširti dėl koronaviruso. Tuo atveju, jei žmogų nuspręsta tirti, jis konsultantui turi pateikti vardą, pavardę, asmens kodą, mobilaus telefono numerį. Šiuos duomenis konsultantas suveda į karštosios linijos 1808 specialią HybridLab informacinę sistemą. Atvykus į mobilų punktą, negalima išlipti iš automobilio ar atidaryti lango, kol to nenurodė mobilios komandos narys. Kartu su savimi reikia turėti asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą bei A4 formato lapą su užrašytu mobilaus telefono numeriu, kurį, atvykus į mobilų punktą, reikėjo padėti medicinos darbuotojo nurodytoje vietoje automobilio salono viduje. Šiuo numeriu buvo susisiekiama ir sutikrinami atvykusio žmogaus duomenys.

Viso Lietuvoje įsteigti 53 mobilūs punktai. Jų darbas koordinuojamas ir prižiūrimas savivaldybių administracijų direktorių paskirtų asmenų. Informacija apie mobilių punktų vietą ir koordinatorius įkelta **3 priede**.

Covid-19 skyriai.

2020 m. kovo mėn. pradėjus plisti koronaviruso infekcijai, buvo nutarta, kad sergančius šia infekcija gydyti didžiosiose šalies regionų ligoninėse. Tačiau infekcijai plečiantis, atėjus antrajai bangai, regionų ligoninėse ėmus trūkti lovų, 2020 m. lapkričio 4 dieną vykusiame Lietuvos Respublikos Vyriausybės posėdyje buvo nutarta pasitelkti ir kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas, pagal jų veikimo teritoriją, kad būtų tinkamai organizuojamas paslaugų dėl Covid-19 teikimas asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Viso 55 skyriai skirti gydyti infekciją rajono lygmens ligoninėse. Skyrių užimtumu paskirtos 5 regiono ligoninės, kurios kūrėsi skyrius atraminėse rajonų ligoninėse. Informacija paimta iš Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos viešinamos informacijos pateikta **4 priede**.

2.3.Spartus inovacijų vystymasis ir naudojimas sveikatos priežiūroje

Šiai dienai pasauliniu mastu vis intensyviau naudojamos įvairios paciento elektroninės sveikatos formos, kuriose yra kaupiama visa informacija apie paciento sveikatos būklę, profilaktiką, skiepus, apsilankymus ir kt. duomenis, taip realizuojant orientavimąsi į pacientą bei jo poreikius, užtikrinant sveikatos paslaugų teikimą ir prieigą prie paciento medicininės ir sveikatos informacijos, nesvarbu, kurioje vietoje jis bebūtų, ar pas kokį specialistą besilankytų, nepriklausomai nuo

gydymo įstaigos. Naudojantis elektronine erdve, jos įgyvendinimui yra privalomas medicinos darbuotojo elektroninis parašas, tam, kad galima būtų integruoti ir keistis informacija, užtikrinti saugumo ir kitas funkcijas.

Analizuojant Aukščiausiosios audito institucijos valstybės kontrolės ataskaitą, buvo nagrinėjama audito išvada, teigianti, kad „...sunkumas planuoti pokyčius aiškintinas tuo, jog sveikatos priežiūrai tam tikrais atvejais gali tekti priimti sprendimus mokslinio tikrumo stygiaus ir hipotetinių rizikų sąlygomis“. (Aukščiausioji audito institucija, 2018). Diegiant naujas technologijas iš anksto yra sunkiau numatyti jų saugumą, nei būsimą efektyvumą. Tačiau tai nereiškia, kad reikia stabdyti naujų technologijų plėtrą ir pažangumą, atvirkščiai būtina užtikrinti inovatyvių paslaugų saugumą, bei ieškoti tinkamiausios pusiausvyros dėl galimo rizikos ir būsimos naudos. Planuojant inovatyvias technologijas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesuose, būtina iš anksto numatyti tokius veiksnius, kad teikiamos paslaugos būtų prieinamos visoms socialinėms grupėms vienodai. Nes pavyzdžiui dar keletą metų atgal, kai tik buvo imtasi plėsti e. sveikatos paslaugų spektrą, mokslininkai tyrė išsamią informaciją ir vykdė stebėseną, ar tos paslaugos tampa prieinamos tik labiau pasiturinčioms šeimoms, pacientams, o kitiems lieka tik periodinės konsultacijos, ar vis tik paslaugos prieinamos visiems nepriklausomai nuo socialinės padėties. Analizuojant Lietuvos ir užsienio literatūros teisės aktus, bei nagrinėjant Europos bendrijos rūmų 2018 m. specialiąją ataskaitą „...matyti, jog žmogaus teisė į geriausią įmanomą sveikatą įgyvendinama taip pat ir per technologijų pažangos prieinamumą, kurio užtikrinimas tapo vienu didžiausių prioritetu šiuolaikinėje sveikatos priežiūroje“ (Griškevičius, 2012).

Pilnas elektroninės sveikatos įgyvendinimas yra sudėtingas ir ilgalaikis procesas. Prieš beveik dešimtmetį Tomo Vedlūga ir Neringos Kalvelytės (2013) vyravo nuomonė, „...kad palaipsniui evoliucionuojančiame virtualiame tinkle elektroninis sveikatos įrašas iš pradžių turi būti tik gyventojų svarbiausia, gyvybinė informacija, vėliau ją papildant vis detalesne medicinine informacija, kuri per nuorodas pasiekama iš tinkluose paskirstytų vietų, kur ji yra laikoma ir kaupiama“. Pasak gerb. prof. Kęstučio Štaro ir Daivos Čeburaitės (2018) teigimu, šiuo metu elektroninis sveikatos lygis yra aukščiausiam lygyje, kai semantiškai struktūrizuotas įrašas ir jame esanti informacija gali būti apdorojama automatiškai.

3. INOVACIJŲ TAIKYMAS VŠĮ ŠVENČIONIŲ RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRE (EMPIRINIS TYRIMAS)

3.1. Švenčionių rajono nauji sveikatos priežiūros sprendimai Covid-19 infekcijos laikotarpiu ir statistiniai infekcijos plitimo duomenys

Nuo 2020 m. kovo mėn. iki 2021 m. kovo mėn. Švenčionių rajone Covid – 19 infekcijos plitimas pareikalavo daug iššūkių. Per minėtą laikotarpį infekcijos plitimas palietė dauguma didesnių organizacijų, socialinių globos įstaigų, rajono ligoninę. Sirgo medikai, trūko specialistų. Viso deklaruotas 2021 ligos atvejais, tai atitinka 11.4 % Švenčionių rajono gyventojų. 2021 m. kovo mėn. rajonas dėl didėjančio infekcijos plitimo buvo įrašytas į raudonąją zoną. Turintys gretutinių ligų rajone mirė 59 asmenys, iš jų 16 siejami tik su Covid – 19.

Švenčionių rajono savivaldybės ekstremaliųjų situacijų narių ir operacijų centro nurodymu VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras buvo paskirtas už mobilių punktų koordinavimą, asmenų testavimą nuo infekcijos ir vakcinavimo procesą rajone.

Per minėtą laikotarpį buvo atlikta 19825 diagnostinių PGR tyrimų iš nosiaryklės, ištirta 8481 asmenys.

Nuo 2021 m. sausio mėn. pabaigos, prasidėjus vakcinacijai, iki 2021 m. balandžio mėn. buvo pristatytos 4802 vakcinos dozės. Suvakcinuoti 3071 asmenys pirma vakcina ir 1606 antrąją vakcinos doze. Gyventojų vakcinavimas sudarė 13,65 % Švenčionių rajono gyventojų.

Padaugėjus naujiems ir papildomiems darbams, bei besitęsiant visuotinei pandemijai, iššūkis sveikatos priežiūroje buvo siejamas su paslaugų teikimu nuotoliniu būdu. Siekiant išanalizuoti pasekmes ir įvertinti sveikatos priežiūros specialistų bei rajono gyventojų nuomonę, buvo apliktas empirinis tyrimas VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centre, siejamas būtent su šia inovacija.

3.2.VšĮ Švenčionių rajono PSPC empirinis tyrimas

Tyrimo planavimas (organizavimas): Tyrimas buvo atliktas 2021 metų vasario 15 – kovo 5 dienomis, anoniminės apklausos metodu apklausus 468 respondentus. Tyrimas buvo atliktas apklausą suskirsčius dviem tikslinėms grupėms – VšĮ Švenčionių rajono PSPC gydytojams ir slaugytojams (viso 88 darbuotojai) ir pacientams (viso atsakyta 380 anketų). Tiriamųjų atranka (populiacija, imtis) buvo nustatyta panaudojant Paniotto formulę:

$n=1/(\Delta^2+1/N)$, čia n – atvejų skaičius atrankinėje grupėje, N - generalinė aibė, kurią sudaro unikalių pacientų skaičius (mano atveju prie Švenčionių r. PSPC prisirašiusiųjų asmenų skaičius, kuris sudaro 19703 asm.), Δ - paklaidos dydis 0,05. Nagrinėjamu atveju man reikėjo surinkti mažiausiai 377 asmenų anketas.

Tyrimo metodai: apklausai buvo naudojamos dvi sudarytos anketos. Pagrindinis tikslas buvo išsiaiškinti kaip nuotolinių paslaugų įvedimo inovacija pakeitė darbuotojų ir pacientų požiūrį į sveikatos priežiūros sistemą, jos prieinamumą, gerinimą. Siekiama ištirti ar dėl šios inovacijos kilo sudėtingumai darbo krūvio paskirstymo srityje (darbuotojų atžvilgiu) ir ar pasiteisino pacientams norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas.

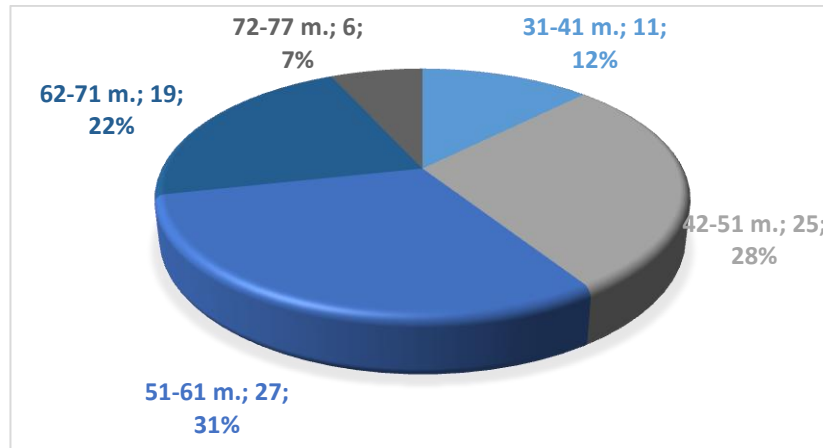
Subjektyvus sveikatos vertinimas atliktas pagal Likerto skalės vertinimo metodiką. Atsakymų vertinimas balais buvo: 5 balai – labai gerai, 4 b – gerai, 3 b.-vidutiniškai, 2 b. - blogai, 1 b- labai blogai ir tolygiai visiškai sutinku 5, sutinku 4 ir t.t.

Duomenų analizės metodai: statistinė analizė atlikta naudojant „SPSS 21 for Windows“ statistinį paketą. Mann Whitney kriterijus dviem nepriklausomoms imtims, kai imčių dydis netolygūs - skirtumams tarp vertinimų vidurkių palyginti skirtingose grupėse. Stjudento T kriterijus dviem nepriklausomoms imtims, kai imčių dydis tolygus - skirtumams tarp vidurkių palyginti. X² kriterijus imčių homogeniškumui įvertinti - kai kintamieji kategoriniai ir nustatyti ar skirtingų imčių atsakymai skiriasi tarpusavyje. Dviejų ir daugiau grupių palyginimui naudota dispersinė analizė. Koreliacijai tarp kintamųjų nustatyti naudotas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Rezultatai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

3.2.1. VŠĮ Švenčionių rajono PSPC gydytojų ir slaugytojų nuotolinių paslaugų inovacijos vertinimo analizė

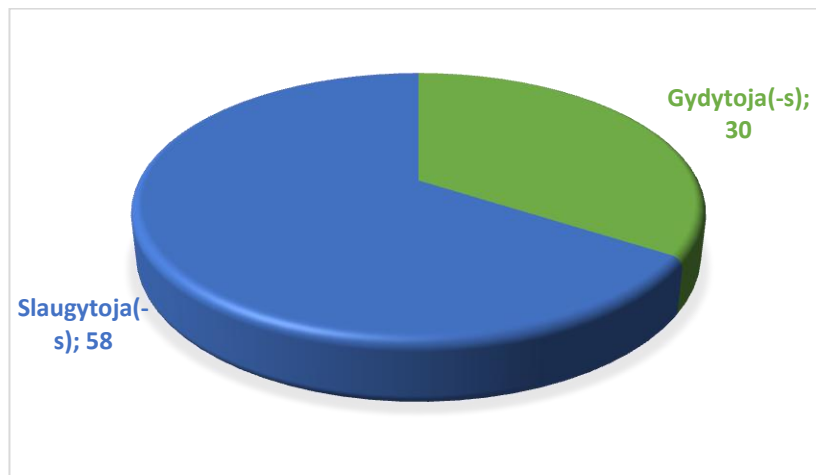
VŠĮ Švenčionių rajono PSPC dirba 112 darbuotojų, iš jų yra 88 licencijuoti medicinos darbuotojai (slaugytojai ir gydytojai), kurie tiesiogiai teikia nuotolines paslaugas, todėl jie buvo pasirinkti tiksline tyrimo grupe. Siekiant patikrinti, kaip tiksliai ir objektyviai apklaustų respondentų imtis atspindi populiacijos įvairovę, imtis buvo išanalizuota keliais pjūviais.

Tyrimo dalyvavo visi 88 įstaigos medikai. Personalo anketa pateikta 5 priede. Jų amžius yra nuo 31 iki 77 metų. Daugiausiai, tai yra 31 %, sudarė medicinos darbuotojai, kurių amžiaus intervalas yra nuo 51 iki 61 m. Panašiai – 28% sudarė nuo 42 iki 51 m amžiaus medikai, 22 % nuo 62 iki 71 m. Įstaigoje taip dirba jau sulaukę garbaus amžiaus medicinos darbuotojai, kurių amžiaus grupė yra nuo 72 iki 77 metų, jų procentai nuo visų įstaigos darbuotojų sudaro 7. Taip pat nedidelį procentą medikų sudaro jauni specialistai, kadangi į rajoną juos prisikviesti dirbti yra didelis iššūkis. Jauni specialistai, kurių amžius yra nuo 31 iki 41 m. sudaro 12 % nuo visų centro medicinos darbuotojų. Pagal amžių, jų susiskirstymas pavaizduotas 3 pav.:



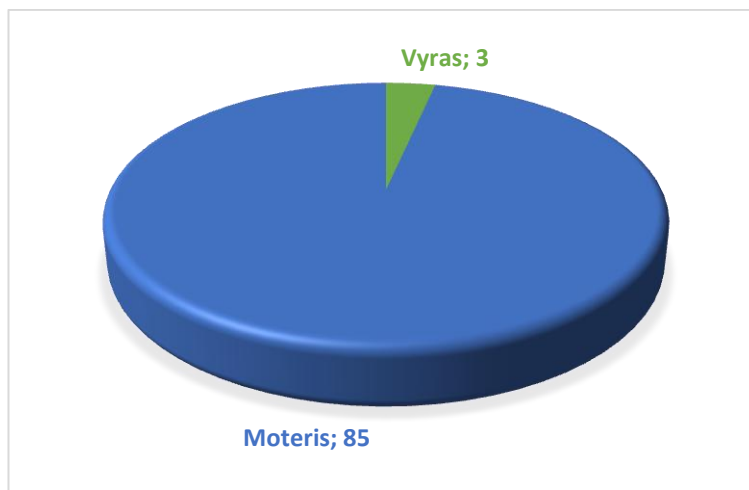
3 pav. Respondentų amžiaus pasiskirstymas

Iš dirbančiųjų centre 88 licencijuotų medicinos darbuotojų, gydytojai sudaro 34 %, bendrosios praktikos ir kiti slaugytojai 66 %. Jų pasiskirstymas pirminės sveikatos priežiūros centre pateiktas 4 pav.:



4 pav. Medicinos darbuotojų pasiskirstymas pagal pareigas

Jeigu būtų stebima lyčių lygybė darbuotojų pasiskirstyme, galima būtų daryti prielaidą, kad centre dirba tik moterys. Tačiau žvelgiant iš gilesnės pusės, kurioje akivaizdu, kad rajonų sveikatos priežiūros įstaigose labai trūksta specialistų, šis rodiklis būtų neprilyginamas lyčių nelygybei. Žvelgiant procentaliai, centre iš 88 sveikatos priežiūros specialistų, tik 4 % yra vyrų, o 96 % moterys. Jų pasiskirstymas pateiktas 5 pav.:



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Vykdamt anketinę apklausą buvo naudojamas Likerto skalės metodas. Klausimuose buvo pateikta atsakymų grupė su teiginiais apie tam tikrą objektą. Teiginiai buvo tiek pozityvūs, tiek ir negatyvūs. Respondentų buvo prašoma pagal penkiabalę skalę nurodyti savo sutikimo ar nesutikimo su kiekvienu teiginiu laipsnį. Atsakymai buvo vertinami taip, kad atitiktų kryptingumą – kiekvieno teiginio vertinimas gerėja, augant respondento sutikimo laipsniui. Pateiktos Likerto metodo skalės yra labai tinkamos vertinti darbuotojų pasitenkinimą darbu. Analizuojant tokios skalės duomenis, sumuojami vieno respondento atsakymai į visus teiginius ir skaičiuojamas vidurkis.

4 lentelėje pateikiami visų respondentų atsakymai suskirstyti pagal pareigybes. Įvertinus atsakymus, pateiktos reikšmės: respondentų skaičius, vidurkis, standartinis nuokrypis ir galimos paklaidos nuokrypis.

