

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA

Aušra PRUŠINSKIENĖ
Viešojo valdymo studijų programos studentė

**VAISTINIŲ ĮTRAUKIMAS Į ELEKTRONINIO RECEPTO
PASLAUGOS ĮGYVENDINIMĄ: UAB „GINTARINĖ
VAISTINĖ“ ATVEJIS**

Magistro darbas

Šiauliai, 2016

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA

Aušra PRUŠINSKIENĖ

**VAISTINIŲ ĮTRAUKIMAS Į ELEKTRONINIO RECEPTO
PASLAUGOS ĮGYVENDINIMĄ: UAB „GINTARINĖ
VAISTINĖ“ ATVEJIS**

Magistro darbas

Socialiniai mokslai, Viešasis administravimas (N700)

Darbo vadovė:

doc. dr. Laima LIUKINEVIČIENĖ

Teigiu, kad magistro darbas, kurį teikiu viešojo administravimo studijų krypties magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti, yra originalus autorinis darbas.

(Studento parašas)

Prušinskienė, A. (2016). Vaistinių įtraukimas į Elektroninio recepto paslaugos įgyvendinimą: UAB „Gintarinė vaistinė“ atvejis. Viešojo valdymo magistrantūros studijų baigiamasis darbas. Baigiamojo darbo vadovė – doc. dr. Laima Liukinevičienė. Šiaulių universitetas, viešojo administravimo katedra. Šiauliai. 80 p. (95 p.)

SANTRAUKA

Magistro darbe, kuriuo, atlikus pirmųjų rezultatų įgyvendinant Lietuvoje E. sveikatos sistemoje programos E. receptas vertinimą iš į šį pokytį įtrauktų privačių vaistinių pozicijos, siekiama išvelgti viešojo ir privataus sektoriaus organizacijų partnerystės, įgyvendinant Valstybės programas sveikatos apsaugos sistemoje, valdymo ypatumus ir proceso tobulinimo galimybes. 2015 m. pabaigos, 2016 m. pradžios rezultatai, kai E. recepto diegimas Lietuvoje stringa, rodo šio darbo aktualumą ir savalaikiškumą, motyvuoja gilintis į pirmuosius pokyčio įgyvendinimo etapus ir ieškoti atsakymų moksle, teisinėje ir administracinėje įgyvendinamos programos aplinkoje. Gilinantis į užsienio ir Lietuvos mokslininkų darbus viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės, įgyvendinant Valstybės viešąsias paslaugas, turinio, naudos, tipų, tarpinstitucinio bendradarbiavimo būdų, mechanizmų, ypatumų teorinius aspektus, į pagrindinius E. recepto, kaip sudėtinės Lietuvoje įgyvendinamos sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumą didinančios sistemos E. sveikata vieną etapų, teisinius dokumentus bei administracinę bazę, išvelgta būtinybė atsakingai valdyti tokius pokyčius, kai įtraukiamos skirtingų sektorių organizacijos. Empirinio tyrimo, pasitelkus UAB „Gintarinė vaistinė“ patirtį dalyvaujant E. recepto diegime 2014-2016 m. atvejį, rezultatai liudija, kad ne visos šalys yra pasirengusios pokyčiui – taikyti IT paslaugų prieinamumui didinti. Šiuo atveju, gydymo įstaigos. Tyrimas parodė, kad nepakankamai buvo suderintos gydymo įstaigų įsitraukimo galimybės ir motyvacija į E. recepto diegimą. Problemų kilo ir dėl paties virtualaus instrumento: gydymo įstaigos, medikai nepakankamai buvo įtraukti į sistemos instrumento testavimą. Šių problemų priežastys glūdi nepakankamoje tarpinstitucinėje sąveikoje, kai Valstybės programoms įgyvendinti pasitelkiamos skirtingų sektorių institucijos.

Raktiniai žodžiai: E. receptas, E. sveikata, vaistinės, viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė, tarpinstitucinė sąveika

Prušinskienė A. (2016). The inclusion of pharmacies into the implementation of the electronic prescription: the case of JSC Gintarinė vaistinė. Master's final work of the Public Administration. The tutor is doc. dr. Laima Liukinevičienė. Šiauliai University, Department of Public Administration, p. 80 (95 p.)

SUMMARY

In this final work, which after the first results of the implementation of the E. health system programme in Lithuania in E. assessment for this change the recipe to include the position of private pharmacies, to see the partnership between the public and private sector organizations, in the implementation of the programmes of the State health system, the improvement of the management and process capabilities. The results of the end of the 2015 year and the beginning of 2016 year, then the E. prescription installation sticks in Lithuania, this work shows the relevance and timeliness, motivate to go deeper into the first stages of implementing the change and look for answers in science, legal and administration implementation of the program environment. By exploring the foreign and Lithuanian scientists work on public-private partnership in the implementation of the State public services, content, benefits, types, inter-institutional cooperation mechanisms, features of the theoretical aspects of the basic E. prescription, as a component Lithuanian implemented health service increasing access system E. health one phase, legal documents and administrative framework, was recognized the necessity for responsible management of such change when were included organizations of different sectors. The empirical research, through JSC Gintarinė vaistinė experience in the presence of the implementation of E. prescription 2014-2016 m. case, the results show that not all countries are ready for change – to use IT services to improve the accessibility. In this case, the medical institutions. The investigation revealed that not enough has been aligned in medical institutions' engagement opportunities and motivation to E. prescription installation. The problems arise due to the virtual instrument: medical institutions, physicians were not sufficiently included in the testing instrument. The causes of the problem lie in the insufficient inter-institutional interaction when the bodies in different sectors are used to implement the state programs.

Key words: E. prescription, E. health, pharmacies, the partnership between the public and private sector organizations, interinstitutional cooperation.

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SANTRAUKA UŽSIENIO KALBA.....	4
LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	7
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	8
PAGRINDINĖS SĄVOKOS.....	9
SANTRUMPŲ SĄRAŠAS.....	10
ĮVADAS.....	11
1. PRIVAČIŲ ORGANIZACIJŲ IR VIEŠOJO SEKTORIAUS BENDRADARBIAVIMO ĮGYVENDINANT VALSTYBĖS VIEŠĄSIAS PASLAUGAS TEORINIAI ASPEKTAI.....	15
1.1. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė, jo nauda.....	15
1.2. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės formos ir mechanizmai	18
1.3. Institucinės partnerystės tipai, svarbiausios jų charakteristikos.....	20
1.4. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė įgyvendinant valstybės iškeltus tikslus.....	22
1.5. Viešosios ir privačiosios partnerystės valdymas privačioje organizacijoje.....	24
2. ELEKTRONINIO RECEPTO PASLAUGOS ĮGYVENDINIMO LIETUVOJE, PASITELKUS PRIVAČIAS VAISTINES, TEISINIS IR ADMINISTRAVIMO KONTEKSTAS.....	27
2.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos apibūdinimas ir struktūra.....	27
2.2. Lietuvos sveikatos paslaugų kokybės gerinimas didinant jų prieinamumą, pasitelkiant elektronines paslaugas.....	29
2.3. Elektroninio recepto paslaugos diegimas sveikatos sistemoje, įtraukiant privačias vaistines.....	37
2.3.1 Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos organizuojamos veiklos procesų pokyčiai ir jų valdymas įdiegus elektroninį receptą.....	38
3. UAB „GINTARINĖ VAISTINĖ“ DALYVAVIMO 2014-2016 M. ELEKTRONINIO RECEPTO PASLAUGOS DIEGIME TYRIMO REZULTATAI.....	43
3.1. UAB „Gintarinės vaistinės“ įtraukimas ir ištraukimas į viešojo ir privataus sektoriaus partnerystę įgyvendinant Elektroninį receptą.....	43
3.2. Tyrimo metodika.....	43
3.2.1. Tyrimo metodai.....	46
3.3. Vaistinės darbuotojų nuomonės apie E. recepto diegimą tyrimo rezultatų analizė	49
3.4. „Gintarinės vaistinės“ ir gydymo įstaigų informantų duomenų analizė ir vertinimas.....	59
3.5. Kiekybinio ir kokybinio tyrimo apibendrinimas.....	70

IŠVADOS.....	72
REKOMENDACIJOS.....	74
LITERATŪRA.....	75
PRIEDAI.....	81

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1.1 lentelė. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės (VPSP) apibrėžimai	16
1.2 lentelė. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės (VPSP) formos.....	18
1.3 lentelė. Suinteresuotųjų grupės.....	22
2.1 lentelė. Lietuvos sveikatos reformos SSGG.....	31
3.1 lentelė. Magistro darbo Ganto grafikas.....	47
3.2 lentelė. Koreliacijos koeficiento reikšmių vertinimas.....	47
3.3 lentelė. Struktūrizuoto interviu klausimų sistema.....	48
3.4 lentelė. Informantų žymėjimas	49
3.5 lentelė. Respondentų nuomonių pasiskirstymas pagal E. recepto diegimo vaistinėje naudingumą.....	51
3.6 lentelė. E. recepto taikymo laikotarpio vaistinėje vertinimas.....	52
3.7 lentelė. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kokius procesus pakeitė vaistinėje E. recepto taikymas.....	52
3.8 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal dalyvavimą Sveikatosapsaugos ministerijos rengtame E recepto pristatyme.....	53
3.9 lentelė. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, ar buvo vykdomi mokymai kaip dirbti E. recepto programa/sistema.....	54
3.10 lentelė. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, ar įdiegus E. receptą palengvėjo vaistinių organizuojami klientų aptarnavimo procesai.....	55
3.11. lentelė. Respondentų nuomonių pasiskirstymas, vertinant tai, ar buvo sulaukta pagalbos iškilusios problemos sprendimui.....	57
3.12 lentelė. Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kodėl E. recepto diegimas vyksta lėtai.....	57
3.13 lentelė. Respondentų siūlymų teikimas E. recepto taikymo sveikatos sistemoje proceso aktyvinimui vertinima.....	58
3.14 lentelė. E. recepto inicijavimas, sprendimų priėmimas dėl diegimo vaistinėse.....	60
3.15 lentelė. E. recepto paslaugos diegimo planavimas, išteklių numatymas vaistinėse	62
3.16 lentelė. E. recepto paslaugos instrumento kūrimas, reikalingų išteklių įsigijimas vaistinėse....	63
3.17 lentelė. E. recepto paslaugos dalyvių mokymas, pasirengimas pokyčiui vaistinėse.....	64
3.18 lentelė. E. recepto paslaugos taikymas sveikatos apsaugos sistemoje vaistinėse	64
3.19 lentelė. E. recepto sistemos tobulinimas.....	65
3.20 lentelė. E. recepto netaikymo priežastys (gydymo įstaigų pozicija).....	66

3.21 lentelė. E. recepto sistemos tobulinimas (gydymo įstaigų pozicija).....	68
3.22 lentelė. Kategorijų, subkategorijų palyginamoji analizė.....	69

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1.1 paveikslas. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės (VPSP) formos.....	19
1.2 paveikslas. Viešojo ir privataus sektoriaus rizikos pasiskirstymas.....	23
2.1 paveikslas. Lietuvos E. sveikatos strategijos diegimo etapai.....	36
2.2 paveikslas. E. recepto diegime ir taikyme dalyvaujančių įstaigų sistema.....	40
3.1 paveikslas. Tyrimo procesas.....	45
3.3 paveikslas. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių.....	50
3.4 paveikslas. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą vaistinėje.....	50
3.5 paveikslas. Respondentų pasiskirstymas pagal užimamas vaistinėje pareigas.....	51
3.6 paveikslas. Mokymai, kaip dirbti su E. recepto programa/sistema.....	54
3.7 paveikslas. Klientų, besikreipiančių į vaistinę su E. receptu vidutinio skaičius, vertinimas	56
3.8 paveikslas. Problemų, su kuriomis susidūrė vaistinė įdiegus E. receptą, vertinimas.....	56

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

E. sveikata – nauja sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sritis, skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją interneto ir panašių skaitmeninių technologijų priemonėmis.¹

E. receptas - elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos priemonėmis sudarytas ir patvirtintas receptas, pasirašytas teisinę galią turinčiu elektroniniu parašu.²

Sveikatos politika – tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, sveikatą pripažįstant socialine ir ekonomine vertybe (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė - tai juridškai įteisintas bendradarbiavimas padedantis įveikti ekonominius, socialinius ir ekologinius iššūkius, spręsti nedarbo ir skurdo problemas ir siekti socialinio tvarumo (Kvieskienė, Kvieska, 2012).