Atsakymai pagal pareigas		N	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Galimas paklaidos nuokrypis
4. Nuotolinės paslaugos sumažino darbo krūvio paskirstymo problemas sveikatos priežiūros paslaugų teikime	Gydytoja(-s)	30	4,20	,407	,074
	Slaugytoja(-s)	58	3,38	1,295	,170
5. Nuotolinės paslaugos (konsultacijos) palengvino gauti sveikatos priežiūros paslaugų pacientui (sumažino laukimo eilę) palyginus su tiesioginio kontakto paslauga	Gydytoja(-s)	30	4,13	,346	,063
	Slaugytoja(-s)	58	3,55	1,157	,152
6. Nuotolinių paslaugų teikimas sumažino pacientų skundų, nesusipratimų ar kitokių konfliktinių situacijų skaičių	Gydytoja(-s)	30	3,47	,571	,104
	Slaugytoja(-s)	58	2,24	1,315	,173
7. Nuotolinės paslaugos (konsultacijos) teikimas, tokios	Gydytoja(-s)	30	4,57	,504	,092

kaip nedarbingumo pažymėjimo išdavimas, siuntimo ar vaistų išrašymas ir kt., palengvina sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jei asmuo registruotas Jūsų aptarnaujamoje apylinkėje	Slaugytoja(-s)	58	3,98	,848	,111
8. Nuotolinės paslaugos (konsultacijos) teikimas, tokios kaip nedarbingumo pažymėjimo išdavimas, siuntimo ar vaistų išrašymas ir kt., palengvina sveikatos priežiūros paslaugų teikimą	Gydytoja(-s)	30	3,40	,563	,103
	Slaugytoja(-s)	58	1,91	,942	,124
9. Ar dažnai naudojotės nuotoline konsultacija gydytojas - gydytojas įstaigos viduje?	Gydytoja(-s)	30	3,27	,740	,135
	Slaugytoja(-s)	58	2,38	1,461	,192
10. Ar reikalinga I lygio darbuotojų nuotolinių paslaugų plėtra su kitų įstaigų aukštesnio lygio konsultantais (II ir III lygio ASPĮ)?	Gydytoja(-s)	30	3,83	,834	,152
	Slaugytoja(-s)	58	3,33	1,419	,186
11. Ar reikalingas priminimas pacientui apie nuotolinę paslaugą SMS žinute ar el. paštu?	Gydytoja(-s)	30	3,77	,679	,124
	Slaugytoja(-s)	58	3,69	1,581	,208
12. Ar Jums svarbi pacientų nuomonė apie jiems teikiamų nuotolinių paslaugų kokybę?	Gydytoja(-s)	30	3,90	,607	,111
	Slaugytoja(-s)	58	4,34	,785	,103
13. Ar Jūs pageidautumėte gauti daugiau informacijos apie pacientų pageidavimus ir lūkesčius paslaugų kokybės gerinimo atžvilgiu?	Gydytoja(-s)	30	3,87	,507	,093
	Slaugytoja(-s)	58	4,36	,931	,122
14. Personalo įgyta kvalifikacija (įgytas diplomą) atitinka (nėra žemesnio laipsnio) užimamas pareigas	Gydytoja(-s)	30	3,13	,507	,093
	Slaugytoja(-s)	58	4,74	,579	,076
15. Personalo turimos žinios, įgūdžiai yra tinkami (nėra žemesni) užimamoms pareigoms	Gydytoja(-s)	30	3,13	,507	,093
	Slaugytoja(-s)	58	4,66	,715	,094
16. Personalo bendravimo su pacientais įgūdžiai yra tinkami užimamoms pareigoms	Gydytoja(-s)	30	3,20	,484	,088
	Slaugytoja(-s)	58	4,50	,863	,113
17. Personalo bendravimo su kolegomis įgūdžiai yra tinkami užimamoms pareigoms	Gydytoja(-s)	30	3,20	,610	,111
	Slaugytoja(-s)	58	4,55	,730	,096
18. Personalo įgūdžiai spręsti konfliktines situacijas yra tinkami užimamoms pareigoms	Gydytoja(-s)	30	2,57	,728	,133
	Slaugytoja(-s)	57	4,33	1,006	,133
19. Personalo gebėjimas spręsti emocines pacientų problemas yra tinkamas užimamoms pareigoms	Gydytoja(-s)	30	2,53	,681	,124
	Slaugytoja(-s)	57	4,30	,999	,132
20. Personalo vertybinės nuostatos, moralė yra tinkamos užimamoms pareigoms	Gydytoja(-s)	30	2,87	,730	,133
	Slaugytoja(-s)	58	4,50	,628	,082
21. PCPC yra puoselėjamos tam tikros vertybės nuostatos bei moralės principai	Gydytoja(-s)	30	3,10	,548	,100
	Slaugytoja(-s)	58	4,53	,627	,082
22. Personalui būtų naudingi bendravimo bei konfliktinių	Gydytoja(-s)	30	4,07	,583	,106

situacijų sprendimo įgūdžių tobulinimosi kursai	Slaugytoja(-s)	58	2,98	1,732	,227
---	----------------	----	------	-------	------

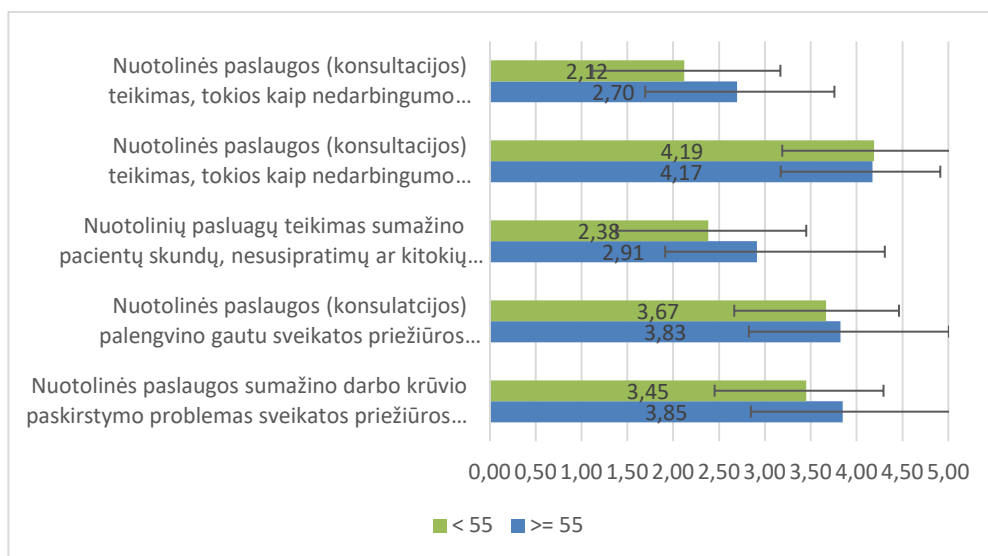
4 lentelė. Respondentų atsakymai suskirstyti pagal pareigybes

Išanalizavus visus klausimus ir vertinant pasitenkinimų vidurkį, galima daryti prielaidą, kad nuotolinės paslaugos yra labiau vertinamos gydytojų, jos palengvino tam tikrų paslaugų atlikimą (tokių kaip nedarbingumo pažymėjimo išdavimas, vaistų ar siuntimų išrašymas), o slaugytojams labiau rūpi emocinės pacientų problemos, moralės ar kitos vertybės užimamoms pareigoms, puoselėjamos vertybės nuostatos. Levickaitė, Remeikis ir Žemaitis (2011) teigia, kad „(...) *įsisavinti bei diegti inovacijas bei jų praktišką įgyvendinimą, galima vertinti įgytomis žiniomis procese*“. Iš to galima suprasti, kad į inovacijas pradėta žvelgti, kaip į tęsinį išrastos naujos technologijos apie nuotolines paslaugas, ir kaip gydytojams jos palengvino teikiamas paslaugas.

Tam, kad atsakymai būtų tolygūs nepriklausomai nuo užimamų pareigų, toliau pasitenkinimo/ nepasitenkinimo vertinimas nuotolinėms paslaugoms, buvo atliktas suskirsčius respondentus į dvi grupes. Atsakymų įvertinimui išskirtos 2 asmenų grupės: darbuotojai iki 55 m. amžiaus ir darbuotojai virš 55 metų amžiaus. Iš to galima įvertinti ar nuotolinių paslaugų diegimas yra įtakojamas jaunesnio ir vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros specialistams.

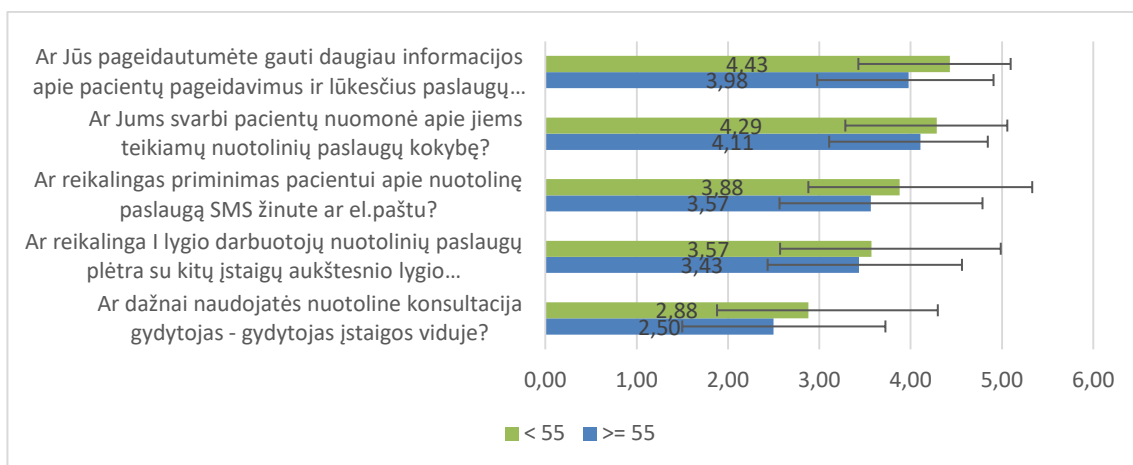
Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tarp jaunesnio ir vyresnio amžiaus medikų. Įvertinus apklausos atsakymus ir atlikus požymių priklausomumo analizę, galima daryti išvadą, kad vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros specialistai palankiau nei jaunesni vertina tokių nuotolinių paslaugų teikimą kaip nedarbingumo pažymėjimo išdavimas, vaistų išrašymas. Iš to seka, kad drąsiai galima paneigti J. Kirstuko (2013) teiginį, kad „...*inovacijos tai reiškiny, griaunantis organizacijoje nusistovėjusias normas*“, nes akivaizdu, kad tam tikrų paslaugų teikimas palengvino nusistovėjusį seną paslaugų teikimo modelį.

Vyresnio amžiaus atstovai taip pat linkę daugiau mąstyti apie tai, kad nuotolinės paslaugos sumažino pacientų skundų, nesusipratimų ar kitokių konfliktinių situacijų skaičių. Jų manymu nuotolinių konsultacijų įvedimas palengvino sveikatos priežiūros paslaugų gavimą, sumažino laukimo eiles palyginti teikiant kontaktines paslaugas. Atsakymų pasiskirstymas atspindi 6 pav.



6 pav. Respondentų atsakymų pasiskirstymas vertinant nuotolinių paslaugų teikimą

Vertinant jaunesnio amžiaus respondentų atsakymus, jie statistiškai reikšmingai labiau pageidautų gauti daugiau informacijos apie pacientų pageidavimus ir lūkesčius ($p < 0,05$). Jaunesniems svarbesnė pacientų nuomonė apie jiems teikiamų nuotolinių paslaugų kokybę, jiems aktualesnės inovacijos siejamos su išankstine pacientų registracijos sistema (IPR), kada ateina priminimas sms žinute ar elektroninių paštu apie būsimą konsultaciją. Taip pat jaunesnės kartos sveikatos priežiūros specialistams svarbiau yra nuotolinių paslaugų plėtra bendradarbiaujant su kitų įstaigų aukštesnio lygio konsultantais (II ir III lygio gydymo įstaigų specialistais), jie yra linkę daug dažniau nei vyresnės kartos darbuotojai naudotis nuotolinėmis konsultacijomis ir vaizdo priemonėmis su kitais gydytojais ar kitos srities specialistais įstaigos viduje. Taip galima patvirtinti Šedžiuvienės (2012) išvagas, kad šiuo atveju jaunesniems asmenims nuotolinės paslaugos teikia didesnę pasitenkinimą, „... yra tam tikros tikslinės grupės, kurios inovacijų kūrimą ir plėtojimą supranta kaip prioritetinę įstaigos veiklą, to pasekoje, išibėgėjus inovatyviems procesams yra gaunamas vartotojų pasitenkinimas“. Vyresni linkę toliau pirmenybę teikti kontaktinėms paslaugoms, nors tai gali pailginti darbo laiko sąnaudas (Pvz. nuėjimas į kitą kabinetą, aukštą, padalinį ir pan. gali trukti ženkliai ilgiau nei pasinaudoti šiuo metu itin plačiai žinomomis platformomis kaip zoom, teams ar kt. ir gauti tą patį kontaktą „akis į akį“). Toks atsakymų pasiskirstymas vertinant penkiabalėje sistemoje parodytas 7 pav.

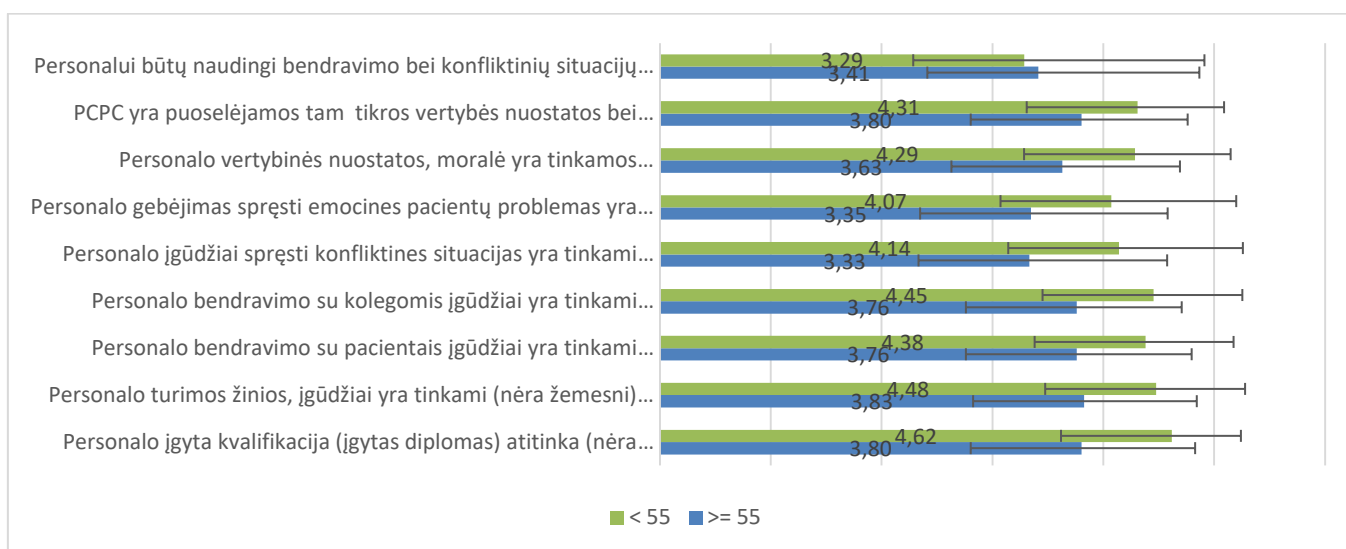


7 pav. Respondentų pasiskirstymas vertinant inovatyvesnį nuotolinių paslaugų diegimą

Nagrinėjant inovacijų diegimo procesą ir jo svarbą sveikatos priežiūros įstaigose, B Everard ir G. Morris (1997) išskėlė teoriją „... kad inovacijų diegimas – tai ne vienkartinis veiksmas, o atsakymas į besikeičiančias aplinkos sąlygas“, to pasėkoje buvo tikslinga nuotolinių paslaugų inovaciją išanalizuoti skirtumus personalo kompetencijos vertinimo srityse. Patvirtinti, kad personalas nuotolines paslaugas vertina kaip ne vienkartinį pasikeitimą, o besikeičiančias aplinkos sąlygas ir paslaugų plėtimąsi su vizija į ateitį, iš 8 pav. matyti, kad vyresni nei 55 metų įstaigos darbuotojai mano, kad personalui būtų naudingi bendravimo bei konfliktinių situacijų sprendimo įgūdžių tobulinimosi kursai. Jų nuomone, kad nuotolinių paslaugų spartus ir kryptingas augimas reikalauja specialistų pagalbos, kad įgyti įgūdžių, kai tuo tarpu jaunesniems tokios būtinybės nėra. Jie inovacijas įsisavina savaime. Personalo atsakymai patvirtina S. Valentinavičiaus (1997) prielaidą, kad „... inovacijų diegimo procesas dažniausiai būna ilgas, prie jo tenka prisitaikyti, ieškoti tinkamiausių būdų prisitaikyti per įvairias aplinkas su kuriomis ji siejasi“. Iš to seka patvirtinimas autoriaus Melninko (2000) teiginiui „... inovacijos sveikatos sistemoje yra daug daugiau nei naujų vaistų kūrimas ar įrangos atnaujinimas..., yra ypač svarbu pasiruošti ir prisitaikyti prie naujovių, taikyti naujo mąstymo ar problemų sprendimo būdo, įskaitant galimybę įgauti įgūdžių tobulinimosi mokymuose“ – arba kursuose.

Jaunesni vertina statistiškai reikšmingai palankiau ($p < 0,05$), kadangi jie mano, kad PCPC yra puoselėjamos tam tikros vertybės nuostatos bei moralės principai ir jų vertybinės nuostatos yra tinkamos užimamoms pareigoms. Jų nuomone personalo gebėjimas spręsti emocines pacientų problemas savinantis nuotolinių paslaugų teikimą yra tinkamas užimamoms pareigoms, jie puikiai žino, kaip spręsti konfliktines situacijas pacientų tarpe, bei jų įgūdžiai puikiai tinka bendravimui su kolegomis. Jaunesnių sveikatos priežiūros specialistų nuomonė puikiai įrodo, kad jų įgyta kvalifikacija, įgytas išsilavinimas atitinka ir nėra žemesnio laipsnio, kad patirtis leistų be

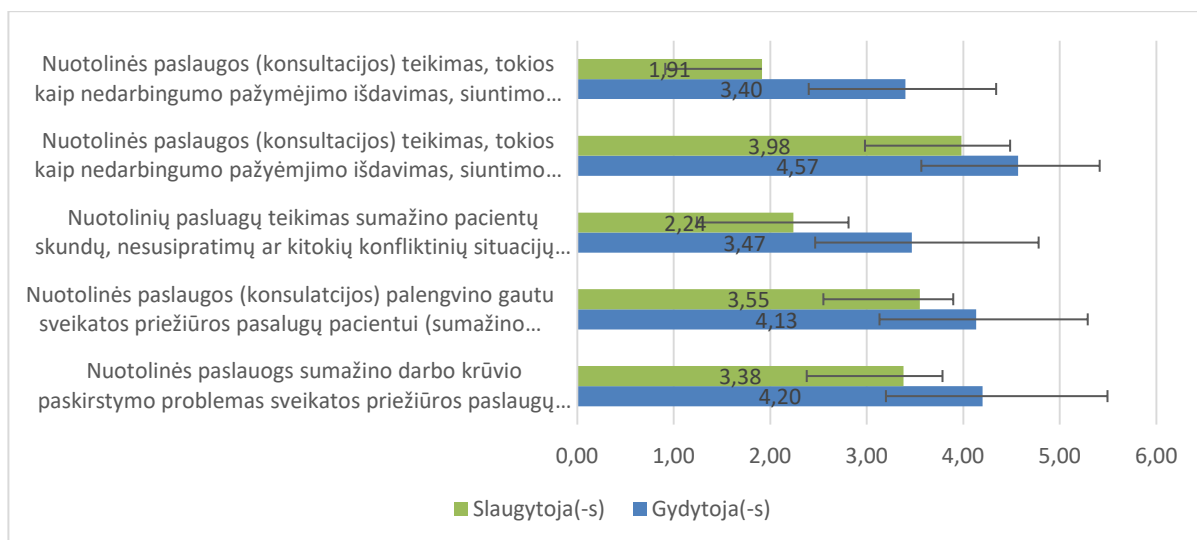
papildomų mokymųsi tinkamai bendrauti su pacientais įvedant inovacines paslaugas. Tuo tarpu vyresniems respondentams trūksta žinių, kaip pakeisti pacientų požiūrį į naujas paslaugas. Išnagrinėjus mokslinę literatūrą, tokiai išvadai pagrįsti dar 2012 m. rašė R. Gurevičius, S. Kurkaitė ir J. Valantienė – „...jaunesnės kartos asmenys remiasi glaudesniu visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimu sveikatos sinergijos pavyzdžiu. (...) Sveikatos sinergija – ateities sveikatos modelio sėkmės garantas“. Tokia diskusijų įvairovė ir naujas požiūris jau prieš dešimtmetį buvo puikus pamatas sėkmingai inovatyviai strategijai bet kurioje srityje.



8 pav. Statistiškai reikšmingi skirtumai visose personalo kompetencijos vertinimo srityse

Vertinant statistiškai reikšmingus skirtumus tarp gydytojų ir slaugytojų, prieita išvada, kad slaugytojai vertina statistiškai reikšmingai prasčiau nei gydytojai nuotolinių paslaugų palengvinantį efektą. Techninis nuotolinių paslaugų atlikimas, toks kaip nedarbingumo pažymėjimų išdavimas, siuntimų ar vaistų išrašymas, nepaisant pacientas yra prisirasęs prie gydančio gydytojos apylinkės ar ne, slaugytojų nuomone yra sudėtingesnis nei teikiant tiesioginio kontakto paslaugas. Gydytojų nuomone nuotolinių paslaugų teikimas vyksta sparčiau nei kontaktinės paslaugos, todėl šis inovacijų priimtas iššūkis pandemijos, ekstremalios situacijos metu, padėjo sumažinti laukimo eiles patekimui pas reikiamą specialistą, taip sumažindamas pacientų skundų ar kitokių konfliktinių situacijų skaičių. Nors autorius Band (2010) teigė, kad „...kliūtis inovacijų įgyvendinimo procese yra blaškymasis tarp kelių interesų ir tinklo dalyviai stengiasi maksimalizuoti savo pačių interesus“, tačiau iš apklausos matyti, kad PSPC gydytojui yra nesvarbu kurioje apylinkėje prisirasęs pacientas, ir knors tai nėra jo „ligonis“, visgi nuotolinės paslaugos palengvina paslaugų teikimo procesą. Nagrinėjant nuotolinių paslaugų darbo krūvio paskirstymo problemas

sveikatos priežiūros paslaugų teikime, galima tvirtinti, kad apie darbo krūvio sumažinimą teigiamai vertino tiek gydytojai, tiek slaugytojai, tačiau gydytojų nuomonė yra dar tvirtesnė, nes jie vienareikšmiškai teigė, kad nuotolinių paslaugų teikimas sumažino darbo krūvio problemas ir vertino paslaugas tik gerai arba labai gerai. Jų atsakymai su reikšmėmis bei vertinimu atspindi 9 pav.:

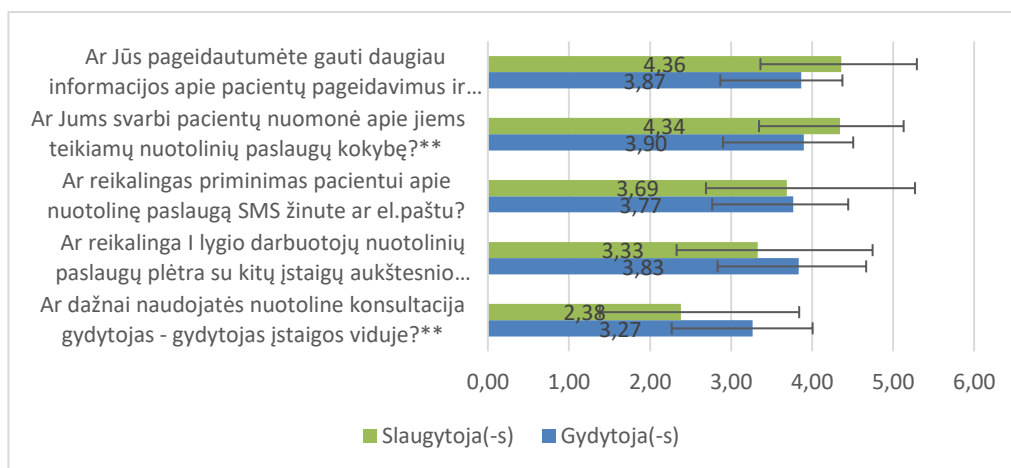


9 pav. Inovacinių paslaugų teikimo nuomonė atsižvelgiant į užimamas pareigas

Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp gydytojų ir slaugytojų. Slaugytojos statistiškai reikšmingai labiau pageidautų gauti informaciją apie pacientų pageidavimus ir lūkesčius bei pacientų nuomonę apie paslaugų kokybę. O gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau pritaria nuotolinių paslaugų plėtrai ir dažniau naudojami nuotoline konsultacija gydytojas – gydytojas įstaigos viduje. Jiems palengvina šiuolaikinės nuotolinės platformos zoom, teams ar kitos, kadangi greičiau yra sukontaktuoti akis į akį nuotoliniu būdu, nei eiti per kabinetus ar važiuoti į kitą įstaigos padalinį pasitarimui. Gydytojai labiau vertina priminimą apie būsimą nuotolinę paslaugą sms žinute ar pranešimą elektroniniu laišku, kadangi jiems svarbu ar ta nuotolinė paslauga įvyks, ar jei žmogus jos gauti nenorės (ar negalės bendrauti), nereikės ieškoti laukiančiųjų gyvoje eilėje ir klausinėti ar asmuo atvykęs/ neatvykęs. Taip pat gydytojai yra labiau suinteresuoti nuotolinių paslaugų plėtra ir bendradarbiavimu su kitų įstaigų aukštesnio II ar III lygio specialistais. Tai palengvintų kitų specialistų konsultacijų bendradarbiavimą ir greičiau suteiktų reikiamą pagalbą labiau to reikiamiesiems pacientams nei profilaktiniai ar periodiniai patikrinimai. Tai sukurtų greitesnę prieigą labiau ligai progresuojantiems asmenims, nei laukti vizito registruojantis bendroje eilėje. Kaip teigė S. Boris (2006) išanalizavęs inovacijų įgyvendinimo atvejus „*Visos inovacinės veiklos siejamos su rizika. Norint tinkamai jas įvertinti reikėtų vertinti inovacinės veiklos potencialą, remiantis tokiomis*

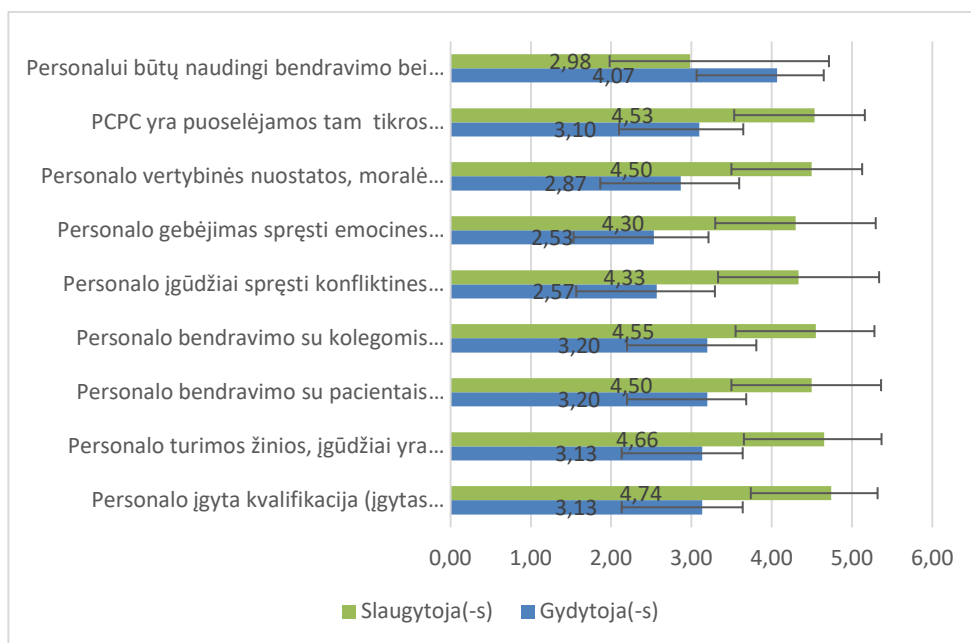
parametrų grupėmis, kaip ištekliai, įrengimai, personalas ar praktinės patirties efektyvumas“, tačiau iš PSPC personalo apklausos akivaizdu, kad jie prisitaikę prie esamų parametrų, nevertina išskirtinumų, o yra susidarę savo nuomonę iš esamos darbo vietos.

Gydytojų ir slaugytojų nuomonę į nuotolinių paslaugų plėtrą atspindi 10 pav.:



10 pav. Darbuotojų nuomonė į nuotolinių paslaugų plėtrą

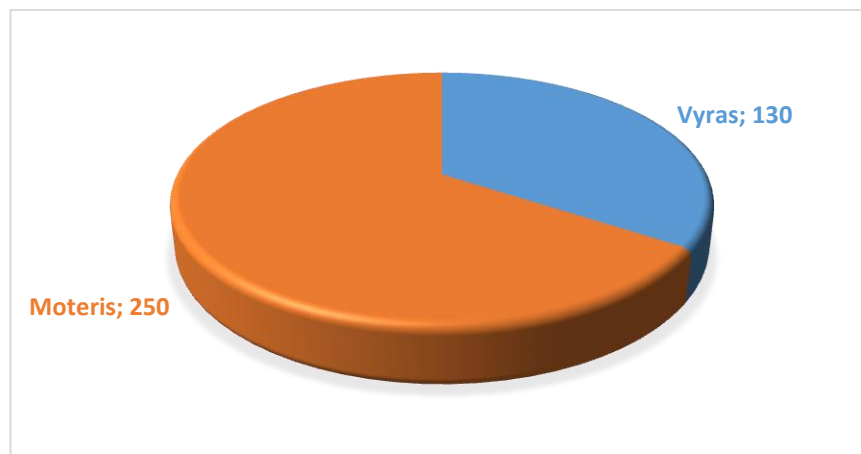
Toliau statistiškai reikšmingas skirtumas vertinamas bendravimo įgūdžiams nuotolinėms paslaugoms atsižvelgiant į užimamų paslaugų pasiskirstymą. 11 pav. pavaizduotas gydytojų ir slaugytojų nuomonės tyrimas. Iš jo matyti, kad gydytojai norėtų daugiau pasinaudoti mokymų pagalba, kad galėtų pasigilinti į nuotolinių paslaugų kaip inovacijos įvedimą tenkinant pacientų lūkesčius. Patvirtinant Girnienės (2013) teiginį „Inovacijos yra procesas, kuriame organizacijoje cirkuliuojančios žinios pritaikomos pasitelkiant naujus metodus“, vienas iš tų metodų gydytojams yra įgauti daugiau įgūdžių ir profesionalios mokymų pagalbas, kaip esant poreikiui galėtų greičiau spręsti iškilusias problemas. Tuo tarpu slaugytojai pirmenybę teikia puoselėjamosioms vertybių nuostatoms ir moralinėms vertybėms. Slaugytojai yra įsitykinę, kad jie sugebėtų išspręsti emocines pacientų problemas bei iškilusias konfliktines situacijas. Taip pat jie mano, kad personalo bendravimo įgūdžiai tiek su kolegomis, tiek su pacientais nereikalauja papildomų žinių ar mokymų, nepaisant to, kad sparčiai diegiamos inovacijos, nagrinėjamu atveju nuotolinės paslaugos, labai pakeitė sveikatos priežiūros paslaugų gavimą. Jie mano, kad jų turima, įgyta kvalifikacija, atitinkamas išsilavinimas nereikalauja papildomų mokymų, kaip bendrauti pasikeitus paslaugų teikimui, o pacientų požiūriu – paslaugų gavimui.



11 pav. Bendravimo įgūdžių vertinimas nuotolinėms paslaugoms atsižvelgiant į užimamų paslaugų pasiskirstymą

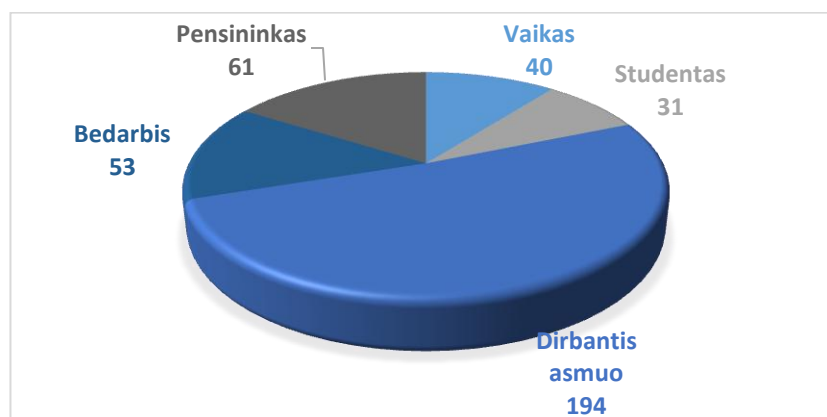
3.2.2. Pacientų nuotolinių paslaugų inovacijos vertinimo analizė

Siekiant įvertinti ar nuotolinių paslaugų inovacijos intensyvi plėtra pasiteisino pacientams norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kita tiriamųjų tikslinė grupė buvo pacientai, kurie prisiregistravę prie VšĮ Švenčionių pirminės sveikatos priežiūros centro ir turi privalomąjį sveikatos draudimą. Prie įstaigos prisirašiusių asmenų skaičius sudaro 19703 asmenis. Tiriamųjų imtis buvo apskaičiuota naudojant Paniotto formulę. Nagrinėjamu atveju buvo tikslinga apklausti mažiausiai 377 asmenis, su paklaidos dydžiu 0,05. Anketos buvo išdalintos trijų poliklinikų registratūrose (kadangi įstaiga turi tris padalinius – Švenčionėlių poliklinika, Pabradės poliklinika ir Švenčionių poliklinika), viso surinkta 380 užpildytų anketų. Anketa su visais klausimais pateikta 6 priede. Iš visų atsakiusių respondentų 34 % sudaro vyriškos lyties asmenys, 66 % moteriškos lyties. Pacientų pasiskirstymas pagal lytį pavaizduotas 12 pav.:



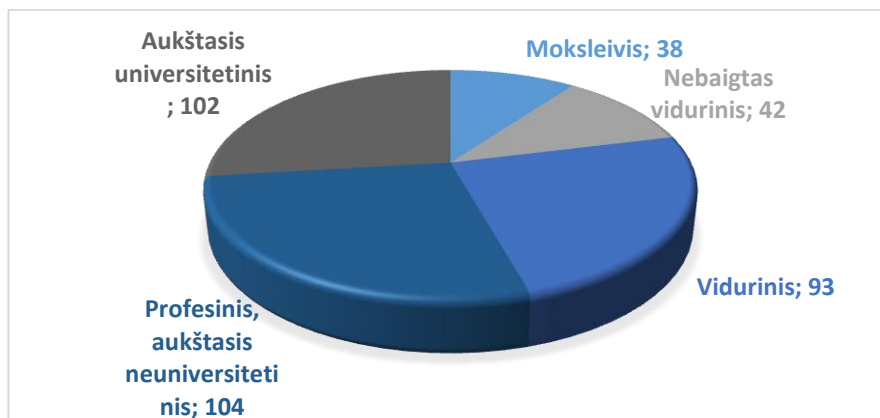
12 pav. Pacientų lytis

Norint išsiaiškinti pacientų pažiūras apie nuotolines paslaugas iš įvairių socialinių sluoksnių, respondentų atsakymai buvo išskaidyti į 5 socialinės padėties sluoksnius. Iš 13 pav. matyti, kad didžiausią dalį atsakiusiųjų sudaro net 51 % dirbantys asmenys, 16 % pensinio amžiaus asmenys, 14 % bedarbiai. Likusieji respondentų atsakymai yra 11 % vaikų tėvai ar juos atstovaujantys asmenys ir 8 % studentai. Socialinės padėties pasiskirstymas matosi 13 pav:



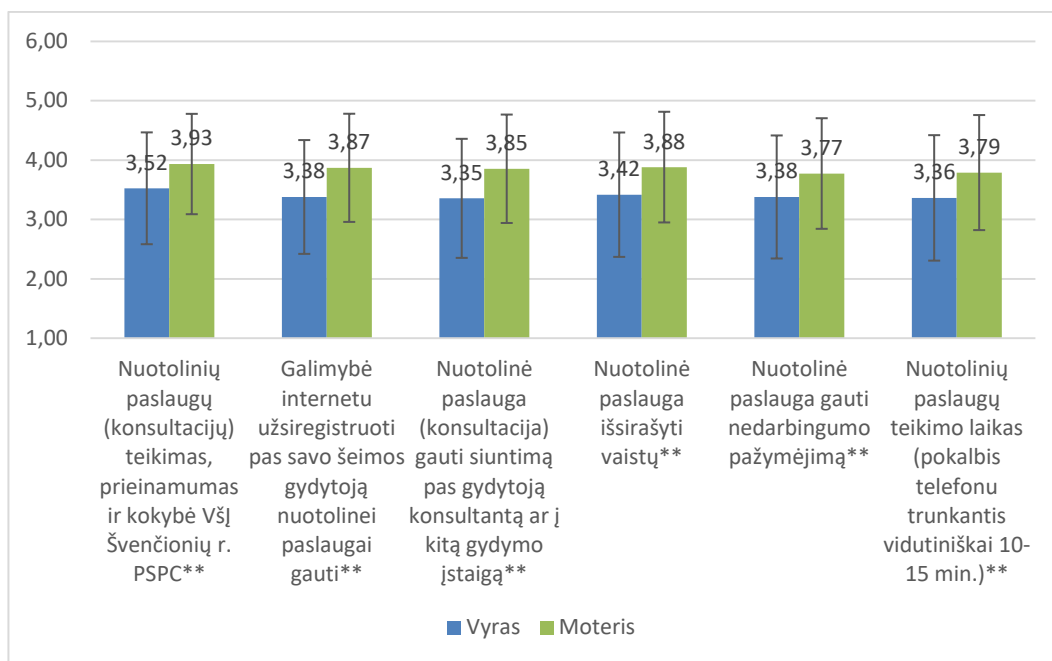
13 pav. Pacientų socialinė padėtis

Vertinant respondentų išsilavinimą, nustatyta, kad didžioji dauguma jų turėjo įgytą išsilavinimą, tai yra po 27 % respondentų turėjo profesinį, aukštąjį neuniversitetinį arba aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, 24 % vidurinį išsilavinimą. 10 % apklaustųjų sudarė moksleiviai arba juos atstovaujantys asmenys ir 11 % buvo nebaigę vidurinio išsilavinimo. Nustatytas skirtumas pateiktas 14 pav.:



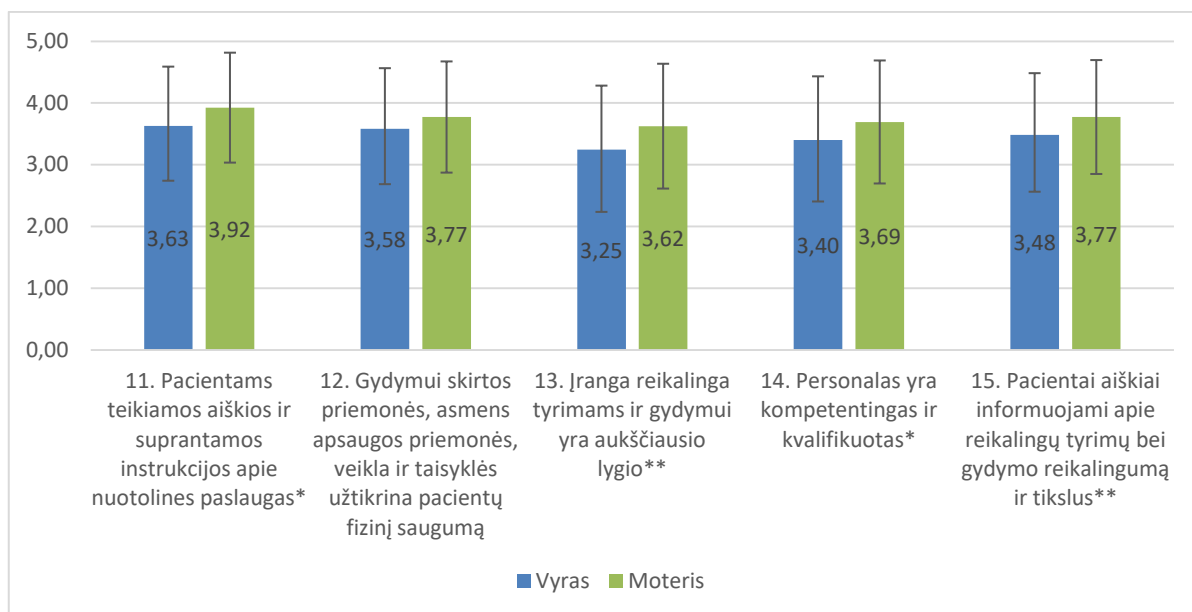
14 pav. Respondentų išsilavinimas

Toliau vertinamas ir nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp lyčių lyginant vyrų ir moterų nuomones apie nuotolinių paslaugų teikimą. Iš to kaip teigė Ramanauskienė (2010) – *“inovacijos pripažinimo ir sampratos mastas tikslingas specifinei žmonių grupei požiūrio į tikrovę formą, pasižyminti veiksmų tikslingumu, kryptingumu ir nuostatomis į pertvarką. Kiekviena tvarka turi savo tikslą, pasižymi savo priemonėmis bei rezultatu ir nusako veikimo procesą“*, akivaizdu, kad šiuo teiginiu grindžiant ta specifinė žmonių grupė yra moterys (lyginant su priešingos lyties atstovais). Iš 15 pav. matyti, kad moterų vidurkiai yra aukštesni, tai parodo, kad moterys reikšmingai labiau patenkintos nuotolinėmis paslaugomis nei vyrai. Nuotolinių paslaugų (konsultacijų) teikimas, jų prieinamumas ir kokybė VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centre, taip pat galimybė internetu užsiregistruoti pas savo šeimos gydytoją nuotolinei paslaugai gauti, išsirašyti vaistų, gauti nedarbingumo pažymėjimą ar siuntimą į kitą gydymo įstaigą pas gydytoją konsultantą, bei pats nuotolinės paslaugos gavimo laikas (pokalbis telefonu vidutiniškai trunkantis 10 – 15 min.) moterims yra reikšmingesnis ir patogesnis nei vyrams. Jos labiau vertina šių paslaugų gavimą nei vyrai.



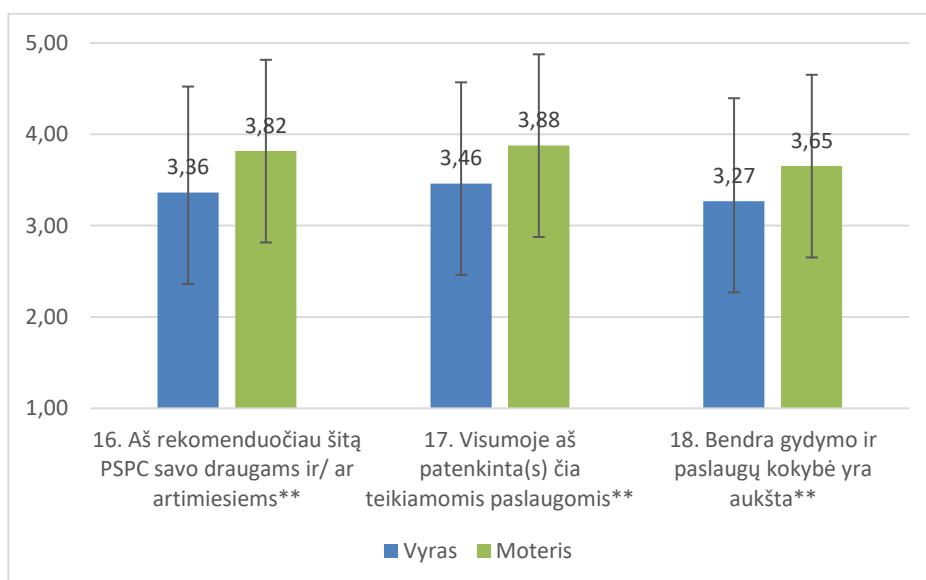
15 pav. Skirtumas tarp lyčių lyginant vyrų ir moterų nuomones apie nuotolinių paslaugų teikimą

Vertinant bendrą paslaugų teikimo specifiką, išskyrus nuomonę dėl gydymui skirtų priemonių, nustatytas reikšmingas skirtumas tarp vyrų ir moterų ($p < 0,05$). Iš susistemintų respondentų atsakymų, kurie pateikti 16 pav., matosi, kad moterys statistiškai reikšmingai labiau patenkintos dėl pacientams teikiamos aiškios ir suprantamos instrukcijos apie nuotolines paslaugas. Tai dar kartą patvirtina Ramanauskienės (2010) teiginį dėl specifinės žmonių grupės. Moterų vertinimu gydymui skirtos priemonės, asmens apsaugos priemonės, veikla ir taisyklės labiau užtikrina fizinį pacientų saugumą. Įranga reikalinga tyrimams ir gydymui labiau vertinama moterų nei vyrų, kad yra aukščiausio lygio, taip pat moterys labiau linkusios vertinti, kad personalas dirbantis pirminės sveikatos priežiūros centre yra kompetentingas ir kvalifikuotas, o pacientai aiškiai informuojami apie reikalingų tyrimų bei gydymo reikalingumą ir tikslus.



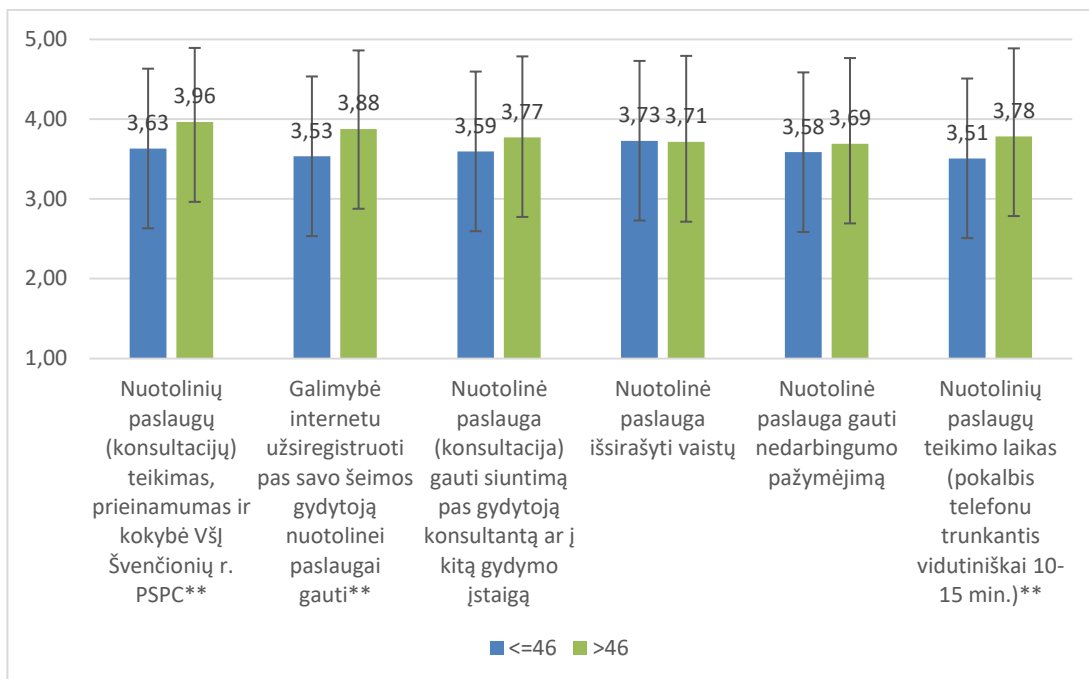
16 pav. Skirtumas tarp vyrų ir moterų vertinant bendrą paslaugų teikimo specifiką išskyrus nuomonę dėl gydymui skirtų priemonių.

Nagrinėjant VŠĮ Švenčionių rajono PSPC nuotolinių paslaugų rodiklį ir kokybės vertinimą, taip pat matosi, kad moterys statistiškai reikšmingai labiau patenkintos teikiamomis paslaugomis ($p < 0,05$). Jos labiau teigia, kad rekomenduotų šitą PSPC savo draugams ir/ ar artimiesiems, taip pat kad bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta. Moterys statistiškai reikšmingiau visumoje patenkintos centre teikiamomis paslaugomis nei vyrai. Galima būtų daryti prielaidą, kad vyrams mažiau reikšminga gydymo kokybė arba jie niūriau vertina inovatyvias paslaugas ir jiems yra labiau prieinamesnis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo būdas teikiant kontaktines paslaugas. Toks nuotolinių paslaugų kokybės vertinimas pateiktas 17 pav.:



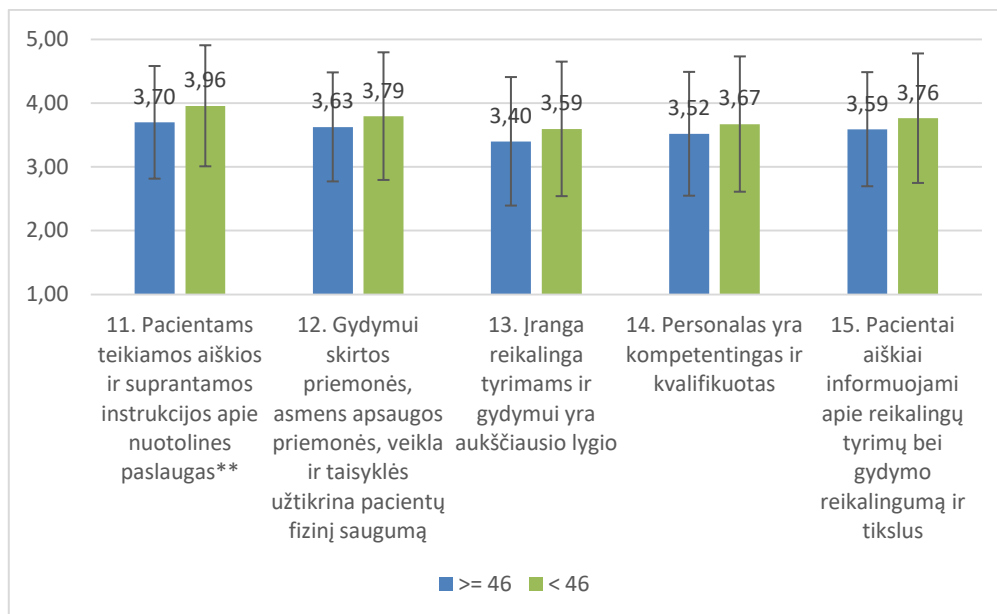
17 pav. Nuotolinių paslaugų rodiklis ir kokybės vertinimas

Norint įvertinti respondentų atsakymus atsižvelgiant į jų amžių, buvo pasirinktos dvi amžiaus grupės informacijai ištirti, tai yra asmenys iki 46 metų amžiaus ir virš 46 metų. Statistiškai reikšmingas skirtumas lyginant jaunesnio ir vyresnio amžiaus respondentus gautas vertinant nuotolinio paslaugų teikimą, galimybę užsiregistruoti internetu ir teikimo laiką. Dar 2009 m. D. Jankauskienė prognozavo, kad „populiacijos senėjimas, vyresnio amžiaus asmenims bus reikalingas daug didesnis sveikatos priežiūros paslaugų inovacinis spektras, kadangi reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūros apsaugai ir esami pajėgumai nebegalės jų patenkinti, tam reikės daugiau inovatyvių sprendimų sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai“. Tiriant tokios inovacijos kaip nuotolinių paslaugų plėtra, įskaitant greitesnį ir patogesnę paslaugos veikimo procesą išrašant vaistus ar kitas priemones, ištirta, kad vyresnio amžiaus pacientai yra labiau patenkinti nei jaunesni ($p < 0,05$). Vyresniems nuotolinių paslaugų teikimas, prieinamumas ir kokybė VšĮ Švenčionių rajono PSPC, galimybė užsiregistruoti pas savo šeimos gydytoją nuotolinei paslaugai gauti, gauti nedarbingumo pažymėjimą, siuntimą pas kitą gydytoją konsultantą, ar pačios nuotolinės paslaugos teikimo laikas yra labiau reikšmingesnis nei jaunesniems. Atsižvelgiant, kad Švenčionių rajone didesnis gyventojų kontingentas yra vyresnio amžiaus asmenys, galima daryti prielaidą, kad vyresniems asmenims, kuriems reikalinga nuolatinė periodinė gydytojo paslauga, tokia kaip siuntimo gavimas ar vaistų išrašymas, yra prieinamesnė nuotolinė konsultacija, kai atvykimas tiesioginiam kontaktui nėra būtinas, taip sumažindamas atvykimo kaštus ar laiką užtrukus laukiant eilėje. Nuotolinių paslaugų teikimo vertinimas lyginant jaunesnio ir vyresnio amžiaus respondentus pavaizduotas 18 pav.:



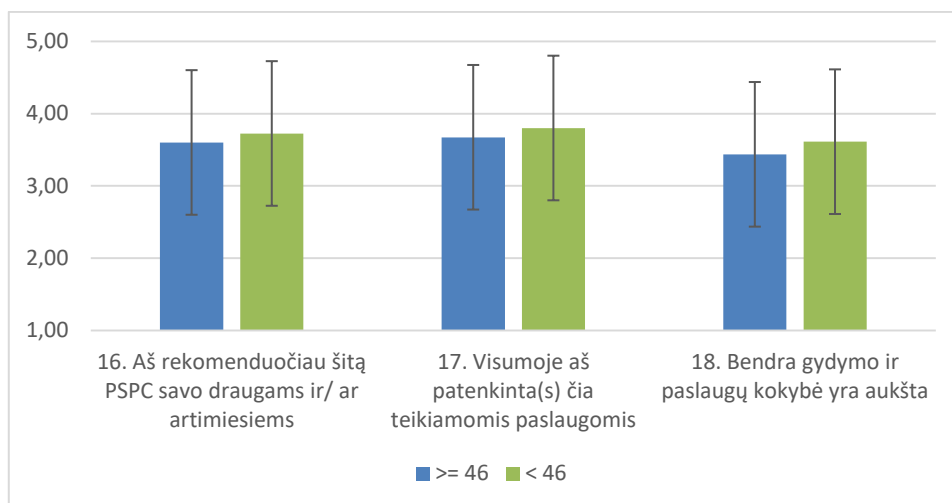
18 pav. Nuotolinių paslaugų teikimo vertinimas lyginant jaunesnio ir vyresnio amžiaus respondentus

Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp amžiaus nustatytas tarp skirtingų amžiaus grupių vertinant paslaugų teikimo procesą kalbant apie instrukcijų pateikimą ($p < 0,05$). Jaunesni respondentai pateikiamas instrukcijas apie nuotolines paslaugas vertina kaip aiškesnes, jiems gydymui skirtos priemonės, veikla ir taisyklės labiau nei jaunesniems užtikrina pacientų fizinį saugumą. Taip pat jaunesni respondantai reikšmingiau vertina personalo kompetenciją ir kvalifikuotumą teikiant nuotolines paslaugas. Jaunesniems respondentams yra aiškiau gaunant informaciją apie reikalingų tyrimų bei gydymo reikalingumą ir tikslus, jiems paprasčiau viską suprasti nuotolinės konsultacijos metu, tuo tarpu vyresniems nauji gydymo metodai ir nežinomi tyrimai yra sunkiau suprantami bendraujant nuotoliniu būdu, nei esant tiesioginio kontakto konsultacijos metu. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp amžiaus nustatytas tarp skirtingų amžiaus grupių vertinant paslaugų teikimo procesą kalbant apie instrukcijų pateikimą pateiktas 19 pav.:



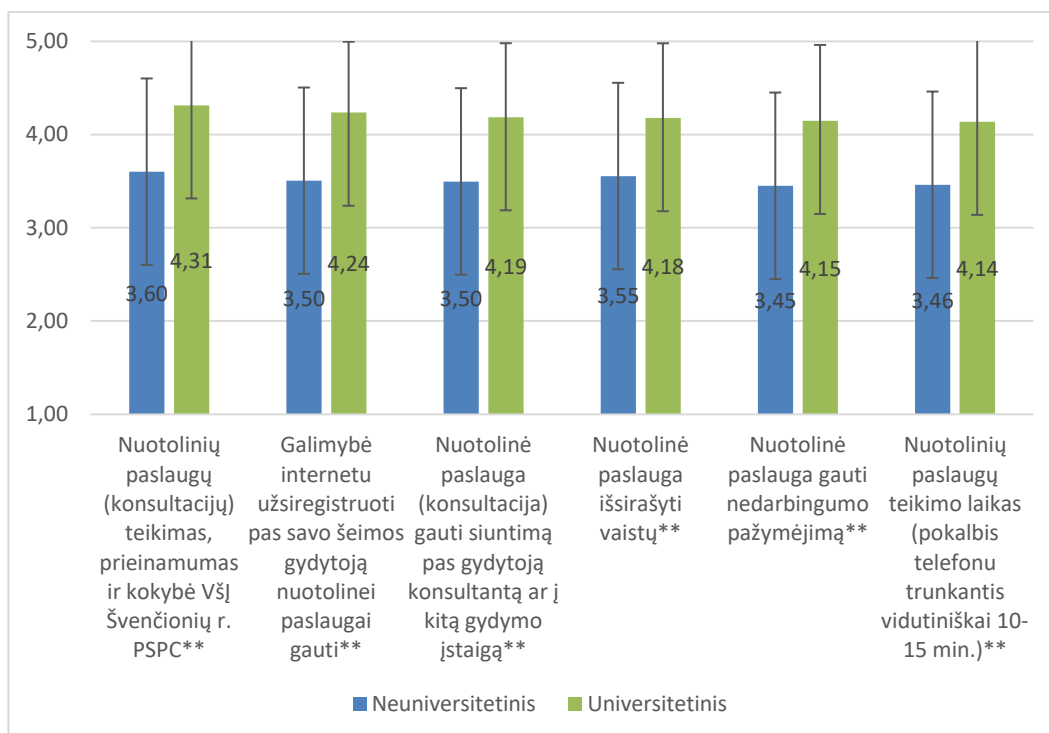
19 pav. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp amžiaus nustatytas tarp skirtingų amžiaus grupių vertinant paslaugų teikimo procesą kalbant apie instrukcijų pateikimą

Sparti nuotolinių paslaugų plėtra lemia nuolatinį naujų inovatyvių elektroninių paslaugų atsiradimą, esamų paslaugų vystymą ir tobulinimą. Čeburaitės D. ir Štaro K. (2018) teigimu – „norint pasinaudoti technologijos teikiama nauda ir veiksmingai gerinti sveikatos priežiūros kokybę, būtina tinkamai parengti sveikatos priežiūros darbuotojus, taip pat tiesiogiai įtraukti pacientą.(..) taip technologijos esant suderintiems pasikeitimams sveikatos priežiūros srityje, tiek sveikatos priežiūros specialistams, tiek pacientams, bus teigiamas visoms amžiaus ir kartos gyventojų grupėms“. Iškėlus šią hipotezę, bei atlikus tyrimą apie pasitenkinimą paslaugų kokybe tarp amžiaus grupių, apie visumoje pasitenkinimą VšĮ Švenčionių rajono PSPC teikiamomis paslaugomis ir bendra gydymo ir paslaugų kokybe, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta. Pats pasitenkinimo vidurkis yra aukštas. Tiek vyresni tiek jaunesni asmenys apylygiai rekomenduotų nagrinėjamą gydymo įstaigą savo draugams ar artimiesiems. Pasitenkinimas pavaizduotas 20 pav.:



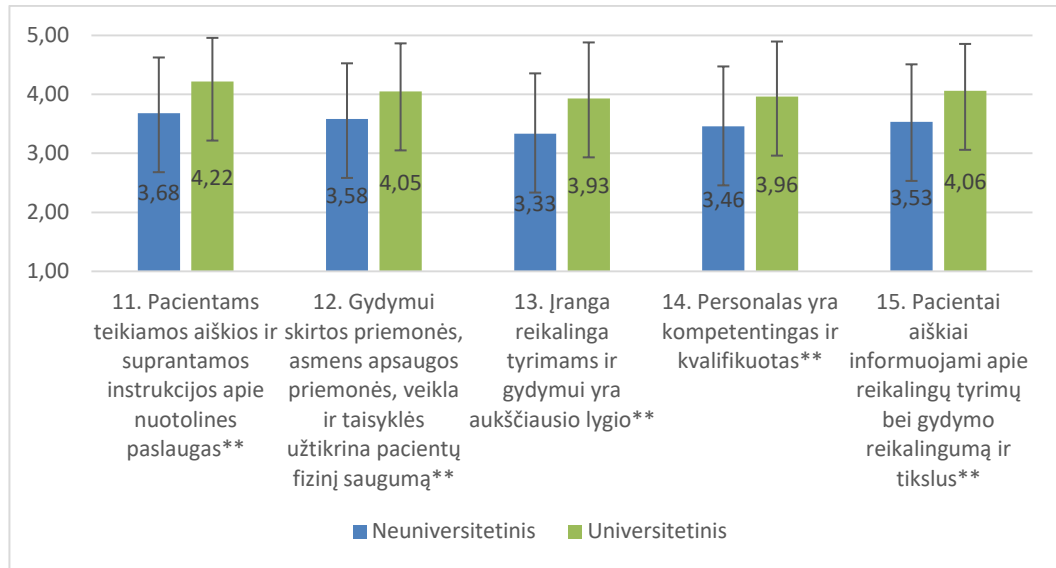
20 pav. Pasitenkinimas paslaugų kokybe tarp amžiaus grupių

Pagal beveik prieš dešimtmetį T. Vedlūga ir N. Kalvelytės (2013) išsakytos nuomoės, kad „*palaipsniui evoliucionuojančiame virtualiame tinkle elektroninis sveikatos įrašas taps gyventojų gyvybine funkcija, kuri per nuorodas bus pasiekama iš tinkluose paskirstytų vietų, lems naujesnės kartos sveikatos priežiūros rodikliu į ateitį*“, buvo nagrinėjamas rodiklis tarp išsilavinimą turinčių ir neturinčių anketos respondentų. Siekiant nustatyti ar nuotolinės paslaugos vertinamos skirtingai priklausomai nuo išsilavinimo, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp universitetinį ir neuniversitetinį išsilavinimą turinčių respondentų. Iš 21 pav. vienareikšmiškai matosi, kad visas nuotoliniu būdu teikiamas paslaugas universitetinį išsilavinimą turintys respondentai vertina reikšmingiau. Turintys universitetinį išsilavinimą nuotolinių paslaugų teikimą, prieinamumą, galimybę internetu užsiregistruoti pas savo šeimos gydytoją, išrašyti vaistų, gauti siuntimą pas kitą gydytoją konsultantą, gauti nedarbingumo pažymėjimą ar pačios paslaugos teikimo laiką vertina reikšmingiau ir palankiau.



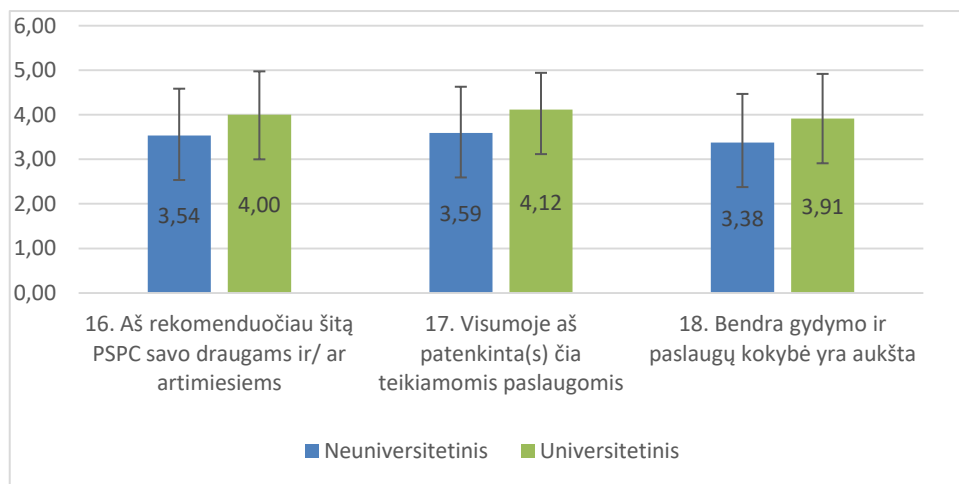
21 pav. Statistiškai reikšmingas skirtumas apie nuotolinių paslaugų teikimą vertinant respondentų išsilavinimą

Vertinant paslaugų teikimo procesą taip pat nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Universitetinį išsilavinimą turintys asmenys statistiškai reikšmingai geriau vertina visas sritis ($p < 0,05$). Jiems labiau suprantamos instrukcijos apie nuotolinių paslaugų teikimą, jie reikšmingiau vertina gydymui skirtas priemones ir jų užtikrinimą pacientų fiziniam saugumui. Labiau išsilavinę respondentai tikina, kad įranga reikalinga atlikti tyrimams ir gydymui yra aukščiausio lygio. Tokie pacientai aiškiau supranta reikalingų tyrimų bei gydymo reikalingumą ir tikslus, nei universitetinio išsilavinimo neturintys asmenys. O vienas reikšmingiausių dalykų gydymo procese yra personalo kompetencijos ir kvalifikacijos įvertinimas. Sveikatos priežiūros specialistai yra labiau įverti išsilavinusių asmenų. Universitetinio ir neuniversitetinio išsilavinimo statistiškai reikšmingi skirtumai pavaizduoti 22 pav.:



22 pav. Nuotolinių paslaugų teikimo proceso ir personalo kompetencijos vertinimas priklausomai nuo respondento išsilavinimo

Vertinant VšĮ Švenčionių rajono PSPC paslaugų kokybę, respondentų rekomendacijas riktis šią gydymo įstaigą savo draugams ar giminaičiams, nustatytas statistiškai reikšmingas vertinimo skirtumas priklausomai nuo išsilavinimo, kai ($p < 0,05$).



23 pav. Bendras VšĮ Švenčionių rajono PSCC paslaugų kokybės vertinimas priklausomai nuo išsilavinimo

Iš 23 pav. matyti, kad statistiškai reikšmingo vertinimų skirtumo priklausomai nuo išsilavinimo pagal bendrą paslaugų kokybės vertinimą nenustatyta. Tiek turintys aukštąjį universitetinį išsilavinimą, tiek neturintys universitetinio, VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centrą vertina taip pat gerai. Jei supratimas apie teikiamų nuotolinių paslaugų kokybę yra

skiriamas priklausomai nuo turimo išsilavinimo, tačiau apie nagrinėjamą centrą yra atsiliepiama vienodai gerai.

Apibendrinant atliktą VšĮ Švenčionių rajono PSPC sveikatos priežiūros darbuotojų tyrimą, statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tarp jaunesnio ir vyresnio amžiaus medikų - dėl nedarbingumo pažymėjimų, siuntimo ar vaistų išrašymo - vyresni vertina palankiau. Jaunesnio amžiaus respondentai statistiškai reikšmingai labiau pageidautų gauti daugiau informacijos apie pacientų pageidavimus ir lūkesčius. Nustatyti skirtumai visose personalo kompetencijos vertinimo srityse - jaunesni vertina palankiau. Slaugytojai vertina statistiškai reikšmingai prasčiau nei gydytojai nuotolinių paslaugų palengvinantį efektą. Slaugytojai labiau pageidautų gauti informaciją apie pacientų pageidavimus ir lūkesčius bei pacientų nuomonę apie paslaugų kokybę. O gydytojai dažniau pritaria nuotolinių paslaugų plėtrai ir dažniau naudojami nuotoline konsultacija gydytojas - gydytojas.

Apibendrinant atliktą pacientų tyrimą, padarytos išvados, kad nustačius statistiškai reikšmingą skirtumą tarp lyčių lyginant vyrų ir moterų nuomones apie nuotolinių paslaugų teikimą, moterys statistiškai reikšmingai labiau patenkintos nei vyrai (vidurkiai aukštesni). Išanalizavus skirtumą tarp vyrų ir moterų vertinant bendrą paslaugų teikimo specifiką išskyrus nuomonę dėl gydymui skirtų priemonių, nustatyta, kad moterys labiau patenkintos nei vyrai. Kalbant apie nuotolinių paslaugų rodiklį ir kokybės vertinimą, moterys labiau patenkintos teikiamomis paslaugomis. Statistiškai reikšmingas skirtumas lyginant jaunesnio ir vyresnio amžiaus respondentus gautas vertinant nuotolinio paslaugų teikimą, galimybė užsiregistruoti internetu ir teikimo laiką - vyresnio amžiaus pacientai yra labiau patenkinti nei jaunesni. Skirtumas tarp amžiaus nustatytas tarp skirtingų amžiaus grupių vertinant paslaugų teikimo procesą, kalbant apie instrukcijų pateikimą - vyresni respondentai pateikiamas instrukcijas vertina kaip aiškesnes. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp pasitenkinimo paslaugų kokybe tarp amžiaus grupių nenustatyta. Lyginant skirtumą tarp universitetinių ir neuniversitetinių išsilavinimą turinčių respondentų nustatyta, kad universitetinį išsilavinimą turintys statistiškai reikšmingai geriau vertina visas nuotoliniu būdu teikiamas paslaugas.

IŠVADOS

1. Išnagrinėjus inovacijų diegimo teorines prielaidas, galime teigti, kad inovacijos gali būti apibrėžiamos įvairiai, jomis gali būti vadinami visiškai nauji atradimai ar tik patobulinimai, tačiau dauguma autorių sutinka, jog šiai veiklai būdingi naujų žinių elementai.
2. Ištyrus inovacijų taikymo praktikas sveikatos priežiūros srityje, jas galima išskirti keliais būdais: pirmu atveju inovacijas kaip reiškinį – tiksliniai pakeitimai, kuriais norima pakeisti sveikatos priežiūros sistemos būklę ją tobulinant. Kitu atveju inovacija kaip procesą, apimančią patį tyrimą, jo rengimą ir stabilų sveikatos priežiūros paslaugų sistemos funkcionavimą, siekiant gauti tam tikrą efektą.
3. Įvertinus inovacijų taikymo problemas sveikatos priežiūros srityje, nustatyta, kad sveikatos paslaugų prieinamumo problema reikalauja organizacinių inovatyvių sprendimų, kadangi visos inovacinės veiklos siejamos su rizika. Tinkamam įvertinimui tikslinga vertinti inovacinės veiklos potencialą, remiantis išteklių, įrengimų, personalo, praktinės patirties efektyvumo parametru grupėmis išskiriant stipriąsias ir silpnąsias puses. Pagrindinių su sveikata susijusių priemonių paslaugų prieinamumo pagerinimui, būtinos mažiausiai kelių rūšių inovacijos: 1) kurios garantuotų tokių paslaugų prieinamumą ir būtų efektyvesnės už šiuo metu naudojamas; 2) užtikrinančios jų teisingumą ir racionalų paskirstymą; 3) sujungiančios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir visuomenės pastangas priderinti jas vietos reikmėms.
4. Atlikus tyrimą VšĮ Švenčionių rajono PSPC reikšmingas skirtumas nustatytas tarp jaunesnio ir vyresnio amžiaus medikų visose personalo kompetencijos vertinimo srityse. Tyrimas atskleidė skirtumą tarp lyčių, vertinant vyrų ir moterų bendrą paslaugų teikimo specifiką, didesnę moterų pasitenkinimo rodiklį apie nuotolinių paslaugų teikimą. Vertinant reikšmingą skirtumą tarp jaunesnio ir vyresnio amžiaus respondentų, nustatyta, kad jaunesnio amžiaus asmenims tokios paslaugos, kaip galimybė užsiregistruoti internetu, teikia didesnę pasitenkinimą. Lyginant skirtumą tarp universitetinį ir neuniversitetinį išsilavinimą turinčių respondentų, statistiškai reikšmingas skirtumas apie bendrą paslaugų kokybės vertinimą nenustatytas. Tiek turintys aukštąjį universitetinį išsilavinimą, tiek neturintys universitetinio, nuotolines paslaugas vertina taip pat gerai. Tyrimas atskleidė tokias tobulintinas sritis, kaip inovacijų diegimo tobulinimas palengvinant paslaugų specifiką ir atlikimą vyresnio amžiaus medicinos darbuotojams ir pacientams, patogesnę ir informatyvesnę informacinių

technologijų diegimą, bei naudojimąsi šiuolaikinėmis technologijomis palengvinančiais būdais.

PASIŪLYMAI

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijai: norint patenkinti sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų poreikius, bei prisiderinti prie besikeičiančių jų lūkesčių, asmens sveikatos priežiūros įstaigose būtina ieškoti inovatyvių sprendimų, ypatingai elektroninės sveikatos srityje, nuotolinių paslaugų plėtros srityje, užtikrinsiančių aukštesnį paslaugų teikimo lygį, geresnes asmens sveikatos priežiūros įstaigos sveikatos priežiūros specialistų darbo sąlygas ir naujausių technologijų panaudojimą ir peržiūrėti tokių teikiamų paslaugų finansavimo rodiklius asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš teritorinių ligonių kasų.
2. VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centro administracijai: siekiant kuo efektyviau panaudoti turimus žmogiškuosius ir materialinius išteklius, būtų tikslinga taikyti inovatyvius įstaigų efektyvumo vertinimo rodiklius. Siūlytina vertinti personalo darbo našumą pagal aptarnaujamų pacientų skaičių; laiką, per kurį specialistas priima sprendimą dėl paciento gydymo metodų taikymo ir laiką, skirtą įvairiems diagnostiniams tyrimams atlikti ir kt.); pirminės ir galutinės (klinikinės) diagnozės tikslumo palyginimą.
3. VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centro administracijai: sudaryti galimybę pacientams įsitraukti į sprendimų priėmimo procesus sveikatos priežiūros įstaigose, vykdant pacientų apklausas, diskutuojant aktualiais klausimais su pacientų organizacijomis, profsąjungomis, darbo tarybomis, stebėtojų tarybomis ir kt. atsižvelgiant į jų motyvuotus prašymus.

**APPLICATION OF INNOVATIONS IN PUBLIC SECTOR INSTITUTIONS ACTIVITIES:
ANALYSIS OF THE PROVISION OF REMOTE SERVICES SVENCIONYS PSPC
SUMMARY**

COVID-19 is a new virus, the spread of which has required many innovative changes, new, unexplored measures have been applied both abroad and in Lithuania, solutions are planned, an emergency is declared, which has caused many conflicting opinions and resistance both to the virus itself and to innovative decisions taken.

The achievements of modern science are the most important source of health care, providing new, more effective opportunities for patient support, but in order to exploit these opportunities, a whole chain of innovative changes is needed.

Main object of work: application of innovations in the activities of a public sector health institution during the covid-19 infection period. Problem raised: to find out what innovations are applied in public sector health institutions during the COVID-19 infection period. Objective: to investigate the application of innovations during the covid-19 infection period in a public sector health care institution – Svencionys PSPC.

Qualitative and quantitative research methods used in the research strategy. A questionnaire survey was carried out using the quantitative method in order to provide a clearly substantiated analysis of the application of innovations in Svencionys PSPC. The main objective was to find out how the innovation in the introduction of remote services changed the attitudes of employees and patients towards the healthcare system, its accessibility and improvement. The aim is to examine whether this innovation has created complexity in the distribution of workloads and whether it has worked for patients who want healthcare.

The statistically significant difference between PSPC health workers in the Svencionys PSPC has been found to be more favourable among younger and older medics - due to sick certificates, referrals or prescribing of medicines. Younger respondents would be statistically more likely to receive more information about patients' preferences and expectations.

The patient study found a statistically significant gender gap in the opinions of men and women on the provision of distance services. Women are statistically significantly more satisfied than men (averages higher). An analysis of the difference between men and women in assessing the overall specificity of service provision other than the opinion on therapeutic measures found that women are more satisfied than men.

ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

1. Aukščiausioji audito institucija, valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita. 2018. „*Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą*“. 2018-11-06 nr. VA-2018-P-10-1-10. Žiūrėta 2021-03-11. [file:///Users/edita/Desktop/VA-10 Ataskaita sveikatos prieziuros paslaugu.pdf](file:///Users/edita/Desktop/VA-10%20Ataskaita%20sveikatos%20prieziuros%20paslaugu.pdf)
2. American Psychiatric Association, (APA). 2018. „*Research and Citation Resources*“. Žiūrėta 2021-01-12. <https://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/1>.
3. British Broadcasting Corporation interneto portalas. 2020. „*Coronavirus: The unusual ways countries are managing lockdowns*“. Žiūrėta 2020-11-21. <https://www.bbc.com/news/world-52109792>
4. Čepuraitė, Daiva, ir Kęstutis Štaras. 2018. „Iššūkiai Lietuvos sveikatos sistemos valdyme“. *International security in the frame of modern global challenges: collection of scientific works*:26-31.
5. European Commission. 2018. Moksliniai tyrimai ir inovacijos: galimybių plėtimas ir gyvenimo kokybės gerinimas. Luxembourg: Publications Office.
6. Europos audito rūmai. Specialioji ataskaita. 2018. „*Oro tarša. Mūsų sveikata vis dar nepakankamai apsaugota*“. Nr. 23.
7. Europos bendrijų komisijos komunikatas. Žalioji knyga. „*Demografiniai pokyčiai skatina naujų kartų vienybę*“. Briuselis. Žiūrėta 2020 06 05. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/THT/?uri=CELEX:52005DC0569>.
8. Forsth, Leif Runar. 2014. „*Naujas praktinis mąstymas: sisteminis ir kūrybiškas problemų sprendimas*“. Vilnius: Eugrimas.
9. Gao, J., Tianas, Yangasas, X. 2020. „*Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies*“. Žiūrėta 2020-09-04. https://www.jstage.jst.go.jp/article/bst/advpub/0/advpub_2020.01047/_article
10. GGTN. 2020. „*Глава ВОЗ выступил против идеи «коллективного иммунитета» от COVID-19*“. Žiūrėta 2020-10-19. <https://russian.cgtn.com/n/BfJAA-CIA-DEA/DEIBIA/index.html>
11. Griškevičius Julius. 2012. „*Informacinės sistemos medicinoje*“. Mokomoji knyga. Vilnius. Technika. P. 65.

12. Gurevičius R., Kurkaitė S., Valantienė J. 2012. „Sveikatos sinergija – ateities sveikatos modelio sėkmės garantas“. Mokslo darbai. Vilnius.
13. Hagaman, J. L., Casey, K. J., Reid. R. 2016. Paraphrasing Strategy Instruction for Struggling Readers. „*Preventing School Failure*, 60 (1)“. 43-52. Doi10:1080/1045988X.2014.966802.
14. Hyytinen, H., Lofstrom, E., Lindblom-Ylänne, S. 2017. Challenges in Argumentation and Paraphrasing Among Beginning Students in Educational Sciences. „*Scandinavian Journal of Educational Research*“. 61(4), 411-429. Žiūrėta 2021-01-24. <https://doi.org/10.1080/00313831.2016.1147072>.
15. Yandex žinių interneto portalas. 2020. „*Как Прибалтика победила коронавирус и открыла границы*“. Žiūrėta 2020-12-04. <https://zen.yandex.ru/media/proturizm.club/kak-pribaltika-pobedila-koronavirus-i-otkryla-granicy-5ecd3f4888140b31eb81466b>
16. Jasiulaitis, Algimantas, Viktoras Justickis, Juris Plenta, ir Jolita Plentienė. 2014. „*Sveikatos apsaugos įstaigos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai*“. *Sveikatos politika ir valdymas* 1:272-295.
17. Jankauskienė D. 2009. *Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Sveikatos politika ir valdymas*“. 1 (1). P. 13.
18. Jankauskienė, D., R. Gurevičius, R. Pečiūra, D. Zeleckienė. 2005. „*Development of health technology assessment in Lithuania*“. Italian journal of public health. Prex S.p.A. Milano, P. 202.
19. Jankauskienė, Danguolė, Jakubčionytė, Agnė. 2014. „*Sveikatos priežiūros įstaigų personalo dalyvavimas e. sveikatos sistemoje*“. *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1 (6): 80-98. Žiūrėta 2020-11-13. <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2014~1498573490331/>
20. Кожяева, Михаил . 2020. „*Борьба с коронавирусом в разных странах мира*“. Žiūrėta 2020-11-23. <https://m-kozhaev.ru/koronavirus/>
21. „Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886“. LRS. Žiūrėta 2020-05-04 . <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.167900>
22. Lietuvos enciklopedija Vikipedija. 2019. „*Covid-19*“. Žiūrėta 2020-10-19. https://lt.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemija
23. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. kovo 28 d. įsakymas Nr. V-294 „*Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos funkcinės, techninės ir programinės įrangos architektūros modelio patvirtinimo*“. (Žin., 2011, Nr. 38-1834).

24. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas 2019 m. liepos 18 d. Nr. XIII-2377. LRS. Žiūrėta 2021-02-17. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/48acc52ae0e11e9b43db72f2154cfa0>
25. Lietuvos teismai. 2020. „SAM rekomendacijos teismų darbo organizavimui karantino metu“. Žiūrėta 2021-01-14. <https://www.teismai.lt/lt/naujienos/teismu-sistemas-naujienos/sam-atnaujino-rekomendacijas-teismu-darbo-organizavimui-karantino-metu/8316>
26. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė Aukščiausioji audito institucija. 2020. „Infekcijų kontrolės pasikeitimai, audito vertinimai“. Žiūrėta 2021-01-03. https://www.vkontrolė.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=25213
27. Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko 2020 m. vasario 27 d. potvarkiu Nr. 43 „Dėl valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo paskyrimo“, sprendimas „Dėl mobilių punktų veiklos Nr. V-2919“. Žiūrėta 2020-12-11. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0bdb74933bf511eb8c97e01ffe050e1c>
28. McKee, M., E. Mossialos and R. Beatens, eds. 2002. „The impact of EU Law on Health Care Systems“. Brussels: Peter Lang: 76-82.
29. Nacionalinė teismų administracija. 2020. „SAM rekomendacijos teismų darbo organizavimui karantino metu“. Žiūrėta 2021-01-14. <https://www.teismai.lt/lt/naujienos/teismu-sistemas-naujienos/sam-atnaujino-rekomendacijas-teismu-darbo-organizavimui-karantino-metu/8316>
30. Потапейко, Павел. 2020. „БОРЬБА С КОРОНАВИРУСОМ В СТРАНАХ МИРА“. Žiūrėta 2020-11-22. https://imhoclub.by/ru/material/borba_s_koronavirusom_v_stranah_mira
31. Romeika, Giedrius. 2017. „Verslo procesų infrastruktūros organizavimas taikant elektroninių tarpininkų paslaugas“. Daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas. https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/15190/disertacija_G_Romeika_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y
32. Sveikatos apsaugos ministerija. 2020. „Karščiavimo klinikos Lietuvoje“. LRV. Žiūrėta 2021-01-14. [https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Kar%C5%A1%C4%8Diavimo%20klinikos%20Lietuvoje\(2\).pdf](https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Kar%C5%A1%C4%8Diavimo%20klinikos%20Lietuvoje(2).pdf)
33. Saltman, R. B., J. Figueras and C. Sakallarides. Eds. 1997. “Critical Challanges for Health Care Reform in Europe”. Copenhagen: World Health organization, European Observatory on Helth Care reform: 84-93.

34. Štaras, Kęstutis. 2011. „*Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas*“. Daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas. <https://repository.mruni.eu/handle/007/16001?show=full>
35. UAB KPMG Baltics yra Lietuvos ribotos atsakomybės įmonė, priklausanti Jungtinės Karalystės privačios ribotos atsakomybės įmonės KPMG International Limited vadovaujamam nepriklausomų KPMG įmonių narių portalas. Žiūrėta 2020-11-12. <https://home.kpmg/lt/lt/home/insights/2020/03/covid-19karantinas-ir-priemones-darbo-vietu-issaugojimui.html>
36. Vedlūga, Tomas ir Neringa Kalvelytė. 2013. „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė. *Visuomenės sveikata* 23 (4): 27-33.
37. Vergyga, Aurelijus. 2020. Lietuvos Respublikos Sveikatos pasaugos ministerija „*Karščiavimo klinikos jau veikia visoje Lietuvoje*“. Žiūrėta 2020-12-12. <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/karsciavimo-klinikos-veikia-jau-visoje-lietuvoje>
38. World Health Organization. 2020. „*Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected*“. „*Italy suspends all China flights as coronavirus cases confirmed in Rome*“. THELOCAL. Pdf. 204 p.
39. World Health Organization. 2020. „*Coronavirus disease 2019 (Covid-19) Situation Report – 30*“. Pdf. P. 7. Žiūrėta 2020-10-17. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=6e50645_2

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Informacija iš British Broadcasting Corporation portalu. "Coronavirus: The unusual ways countries are managing lockdowns". 2020 m.

Apribojimų diegimas įvairiose šalyse pandemijos laikotarpiu

Įvesti apribojimai ir inovacijų diegimas skirtingose šalyse. Informacija atrinkta naudojantis didžiausia pasaulyje nacionalinės transliavimo organizacijos BBC (British Broadcasting Corporation) interneto portalą.

KINIJA. Kinijos žiniasklaida pateko į pirmojo paciento, užsikrėtusio koronavirusu, dugną. Vietinėje rinkoje krevetėmis prekiaavęs Uhano verslininkas kreipėsi pagalbos į Kinijos mokslo ir technologijos institutą. Anksčiau, kai pasijuto blogai, vietinėje ligoninėje jam buvo suleista injekcija ir jis nuėjo į turgų. Tačiau 2019 m. Gruodžio mėn. jam niekas nepadėjo. Karantinas Uhane buvo įvestas sausio 23 d., įvažiavimas ir išėjimas buvo užblokuotas. Tada jis buvo išplėstas visoje Hubei provincijoje, apimančioje 57 milijonus žmonių. Mokyklos ir universitetai buvo uždaryti, daugelio provincijų darbuotojai buvo perkelti į nuotolinį režimą. Greitai buvo pastatyta 14 laikinų ligoninių. Netrukus be Hubei buvo „uždaryta“ dar 21 provincija. 760 milijonų žmonių - daugiau nei pusė gyventojų - nustatė draudimą išeiti iš namų, išskyrus parduotuvę ir vaistinę. Tai buvo sekta naudojant specialią programą išmaniajame telefone ir veido atpažinimo sistemą. Kiekvienas kinas privalėjo savo išmaniajame telefone įdiegti programą „Sveikatos kodas“. Bet kokie patikrinimai, pavyzdžiui, temperatūra parduotuvėje, perduodami programai, siekiant surinkti tiksliausią ir išsamiausią informaciją apie asmenį. Dėl to pats pilietis telefonu matė savo statusą: žalia - viskas gerai, geltona - būkite atsargūs, raudoni - likite namuose. Taigi daugeliu atžvilgių naujos technologijos padėjo Kinijai sėkmingai susidoroti su koronaviruso vystymusi.

Jei žmogus vaikščiojo be kaukės, jis galėjo būti areštuotas. Gatvėse policija patruliavo, ore skraidė bepiločiai orlaiviai ir matavo praeivių temperatūrą. Prie įėjimo į visuomeninius pastatus tai padarė sargybiniai, išduodami leidimus. Kai kovo mėnesį pandemija tapo visuotine, Kinija jau ėmėsi

priemonių prieš savo importą. Taigi, Pekine - 14 dienų karantinas visiems atvykstantiems užsieniečiams. Jei iš pradžių Pekinas buvo kritikuojamas dėl jo slaptumo, tai - dėl griežtumo.

Iki 2020 m. Sausio pabaigos koronavirusu užsikrėtusių žmonių skaičius Kinijoje buvo kiek didesnis nei 100. Vos per 10 dienų pacientų skaičius pasiekė 60 tūkst. Dėl to epidemijos įkarštyje dangaus imperijoje 80 tūkstančių žmonių buvo užfiksuotas COVID-19 virusas. Tačiau čia yra paradoksas: per ateinančią mėnesį žmonių, užsikrėtusių koronavirusu, skaičius išaugo tik iki 82 tūkst. (Tiksliau - iki 81.948 žmonių. Toliau - 20.03.20 duomenys). Kitaip tariant, Kinija kažkaip sugebėjo beveik visiškai apsaugoti 1,5 milijardo gyventojų nuo nepagydomos infekcijos. Žiniasklaidoje buvo iškilęs klausimas „Kaip tai įmanoma?“. Ekspertai tai sieja su daugybe priežasčių. Pirma, Dangaus imperijoje yra didžiulė patirtis kovojant su įvairiomis epidemijomis. Netipinis plaučių uždegimas 2002 m. - Vuhano ligoninė, pastatyta vos per savaitę, yra maksimalios Kinijos mobilizacijos pavyzdys. Antra, Kinijos valdžia nebijojo bendrauti su tomis pasaulio šalimis, kurios joms galėtų kaip nors padėti. Kas dar labiau stebina, atsižvelgiant į bendrą šalies artumą. Tačiau respublikoje pareigūnai nurodė konkrečias datas ir jas įvykdė. Ir žmonės suprato, kad pažadai pasiteisino. Jie pažadėjo, kad per mėnesį epidemija sumažės - taip ir buvo.

IRANAS. Koronavirusas visame Irane išplito per dvi savaites. Ir iš ten jis prasiskverbė į dar 16 pasaulio šalių. 2020 m. vasario 19 dieną aukščiausias valstybės vadovas Ali Khamenei apkaltino Irano priešus perdėjus grėsmės mastą. Vyriausybės nutylėjimas dėl tikros grėsmės paskatino žmones gyventi savo įprastą kasdienį gyvenimą ir eiti į darbą. Praėjus savaitei po pirmo oficialaus valdžios pareiškimo, futbolo stadionuose buvo pradėtos kloti lovos užkrėstiesiems. Koronaviruso paplitimas Irane buvo Komo miestas. Tai pagrindinis valstybės piligrimų centras, į kurį kasmet atvyksta 20 milijonų iraniečių ir daugiau nei du milijonai šiitų iš kitų musulmoniškų šalių. Tikintieji šventoves bučiuoja lūpomis, infekcijos perdavimo rizika tokiomis sąlygomis yra ypač didelė. Religiniai lyderiai galėjo uždaryti miestą, tačiau jie ramino piligrimus ir paragino jų neatsisakyti planų aplankyti šventąsias vietas. Tuomet, kai mirčių nuo koronaviruso skaičius Irane viršijo 2000, šventovės buvo uždarytos. Nuo viruso išplitimo Pasaulio sveikatos organizacija PSO paragino Iraną imtis skubių ir ryžtingų veiksmų, tačiau Islamo valstybė ir toliau lenkė oficialią liniją, sukeldama pavojų milijonams žmonių. Tačiau švietimo įstaigos ir prekybos centrai Irane buvo uždaryti, o dezinfekcijos komandos veikė visoje šalyje. Pirmą kartą nuo 1979 m. Penktadienio maldos buvo atšauktos. Tačiau dar du svarbūs veiksniai suvaidino COVID-19 plitimą Teherane ir visame Irane. Vasario mėnesį šalyje vyko parlamento rinkimai ir kitų islamo revoliucijos metinių minėjimas. Jie galėjo, bet neatšaukė. Per pokalbį su spauda Irano sveikatos apsaugos viceministras Iraj Haririchi neigė pačią epidemiją, tačiau jis prakaitavo ir kosėjo, atrodė aiškiai nesveikas, o tą pačią dieną atliktas tyrimas patvirtino, kad jis turi virusą.

JUNGTINĖS AMERIKOS VALSTIJOS. JAV buvo blogiausia koronaviruso padėtis visame Vakarų pusrutulyje. Sergamumo lyderis. Pirmasis atvejis buvo patvirtintas sausio 20 dieną Vašingtono valstijoje Ramiojo vandenyno pakrantėje asmeniui, grįžusiam iš Uhano. Pirmoji mirtis buvo vasario 29 d. Toje pačioje vietoje, epidemija kilo kovo pabaigoje. Sausio 29 dieną buvo sukurta Baltųjų rūmų koronaviruso darbo grupė, o sausio 31 dieną D.Trumpo administracija nustatė Kinijos kelionių apribojimus. Jungtinės Valstijos uždarė savo sienas: pirmiausia su Kinija, paskui su ES, Kanada, Meksika ir kt. Nerekomenduojama burtis į daugiau nei 10 žmonių grupes, baudos už karantino pažeidimą (Viskonsine - 500 USD arba 30 arešto dienų, Vajominge iki 10 tūkst. USD arba iki vienerių metų kalėjimo). Visos mokyklos ir universitetai prisijungė prie interneto. Veikė tik ligoninės ir maisto prekių parduotuvės, kuriose vežimėlį galima buvo pasiimti, jei rankena buvo nuvalyta antibakteriniu skudurėliu. Prekybos centruose viskas buvo nušluota nuo lentynų, šešis mėnesius pripildžius garažų maistu. Buvo keletas produktų apribojimų: tualetinis popierius perduodamas rankoms ant ritinėlio. Kainos kylo, o tai paaiškinama pristatymo sunkumais. Ligoninės negalėjo susitvarkyti, gydytojai ėmėsi tik „koronaviruso“ atvejų. Sparčiai išaugo nedarbas, daugelis liko be lėšų ir būsto, nes negalėjo sumokėti sąskaitų. Žmonės, tikėdamiesi blogiausio, pirkė ginklus.

Pagal COVID-19 užsikrėtusių žmonių skaičių valstybės buvo absoliučios lyderės. Tačiau mirčių ten buvo 5 kartus mažiau nei Italijoje. Kokia priežastis? Prezidentas Donaldas Trumpas oficialiai paskelbė, kad esmė ta, kad JAV yra geriausios koronaviruso nustatymo bandymų sistemos. Tai yra, žinia paprasta: „taip, turime daug užregistruotų atvejų, tačiau tai reiškia tik tai, kad kitose šalyse didžiulis užkrėstų žmonių skaičius tiesiog nėra oficialiai užregistruotas“. Apskritai situacija sveikatos priežiūros ir piliečių gerovės srityse JAV leidžia sutikti su D.Trumpo argumentais. Taip, žmonės miršta, bet žmonių, galinčių gauti pagalbą, yra kur kas daugiau nei Europoje ir Kinijoje. Tuo pačiu nereikėtų pamiršti, kad JAV yra vieningos, bet vis tiek Amerikos „valstybės“, tai yra iš esmės - nepriklausomos valstybės. Nenuostabu, kad Anatolijus Wassermanas juos apibrėžia kaip „Jungtinės Amerikos Valstijas“ (UGA). Taigi kiekviena valstybė priima sprendimą dėl koronaviruso, atsižvelgdama į savo tikrovę. Pavyzdžiui, Bostone buvo atšauktos masinės Šv. Patriko dienos šventės, tačiau Niujorke – ne.

ITALIJA. Protrūkis buvo užfiksuotas 2020 m. sausio 31 d. 2 kinų turistams Romoje. Atvejų skaičius sparčiai augo, vyriausybė uždarė oro eismą ir įvedė nepaprastą padėtį. Tada dėmesio centre atsidūrė Lombardija, kur vasario 21 dieną vienu metu buvo nustatyta 16 atvejų. Kitą dieną Ministrų Taryba išleido dekretą dėl kovos su pandemija priemonių, šalies šiaurėje uždarant karantiną daugiau kaip 50 tūkst. ir nuotoliniai darbuotojai, blokuodami įėjimą ir išėjimą bei atšaukdami sporto renginius. Kovo mėnesį visos mokyklos ir universitetai, kavinės ir viskas,

išskyrus prekybos centrus ir vaistines, buvo uždaryti. Net bažnyčios nutraukė tarnybą - Velykų išvakarėse. Galima buvo eiti į parduotuvę ir vaistinę, dirbti, susirgti ir esant ypatingoms situacijoms. Karabinieriai patruliavo gatvėse. Už karantino pažeidimą - bauda nuo 440 iki 3 tūkstančių eurų. Kovo 19 d. Italija aplenkė Kiniją mirčių, susijusių su koronavirusu, skaičiumi. Didžioji dalis buvo Lombardijoje. Svarbus veiksnys buvo daug pagyvenusių žmonių. Buvo požiūris, kad italai lengvabūdiškai ir toliau vaikščiojo gatvėmis ir sėdėjo kavinėse. Balandžio pradžioje Lombardijos gubernatorius paskelbė, kad užsikrėtusių žmonių skaičiaus didėjimas sustojo, tačiau pabrėžė, kad dar per anksti atsipalaiduoti. Gydytojai padarė prielaidą, kad viršūnė buvo įveikta ir artėja „plokščiakalnio“ etapas. Tačiau karantinas buvo pratęstas. Kartais pagyvenę italai, sergantys koronavirusu, užmigdavo ir nepabUSDavo be simptomų. Koronavirusas neaplenkė ir Vatikano. Romos kardinolas vikaras Angelo de Donatis kovo 30 dieną.

Italai yra pietiški, temperamentingi žmonės. Kai reikėjo izoliuotis nuo visų, italai ir toliau linksminosi, susitikinėjo gatvėse ir džiaugėsi gyvenimu. Apeninų pusiasalis atvirai praleido epidemijos pradžią, o gyventojai į grėsmę neatsižvelgė rimtai. Net tada, kai 2020 m. kovo 9 d. Prasidėjo visiškas karantinas, daugelis toliau išeidavo, vedžiojo savo šunis ir lankėsi parduotuvėse. Situaciją apsunkino tai, kad beveik ketvirtadalis respublikos gyventojų yra vyresni nei 65 metų žmonės. Tai iš dalies paaiškina daug didesnę mirčių procentą, palyginti su atvejais: daugiau nei 10%, palyginti su 4% Kinijoje. Vėliau nuo kovo mėn. pabaigos Italijoje visiems gyventojams liepta likti namuose. Picerijos, barai, restoranai, prekybos centrai, muziejai ir kino teatrai uždaryti. Gatvėse reguliariai patruliavo didžiuosiuose miestuose. Bauda už pasirodymą gatvėje viršijo 200 eurų. Užkrėstų tiek daug, kad koronaviruso atvejų tik tarp gydytojų jau buvo šimtai. Kas penktas gydytojas užsikrėtė nuo sergančių žmonių. Įdomu tai, kad Italijoje, sekdami valstybėmis, daugelis kalbėjo apie demokratijos nebuvimą Kinijoje, kad neleidžiama uždaryti ištisų miestų. Tačiau vėliau šiauriniai Italijos regionai iš tikrųjų buvo visiškai izoliuoti. Tai leido tikėtis, kad sumažės naujų žmonių, užsikrėtusių koronavirusu buvo paguldytas į ligoninę.

ISPANIJA. Daugiausia patvirtintų atvejų yra ES. Trečia vieta pasaulyje vienam gyventojui po Islandijos ir Liuksemburgo. Pirmasis atvejis buvo pastebėtas sausio 31 dieną: turistai iš Vokietijos į Kanarų salas. Pirmoji mirtis - vasario 13 d. Kovo mėnesį virusas buvo aptiktas visuose regionuose. Viskas prasidėjo nuo Kanarų salų. Kai Madridas buvo uždarytas į karantiną, gyventojai nusprendė, kad tai atostogos, ir nuėjo prie jūros. Bet kai mirčių skaičius viršijo 5 tūkstančius, prasidėjo panika, prasidėjo prekių pirkimas, geležinkelio stotis ir parkus ištuštino 90 proc. Tik trečdalis darbuotojų išėjo į darbą. Kovo pradžioje mokyklos, universitetai ir muziejai buvo uždaryti, nutrūko ryšys su Maroku, Italija ir jų pačių Kanarų bei Balearų salomis. Vyskupų konferencija uždraudė bučiuoti šventųjų atvaizdus. Kovo 16 dieną ministras pirmininkas įvedė „budėjimo būseną“ ir uždarė sienas

užsieniečiams. Užkrečiamumo per dieną rekordas yra Katalonijoje, kur uostai, oro uostai ir traukinių stotys buvo uždaryti ir jie nusprendė netaikyti intensyvios terapijos pacientų, vyresnių nei 80. Kovo pabaigoje Madrido ligoninės buvo perpildytos. Gydytojų nepakako, buvo įtraukti medicinos studentai. Sveikatos apsaugos ministerija nenuramino teigdama, kad iš tikrųjų atvejų yra 15 kartų daugiau. Kovo pabaigoje bet kokia veikla, „neturinti esminės reikšmės“ buvo sustabdyta, buvo uždrausta 14 dienų (kai kurios buvo leidžiamos balandžio mėnesį), buvo nuspręsta išmokėti kompensacijas darbuotojams. Vien kovo mėnesį iki 900 tūkstančių žmonių. Likę be darbo, jie turėjo teisę į valstybės paramą, įskaitant nemokamą maitinimą. Buvo paskelbti vėluojantys mokėjimai, karališkasis dekretas sustabdė hipotekos mokėjimus darbuotojams, smulkiesiems verslininkams, bedarbiams ir sergantiems koronavirusu. Vyriausybės kanceliarijos, kavinės ir restoranai nedirbo. Iš namų galima buvo išeiti tik nusipirkti maisto ir vaistų, į banką (jų buvo tik keli), pasivaikščioti su šunimi. Ir skubiais klausimais. Priemonės teikė 240 tūkstančių policininkų ir 2,5 tūkstančio kariškių. Policija netgi grojo muziką, kad nudžiugintų žmones! Kas vakarą 20.00 val. išeidavo į balkonus ir plodavo gydytojams, policininkams, gelbėtojams ir pardavėjams. Tačiau už „socialinio atstumo“ pažeidimą buvo sulaikyta apie tūkstantis žmonių, už kuriuos skirta bauda nuo 100 iki 30 tūkstančių eurų. Keliuose buvo daugiau nei 30 tūkstančių kontrolinių punktų, tūkstančiai vairuotojų turėjo problemų. Automobilyje galėjo būti tik 1 asmuo, su leidimo dokumentu (išskyrus lydinčius vaikus, pensininkus ir neįgalius asmenis). Darbą nutraukė parlamentas, kur pirmą kartą valdančiosios koalicijos partijos ir opozicija balsavo kartu - už „pavojaus būsenos“ įvedimą. Teismai buvo uždaryti. Kai kurios bažnytinės šventės buvo atšauktos pirmą kartą istorijoje. Rinkimai Baskų krašte ir Galicijoje buvo atidėti. Pilypas VI antrą kartą per savo valdžią kreipėsi į tautą. Koronavirusas taip smarkiai paveikė Ispanijos ekonomiką, kad, pasak ekspertų, jam reikės naujų paskolų, kurių vertė 200 milijardų eurų. Kovo 12 d. IBEX 35 akcijų indeksas nukrito rekordiškai 14%. Tačiau Sanchezas paskelbė, kad gyventojams ir ekonomikai skiriama 200 milijardų eurų parama - 20% Ispanijos BVP! Skirta lėšų vakcinai nuo viruso sukūrimui. Balandžio 6 d. Buvo pastebėtas mažiausias užkrėstų žmonių skaičius, tai tapo tendencija.

Ispanija 2020 m. kovo mėn. pabaigoje buvo trečioje vietoje pagal užkrėstų ir mirusių nuo koronaviruso žmonių skaičių. Tačiau blogiausia yra tai, kad, pasak ekspertų, 80% Madrido gyventojų buvo užkrėsti COVID-19 virusu, o kreiptis į gydytojus buvo pavojingiausias dalykas, nes didžioji dauguma jų jau buvo užkrėsti. Tyrimų koronavirusams nustatyti nebuvo, taip pat nebuvo tinkamos ir pakankamos medicininės įrangos. Scenarijus labai panašus į itališką: karantinas ir karių verbavimas. Morgams buvo įrengti ledo rūmai, nes laidojimo tarnybos taip pat nesugebėjo susidoroti su didėjančiu mirčių nuo koronaviruso skaičiumi.

VOKIETIJA. Virusas buvo aptiktas sausio 27 dieną Bavarijoje - automobilių dalių gamykloje, paskui turistams iš Italijos, Kinijos ir Irano. Santykinai mažo mirtingumo (0,5 proc.) veiksniai buvo prieinamumas ligoninėse, medicinos lygis, mažesnis pagyvenusių žmonių procentas nei Ispanijoje ir Italijoje, ankstyva tyrimų pradžia ir tai, kad mirusieji ir žmonės be simptomų tikrinami rečiau.

Parduotuves pradėjo uždaryti kovo viduryje, tačiau bankai veikė toliau. Nuo kovo 21 dienos negalima buvo be reikalo išeiti iš namų, tačiau galima buvo nueiti į parduotuvę, vaistinę ir darbą, pasivaikščioti su šeima (ne daugiau kaip 5 žmonės) ar šunimi ir sportuoti. Judėjimas nebuvo stebimas, leidimų nereikėjo, žmonės ir toliau vaikščiojo, nors ir rečiau. Parkuose patruliavo policija, mandagiai prašydama žmonių grupių išsiskirstyti. Parduotuvėse, pažymėtose 1,5 metro atstumu, kasos aptvertos stiklu, buvo rekomenduojama atsiskaityti kortele. Už karantino pažeidimą - baudos. Bet apskritai taisyklių laikomasi. Kai kovo mėnesį parduotuvės pradėjo veikti, kilo panikos pirkimas. Didesnių prekių pertraukimų nebuvo (išskyrus galbūt su kaukėmis, antiseptikais ir tualetiniu popieriumi), tačiau pastebimai kilo daugelio prekių ir apsaugos priemonių kainos. Kovo pabaigoje panika aprimo. Parduotuvėse buvo skelbiamos elgesio taisyklės, visur buvo plakatų su jais.

ŠVEDIJA. Kartu su Japonija, Baltarusija ir daugeliu kitų šalių ji neįvedė karantino. Buvo atidaryti darželiai ir mokyklos (tačiau vyresnės klasės ir universitetai buvo perkelti į nuotolinį mokymąsi). Buvo kavinių (nors teko sėdėti prie atskirų stalų), slidinėjimo kurortų, gydytojai ragino užsiimti lauke. Vyriausiasis epidemiologas A. Tagnellas teigė, kad jei gyventojai susirgs koronavirusu, bus sukurtas „bandos imunitetas“. Tačiau ministras pirmininkas Stefanas Leuvenas kovo 27 d. Vis dėlto uždraudė renginius, kuriuose dalyvavo daugiau nei 50 žmonių. Griežtų priemonių nebuvo, valdžia ragino būti atsakingiems, laikytis atstumo ir peršalimo atveju eiti į savęs izoliaciją. Iššūkis buvo išvengti sveikatos priežiūros perkrovos. Akcentuojama asmeninė piliečių atsakomybė. Švedijoje valdžios institucijos galėjo tik rekomenduoti likti namuose: ribojant judėjimo laisvę pažeidžiamos žmogaus teisės. Be to, dauguma švedų gyvena mažuose miestuose, daugelis - ūkiuose, laikėsi izoliuoto gyvenimo būdo, o pandemija mažai veikė jų kasdienybę. Nepaisant vyriausybės optimizmo, miesto gyventojai ėmė rečiau išeiti į gatves, daugelis darbuotojų perėjo prie nuotolinio darbo (savarankiškai izoliuotiems žmonėms garantuojama kompensacija). Vien per pirmąją balandžio savaitę naujų bedarbių buvo 25 tūkst., o tai yra daugiau nei 2008 m. krizės metu. Balandžio antroje pusėje, kai labai išaugo atvejų ir mirčių skaičius, jie pradėjo kalbėti, kad požiūris neteisingas. Jie pradėjo didinti testavimą - anksčiau buvo leidžiama tik rizikos grupėms ir žmonėms, turintiems akivaizdžių simptomų. 2 savaites leidžiama pasiimti nedarbingumo atostogas, nesikreipiant į gydytoją (mokant 80 proc.). Buvo atidaryta nauja 600 lovų ligoninė.

RUSIJA. Pirmieji 2 atvejai - sausio 31 d. Pirmoji mirtis - kovo 25 d. Sausio 27 d. Buvo įkurta operatyvinė būstinė, kuriai vadovavo ministro pirmininko pavaduotoja Tatjana Golikova, kuri sausio 31 d. Priėmė Nacionalinį planą, kaip užkirsti kelią koronavirusinės infekcijos importui ir plitimui. Rusijos ir Kinijos siena buvo uždaryta nuo sausio 31 d. Kovo 16 dieną siena su Baltarusija buvo uždaryta, o kovo 17 dieną nutrūko geležinkelio ryšiai su Kirgizija ir Tadžikistanu. Nuo kovo 18 dienos įvesti užsieniečių įvažiavimo apribojimai. Galiausiai kovo 30 d. Rusija visiškai uždarė savo sienas, įsk. savo piliečiams. Televizijos kalboje prezidentas Putinas paskelbė nedirbantį laikotarpį nuo kovo 30 iki balandžio 3 dienos, o tada pratęsė jį iki balandžio 30 dienos. Tai nebuvo taikoma vyriausybinėms agentūroms, gydytojams ir organizacijoms, kurios teikia pagrindines paslaugas. Iki balandžio 5 d. Apribojimų neįvedė tik 3 regionai - Nencų autonominė apygarda, Tvero ir Jaroslavljo regionai, Čukotkos autonominė apygarda ir Tomsko sritis jau buvo atšaukta. Tačiau Astrachanės regionas, Krasnodaro teritorija ir Krymas įvedė griežtą karantiną. Maskvoje nuo kovo 30-osios saviizoliacijos režimas ir baudos už jo pažeidimą, nuo balandžio 13-osios - prieigos režimas. Gydytojai ir biologai prognozavo kad pandemija Rusijos Federacijoje gegužės mėnesį pasieks „plokščiakalnį“ (t. Y. Maždaug tiek pat naujų pacientų per dieną), o birželį - „nusileidimą“. Kiti manė, kad gegužė bus pikas. Yra duomenų, kad 50 proc. Atvejų Rusijoje dėmesio centre atsidūrė gydymo įstaigos. Ekspertai mano, kad pandemija Rusijos Federacijoje vyksta geriau nei JAV ar Italijoje, tačiau blogiau nei galėtų - dėl piliečių neatsakingumo. O tas 5 savaičių karantinas reiškė 2–2,5% BVP praradimą. Prekių tiekėjai pakėlė kainas, rublis krito.

BALTARUSIJA. Jie čia nesiėmė griežtų priemonių, tačiau pelnė aukštus PSO įvertinimus. PSO specialusis atstovas ES ir buvusioje SSRS V. Andriukaitis teigė, kad sanitarinė ir epidemiologinė sistema Baltarusijoje yra veiksminga. „Labai didelis skiepijimo nuo gripo lygis. Dėl to nėra infekcinio kokteilio, kai gydytojams sunku nustatyti užsikrėtusius Covid-19. Antra, Baltarusijoje yra ta pati sanitarinė ir epidemiologinė sistema kaip ir Sovietų Sąjungoje. Būkime sąžiningi: ne viskas, kas nutiko SSRS, buvo blogai. Galime sakyti, kad Baltarusija seka Švedijos ir Pietų Korėjos pavyzdžiu. Taip pat turite nepamiršti, kad tai yra uždara šalis, palyginti su Italija ir Ispanija. Jiems lengviau sekti turistų srautus, kurie galėjo sukelti ligos sukėlėją“.

PSO ekspertų misija balandžio 8–11 dienomis lankėsi Baltarusijoje. Jos vadovas P. O'Connoras patvirtino kovos su koronavirusu priemones. Pasak jo, Sveikatos apsaugos ministerijos darbas nustatant atvejus ir kontaktus, tyrimus ir gydymą buvo labai gerai organizuotas, pateikiami išsamūs ir tikri duomenys. Ekspertai pažymėjo, kad studijavo viską, ko norėjo, pasirinkdami vizito objektus - dažniau Minske, Minsko srityje ir Vitebske. PSO atstovas Baltarusijoje B. Berdyklychevas pažymėjo, kad misija turėjo prieigą prie visos informacijos, ji galėjo pakoreguoti vizito programą. Todėl misija nerekomendavo karantino Baltarusijai: pakako tęsti ligoninių profiliavimą, socialinį

atsiribojimą, viešų renginių atšaukimą ir sergančių žmonių izoliaciją. Pasienyje lankytojai tikrinami ir siunčiami izoliuotis. Masiniai renginiai buvo ribojami. Darželiai ir mokyklos dirbo (pratęstos pavasario atostogos), universitetai perėjo prie nuotolinio mokymosi. Su bandymais dirbo 13 laboratorijų. PSO misija pakvietė kitas šalis atsižvelgti į Baltarusijos požiūrį, kurį O'Connoras pavadino sisteminiu ir visapusišku. Kartu atkreipiamas dėmesys į kitas ligas, motinystės ir vaikystės apsaugą ir kt. Baltarusijoje pradėjo naudoti sergančiųjų kraujo plazmos perpylimus koronaviruso gydymui. Jų imuninė sistema skystoje kraujo dalyje (plazmoje) sukūrė antikūnus-imunoglobulinus. Metodas naudojamas siekiant užkirsti kelią virusinėms infekcijoms. Jis buvo naudojamas SARS ir yra PSO patvirtintas. Baltarusijoje plazmos mėginiai imami Minske ir Vitebske, kovo mėnesį buvo pasirašytas Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. Tačiau gydytojai pabrėžė: problemą išspręst tik sukūrus vakciną.

BALTIJOS ŠALYS. Estija, Latvija ir Lietuva. Pirmieji koronaviruso infekcijos atvejai Estijoje ir Lietuvoje tapo žinomi vasario pabaigoje, Latvijoje - pavasario pradžioje, kovo 2 d. Pabaltijo šalyse iš pradžių tai nebuvo vertinama rimtai, prireikė kelių savaitių ir oficialaus PSO pareiškimo dėl pandemijos (kovo 11 d.), kol valdžios institucijos ėmėsi aktyvių veiksmų. Lietuva uždarė sienas ir įvedė karantiną kovo 14 d., Latvija - kovo 16 d., Estija - kovo 17 d. Reguliarios ginkluotosios pajėgos netgi dalyvavo saugant išorės sienas. Likusiai šaliai buvo priimti griežti apribojimai: švietimo įstaigos, muziejai, teatrai, kino teatrai, restoranai, prekybos centrai buvo uždaryti, viešieji renginiai ir pamaldos buvo uždrausti, dauguma darbuotojų buvo perkelti į nuotolinį režimą. Liko tik maisto prekių parduotuvės, vaistinės ir degalinės, kai tapo privaloma išlaikyti mažiausiai 2 metrų socialinį atstumą. Kaip vėliau pripažino epidemiologai, virusas į Baltijos šalis pateko iš Italijos, iš kur vasario pabaigoje grįžo daugybė turistų. Balandį atrodė, kad Baltijos šalyse įvestos priemonės nepadeda: daugėja užsikrėtusių žmonių. Estija ypač nukentėjo: atvejų skaičius buvo dvigubai didesnis Latvijoje, kur gyventojų skaičius buvo pusantro karto didesnis. Tam tikru momentu Estija net aplenkė Iraną pagal skaičių COVID-19, kuris buvo laikomas viena labiausiai nukentėjusių valstybių. Tačiau reikia pripažinti, kad pagal testų skaičių Latvija, Estija ir Lietuva užėmė pirmaujančias pozicijas tarp buvusių sovietinių respublikų - tai padėjo šalių vyriausybėms pasirengti kovai su ligos plitimu. Ypač sunkios sąlygos buvo įvestos balandžio viduryje. Taigi Latvijos gyventojai galėjo vaikščioti po miestą ir už miesto ribų, tačiau jie negalėjo susirinkti daugiau nei du ir turėjo išlaikyti socialinį atstumą. Kad šalis laikytųsi šių griežtų reikalavimų, reikėjo skirti dideles baudas, kurios siekė 2000 eurų. Tokia pati bauda turėtų būti sumokėta pažeidėjams Estijoje, o Lietuvoje - nuo 500 iki 1500 eurų. Kai policija įsitraukė į tvarkos stebėjimą, ėmė rodytis žinia apie tikrąją baudą: pavyzdžiui, Latvijos gyventojas, užsikrėtęs koronavirusu, buvo kelis kartus nubaustas už tai, kad nepastebėjo savęs izoliacijos ir išėjo iš namų; Latvijos mieste

Alūksnėje keturiems žmonėms buvo skirta bauda už socialinio atstumo nesilaikymą (trys mokėjo 150 eurų, o ketvirtam pasisekė mažiau - 1000 eurų už antrą įspėjimą). Be to, baudas gavo ir tie, kurie pažeidė socialinį atstumą savo namo kieme, susirinkdami į daugiau nei dvių kompaniją. Keista, kad policijai pavyko rasti net tokių, kiekvienas gavo po 100 eurų baudą ir po to jis beveik neišdrįso pažeisti įstatymų.

Lietuvoje taip pat buvo įvestos griežtos priemonės: didžiųjų miestų gatvėse patruliavo kariškiai, o tada valdžia kelis kartus padidino baudas už pažeidimus. Tie, kurie nenorėjo išlaikyti saviizoliacijos ir socialinio atstumo, turėjo sumokėti iki 1500 eurų. Bet pažeidėjų skaičius žymiai sumažėjo. Estijoje jų daugiausia sekė bepiločių orlaivių pagalba - gal todėl pasirodė, kad skaičiai yra didesni nei kaimyninėse šalyse. Daugelis tuo metu buvo kritiški, teigdami, kad valdžia pasirinko netinkamus kovos būdus, kaltindama juos baudų neteisėtumu. Tačiau skaičiai kalbėjo patys už save: naujų ligos atvejų ėmė mažėti, o pasveikusiųjų - daugėti. Masiniai bandymai tęsėsi šalyse. Kaip teigė Estijos, Latvijos ir Lietuvos ministrai pirmininkai, jiems pavyko sėkmingai perimti pirmosios koronaviruso bangos kontrolę, ir tai leido valstybėms pirmosioms Europos Sąjungoje (nuo gegužės 15 d.) Atverti sienas. Trijų šalių gyventojai galėjo vykti abipusėmis kelionėmis keliais, geležinkeliais, oru ir jūra, o grįžusiems į gimtinę nereikėjo stebėti dvių savaitių izoliacijos. Žinoma, kai kurios ribojančios priemonės išlieko, o Estijoje situacija su jomis buvo pati griežčiausia, tačiau Baltijos valstybės pamažu ir užtikrintai grįžinėjo į savo įprastą gyvenimą. Iki kol neatkeliavo antroji viruso banga.

Karščiavimo klinikos Lietuvoje

Eil. Nr.	Karščiavimo klinika	Aptarnaujama teritorija	Atsakinga gydymo įstaiga	Adresas
1	Akmenės karščiavimo klinika	Akmenės rajono savivaldybė	VšĮ Akmenės PSPC	Žemaitijos g. 6, Naujoji Akmenė
2	Anykščių karščiavimo klinika	Anykščių rajono savivaldybė	VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė	Ramybės g. 15, Anykščiai
3	Druskininkų karščiavimo klinika	Druskininkų rajono savivaldybė	VšĮ Druskininkų ligoninė	Sveikatos g. 30, Druskininkai
4	Jonavos karščiavimo klinika	Jonavos rajono savivaldybė	VšĮ Jonavos PSPC	Žeimių g. 19, Jonava
5	Jurbarko karščiavimo klinika	Jurbarko rajono savivaldybė	VšĮ Jurbarko ligoninė	Vidūno g. 56, Jurbarkas
6	Kauno karščiavimo klinika	Kauno miesto savivaldybė, Kaišiadorių rajono savivaldybė	VšĮ Kauno miesto poliklinika, Šančių padalinys	Juozapavičiaus pr. 72, Kaunas
7	Kėdainių karščiavimo klinika	Kėdainių rajono savivaldybė	VšĮ Kėdainių pirminės sveikatos priežiūros centras	Budrio g. 5, Kėdainiai
8	Klaipėdos karščiavimo klinika	Klaipėdos miesto savivaldybė, Palangos savivaldybė, Klaipėdos rajono savivaldybė, Neringos savivaldybė	VšĮ Jūrininkų sveikatos priežiūros centras	Galinio Pylimo g. 3, Klaipėda

9	Kupiškio karščiavimo klinika	Kupiškio rajono savivaldybė	VšĮ Kupiškio ligoninė	Krantinės g. 28, Kupiškis
10	Lazdijų karščiavimo klinika	Lazdijų rajono savivaldybė	VšĮ Lazdijų savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros centras	Kauno g. 8, Lazdijai
11	Mažeikių karščiavimo klinika	Mažeikių rajono savivaldybė	VšĮ Mažeikių ligoninė	Birutės g. 17, Mažeikiai
12	Molėtų karščiavimo klinika	Molėtų rajono savivaldybė	VšĮ Molėtų ligoninė	Grauzinių g. 3, Molėtai
13	Panevėžio karščiavimo klinika	Panevėžio miesto savivaldybė, Panevėžio rajono savivaldybė	VšĮ Panevėžio miesto poliklinika	Nemuno g. 75, Panevėžys
14	Plungės karščiavimo klinika	Plungės rajono savivaldybė, Birštono savivaldybė	VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninė	J. Tumo – Vaižganto g. 91, Plungė
15	Prienų karščiavimo klinika	Prienų rajono savivaldybė, Rietavo savivaldybė	VšĮ Prienų ligoninė	Pušyno g. 2, Prienai
16	Šiaulių karščiavimo klinika	Šiaulių miesto savivaldybė, Šiaulių, Pakruojo rajono savivaldybė, Kelmės rajono savivaldybė, Radviliškio rajono savivaldybė, Joniškio rajono savivaldybė	VšĮ Šiaulių centro poliklinika	Vytauto 101, Šiauliai
17	Šilutės karščiavimo klinika	Šilutės rajono savivaldybė	VšĮ Šilutės pirminės sveikatos priežiūros centras	Rusnės g. 1, Šilutė
18	Švenčionių karščiavimo klinika	Švenčionių rajono savivaldybė	VšĮ Švenčionių rajono ligoninė	Partizanų g. 4, Švenčionys
19	Tauragės karščiavimo klinika	Tauragės rajono savivaldybė, Pagėgių savivaldybė	VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Jūros g. 5, Tauragė
20	Telšių karščiavimo klinika	Telšių rajono savivaldybė	VšĮ Telšių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Kalno g. 40, Telšiai
21	Trakų karščiavimo klinika	Trakų rajono savivaldybė	VšĮ Trakų rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Mindaugo g. 13/15, Trakai
22	Ukmergės karščiavimo klinika	Ukmergės rajono savivaldybė	VšĮ Ukmergės ligoninė	Mindaugo g. 13/15, Trakai
23	Vilniaus karščiavimo klinika	Vilniaus rajono savivaldybė	VšĮ Naujosios Vilnios poliklinika	V. Sirokoslės g. 8, Vilnius
24	Visagino karščiavimo klinika	Visagino savivaldybė, Ignalinos rajono savivaldybė	VšĮ Visagino pirminės sveikatos priežiūros centras	Taikos per. 15, Visaginas

3 PRIEDAS

Savivaldybėse veikiančios mobilūs punktai ir juos koordinuojantys atsakingi asmenys

Eil. Nr.	Mobilus punktas	Koordinatorius	Telefonas	El. paštas
1.	Alytus	Povilas Jagelavičius	861419672	Povilas.jagelavicius@alytus.lt
2.	Anykščiai	Vaiva Daugelavičienė	862063827	Vaiva.daugelaviciene@anyksčiai.lt
3.	Biržai	Kęstutis Knizikevičius Greviškis Justas	863386402 861687023	k.knizikevicius@gmail.com justas@birzupoliklinika.lt
4.	Druskininkai	Jonas Stankevičius	862876757	j.stankevicius@dpspc.lt
5.	Elektrėnai	Agnė Sakalinskienė	865967579	vsb@elektrenai.lt
6.	Gargždai	Irena Stalmokienė	868649975	mobiluspunktas@gargzdul.lt
7.	Ignalina	Stasys Butkūnas	867016743	stasysbutkunas@ignalina.lt
8.	Jonava	Miglė Žiūkaitė	863485224	Migle.ziuk@gmail.com
9.	Joniškis	Lina Martinaitienė	861295546	radviliskiopspec@ismail.lt
10.	Jurbarkas	Milda Sabonaitytė	865645569	info@jurbarkopspec.lt
11.	Kaišiadorys	Danutė Pavilionienė	865665065	Danute.pavilioniene@kaisiadoriu-pspc.lt
12.	Kalvarija	Ilona Aleksienė	868605860	Ilona.aleksiene@gmail.com
13.	Kaunas	Justinas Dzidzevičius	865788389	Justina.dzidzevicius@kaunopoliklinika.lt
14.	Kazlų Rūda	Augustina Vokietaitienė	834395054	Augustina.vokietaitiene@gmail.com
15.	Kėdainiai	Jūratė Judickienė	861806812	jjudickiene@gmail.com
16.	Kelmė	Reda Každailienė	861069881	Reda.kazdailiene@kelme.lt
17.	Klaipėda	Loreta Venckienė	868710621	Venckiene.loreta@gmail.com
18.	Kupiškis	Robertas Baltrūnas Gerda Vareikaitė	863004997 863016843	robertasbaltrunas@gmail.com gvareikaite@gmail.com
19.	Krėtinga	Arnas Juškys	861494073	Arnas.juskys@kretingospspec.lt
20.	Lazdijai	Aušra Dainauskienė	861674803	Ausra.dainauskiene@gmail.com
21.	Marijampolė	Mantas Česna	861696643	Mantas.cesna@marijampolepspec.lt
22.	Mažeikiai	Irena Vaicekavičienė	861111307	irevaic@gmail.com
23.	Molėtų	Jūratė Druskienė	864756649	Jurate.druskiene@moletupspec.lt
24.	Naujoji Akmenė	Rasa Penikienė	868229079	penikiukai@gmail.com
25.	Neringa	Jovita Beržinė	846952787	Jovita.berzine@neringa.lt
26.	Pabradė	Edita Urbanienė	862452861	Edita.urbaniene@gmail.com
27.	Pagėgiai	Laima Lukošienė	868370224	VšĮ Pagėgių PSCP
28.	Pakruojis	Agnius Karmonas	868785025	agnius.karmonas@pakpspec.lt
29.	Palanga	Saulius Mikutis	861450427	Saulius.mikutis@gmail.com
30.	Panevėžys	Vadovas: Neringa Mažylytė Kontaktinis asmuo: Karolis Valantinas	865594213 869117070	n.mazylyte@paneveziomp.lt info@paneveziomp.lt
31.	Pasvalys	Irena Trinskienė	868749183	slauga@pasvaliopaspec.lt
32.	Plungė	Ilona Mockė	863801831	
33.	Radviliškis	Asitė Ginaitienė	861403126	a.ginaitiene@gmail.com
34.	Raseiniai	Romualda Tverkienė	868078992	
35.	Rokiškis	Jolita Lapelienė	869819002	Jolita.lapeliene@rokiskiopaspec.lt
36.	Skuodas	Paulius Poškys	861848802	Paulius.poskys@skuodas.lt
37.	Šalčininkai	Jolanta Černiavskienė	867230322	Jolanta.cerniavskiene@salcininkai.lt
38.	Šakių mobilus	Laura Rusakevičienė	862286062	Laura.rusakeviciene@gmail.com

	punktas			
39.	Šiauliai	Viktorija Palčiauskienė	865225279	Viktorija.palciauskiene@siauliai.lt
40.	Šilalės	Dalė Briedienė (sav.gyd) Ginta Majauskienė	861579917 861146575	Dale.briediene@silale.lt gintamajauskiene@gmail.com
41.	Šilutė	Viktoras Šileikis	868872492	Viktoras.sileikis@silutesligonine.lt
42.	Širvintų	Virginija Kulbienė	865495858	Virginijos.pastas@gmail.com
43.	Švenčionys	Edita Urbanienė	862452861	Edita.urbaniene@gmail.com
44.	Tauragė	Danas Masiulionis	862090615	d.masiulionis@tauragesligonine.lt
45.	Telšiai	Laima Jurytė-Zakarauskienė	861122138	direktore@tpoliklinika.lt
46.	Trakų	Zita Norkienė	865459879	Zita.norkiene@trakai.lt
47.	Ukmergė	Evelina Kimsė	834060319 865653113	evelinakimse@gmail.com
48.	Utena	Eligija Židonienė	861643173	Eligija.zidoniene@utena.lt
49.	Varėna	Danas Bortkevičius	831052623	Danas.bortkevicius@varenos-poliklinika.lt
50.	Vilkaviškis	Aušra Šukaitienė	861482431	Vilkaviskis.vsb@gmail.com
51.	Vilnius	Guoda Ropaitė - Beigė	862082915	Guoda.ropaite@vvsb.lt
52.	Visagino	Violeta Dilienė	860227773	Violeta.diliene@visaginopspc.lt
53.	Zarasai	Irina Melkova	867293717	administratorius@zarasupspc.lt

4 PRIEDAS

Eil. Nr.	Paslaugų teikimą organizuojanti ASPI	Veikimo teritorija ir pasitelkiamos ASPI
----------	--------------------------------------	--

Eil. Nr.	Paslaugų teikimą organizuojanti ASPI	Veikimo teritorija ir pasitelkiamos ASPI
1.	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	<p>1. Kauno apskritis: 1.1. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė; 1.2. VšĮ Kėdainių ligoninė; 1.3. VšĮ Jonavos ligoninė; 1.4. VšĮ Raseinių ligoninė; 1.5. VšĮ Prienų ligoninė; 1.6. VšĮ Kaišiadorių ligoninė.</p> <p>2. Marijampolės apskritis: 2.1. VšĮ Marijampolės ligoninė; 2.2. VšĮ Vilkaviškio ligoninė; 2.3. VšĮ Šakių ligoninė.</p> <p>3. Tauragės apskritis: 3.1. VšĮ Jurbarko ligoninė</p>
2.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	<p>1. Vilniaus apskritis: 1.1. Nacionalinis vėžio institutas; 1.2. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Žalgirio klinika; 1.3. VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė; 1.4. VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė; 1.5. VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė; 1.6. VšĮ Vilniaus gimdymo namai; 1.7. VšĮ M. Marcinkevičiaus ligoninė; 1.8. VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras; 1.9. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos Medicinos centras; 1.10. VšĮ Ukmergės ligoninė; 1.11. VšĮ Trakų ligoninė; 1.12. VšĮ Švenčionių rajono ligoninė; 1.13. VšĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninė; 1.14. VšĮ Elektrėnų ligoninė.</p> <p>2. Alytaus apskritis: 2.1. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė; 2.2. VšĮ Druskininkų ligoninė; 2.3. VšĮ Varėnos ligoninė; 2.4. VšĮ Lazdijų ligoninė</p>
3.	VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	<p>1. Klaipėdos apskritis: 1.1. VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė; 1.2. VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė; 1.3. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė; 1.4. VšĮ Šilutės ligoninė; 1.5. Kretingos rajono savivaldybės VšĮ Kretingos ligoninė; 1.6. Klaipėdos rajono savivaldybės VšĮ Gargždų ligoninė.</p> <p>2. Tauragės apskritis: 2.1. VšĮ Tauragės ligoninė; 2.2. VšĮ Šilalės rajono ligoninė</p>
4.	VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	<p>1. Šiaulių apskritis: 1.1. VšĮ Kelmės ligoninė; 1.2. VšĮ Radviliškio ligoninė;</p>

Eil. Nr.	Paslaugų teikimą organizuojanti ASPI	Veikimo teritorija ir pasitelkiamos ASPI
		1.3. VšĮ Joniškio ligoninė; 1.4. VšĮ Pakruojo ligoninė; 1.5. VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė. 2. Telšių apskritis: 2.1. VšĮ Mažeikių ligoninė; 2.2. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė; 2.3. VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninė
5.	VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	1. Panevėžio apskritis: 1.1. VšĮ Rokiškio rajono ligoninė; 1.2. VšĮ Pasvalio ligoninė; 1.3. VšĮ Biržų ligoninė; 1.4. VšĮ Kupiškio ligoninė; 1.5. VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė. 2. Utenos apskritis: 2.1. VšĮ Utenos ligoninė; 2.2. VšĮ Visagino ligoninė; 2.3. VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė; 2.4. Zarasų rajono savivaldybės VšĮ Zarasų ligoninė; 2.5. VšĮ Ignalinos rajono ligoninė; 2.6. VšĮ Molėtų ligoninė

Anketa

Gerb. gydytojai ir slaugytojai,

Koronavirusas labai koregavo medicinos darbuotojų darbą. Inovacijų diegimas, nuotolinių paslaugų intensyvi plėtra, labai pakoregavo teikiamų paslaugų rutiną. Siekiant įvertinti ir pagerinti PSPC teikiamų paslaugų kokybę bei pacientų santykius su medicinos personalu, norime sužinoti Jūsų nuomonę, bei lūkesčius. Būtume dėkingi, jei atsakytumėte į anketos klausimus. Garantuojame Jūsų atsakymų anonimiškumą, kadangi tyrimo duomenys bus panaudoti tik apibendrintos statistikos analizei.

1. Jūsų amžius (pilnais metais): _____
2. Jūsų lytis (pabraukti): Vyras Moteris
3. Jūsų pareigos (pabraukti): Gydytoja(-s) Slaugytoja(-s)

Norint įvertinti pacientų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe, bei atlikti išorinio efektyvumo bei techninės kokybės vertinimą (kuris pasižymėjo padidėjusiu darbo krūviu ir inovacijų diegimu Covid-19 infekcijos laikotarpiu), pažymėkite X Jūsų nuomone atitinkantį atsakymą:

Eil. Nr.	Teiginiai, klausimai	Atsakymas (žymėti tik vieną)				
		Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
4.	Nuotolinės paslaugos sumažino darbo krūvio paskirstymo problemas sveikatos priežiūros paslaugų teikime.					
5.	Nuotolinės paslaugos (konsultacijos) palengvino gauti sveikatos priežiūros paslaugą pacientui (sumažino laukimo eilę) palyginus su tiesioginio kontakto paslauga					
6.	Nuotolinių paslaugų teikimas sumažino pacientų skundų, nesusipratimų ar kitokių konfliktinių situacijų skaičių.					
7.	Nuotolinės paslaugos (konsultacijos) teikimas, tokios kaip nedarbingumo pažymėjimo išdavimas, siuntimo ar vaistų išrašymas ir kt., palengvina sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jei asmuo registruotas Jūsų aptarnaujamoje apylinkėje.					
8.	Nuotolinės paslaugos (konsultacijos) teikimas, tokios kaip nedarbingumo pažymėjimo išdavimas, siuntimo ar vaistų išrašymas ir kt., palengvina sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jei asmuo registruotas kito šeimos gydytojo aptarnaujamoje apylinkėje.					
9.	Ar dažnai naudojotės nuotoline konsultacija gydytojas – gydytojas įstaigos viduje?					
10.	Ar reikalinga I lygio darbuotojų nuotolinių paslaugų plėtra su kitų įstaigų					

	aukštesnio lygio konsultantais (II ir III lygio ASPĮ)?					
11.	Ar reikalingas priminimas pacientui apie nuotolinę paslaugą SMS žinute ar el. paštu?					
12.	Ar Jums svarbi pacientų nuomonė apie jiems teikiamų nuotolinių paslaugų kokybę?					
13.	Ar Jūs pageidautumėte gauti daugiau informacijos apie pacientų pageidavimus ir lūkesčius paslaugų kokybės gerinimo atžvilgiu?					
14.	Personalo įgyta kvalifikacija (įgytas diplomai) atitinka (nėra žemesnio laipsnio) užimamas pareigas					
15.	Personalo turimos žinios, įgūdžiai yra tinkami (nėra žemesni) užimamoms pareigoms					
16.	Personalo bendravimo su pacientais įgūdžiai yra tinkami užimamoms pareigoms					
17.	Personalo bendravimo su kolegomis įgūdžiai yra tinkami užimamoms pareigoms					
18.	Personalo įgūdžiai spręsti konfliktines situacijas yra tinkami užimamoms pareigoms					
19.	Personalo gebėjimas spręsti emocines pacientų problemas yra tinkamas užimamoms pareigoms					
20.	Personalo vertybinės nuostatos, moralė yra tinkamos užimamoms pareigoms					
21.	PCPC yra puoselėjamos tam tikros vertybės nuostatos bei moralės principai					
22.	Personalui būtų naudingi bendravimo bei konfliktinių situacijų sprendimo įgūdžių tobulinimosi kursai					

Vieta Jūsų komentarui: (galima paminėti nuomonę apie tikslines pareigybes)

Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos

6 PRIEDAS

Anketa

Gerb. pacientai,

Koronavirusas labai koregavo medicinos darbuotojų darbą. Inovacijų diegimas, nuotolinių paslaugų intensyvi plėtra, labai pakoregavo teikiamų paslaugų rutiną. Siekiant įvertinti ir pagerinti PSPC teikiamų paslaugų kokybę bei pacientų santykius su medicinos personalu, norime sužinoti Jūsų nuomonę, bei lūkesčius. Būtume dėkingi, jei atsakytumėte į anketos klausimus.

Garantuojame Jūsų atsakymų anonimiškumą, kadangi tyrimo duomenys bus panaudoti tik apibendrintos statistikos analizei.

4. Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) amžius (pilnais metais): _____
5. Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) lytis (pabraukti): Vyras Moteris
6. Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (pabraukti):
 Vaikas Studentas Dirbantis asmuo Bedarbis Pensininkas
7. Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) išsilavinimas (pabraukti):
- Moksleivis
 - Nebaigtas vidurinis
 - Vidurinis
 - Profesinis, aukštasis neuniversitetinis
 - Aukštasis universitetinis

Norint įvertinti pacientų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe, bei atlikti išorinio efektyvumo bei techninės kokybės vertinimą (kuris pasižymėjo padidėjusiu darbo krūviu ir inovacijų diegimu Covid-19 infekcijos laikotarpiu), pažymėkite X Jūsų nuomone atitinkantį atsakymą:

Eil. Nr.	Klausimai	Atsakymas (žymėti tik vieną)				
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai
5.	Ekstremalios situacijos metu buvo atsisakyta kontaktinių priėmimų ir paslaugų teikimo pirmenybė buvo teikiama nuotoliniu būdu. Kaip vertinate nuotolinių paslaugų (konsultacijų) teikimą, prieinamumą ir kokybę VŠĮ Švenčionių r. PSPC?					
6.	Kaip vertinate galimybę internetu užsiregistruoti pas savo šeimos gydytoją nuotolinei paslaugai gauti?					
7.	Kaip vertinate nuotolinę paslaugą (konsultaciją) gauti siuntimą pas gydytoją konsultantą ar į kitą gydymo įstaigą?					
8.	Kaip vertinate nuotolinę paslaugą išsirašyti vaistų?					
9.	Kaip vertinate nuotolinę paslaugą gauti nedarbingumo pažymėjimą?					
10.	Kaip vertinate nuotolinių paslaugų teikimo laiką? (pokalbį telefonu trunkantį vidutiniškai 10-15 min.)					

Eil. Nr.	Teiginiai	Visiškai sutinku	Sutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
11.	Pacientams teikiamos aiškios ir suprantamos instrukcijos apie nuotolines paslaugas					
12.	Gydymui skirtos priemonės, asmens apsaugos priemonės, veikla ir taisyklės užtikrina pacientų fizinį saugumą					
13.	Įranga reikalinga tyrimams ir gydymui yra aukščiausio lygio					

14.	Personalias yra kompetentingas ir kvalifikuotas					
15.	Pacientai aiškiai informuojami apie reikalingų tyrimų bei gydymo reikalingumą ir tikslus					
16.	Aš rekomenduočiau šitą PSCP savo draugams ir/ ar artimiesiems					
17.	Visumoje aš patenkinta(s) čia teikiamomis paslaugomis					
18.	Bendra gydymo ir paslaugų kokybė yra aukšta					

Vieta Jūsų komentarui: (galima paminėti nuomonę apie tikslines pareigybes):

Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos