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. Įsakymas Nr. V-151 E. Sveikatos

² sistemos 2009-2015 metų plėtros programa. Valstybės žinios, 2010, Nr. 23-1079
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 28 d. Įsakymas NR. V-669

E. sveikata – elektroninė sveikata

E. paslaugos – elektroninės paslaugos

E. receptas – elektroninis receptas

IT – informacinės technologijos

LNSS - Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VLK – valstybinė ligonių kasa

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

ESĮ – elektroninės sveikatos įrašas

VPSP – viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė

SSGG – stiprybės, silpnybės, galimybės, grėsmės

NVV- naujoji viešoji vadyba

ESPBI IS – Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema

ĮVADAS

Temos aktualumas. Lietuvoje pradėti įgyvendinti ES struktūrinių fondų ir LR valstybės biudžeto lėšomis finansuojami projektai dėl elektroninių sveikatos paslaugų sistemos įdiegimo ir informacinės sistemos sukūrimo. Pastaruoju metu vis dažniau kalbama apie naująją valstybinę informacinę sistemą, dar kitaip žinomą pavadinimu **“E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema”**.

Nuolat modernėjančios technologijos veržiasi į kasdieninį ekonominį ir socialinį gyvenimą turėdamos didelę įtaką jo kokybei. „Sveikatos apsaugos sektorius vis labiau tampa priklausomas nuo informacinių ir ryšių technologijų, padedančių plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas“ (Štaras, 2011, p. 263). Lietuvoje įgyvendinta Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšomis finansuojama elektroninės sveikatos (toliau E. sveikata) sistemos 2009-2015 metų plėtros programa. „Ši programa parengta siekiant subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ir ryšių technologijų diegimo galimybes, nacionalines bei globalias tendencijas, artimiausio ir tolimesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė Lietuvos E. sveikatos sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę“.³ Į šios programos įgyvendinimą pasitelkta viešojo ir privataus sektoriaus institucijų, kuriamos naujos bendradarbiavimo ir atsakomybės prisiėmimo struktūros, dėl ko programos diegimo procesas ne visada sklandus ir vyksta pagal planą.

XXI amžiaus pradžioje viešojo valdymo teoretikai atkreipė dėmesį į viešojo sektoriaus struktūrinį sudėtingumą dėl įgyvendinamų funkcijų įvairovės ir vis didėjančios atsakomybės prieš visuomenę, į šiam sektoriui kylančius iššūkius, kurių įgyvendinimui jis privalo pasitelkti įvairaus lygmens viešojo valdymo institucijas, privatų sektorių ir pačią visuomenę. Viešoji ir privati partnerystė sveikatos srityje tampa vienu esminių veiksnių, lemiančių glaudesnių tarpsektorinių ryšių, nukreiptų sveikatos plėtros tęstinumui užtikrinti, formavimąsi. V. Janušonis (2008) rašydamas apie naująją viešąją vadybą, jau 2008 m. akcentavo privataus sektoriaus vadybos skvarbą į viešąjį sektorių, privataus sektoriaus panaudojimą viešojo sektoriaus efektyvumui ir rezultatyvumui didinti, abiejų sektorių partnerystę. Pastaraisiais metais viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė, kiekvienos valstybės ekonomikoje, laikoma vis svarbesniu veiksmu. Jungtinės Karalystės, Didžiosios Britanijos, Prancūzijos, Airijos ir kitų valstybių patirtis rodo, kad viešasis ir privatus sektorius bendradarbiaudamas gali teikti didelę naudą visuomenei ir valstybei,

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. Įsakymas Nr. V-151 E. Sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programa. Valstybės žinios, 2010, Nr.: 23 -1079

nes abu šie sektoriai turi jiems būdingų specifinių galimybių, kompetencijų, kurios naudingos valstybei kuriant ir įgyvendinant svarbius projektus.

Kaip teigia J. Kairys, A. Savickis, H. Baubinas ir kt. (2008), sparčiai besivystančios informacinių sistemų technologijos apima vis platesnius visuomenės gyventojų bei institucijų sluoksnius, įskaitant ir sveikatos apsaugą. Norėdami turėti aukšto lygio sveikatos sistemą, turime būti atviri inovacijoms. Šiuolaikinės informacinių sistemų technologijos pasiekimai yra svarbus sveikatos apsaugos pažangos šaltinis, kuris teikia naujas, veiksmingesnes pagalbos pacientui galimybes, bet tam, kad naujos galimybės būtų panaudotos, reikalinga visa grandinė inovacinių pokyčių.

E. sveikatos sistemos plėtrą ir svarbą sveikatos politikoje pastaraisiais metais analizavo G. Petronytė, V. Kanapeckienė (2014), V. Janušonis (2012), R. Rotomskienė (2011), L. G. Weiss, L. E. Lonnquist (2011), J. Rains, P. Barton-Kreise (2010). R. Stašys (2009), J. W. Cassidy. (2008), L. A. Creswell, Garrett, (2008), D. Jankauskienė, R. Pečiūra (2007), M. Laučienė (2005). Informacinių technologijų įtaką sveikatos paslaugų teikimui nagrinėjo J. Griškevičius, R. J. Kizlaitis (2012), K. Štaras (2011), Kairys, J., Savickis, A., Baubinas, H., Žėbienė, E., Tomkevičius, V.(2008) ir kiti.

Tarpinstitucinio bendradarbiavimo, viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė įgyvendinant valstybės programas – tematika, kuri intensyviai pradėta plėtoti XX a. antrajame dešimtmetyje ir aktuali šiandien demokratinio valdymo užsienio valstybių moksle (K. Mongkol (2011), J. K. Forrer (2010), A. Tieva, J.M. Junnonen (2009), R. Turner (2008), E. D. Rosen (2007), Ystcombe, 2007, C. Pollitt ir kt. (2007), C. Skelcher (2005)) per pastaruosius dešimtmečius ir Lietuvos moksle neatsiejama nuo naujojo viešojo valdymo, modernaus viešojo valdymo tematikos (K. Navickas (2013), A. Chmieliauskas, A. Pilkaitė (2013), A. Raipa (2009-2012), A. Guogis, M. Urvikis (2011), D. Gudelis (2010), A. Tumėnas (2008)).

R. Rotomskienė (2011) į E. sveikatos plėtros procesus siūlo pažiūrėti kaip į reiškinį, kuris, reikalauja didelių organizacijos pokyčių, įtraukiant kuo daugiau suinteresuotų grupių, pirmiausia – sukurtų sveikatos informacinių sistemų vartotojus: skirtingo profilio gydytojus, vadybos specialistus, IT darbuotojus, farmacijos specialistus ir kt., tai yra visus dirbančiuosius ar turinčius sąsajų su sveikatos priežiūros sektoriumi, nes tik jiems sutarus dėl vykstančių pasikeitimų ir nuo vykdomų įsipareigojimų įgyvendinimo priklausys sėkmingas inovacijų įdiegimas sveikatos srityje ir įgyvendintų pokyčių tvarka, tai daro įtaką ir sveikatos priežiūros teikiamoms paslaugoms.

Įgyvendinat E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programą Lietuvoje, diegiamos ribotas per Ligonių kasas skirstomas lėšas vaistams galinčios optimizuoti, situaciją periodiškai analizuoti, administravimo našta mažinančios Elektroninės paslaugos. Trys pagrindiniai

nacionaliniai projektai: „E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtra“, Elektroninės paslaugos (toliau – E. paslaugos) „E. receptas“ plėtra“ ir „Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų informacinės sistemos ir jos pagrindų teikimą E. paslaugų sukūrimas“.⁴

Temos problemiškas. 2015 m. lapkričio mėn. pradėjo veikti sistema „E. receptas“. Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, dirbti su E. receptais pasirengusios daugiau kaip 70 proc. vaistinių. Siekiant įgyvendinti E. paslaugos „E. receptas“ plėtrą buvo būtinas bendradarbiavimas tarp viešojo ir privataus sektoriaus. Privatus sektorius, šiuo atveju vaistinės, norėdamos išlikti rinkoje, privalėjo įdiegti „E. recepto“ sistemą savo organizacijose. Siekiant, kad E. sveikatos paslaugos Lietuvoje sėkmingai plėstųsi būtina išsiaiškinti, su kokiomis problemomis susiduria privatus sektorius įgyvendinant valstybinius projektus. Temos problemišumą galima pristatyti šiais probleminiais klausimais:

1. Kaip valdomi tarpinstituciniai susitarimai tarp valstybės ir privataus sektoriaus institucijų įgyvendinant valstybės programas?
2. Kaip įsitraukia į valstybės sveikatos programų įgyvendinimą privataus sektoriaus institucija, kokie valdymo pokyčiai organizacijoje su tuo susiję?
3. Kokias E. sveikatos politikos įgyvendinimo problemas atskleidė „E. recepto“ diegimas vaistinėse priklausančiose Nacionalinės farmacijos grupės tinklui „Gintarinė vaistinė“?

Tyrimo objektas – „E. recepto“ paslaugos įgyvendinimo procesas viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės kontekste.

Tyrimo tikslas – ištirti viešojo ir privataus sektoriaus organizacijų partnerystės įgyvendinant Valstybės programą valdymo ypatumus ir proceso tobulinimo galimybes.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atlikti užsienio ir Lietuvos mokslo darbų viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės klausimais analizę, siekiant išsiaiškinti tokios partnerystės valdymo mechanizmus.
2. Teisės aktų, statistinių ir kitų šaltinių analizės pagrindu išsiaiškinti E. recepto paslaugos taikymo teisinį ir administracinį kontekstą.
3. Išanalizuoti UAB „Gintarinės vaistinės“ įsitraukimo į „E. recepto“ paslaugos įgyvendinimo procesą bei su tuo susijusius organizacinius pokyčius vaistinėse.
4. Remiantis tyrimo rezultatais parengti rekomendacijas Sveikatos apsaugos ministerijai ir UAB „Gintarinė vaistinė“, kaip gerinti „E. recepto“ diegimo procesą.

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2007-2015 metų plėtros strategija

2011 m. Lietuvos mokslininkų išsakyta mintis, kad naudojant sveikatos apsaugos sistemoje informacines technologijas ir jų pagalba siekiant padidinti paslaugų prieinamumą, reikalingas visų IT naudotojų (dirbančiųjų sveikatos priežiūros srityje) sutarimas ir įsipareigojimas juos naudoti, tapo magistro darbo ginamojo teiginio pagrindiniu komponentu.

Ginamasis teiginys. Nepakankamai suderinti tarpinstituciniai įsipareigojimai tarp naujovių E. sveikatos sistemoje, taikant IT, diegiančių privataus ir viešojo sektoriaus institucijų, tarp gydymo ir vaistus parduodančių įstaigų, taip pat ir nepakankamas veiklos koordinavimas iš viršaus (Sveikatos apsaugos ministerijos) stabdo E. recepto diegimą, nors vaistinės yra pilnai pasirengusios teikti paslaugą.

Tyrimo metodai:

✓ **Mokslinės literatūros ir kitų šaltinių,** lietuvių ir užsienio kalbomis, analizei pasitelkta siekiant išsiaiškinti akademinio pasaulio požiūrį į E. sveikatos sampratą, plėtrą, įgyvendinimą, valstybinių ir privačių sektorių bendradarbiavimą įgyvendinant bendrus projektus, pokyčių įgyvendinimą privačiame sektoriuje.

✓ **Teisinių dokumentų analizė** taikyta nagrinėjant LR teisės aktus, strateginius dokumentus siekiant išsiaiškinti teisinę E. sveikatos paslaugos projekto įgyvendinimo aplinką.

✓ **Kokybinis ir kiekybinis tyrimas** taikomas siekiant išsiaiškinti tiriamojo objekto problematiškumą. Kokybinio tyrimo analizei buvo taikomas struktūruotas interviu, interviu metu surinktos medžiagos turinio analizė, rezultatų sisteminimas ir apibendrinimas. Kiekybinio tyrimo metu gautų duomenų statistiniam apdorojimui buvo taikoma kompiuterinė programa SPSS 21.0 for Windows, grafinei tyrimo metu gautų duomenų analizei buvo taikoma MS Excel programa. Tyrimo metu gautų duomenų statistiniam apdorojimui buvo taikyti tokie metodai – procentinis duomenų įvertinimas, imties požymių vidurkių skaičiavimas, buvo taikomas statistinių ryšių tarp požymių tyrimo instrumentas – koreliacinė analizė.

1. PRIVAČIŲ ORGANIZACIJŲ IR VIEŠOJO SEKTORIAUS BENDRADARBIAVIMO ĮGYVENDINANT VALSTYBĖS VIEŠĄSIAS PASLAUGAS TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė, jo nauda

Socialinių, politinių neramumų, ekonominės konkurencijos, technologinių pokyčių veikiama socialinė ekonominė valstybės raida didina reikalavimus viešojo sektoriaus objektams, todėl viešasis sektorius priverstas ieškoti priemonių, kaip optimizuoti viešojo sektoriaus išlaidas, kaip padaryti valstybės valdymą efektyvų. Stebėtina, kad norint pagerinti paslaugų kokybę ir sumažinti biudžeto išlaidas, būtina taikyti privataus verslo vadybos principus, metodus ir technologijas. V. Domarkas, V. Juknevičienė (2010) pabrėžia, kad visuomenė reikalauja iš viešojo sektoriaus institucijų efektyvumo, naujų veiklos formų, nuolat gerėjančių kokybiškų veiklos rodiklių. Todėl L. V. Karlavičiaus ir kt (2006) teigimu, Lietuvoje būtina organizuoti struktūras, galėsiančias pritraukti privačias investicijas į ekonomiką ir infrastruktūrą.

Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystę (toliau VPSP) vis dažniau pasirenka viešojo sektoriaus institucijos spręsdamos, kaip teikti viešąsias paslaugas ir užtikrinti reikalingą viešosioms paslaugoms teikti infrastruktūrą, skirtą viešųjų paslaugų teikimui, teigia D. Gudelis (2010). Įgyvendinant VPSP gerėja teikiamų paslaugų kokybė, sumažinant viešųjų paslaugų teikimo sąnaudas. VPSP projektai įgyvendinami tiesiant kelius, statant tiltus, statant mokyklas, ligonines, valdžios institucijų pastatus, renovuojant pastatus, įgyvendinant Europos Sąjungos projektus, kuriant elektroninės sveikatos sistemą, pertvarkomi vandens ir šilumos ūkiai ir taip toliau.

T. Valio, L. Aidukienės (2012) teigimu, viešojo ir privataus sektorių partnerystė tai, kai viešasis ir privatus sektorius siekia įgyvendinti trumpalaikį ar konkretų bendrą tikslą, nusprendžia kartu parduoti prekes ar teikti paslaugas įvairios sutartys, privilegijos ir dotacijos, kurias organizuoja vyriausybė, teikia privatus sektorius, o apmoka vartotojas ar vyriausybė pagrindu. G. Kvieskienė, V. Kvieska (2012) viešąjį ir privatų sektorių apibūdina kaip juridškai įteisintą bendradarbiavimą, kuris padeda įveikti ekonominius, socialinius, ekologinius iššūkius. Pasak K. Navicko (2013) „viešojo ir privataus sektorių partnerystė tapo plačiai pripažintu ir populiariu reiškiniu viešojo sektoriaus valdymo bei šiuolaikinio viešojo administravimo srityse“. M. Dūda (2010) analizuodamas mokslininkų darbus (P. Sardan, 2004, E. S. Savas, 2005, G. A. Hodge ir C. Greve, 2007 ir kt.) teigia, kad viešojo ir privataus sektoriaus bendradarbiavimo tikslas yra suteikti efektyvias ir kokybiškas viešas paslaugas, patiriant kuo mažiau sąnaudų. VPSP partnerystė padeda sukurti ir plėtoti svarbius infrastruktūros objektus, gerinti viešųjų paslaugų teikimo kokybę visuomenei. VPSP apibrėžimai pateikiami 1.1 lentelėje.

Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės (VPSP) apibrėžimai

Autoriai	VPSP apibrėžimai
Kvieskienė G., Kvieska V., 2012	VPSP – tai <u>juridiškai įteisintas bendradarbiavimas</u> , kuris padedantis įveikti ekonominius, socialinius ir ekologinius iššūkius, spręsti nedarbo ir skurdo problemas ir <u>siekti socialinio tvarumo</u> .
Aidukienė L., Valys T., 2012	VPSP – tai, kai viešasis ir privatus sektorius <u>tam tikram trumpalaikiam ir konkrečiam tikslui</u> kartu nusprendžia teikti prekes ar paslaugas įvairių sutarčių, privilegijų ir dotacijų, kurias <u>organizuoja vyriausybė</u> , teikia privatus sektorius, o apmoka vartotojas ar vyriausybės pagrindu.
Šutavičienė Ž., 2011	VPSP tai valstybės arba savivaldybės institucijos ir privataus subjekto įstatymuose nustatyti <u>bendradarbiavimo būdai</u> , kuriais valstybės arba savivaldybės institucija perduoda jos funkcijoms priskirtą veiklą privačiam subjektui, o <u>privatus subjektas investuoja į šią veiklą</u> ir jai reikalingą turtą, už tai gaudamas įstatymu nustatytą atlyginimą.
Dūda M., 2010	VPSP yra tam tikras susitarimas tarp viešojo ir privataus sektorių, siekiant <u>kartu plėtoti viešąją paslaugų infrastruktūrą ir (ar) teikti viešąsias paslaugas</u> .
Skietrys E., Raipa A. 2009	VPSP – tai <u>sutartinių santykių pagrindu</u> plėtojama ir vystoma infrastruktūra, teikiamos viešosios paslaugos.
Kavaliauskaitė V., Jucevičius R., 2009	VPSP apibūdinama kaip <u>bendradarbiavimas</u> , kai viešojo sektoriaus įstaigos sudaro <u>ilgalaikius susitarimus</u> su privataus sektoriaus institucijomis dėl viešojo sektoriaus infrastruktūros objektų statybos ar valdymo arba <u>paslaugų teikimo</u> (naudojant infrastruktūros objektus) <u>bendruomenei</u> viešojo sektoriaus institucijos vardu.
Meidutė I. (2008)	PVP – tai viešojo ir privataus kapitalo <u>bendradarbiavimas</u> vykdamas infrastruktūros objektų finansavimą, statybos, renovacijos darbus ar šių objektų priežiūrą bei atitinkamo aptarnavimo palaikymą.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis lentelėje minimais autoriais. Pabraukimai MD autorės

Apibendrinant 1.1 lentelėje pateiktas autorių mintis galima teigti, kad VPSP sąvoką apibūdinami ilgalaikiai abipuse nauda grindžiami juridiškai įteisinti susitarimai, bendradarbiavimas tarp viešosios valdžios institucijų ir privačių įstaigų dėl ilgalaikių ar trumpalaikių tikslų, paprastai remiamų valstybės, nes siekiama socialinio tvarumo ir naudos bendruomenėms. Paprastai privačiam sektoriui tenka prisidėti prie susitarimo įgyvendinimo ir savo lėšomis. A. Raipa ir kt. (2012) VPSP apibrėžia, kaip tam tikrą bendradarbiavimo formą tarp viešo ir privataus sektoriaus, kai bendradarbiaudamos jos kuria viešas prekes ir paslaugas, bei dalijasi kaštais ir rizika. Viešojo ir privataus sektorių partnerystė į šalies rinką pritraukia naujovių, skatinama konkurencija ir verslumas, tobulinama viešojo sektoriaus veikla. A. Raipa ir kt. (2012) teigia, kad viešasis ir privatus sektorius turi tapti partneriais siekiant sujungti atskiras galimybes.

VPSP projektus vykdyti yra naudinga valstybei, nes per trumpą laiką gali pritraukti reikalingas lėšas ir gyventojams, kurie gauna geresnės kokybės paslaugas. VPSP laikoma svarbiu veiksmu kiekvienos valstybės ekonomikoje. E. D. Rosen (2007) nurodo dvi pagrindinės idėjas, kaip teikti geresnes viešąsias paslaugas: pirma idėja, kad tai atliktų kiti, t.y. vietos valdžios struktūrų bendradarbiavimas su privačiu sektoriumi, siekiant teikti daugiau paslaugų ir didesnio paslaugų efektyvumo; antra – iš esmės pakeisti, vadovavimą. Šiuo atveju įgyvendinama viešųjų institucijų transformacija (pavyzdžiui, taikomas atviras vadybos stilius, formalūs duomenys naudojami kaip informacijos šaltiniai priimant sprendimus, o darbuotojams ir klientams suteikta galia), kad jų veikla būtų nukreipta į kokybės didinimą, klientų patenkinimą.

Ž. Šutavičienė (2013) išskiria viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės privalumus:

- ✓ „užtikrinamos reikiamos investicijos į viešąjį sektorių bei efektyvesnis valstybės lėšų valdymas“;
- ✓ „užtikrinamas savalaikis ir kokybiškesnis viešųjų paslaugų teikimas“;
- ✓ „dauguma atvejų investiciniai projektai įgyvendinami nustatytu laiku bei nereikalauja nenumatytų papildomų viešojo sektoriaus išlaidų“;
- ✓ „privataus sektoriaus subjektui suteikiama galimybė užsitikrinti ilgalaikes pajamas“;
- ✓ „vykdant partnerystės projektus, panaudojami privataus sektoriaus gebėjimai ir patirtis“;
- ✓ „tinkamai paskirsčius rizikas, mažinamos išlaidos joms valdyti“;
- ✓ „atnaujinamos infrastruktūros sistemos, pritraukiamos investicijos, skatinama ūkio plėtra“;
- ✓ „sumažinamas Europos Sąjungos struktūrinių fondų bendrojo finansavimo poreikis“;
- ✓ „skatinamas inovacijų diegimas šalyje ir nuolat dalijamasi gerąja praktika“.

Apmąstant šiandien matomus E. recepto diegimo Lietuvoje rezultatus ką tik išvardintų viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimo kontekste, itin aktualiu tampa mokslininkės D. Jankauskienės ir kt. (2015) pastebėjimas, kad partnerystė tampa prasminga, kai „dalyvaujantieji Elektroninės sveikatos kūrimo procese suvokia savo įsitraukimo tikslus, galimus vaidmenis ir iš to kylančias funkcijas“. Akivaizdu, kad bendradarbiaujant su privačiomis organizacijom viešas sektorius turi visas galimybes teikdami viešąsias paslaugas pasinaudoti privataus sektoriaus esamais finansais, įžvalgomis, sukauptą patirtimi praktikoje. Privatus sektorius būdamas lankstesnis, specializuotas ir gebėdamas geriau valdyti riziką, gali tam tikras paslaugas suteikti pigiau ir profesionaliau nei viešasis sektorius. Kita vertus, kai planuojant inovaciją nepakankamai įsigilinama į viešojo sektoriaus pasirengimą, galimybes diegti inovacijas, privatus sektorius gali turėti ir nuostolių.

1.2. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės formos ir mechanizmai

VPSP forma parodo, koku mastu ir kokiais būdais privačioms organizacijoms leidžiama veikti srityse, kurios priklauso viešajam sektoriui. Partnerystės formų esmė yra „politikos ir administravimo suderinimas, grindžiamas bendrais tikslais ir prioritetais“ (Raipa ir kt., 2012, p. 183). O. Viršilienė (2010) teigia, kad norint, jog VPSP projektai būtų įgyvendinami sėkmingai pirmiausia reikia, kad šalis sugebėtų kiekvienam konkrečiam atvejui tinkamai pritaikyti ir įvertinti partnerystės taikymo efektyvumą bei pasirinktą teisingą formą. Lietuvos ir užsienio mokslininkai, A. Raipa ir kt., (2012), M. Dūda (2010), V. Kavaliauskaitė (2009), C. Skelcher (2005), D. Gudelis, V. Rozenbergaitė (2004), išskiria pagrindines VPSP formas (žr.1.2 lentelėje): koncesiją, kontraktą, jungtinę įmonę, frančizę, strateginę partnerystę, privatizavimą.

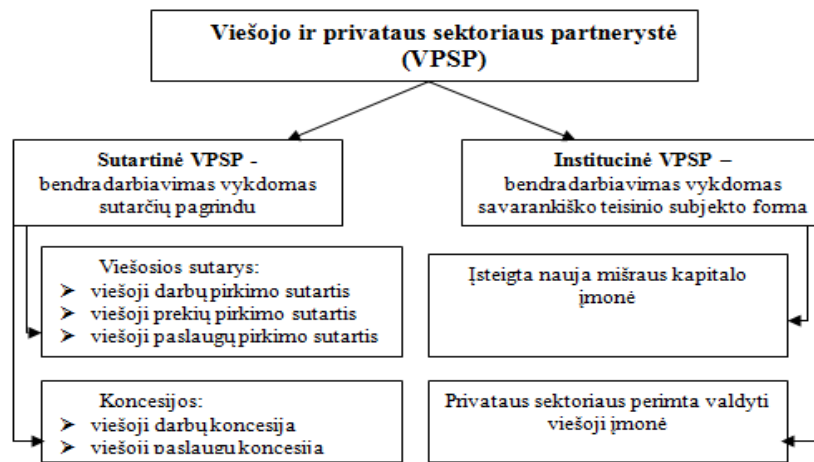
1.2 lentelė

Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės (VPSP) formos

Forma	Apibūdinimas
Koncesija	Specialus leidimas vykdyti ūkinę veiklą, organizacijai perduodama atsakomybė už viešosios infrastruktūros objektų kūrimą, priežiūrą, valdymą.
Kontraktas (sutartis)	Viešosios paslaugos perduodamos teikti verslo ar nevyriausybinėms organizacijoms, sukuriant konkurencines sąlygas esamiems paslaugų tiekėjams.
Jungtinė įmonė	Viešasis ir privatus sektorius įsteigia bendrą organizaciją, siekiant įgyvendinti projektą, kuris teiktų naudą abiem projekte dalyvaujančioms šalims.
Frančizė	Monopolinių teisių suteikimas privačiai organizacijai dėl konkrečios paslaugos teikimo.
Strateginė partnerystė	Dviejų skirtingų viešųjų ir privačių subjektų bendra veikla.
Privatizavimas	Viešasis sektorius perduoda įmones privatiems investuotojams.

Šaltinis: Raipa ir kt., 2012, p. 189-192

Anot D. Gudelio (2010), VPSP formos pasirinkimą lemia tokie veiksniai kaip „teikiamų viešųjų paslaugų prigimtis, teisinė ir ekonominė aplinka, valdžios institucijų finansinė būklė, valdžioje esančių politinių partijų ideologinės nuostatos, įvairių visuomenės grupių požiūris“. Mokslininkų teigimu, formos ir būdai priklauso nuo veiklos rizikos pasiskirstymo, viešojo sektoriaus dalyvavimo laipsnio. Bet kurios VPSP esmė yra efektyvinti valdymą, derinant bendrus tikslus ir prioritetus tarp skirtingų sektorių. Egzistuoja daug VPSP modelių kurie remiasi atskirų rūšių sutartimis ir rizikos pasidalijimu tarp sutarties šalių. Lietuvos įstatymuose minimos sutartinės ir institucinės viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės rūšys pavaizduotos 1.1 pav.



1.1 pav. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės (VPSP) formos

Šaltinis: LR Valstybinis auditas, 2008, p. 12

Sutartinė VPSP užtikrina aukštą partnerių „tarpusavio prisitaikymo lygį, o bendrų resursų valdymas atitenka abiem pusėms“ (Dūda, 2010, p. 143). A Raipos ir kt. (2012) teigimu „vyriausybė kaip ir anksčiau sprendžia, kokios paslaugos turi būti prieinamos vartotojams, nustato paslaugų standartus, sudaro sutartis su privačiomis ir nevyriausybinėmis organizacijomis dėl paslaugų teikimo ir atlieka kontrolę“. Privatus sektorius pagal pasirašytą sutartį su viešojo sektoriaus įstaiga vykdo tam tikro projekto įgyvendinimą, finansavimą (Navickas, 2013, p. 275). Sutartinė VPSP gali būti sudaromos koncesijos būdu – „tai ilgalaikė sutartis, pagal kurią privatus sektorius teikia viešojo sektoriaus kompetencijai priskiriamas paslaugas ir plėtoja šių paslaugų teikimui reikalingą infrastruktūrą, o pagrindinės koncesininko pajamos gaunamos iš galutinių vartotojų, kuriems teikiamos paslaugos“ (Valstybinio audito ataskaita, 2008, p. 13). Anot C. Pollitt ir kt. (2007) koncesija apima visą įgyvendinimo ciklą, todėl jis tampa patrauklesnis privačiam investuotojui, nes jis gali tikėtis gauti kuo didesnę pridėtinę vertę. D. Vaitiekūnienės (2009) teigimu, tai vienas išsamiausiai reglamentuotų VPSP formų. Sutartinės partnerystės rūšis nusako partnerystę, vykdomą vien tik sutarčių pagrindu. Vykdam VPSP svarbu tinkamai parengti sutartį tarp viešojo ir privataus sektoriaus, joje apibrėžiamos visos sąlygos, įsipareigojimai, atsakomybė, įvertintos rizikos ir t.t.

Institucinė VPSP kaip „institucionalizuota partnerystė tarp viešojo ir privataus sektoriaus, bendrai kuriant viešąsias gėrybes ir dalijantis visa su šia veikla susijusia rizika“ (Raipa ir kt. 2012, p. 189). J. K. Forrer (2010) teigimu, VPSP – nuolatiniai susitarimai tarp viešojo ir privataus sektoriaus, kai privatus sektorius dalyvauja sprendimų priėmimo ir viešųjų paslaugų teikimo procesuose.

Strateginė VPSP, A. Raipos ir kt. (2012) teigimu, apjungia viešuosius ir privačius sektorius bendrai veiklai. VPSP strategijoje formuojama viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės vizija, tikslai, uždaviniai, pagrindinės kryptys, galimi partnerystės modeliai, teikiama aplinkos veiksnių analizė, pateikiamos įgyvendinimo priemonės. Strateginė partnerystė viešajam sektoriui leidžia sumažinti atsirandančius paslaugų teikėjo paieškos ir sandorių kontrolės kaštus (Skelcher, 2005, p. 358). VPSP strateginis tikslas tai socialiai orientuota ekonominė plėtra įgyvendinant VPSP projektus, modernizuojant viešojo sektoriaus administravimą siekiant veiksmingos paslaugų kokybės. VPSP strategijos nebuvimas mažina vykdomų projektų veiksmingumą ir didina išlaidas. „Europa 2020“ strategijoje pažymima, kad „Europa visomis išgalėmis turi sutelkti finansinius išteklius, ieškoti naujų būdų, kaip derinti privačius ir viešus finansus, ir kurti naujoviškas priemones, įskaitant viešojo ir privačiojo sektorių partnerystę, reikalingoms investicijoms finansuoti“ (2020 Europa, 2010).

Apžvelgus VPSP formas, galima teigti, kad abiem pusėms palankią partnerystės formą gali pasirinkti ir viešasis, ir privatus sektorius. VPSP forma pasirenkama priklausomai nuo rizikos pasidalijimo, partnerių dalyvavimo veikloje laipsnio, finansavimo būdo. VPSP esmė – efektyvinti valdymą įgyvendinant bendrus tarp skirtingų sektorių tikslus. Pritaikius šią prof. A. Raipos pateiktą VPSP formą „E. recepto“ įgyvendinimui galima pritaikyti strateginę VPSP formą. Strateginė forma E. recepto įgyvendinime apjungė viešuosius ir privačius sektorius (šiuo atveju gydymo įstaigas ir vaistines) bendram tikslui, t. y. gerinti infrastruktūrą E. sveikatos sistemoje. Partnerystės strategijos pasirinkimo efektyvumas priklauso ne tik nuo strategijos rengėjų savybių, kompetencijos, žinių ir patirties, bet ir nuo jos formavimui naudojamų būdų ir priemonių skatinančių VPSP bendradarbiavimo plėtrą.

1.3. Institucinės partnerystės tipai, svarbiausios jų charakteristikos

D. Gudelis (2010) VPSP projektus skirsto pagal tai, „kokio lygmens viešojo sektoriaus institucijos tuos projektus inicijuoja ir juose dalyvauja. Šio autoriaus teigimu VPSP gali būti įgyvendinama *valstybiniu lygiu*, kai vienas iš partnerių yra valstybinė institucija, *tarpvalstybiniu lygiu*, kai VPSP projektuose dalyvauja kelios valstybės, *savivaldos lygiu*, kai sutartis su privačiomis įstaigomis sudaro savivaldybės. “E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema” įgyvendinama VPSP valstybiniu lygiu, partnerystė vyksta tarp privataus sektoriaus ir valstybinės institucijos. LR valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimu juo įstatyme (Žin., 2002 Nr. 60-2412) institucinė partnerystė – viešojo ir privataus sektorių partnerystės būdas, kai valstybės ar savivaldybės institucijos funkcijoms priskirtą veiklą

pagal valdžios ir privataus subjektų partnerystės ar koncesijų sutartis vykdo akcinė bendrovė ar uždaroji akcinė bendrovė.

Institucinė partnerystė būna dviejų tipų:

✓ Viešojo ir privataus sektorių partnerystė, apimanti viešojo ir privataus sektorių atskirų organizacijų bendradarbiavimą. VPSP esmė yra teikti „viešojo sektoriaus kompetencijai priskiriamas paslaugas ir plėtoti šioms paslaugoms teikti reikalingą infrastruktūrą“ (Gudelis, Rozenbergaitė, 2004, p. 58).

✓ Viešojo ir privataus sektorių partnerystė, „apimanti tarpvyriausybinių partnerystę, kai bendradarbiauja to paties lygio ir skirtingų lygių valdžios institucijos“ (Raipa ir kt., 2012, p. 183).

B. G. Peters (1998), cituojama pagal A. Raipą ir kt. (2012) nurodo esmines VPSP charakteristikas: partnerystės dalyviai yra vadovai, turintys įgaliojimus priimti savarankiškus sprendimus dėl VPSP; kiekvienas partneris turi būti pajėgus investuoti į partnerystę materialius ir nematerialius resursus; visi partnerystės dalyviai yra atsakingi už veiklos rezultatus.

Institucinė VPSP turi vadovautis LR valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatyme numatytais principais: visuomeninės naudos – šis principas reiškia, kad turi būti užtikrintas visuomenės interesų tenkinimas; efektyvumo – siekiama maksimali nauda visuomenei; racionalumo – tausojamas, nešvaistomas ir racionaliai tvarkomas valstybės ar savivaldybės turtas; viešosios teisės – VPSP veikla vykdoma remiantis LR teisės aktais.

Institucinė aplinka yra svarbi viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės plėtrai. VPSP sutartims sudaryti iniciatoriai yra viešojo sektoriaus institucijos, kurios reglamentuotos viešųjų pirkimų, koncesijų įstatymuose ir kituose teisės aktuose. 1 priede pateikiami *VPSP galimi dalyviai*:

➤ Vyriausybė ir ministerijos – „Vyriausybė derindama Europos Sąjungos nustatytus tikslus ir uždavinius, nustato strategines kryptis strategijose ir programose ir jos yra kaip programinės-orientuojamosios reguliavimo priemonės, kuriomis vadovaujasi savivaldybės ir kitos viešojo sektoriaus įstaigos“ (Šutavičienė, 2013, p.165);

➤ Seimas – „Seimas supranta, kad VPSP yra „įrankis“ siaurinti ir perduoti kai kurias valstybės funkcijas privačiam sektoriui“ (Šutavičienė, 2013, p.167);

➤ savivaldybės įgyvendina VPSP idėjas ir jas realizuoja (Šutavičienė, 2013, p.167);

➤ privatus sektorius – šie dalyviai yra nurodomi konkrečioje sutartyje, kurią pasirašo su viešuoju sektoriumi.

Kuriant elektroninės sveikatos sistemą suformuotos suinteresuotųjų grupės (žr. 1.3 lentelę), kurios tarpusavyje turi bendradarbiauti, siekiant efektyvaus E. sveikatos įgyvendinimo.

Suinteresuotųjų grupės

Suinteresuotųjų grupės	Suinteresuotųjų įstaigos
Sveikatos apsaugos ministerija ir kitos su sveikatos apsaugos reguliavimu susijusios administravimo institucijos	✓ Sveikatos apsaugos ministerija; ✓ Valstybinė ligonių kasa; ✓ Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba; ✓ Registrų centras.
Informacinių technologijų įmonės	Programavimo ar konsultacines paslaugas teikianti privati įmonė
Sveikatos priežiūros įstaigos	✓ Sveikatos priežiūros įmonėms vadovaujantys vadovai, kurių sprendimai dažniausiai yra strateginės reikšmės; ✓ Gydytojai slaugytojai, kurie tiesiogiai teikia medicininės paslaugas ir naudojami E. sveikatos sistema; ✓ Informacinių technologijų specialistai, finansininkai, vidutinės grandies vadybininkai.
Farmacijos departamentas	Farmacines paslaugas teikiančios įmonės

Šaltinis: sudaryta pagal D. Jankauskienės ir kt., 2015, p. 466-467

E. sveikatos suinteresuotųjų partnerystės tikslas yra nukreiptas į E. sveikatos pokyčių valdymą įgyvendinant E. sveikatos plėtrą. Anot N. Dučinsko (2012), 2012-2020 metų strategijos vienas iš tikslų yra užtikrinti sveikatos sektoriaus dalyvių partnerystę, sektoriaus veiklos tęstinumą, valdymą, pagrįstą objektyvia informacija. „Viešojo sektoriaus institucijos, kurios atsakingos už gyventojų aprūpinimą viešosiomis paslaugomis, pasieks gerų rezultatų tik tuomet, jei suformuluos aiškius tikslus ir priemones jiems įgyvendinti, pasirinks tinkamą viešųjų paslaugų teikimo būdą, viešųjų paslaugų teikimo sutartyse sieks subalansuoti viešuosius ir privačių partnerių interesus, numatys tinkamus atsiskaitymo ir sutarties įgyvendinimo kontrolės mechanizmus“ (Gudelis, 2010, p. 328).

Taigi viešojo ir privataus sektorių suinteresuotos partnerystės taikymas padeda organizuoti sveikatos priežiūros institucijų veiklos modernizavimą, E. sveikatos pokyčių numatymas ir įgyvendinimas paskatino E. sveikatos paslaugų plėtrą gydymo įstaigose ir institucijose, gyventojams suteikiama galimybę gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

1.4. Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystė įgyvendinant valstybės iškeltus tikslus

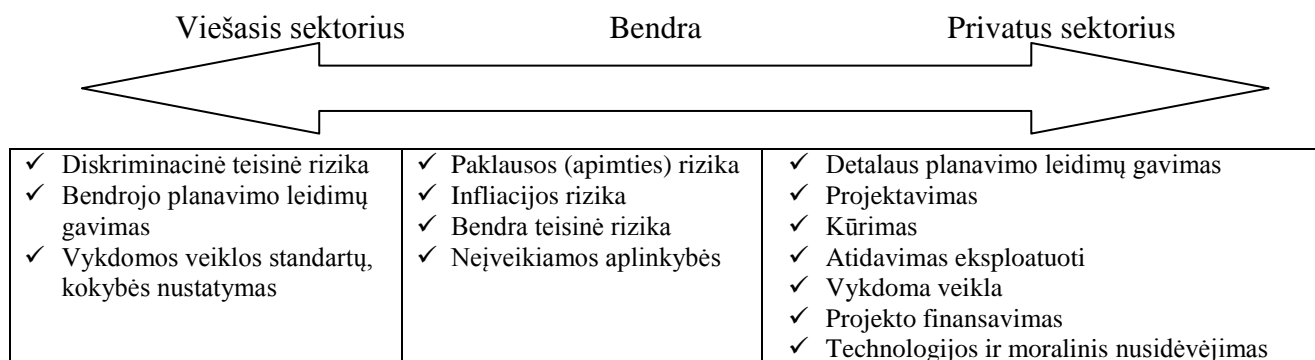
Pokyčių ir technologijų pažangos didėjimas, besikeičiančios rinkos sąlygos, vykstanti sparti globalizacijos plėtra skatina reformas viešajame valdyme. Valstybės valdyme reikia adaptuotis, keisti ir tobulinti veiklos kryptis bei principus, ieškoti naujų valdymo metodų, siekiant veiklos efektyvumo ir produktyvumo. Naujoji viešoji vadyba, tai efektyvus būdas valstybės reikalams tvarkyti, kuris išsirutuliojo iš tradicinio biurokratinio administravimo ir įtvirtino naują požiūrį į politikos ir administravimo sąveiką, sprendimų priėmimą, viešųjų paslaugų teikimą, viešojo ir privataus sektoriaus santykius ir kt. (Papšienė, 2010, p 1).

Pasak A. Raipos ir kt. (2012) klasikinis biurokratinis viešojo sektoriaus organizavimo modelis su griežta hierarchine sistema ir visapusiškas taisyklių ir procedūrų laikymasis, turi neigiamą poveikį viešųjų organizacijų darbuotojams ir klientams. Plėtojama „gerovės valstybė“ didina piliečių priklausomybę nuo valstybės ir skatina biurokratinės išlaidas.

Rizikos nustatymas, įvertinimas, realistinis paskirstymas, rizikos mažinimo priemonių numatymas, jos stebėjimas ir kontrolė užtikrina partnerystės projektų veiklą. Partnerystė rizikas leidžia padalyti partneriams, kurie geriausiai sugeba ją valdyti (Ystcombe, 2007; Teisman, Klijs, 2002). Vyriausybei susidūrus su finansiniais sunkumais, partnerystė yra puiki priemonė spręsti viešojo sektoriaus finansavimo problemas. M. Dūda (2010) išskiria pagrindines VPSP charakteristikas:

- dalyvavimas – partnerystė įtraukia ir viešą, ir privatų sektorių;
- atsakomybė – partnerystės dalyviai yra organizacijų vadovai, kurie turi įgaliojimus savarankiškai priimti sprendimus;
- socialinis kapitalas – partnerystė paremta tarpusavio pasitikėjimu, socialiniu dialogu kuriant ilgalaikius ir tvirtus santykius;
- ištekliai – partneriai pajėgūs investuoti materialinius ir nematerialinius resursus;
- rizikos prisiėmimas – visi partnerystės dalyviai yra atsakingi už veiklos rezultatus.

K. Navickas (2013) išskiria tris VPSP rizikos kategorijas. *Statybos rizika*, kai rizika yra susijusi su pavėluotu statinio pridavimu, išlaidų nukrypimais ar techniniais trūkumais. *Tinkamumo rizika* – kai privataus rangovo pristatytas rezultatas neatitinka sutartos kokybės ir (arba) kiekybės reikalavimų, neatitinka saugos ar viešuosiuose sertifikatuose nustatytų standartų. *Paklausos riziką* sudaro paklausos kintamumas, kuris nepriklauso nuo privataus partnerio. Pasak D. Gudelio, V. Rozenbergaitės (2004), VPSP duoda didesnę naudą, kai rizika paskirstoma toms šalims, kurios geriausiai sugeba ją valdyti. 1.2 pav. pavaizduotas VPSP projektams būdingas rizikos pasiskirstymas.



1.2 pav. Viešojo ir privataus sektoriaus rizikos pasiskirstymas

L. V. Karalavičiaus ir kt. (2006) teigimu, 1.2 pav. parodo, kad rizikos pasiskirstymas tarp VPSP suteikia galimybę kiekvienam iš partnerių sutelkti dėmesį į tą veiklos sritį, kuri labiausiai atitinka jo gebėjimus.

Taigi viešajam sektoriui galima priskirti paruošiamųjų darbų riziką, t.y. viešasis sektorius atsakingas už darbų planavimą ir organizavimą. Privačiam verslui tenka didesnė rizika – jis atsakingas už viešojo sektoriaus planų ir tikslų įgyvendinimą, priemonių naudojimą tiems tikslams pasiekti (finansavimas, reikalinga technika ir kt.). Tiek viešajam sektoriui, tiek privataus verslo subjektams sėkmingai valdant savo kompetencijai priskirtą riziką, gali kilti ir kita – bendra rizika, kurią sąlygoja išoriniai, socialiniai - ekonominiai veiksniai.

1.5. Viešosios ir privačiosios partnerystės valdymas privačioje organizacijoje

K. Mongkol (2011) nuomone, viešąjį ir privatų sektorių skiria politiniai, socialiniai ir konstituciniai veiksniai, taip pat išvelgiami ir VPSP skirtumai. V. Giedraitytė ir A. Raipa (2012), analizuodami privataus sektoriaus metodų perėmimą ir pritaikymą viešajame sektoriuje, išskiria tokius proceso trukdžius: viešojo sektoriaus verslumo patirties trūkumą, kompetencijos, įgūdžių ir tyrimų stoką, kurie lemia privataus sektoriaus principų sėkmingo pritaikymo viešajame sektoriuje negalimumą. Dėl sektorių skirtumų, rizikinga taikyti privataus sektoriaus principus viešajame sektoriuje, neįvertinus sektorių specifiškumo. R. B. Denhardt ir kt. (2001) teigimu, valstybė, taikydama NVV principus, dažnai neatspindi visos visuomenės interesų visumos, o formuojant politiką, atsižvelgiama tik į valstybės, kaip individualaus vieneto, poreikius. Rinka netinka visoms viešojo valdymo sritims, vertinant viešojo sektoriaus veiklą, netikslinga visada remtis privataus sektoriaus pavyzdžiu, nes viešasis sektorius, skirtingai nei privatusis, turėtų siekti ir nematerialaus pobūdžio naudos. Anot A. Guogio ir M. Urvikio (2011), NVV principai gali ne tik nepadėti viešojo valdymo procesų tobulinimui, bet ir trukdyti darbo kokybei dėl padidėjusių darbo tempų ir pernelyg tiesioginio kiekybės siekio.

N. M. Riccucci (2001) pastebi, kad pelningas paslaugų teikimas (kaip akcentuoja privataus sektoriaus principų taikymo NVV aspektas) negali būti svarbesnis už investavimą į tautos ateitį, konfliktų sprendimą šalyje ar jėgos naudojimo kontrolę. Anot D. Gudelio (2010), **„viešųjų paslaugų teikimas ir infrastruktūros plėtojimas, panaudojant VPSP formas, bus naudingas, jei bus tinkamai valdomas“**. Viešosios įstaigos sudarydamos sutartis su privačiomis organizacijomis, turi suderėti sąlygas kuriomis būtų apginti vartotojų interesai, užtikrinta paslaugų kokybė, o tai priklauso nuo VPSP projektus rengiančių viešojo administravimo institucijų vadovų

kompetencijos ir atsakomybės. A. Raipos ir kt. (2012) teigimu, VPSP projektuose viešasis sektorius orientuojasi į dabartį, o privatus sektorius orientuojasi į ateitį.

A. Sakalas, M. Vienažindienė (2008) pabrėžia, kad „privataus sektoriaus valdymo metodu taikymas – tai optimalus išteklių valdymas, visuotinės kokybės vadybos principų diegimas, konkurencijos skatinimas, strateginio valdymo plėtotė, mobilumo ir novatoriškumo didinimas. H. Priemus (2002), cituojama pagal A. Raipą ir kt. (2012) nurodė, kad „Vyriausybė norėdama užtikrinti sėkmingą partnerystės projektų įgyvendinimą, turi sukurti adekvačią procesų valdymo sistemą, pasirinkti adekvačius finansinius instrumentus bei užtikrinti nuosaikios ir kryptingos politikos valdymą VPSP atžvilgiu“. Geras procesų valdymas turi vesti link VPSP projekto sudarymo ir jo realizavimo. A. Raipa ir kt. (2012) nurodo penkių valdymo rinkinį, kuri išskyrė H. Priemus (2002), **tai – partnerystės taisyklių nustatymas, VPSP ribų nustatymas, rizikos valdymas, kontraktų valdymas, realizavimo ir eksploatacijos etapų valdymas**. A Raipos ir kt. (2012) teigimu, netinkamas šių procesų valdymas gali sukelti sunkumus ar net sužlugdyti VPSP projekto realizavimą.

Šiuolaikinėje projektų vadyboje R. Turner (2008) išskiria pagrindinius valdymo objektus: *projektus, programas, portfelius*, kurie tarpusavyje susieti hierarchine priklausomybe. A. Tieva ir J.M. Junnonen (2009) nurodo, kad PVSP *projektai* yra ilgalaikiai, sudėtingi ir daug pastangų reikalaujantys sutartiniai susitarimai ir santykiai. VPSP projektai klasifikuojami atsižvelgiant į viešojo sektoriaus valdžią, kuri inicijuoja šiuos projektus ir juose dalyvauja. K. Navickas (2013) pabrėžia, kad viešojo sektoriaus institucijos kontroliuoja privačių paslaugų tiekėją, kai jos yra investavusios į projektą. A. Chmieliauskas, A. Pilkaitė (2013) nurodo, kad projektu laikoma į konkretų tikslą orientuota veikla, kuri vykdoma atsižvelgiant į apimties, laiko, išlaidų ir kokybės apribojimus. Antras valdymo objektas yra *programa*. Anot A. Chmieliausko, A. Pilkaitės (2013), programa tai „koordinuotai valdoma susijusių projektų grupė, siekiant bendro tikslo įgyvendinimo“ (D. Šaparnienė, A. Krupavičius, 2013, p. 286). „E. sveikatos paslaugų“ programa susideda iš kelių projektų tai „E. receptas“, „E. sveikatos draudimas“, „E. registracija“ ir panašiai. Kaip teigia A. Chmieliauskas, A. Pilkaitė (2013), programos parengimo metu sisteminama informacija, apibrėžiamos programos sudėtinės dalys, nustatomi jų tarpusavio sąryšiai ir priklausomybė, formalizuojama ir įteisinama valdymo struktūra, procesai ir procedūros, parenkami programos valdymo ir kontrolės metodai, paskirstomos atsakomybės, paskirstomi techniniai ir kiti infrastruktūriniai ištekliai. Trečias valdymo objektas yra *portfelis* – „organizacijos strateginio lygmens objektas, apimantis visus organizacijoje įgyvendinamus projektus ir kitas veiklas, kuriomis siekiama strateginių tikslų“ (D. Šaparnienė, A. Krupavičius, 2013, p. 286). Minėta „E. sveikatos

paslaugų“ programa yra sveikatos sistemos portfelio dalis, kartu su kitų sričių komponentais (farmacijos, asmens sveikatos, visuomenės sveikatos, sveikatos draudimo ir kt.).

Lygindami šiuos valdymo objektus – projektą, programą ir portfelį - A. Chmieliauskas, A. Pilkaitė (2013) išskiria, pagrindinius bruožus: projektai pasižymi siaura apimtimi ir konkrečiais rezultatais, tuo tarpu programų apimtis platesnė ir kintanti, o portfelio apimtis kinta kartu su strateginiais organizacijos tikslais.

Apibendrinant pirmą skyrių galima teikti, kad VPSP valdymas apima rezultatų siekimą, asmeninę atsakomybę ir vadovų nurodymus dėl siekiamų rezultatų, pigų ir efektyvų rezultatų siekimo būdą. VPSP yra šiuolaikinė vadovavimo ir valdymo priemonė. Partnerystės projektų sėkmingą realizavimą, anot A. Raipos ir kt. (2012), lemia nuosaiki bei kryptinga Vyriausybės politika VPSP atžvilgiu. Valdžios struktūros, siekdamos realizuoti VPSP, vadovaujasi galimybių optimizavimu, galimybės išdėstomos erdvėje ir laike, kad kiek įmanoma palengvintų projektų įgyvendinimą ir padėtų užtikrinti E. sveikatos ir E recepto projektų diegimą. E. sveikatos paslaugų programos įgyvendinimas teikiamas kartu su strateginiais gydymo įstaigų tikslais padėtų užtikrinti E. sveikatos ir E. recepto diegimo procesų efektyvumą, skatinant gydymo įstaigas ne tik diegti E. sveikatos ir E. recepto sistemas bet ir skatinant gydymo įstaigas aktyviai bendradarbiauti su Sveikatos apsaugos ministerija, privataus sektoriaus įstaigomis - vaistinėmis.

2. ELEKTRONINIO RECEPTO PASLAUGOS ĮGYVENDINIMO LIETUVOJE, PASITELKUS PRIVAČIAS VAISTINES, TEISINIS IR ADMINISTRAVIMO KONTEKSTAS

Per pastaruosius kelerius dešimtmečius, Europos Sąjungos šalyse narėse, įvykus spartiems valstybinių įstaigų ir institucijų veiklos restruktūrizavimo procesams, buvo įgyvendinti esminiai jų veiklos organizavimo ir valdymo procesai, nustatomi veiklos kokybės vertinimo procesai. Sveikatos priežiūros institucijos, kaip ir valstybinės institucijos patyrė veiklos reformas ir restruktūrizavimo procesus. Šie sveikatos priežiūros institucijų pokyčiai padėjo sukurti sveikatos priežiūros sistemą, kuri įtakojo asmens sveikatos bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų sampratos atsiradimą, asmens sveikatos priežiūros lygmenų sukūrimą, pakeitė sveikatos priežiūros institucijų struktūrą bei jų klasifikacijas, sveikatos priežiūros institucijose buvo pradėtos diegti informacinės sistemos, kurios paskatino elektroninių paslaugų tokių, kaip elektroninė sveikata ir elektroninis receptas atsiradimą.

2.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos apibūdinimas ir struktūra

Lietuvos nacionalinę sveikatos sistema, jos struktūrą ir joje vykstančių veiklos procesų organizavimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas.

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema (toliau tekste – LNSS) – Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros institucijų veiklos procesų siejamų su sveikatingumo veikla bei jos išteklių tvarkymu susijusi sistema (LR Sveikatos priežiūros įstatymas, 2016). Dabartiniu metu LNSS veikla yra vykdoma užtikrinant sveikatos priežiūros teisėtumą, visų sveikatos priežiūros reikalų integravimą į bendrą sistemą, apima tiek viešųjų, tiek privačių gydymo įstaigų sveikatos paslaugų teikimo reglamentavimą (Lietuvos sveikatos programa, 2010).

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema apima:

- LNSS vykdomuosius subjektus;
- Sveikatinimo veiklos valdymo subjektus – tai sveikatos priežiūros ar farmacinės paslaugas teikiančios įmonės ir įstaigos, kurios yra klasifikuojamos: „valstybės ir savivaldybių asmens ir sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos; valstybės ir savivaldybių įmonės; kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorine ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu“.

LNSS veikla ir teikiamos paslaugos Lietuvoje apima - asmens sveikatos priežiūrą; visuomenės sveikatos priežiūrą; farmacinę veiklą.

Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvos Respublikoje skirstomos į lygius: pirminį (pirminė sveikatos priežiūra), antrinį (antrinė sveikatos priežiūra) bei tretinį (tretinė sveikatos priežiūra). Šias paslaugas teikia savivaldybėms ar Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios biudžetinės ir viešosios įstaigos (SAM, 2016).

Pirmajam lygiui yra priskiriama pirminė sveikatos priežiūra. Pirminė sveikatos priežiūra (orig. primary care) yra „arčiausiai“ gyventojų. Tai reiškia, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigos yra lengviausiai pasiekiamos ir būtiniausias sveikatos paslaugas teikiančios įstaigos. (Pirminė sveikatos priežiūra, 2012).

Antrajam lygiui yra priskiriama antrinė sveikatos priežiūra. Antrinė sveikatos priežiūra - tai sveikatos priežiūra, teikiama ligoninėse pacientams, kuriems visą parą būtinas gydymas ar nuolatinė medicinos priežiūra (Socialinės apsaugos terminų žodynas, 2012). Analizuojant antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigas, būtina pabrėžti tai, kad šios įstaigos yra daugiaprofilinės.

Trečiajam lygiui priskiriama tretinė sveikatos priežiūra. Tretinė sveikatos priežiūra - Lietuvoje labiausiai specializuota asmens bei visuomenės sveikatos priežiūra, kurią atlieka centrinės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (Socialinės apsaugos terminų žodynas, 2012).

Kadangi daugumoje sveikatos priežiūros įstaigų suteikiamos ne vieno lygio sveikatos priežiūros paslaugos, todėl dažniausiai pasitaiko, kad vienoje gydymo įstaigoje yra teikiamos tiek pirminio, tiek antrinio tiek ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugos, todėl labai sunku rasti atsvaros tašką, kuris padėtų atskirti vieną lygį nuo kito.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema skirstoma į dvi šakas – valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros institucijas. Lietuvoje sveiktos priežiūros sistemoje veikia valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos, tačiau yra pateikiama didesnė jų klasifikacija.

Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (2016) pateikiamas Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimas:

- Valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešosios ir biudžetinės įstaigos;
- Valstybės ir savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos;
- Valstybės ir savivaldybių įmonės, organizacijos, kurių daugiau kaip 50 procentų akcijų priklauso valstybei ar savivaldybei;
- Kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorine ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu.

Beveik prieš dešimtmetį LR Sveikatos apsaugos ministerija norėdama optimizuoti šalies gydymo įstaigų veiklos procesus bei užtikrinti jų kokybę ir efektyvumą pradėjo diegti elektronines

sistemas, kurios padėjo gydymo įsteigtoms elektroninių būdų pildyti su gydymo paslaugomis susijusią dokumentaciją. Neseniai Lietuvoje buvo pradėta taikyti E. sveikatos sistema, kurios taikymo metu pacientams buvo suteiktos palankios galimybės greičiau gauti iš gydytojų reikalingą konsultaciją, užsirašyti pas gydytoją, gauti elektroninį receptą. Elektroninių sistemų diegimas padės optimizuoti gydymo įstaigų veiklos procesus, leis medikams skirti didesnę dėmesį teikiamų medicinos paslaugų kokybės užtikrinimui.

2.2. Lietuvos sveikatos paslaugų kokybės gerinimas didinant jų prieinamumą, pasitelkiant elektronines paslaugas

Per pastaruosius kelerius dešimtmečius Lietuvoje, kaip ir daugumoje Europos valstybių buvo susirūpinta visuomenės sveikatos palaikymu bei plačiausiai paplitusių ligų mažinimu, rengiant tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei įgyvendinant ligų prevencines programas. Sveikata, anot Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau tekste – PSO) (2009) apibrėžiama, kaip „žmogaus psichinė ir socialinė gerovė, stimuliuojanti asmens fizinį, intelektualinį ir emocinį brendimą, netrukdančią kitų žmonių plėtotę“.

Sveikatos sąvoka pateikiama daugelyje mokslinių šaltinių: anot R. Gurevičiaus ir J. Margienės (2010), sveikata – apibrėžiama kaip „žmogaus fizinės, dvasinės ir socialinės aplinkos pusiausvyra, suderinta su visapuse funkcinė veikla“. J. Tartilo (2010) teigimu, įgyvendinant visuomenės sveikatos apsaugą, Lietuvoje vykdoma sveikatos politika, kuri yra universali kiekvienos ligos atveju. T. Stravinsko (2011) nuomone, asmens sveikatos priežiūros sistemos tikslas – „padėti asmeniui išsaugoti sveikatą, laiku diagnozuojant ir likviduojant asmens sveikatos sutrikimus bei užkertant jiems kelią nesusirgti, o susirgus – pasveikti ir sustiprėti“. Visuomenės sveikatos sistemos esmę sudaro sveikatos gerinimo veiklą, apimančią daugelį visuomenės sričių, efektyviai organizuojant sveikatos politikos procesus (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 11), užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo procesus.

Lietuvoje Sveikatos sistemos įstatymų nubrėžtos gairės lėmė, kad buvo pradėti kurti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo standartų projektai, nes vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų yra sveikatos paslaugų prieinamumas. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai. Paslaugos turi būti pakankamai arti gyventojų, o paslaugų kaina priimtina ir neturtingiems visuomenės nariams (Cassidy, 2008, 301p.).

Tačiau nežiūrint į tai, Europos Visuomenės Sveikatos Asociacijos konferencijoje Helsinkyje (2007) buvo pažymėta, kad „įprasta kiekvienos visuomenės problema yra neadekvatus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kurį sąlygoja didelės eilės ligoninėse, todėl būtina modernizuoti

sveikatos priežiūros sistemą, pateikiant šalies gyventojams efektyvias bei modernias sveikatos priežiūros paslaugas, kurios galėtų optimizuoti tiek sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų veiklos procesus, tiek ir sutaupyti visuomenės besilankančios šiose įstaigose laiką, skirta sveikatos priežiūros paslaugų gavimui“ (Donabedian, 2011, 16 p.). Pažymėtina, kad sveikatos priežiūros sistemos modernizavimas padeda užtikrinti didesnę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvos gyventojams, norintiems gauti skubią informaciją iš medikų arba elektroniniu būdu gauti receptą. S. Hargreaves, A. Burnett (2008) sveikatos priežiūros prieinamumą apibūdinama, kaip „tam tikrą teritorijos gyventojų realizuotas galimybes gauti vienas ar kitas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas“. Donabedian (2011) sveikatos priežiūros prieinamumą apibūdina kaip valstybės nustatytą tvarką pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominę, komunikacinę ir organizacinę priimtinumą tiek asmeniui tiek visuomenei“. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos visiems šalyje esantiems visuomenės nariams, nepriklausomai, ar jie yra Lietuvos piliečiai.

Lietuvoje galima išskirti pagrindinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo bruožus, nusakančius paslaugų vartotojo (sergančiojo) ir paslaugų teikėjo (mediko) sąveikos ypatumus: *priimtinumą* (sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų ir šių paslaugų teikėjų požiūrių sutapimą); *įpirkimą* (paslaugos gavimo kaštus susijusius su išlaidomis medikamentams); *naudingumą* (paslaugų pasiūlos ir paklausos pusiausvyrą); *fizinį prieinamumą* (paslaugų teikimo vieta pacientų gyvenamosios vietos atžvilgiu bei jo galimybėmis atvykti); *derinimą* (kiek paslaugų teikimo procesas yra suderintas su vartotojų poreikiais – darbo laikas, registravimosi galimybės, galimybės pasirinkti norimą specialistą, eilės) (Hargreaves, Burnett, 2008, 36 p.).

Neretai kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą susiduriama su sveikatos priežiūros paslaugų sistemos skirstymu pagal lygmenys, kurių ne visi lygmenys prieinami plačiai visuomenei, o tik tam tikriems visuomenės nariams. Atsižvelgiant į tokią susiformavusią sveikatos priežiūros sistemą ir norint ją keisti buvo pradėtos taikyti sveikatos sistemos reformos (Buivydas, Černiauskas ir kt., 2010, 332 p.).

Anot V. Janušonio (2012) vykdomos sveikatos priežiūros reformos Lietuvoje apima tokias sritis:

➤ *Sveikatos politikos plėtra*. Tai atliekama įstatymų, sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo, aktyvios sveikatos politikos kūrimo analizė: sveikatos politikos partnerių dalyvavimas, bendruomenių atsakomybės už savo sveikatą kaita, personalo mokymas ir kvalifikacijos tobulinimas, reformos prioritetų nustatymas: pirminė sveikatos priežiūra, stacionari pagalba, finansavimo reforma, farmacijos politika, vadybos mokymas.

➤ *Sveikatos politikos valdymas.* Aprašoma, kaip ir kokią įtaką gyventojų sveikatai ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumui padarė pagrindiniai sveikatos reformos sprendimai

➤ *Informacinės sistemos tobulinimas.* Lietuvos sveikatos rodiklių pokyčiai: gyventojų sveikatos rodiklių kaita; gyventojų nuomonės ir bendruomenės dalyvavimo kaita (Janušonis, 2012, 433 p.).

Sveikatos politikos reformos reikalauja visų lygių gydymo įstaigų esminių Lietuvos pertvarkymų: struktūros, institucijų funkcijų, personalo kvalifikacijos pokyčių, naujosios viešosios vadybos principų diegimo strateginiame organizacijų valdyme (Buivydas, Černiauskas ir kt., 2010, 106 p.).

T. Stravinskas (2010) pateikia SSGG analizę, kuri padeda įvertinti sveikatos priežiūros reformų įgyvendinimo efektyvumą (žr. 2.1 lentelę).

2.1 lentelė

Lietuvos sveikatos reformos SSGG

Stiprybės	Silpnybės
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicinos paslaugų prieinamumas visiems gyventojams. ➤ Sveikatos priežiūros infrastruktūros plėtra. ➤ Aukšto lygio medicinos specialistų rengimo sistemos sukūrimas. ➤ Sparti ekonomikos globalizacija. ➤ Sparti ekonomikos globalizacija. ➤ Didinami kokybės reikalavimai. ➤ Integracija į ES vidaus rinką ir besikeičiantis požiūris į finansų institucijų veiklą. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sveikatos draudimo modelio formavimas remiantis tarybiniais standartais, o ne buvusia nepriklausomos Lietuvos sveikatos draudimo sistemos patirtimi. ➤ Savarankiškos Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos nebuvimas. ➤ Sveikatos priežiūros paslaugų apimčių, o ne kokybės akcentavimas. ➤ Visuomenės nuomonės susiformavimas, kad sveikatos paslaugos turi būti teikiamos nemokamai. ➤ Sveikatos sistemos valdymas yra n modernus ir turi nemažai ydų. ➤ Finansavimas. ➤ Menki draudimo išsivystymo rodikliai. ➤ Nestabili teisinė – politinė aplinka gali neigiamai veikti veiklą, nes ji nebus tam pasiruošusi.
Galimybės	Grėsmės
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tolesnis privatizavimas. ➤ Atskiras sveikatos draudimo fondas. ➤ Finansavimas paslaugų prieinamumui gerinti, paslaugų plėtrai ir naujoms paslaugoms. ➤ Didelės plėtros galimybės. ➤ Sutaupomos asmeninės lėšos. ➤ Gyventojų pajamų didėjimas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menkai finansuojamos sveikatos programos kelia grėsmę siekiamų rodiklių nepasiekiamumui. ➤ Ekonominė padėtis (krizė). ➤ Išorinė aplinka. ➤ Lėtas rinkos vystymasis.

Šaltinis. T. Stravinskas, 2010, p.53

Taigi, Lietuvos reformų įgyvendinimui yra sudaromos palankios sąlygos, tokios kaip medicinos paslaugų prieinamumas visiems gyventojams, efektyvi sveikatos priežiūros infrastruktūros plėtra, aukšto lygio medicinos specialistų rengimas, integraciją į ES ir kt., tačiau įgyvendinant reformas neretai tenka susidurti ir su tokiais sveikatos reformos trūkumais, kaip

savarankiškos Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos nebuvimas, neigiamas visuomenės nusistovėjusios nuomonės susiformavimas.

Įgyvendinant reformų tikslus, šiandieninei Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai būdingas medicinos teikiamų paslaugų prieinamumas visiems šalies gyventojams, didelė sveikatos infrastruktūros (paslaugų) plėtra, medicinos mokslo plėtra, kvalifikuotų specialistų gausa (LSSO, 2016). Remiantis Sveikatos sistemos įstatymu (2016), sveikatos politikos reformų įgyvendinimas Lietuvoje, numato šiuos svarbiausius sveikatos politikos sistemos pertvarkymus:

- Sveikatos priežiūros įstaigų valdymą optimizuoti, priskiriant pirminės ir antrinės sveikatos priežiūras savivaldybių kompetencijai.

- Racionalizuoti išteklius ir optimizuoti sveikatos priežiūros išlaidas siekiant efektyviau naudoti lėšas ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę: optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų kiekį; per bendrosios praktikos gydytojo instituciją, išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus.

- Rengti ir perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus pagrindinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojams, vadybos specialistams.

- Vykdyti visuomenės sveikatos priežiūros reformą: didelį dėmesį skirti visuomenės sveikatos priežiūros sistemos pertvarkai, sukurti jos teisinius pagrindus; plėtoti visuomenės sveikatos monitoringą, ekspertizę, informacijos sistemą ir tarpžinybinį bendradarbiavimą; mokyti ir perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus; vykdyti valstybinių sveikatos programų rengimą ir finansavimą.

- Gerinti gyventojų sveikatingumo rodiklius įgyvendinant specialiuosius šios programos tikslus.

- Gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę ir efektyvumą

- Diegti naujas efektyvias e. sveikatos paslaugų teikimo sistemas (Buivydas, Černiauskas ir kt., 2010, 107 – 108 p.).

R. Buivydas, G. Černiauskas ir kt. (2010) išskiria du sveikatos sistemos pertvarkos etapus – sveikatos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo. Buvo atkreiptas dėmesys į nepakankamą sveikos gyvensenos mokymą, sveikos gyvensenos trūkumą ir prastą ligų profilaktiką; į prastas medicinos technologijas, taip pat į medikų žinių trūkumą; sveikatos paslaugų prieinamumo stokojimą (Buivydas, Černiauskas ir kt., 2010, p. 109).

Lietuvoje dabartiniu metu sistemingai keliami du fundamentalūs sveikatos reformos tikslai, kuriems įtakos turi informacinių sistemų diegimas ir elektroniniu sveikatos paslaugų teikimas, kuriam įtakos turi aktyvios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas ir teikiamų sveikatos

priežiūros paslaugų prieinamumas, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo gerinimas, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo restruktūrizavimas (Buivydas, Černiauskas ir kt., 2010, p. 105).

Sveikatos paslaugų gerinimas didinant jų prieinamumą pasitelkus elektronines priemones. Elektroninė Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje, įgyvendinant sveikatos sistemos pokyčius, kurio pagrindu tapo informacinių sistemų diegimas ir elektroninių paslaugų teikimas, buvo pradėtas taikyti naujas sveikatos priežiūros sistemoje terminas – *elektroninė sveikata*.

Elektroninė sveikata, (angl. *e-health*) apibūdinama, kaip besiplečianti medicinos informatikos sritis, visuomenės sveikatos ir verslo sandūroje, apimanti sveikatos paslaugas ir informaciją, perduodama internetu ir susijusiomis technologijomis. Šiuo metu Lietuvoje yra įgyvendinama „Lietuvos E. sveikatos 2007 – 2015 metų plėtros strategija“, o nuo 2014 m. pradžios prasidėjo paskutinis Strategijos įgyvendinimo etapas“ (Lietuvos el. sveikatos sistemos 2007 – 2015 m. plėtros strategija, 2007).

J. Griškevičius ir R. J. Kizlaitis (2012), pateikia *elektroninės sveikatos savybių apibūdinimą*:

➤ **Efektyvumas** – įvardinamas kaip viena iš elektroninės sveikatos perspektyvų, nukreipta padidinti sveikatos apsaugos efektyvumą bei nukreipta sumažinti sveikatos priežiūrai skirtas išlaidas. Vienas iš pagrindinių būdų, nukreiptu sumažinti išlaidas - vengti pasikartojančių ir nebūtinų diagnostinių ar terapinių intervencijų, pagerėjus komunikacijoms tarp sveikatos priežiūros įstaigų, įtraukiant į tai pacientą.

➤ **Priežiūros kokybės padidinimas** – didėjantis sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų efektyvumas apima ne tik išlaidų mažinimą, bet ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą. Pažymima, kad E. sveikatos taikymas suteikia galimybę padidinti sveikatos priežiūros kokybę suteikiant galimybę palyginti skirtingus paslaugos tiekėjus, įtraukiant vartotojus kaip papildomą kokybės užtikrinimą bei nukreipiant pacientų srautus pas geriausios kokybės paslaugų tiekėjus.

➤ **Pacientų ir vartotojų įgalinimas** – sudarydama galimybę vartotojams per internetą prieiti prie medicinos žinių bazių ir asmeninių elektroninių įrašų, E. sveikata atveria naujas galimybes į pacientą orientuotai medicinai.

➤ **Skatinimas** – naujų tarpusavio santykių tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų skatinimas nukreiptas partnerystės link, kai sprendimai priimami dalijimosi būdu.

➤ **Gydytojų švietimas** naudojant „on-line“ šaltinius (tęstinis medicininis ugdymas) ir vartotojų informavimas apie gyvenimo būdą, ligų prevenciją ir pan.

➤ **Įgalinti** informacijos mainus ir komunikaciją tarp sveikatos priežiūros įstaigų standartizuotu būdu.

➤ **Išplėsti** sveikatos priežiūros apimtį už jos įprastinių ribų. Tiek geografinę, tiek konceptualia prasme E. sveikata suteikia galimybę vartotojams lengvai gauti sveikatos priežiūros paslaugas tiesiogiai iš globalių tiekėjų. Šios paslaugos gali būti nuo paprasčiausių patarimų iki daug sudėtingesnių intervencijų ar produktų (medikamentai).

➤ **Etika** – E. sveikata apima naujas paciento ir gydytojo bendravimo formas ir išskyla nauji etikos uždaviniai, tokie kaip profesionali „on-line“ praktika, kompetentingas sutikimas, privatumas ir pan.

➤ **Lygiateisiškumas** – padaryti sveikatos priežiūrą kuo lygiateisiškesnę yra vienas iš E. sveikatos perspektyvų. Žmonės, neturintys pinigų, įgūdžių ir galimybių prieiti prie kompiuterio tinklų, negali naudoti kompiuterių efektyviai (Griškevičius, Kizlaitis, 2012, 8 – 9 p.).

Anot R. Stašio (2009), *elektroninės sveikatos sistemos* diegimas ir plėtojimas nukreiptas tam, kad sveikatos priežiūros sistemoje būtų užtikrintas vienodas priėjimas prie garantuotos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų visiems Lietuvos gyventojams, neatsižvelgiant į jų geografinę, socialinę ir ekonominę padėtį. Gyventojai su negalia arba ligoniai turės akivaizdžiausią naudą.

J. Griškevičiaus ir R. J. Kizlaičio (2012) teigimu, E. sveikatos sistema sudaro sąlygas naudojantis interneto naršykle ir taikant saugią prieigą, gyventojams prisijungus prie E. sveikatos sistemos naudotis tokiomis paslaugomis:

- „Prieiti prie savo asmeninės E. sveikatos istorijos (ESI);
- Prieiti prie informacijos apie sveikatos paslaugų išteklius, tokius kaip informacija apie šeimos gydytoją (dar kitaip vadinamą bendrosios praktikos gydytoju – BPG), specialistus, registraciją ir vizitų paskyrimus;
- Prieiti prie kvalifikuotos informacijos apie sveikatą ir prie patarimų dėl gyvenimo būdo;
- Gauti informaciją, priimant sprendimus dėl sveikatos paslaugų teikėjo pasirinkimo, registraciją pas BPG, užrašant profilaktiškai pasitikrinti bei stebėsenos programos ir diagnostiniams testams atlikti.
- Gauti kvalifikuotą informaciją, pasirenkant konkretų vaistą pagal kainą ir kompensavimo lygį iš vaistų sąrašo pagal vaisto aktyviają medžiagą“.

J. Griškevičius, R. J. Kizlaitis (2009) teigimu, pradedami įgyvendinti elektroninės sveikatos sistemos plėtros Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriuje projektai, parengti pagal Elektroninės sveikatos 2005 – 2010 metų strategiją. Jų tikslas – įdiegti informacines technologijas Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje, siekiant ne tik sistemos efektyvumo, bet ir esminės sveikatos

sistemos funkcionavimo pertvarkos visais sveikatinimo lygiais, organizuojant sveikatos priežiūros sistemos pokyčių valdymo procesus.

Europos Sąjungoje buvo suformuluoti keturi pagrindiniai E. sveikatos strateginiai tikslai (Lietuvos E. sveikatos 2007-2015 m. plėtros strategija, 2007):

- „Pagerinti gyventojų prieigą prie suprantamos ir kokybiškos informacijos apie sveiką gyvenimo būdą ir pavojų sveikatai;
- Greičiau pacientams suteikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas bei pagerinti prieigą prie suprantamos ir kokybiškos informacijos apie ligas ir gydymą;
- Pagerinti medicinos personalo kompetenciją bei greitą prieigą prie patikimos ir visapusiškos informacijos apie pacientą ir efektyvių sprendimų pagrindimo priemones bei išvystyti keitimosi informacija su kitomis įstaigomis sistema;
- Pagerinti vadovų ir administratorių galimybes gauti patikimą informaciją, susijusią su valdymu ir planavimu, pagerinti sveikatos priežiūros procesų efektyvumą“.

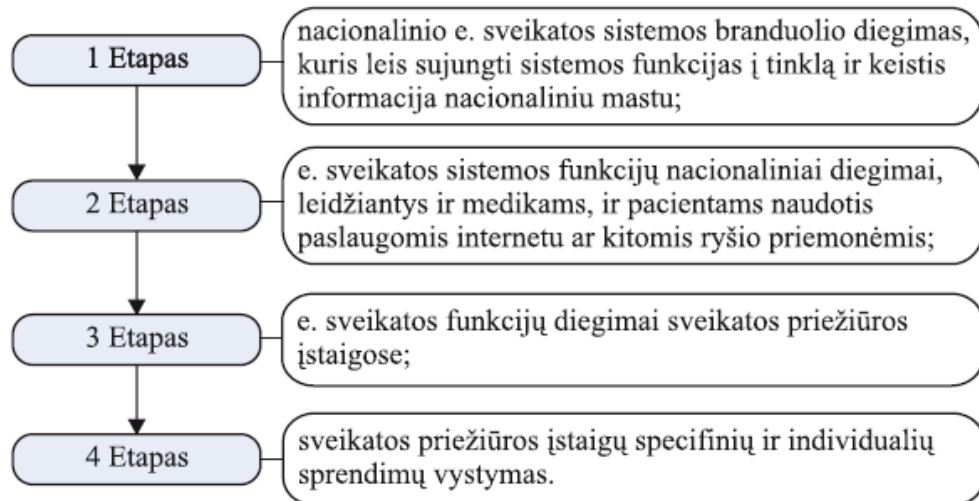
Numatant sveikatos priežiūros sistemos pokyčių valdymą, įgyvendinami E. sveikatos strateginiai tikslai, kurie apima šiuos sveikatos priežiūros sistemos elementus: „elektroninius paciento sveikatos įrašus; elektroninių receptų perdavimą; elektroninį sveikatos duomenų perdavimą ligoninėms ir pirminės sveikatos priežiūros centrams, paslaugos užsakymus, atsakymus iš laboratorijų, išrašus iš ligoninių, ligonio persiuntimą; skaitmeninio vaizdo gavimą ir susijusių paslaugų užsakymų bei atsakymus; elektroninį receptų išrašymą ir metodinę pagalbą, pasirenkant vaistą; duomenų perdavimą“ (Caronkutė, 2014, p.7 – 8).

Anot J. Griškevičiaus, R. J. Kizlaičio (2009), įgyvendinant E. sveikatos strateginius tikslus buvo įdiegtos keturios E. sveikatos funkcijos: „apsilankymo pas gydytoją registravimo; pasikeitimo klinikiniais, administraciniais duomenimis; siuntimų konsultuoti/gydyti sukūrimo ir išsiuntimo, atsakymų įrašymo ir gavimo; siuntimų diagnozuoti (laboratorija) formavimo ir išsiuntimo, rezultatų gavimo ir saugojimo; vizitų registracijos vykdymo numatytose nacionalinių E. sveikatos sistemos funkcijų diegimo bandomosiose įstaigose“ (didžiosiose klinikose, instituteuose, ligoninėse, poliklinikose, privačiose įstaigose – iš viso 21 sveikatos priežiūros įstaigoje).

Įgyvendinus šią strategiją iki 2016 m. sausio 1 d., numatoma, kad ne mažiau kaip 80 proc. pacientų duomenų bus registruoti elektroninėje sveikatos įrašo sistemoje (toliau - ESI), ne mažiau kaip 85 proc. šeimos gydytojų institucijų ir 80 proc. sveikatos priežiūros įstaigų naudosis Elektroninį medicinos įrašo tvarkymo priemones, ne mažiau kaip 30 proc. gyventojų naudosis tiesioginėmis E. sveikatos priežiūros paslaugomis, ne mažiau kaip 95 proc. receptinių vaistų bus išrašoma ir

realizuojama naudojant elektroninio recepto funkcijas (Lietuvos E. sveikatos 2007-2015 m. plėtros strategija, 2007).

Lietuvos E. sveikatos strategijos įgyvendinimas vykdomas etapais ir skirtingais lygiais – nacionaliniu, regioniniu ir individualiu (žr. 2.1 pav.).



2.1 pav. Lietuvos E. sveikatos strategijos diegimo etapai

Šaltinis. Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 m. plėtros strategija, 2007.

Lietuvos E. sveikatos strategijos (2007) diegimas orientuotas į pacientą, jo aptarnavimo kokybės gerinimą:

- E. sveikatos sistema leis net 30 proc. sutrumpinti medicinos dokumentų pildymą, o sutaupytas gydytojo laikas leis pagerinti kokybę apie 30 proc.;
- Gerės diagnostavimo kokybė;
- Kaupiami paciento duomenys taupys gydymo įstaigos ir paciento lėšas, skiriamas pakartotiniams tyrimams (iki 50 proc.), bus galima fiksuoti ligos raidą, greičiau perduoti duomenis;
- Bus išsaugoma tikslesnė sveikatos informacija;
- Išsamesni ir operatyvesni duomenys darys įtaką gydymo kokybei;
- Sistema visapusiškai palengvins sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų valdymo institucijų administravimą ir bendradarbiavimą.

Anot J. Griškevičiaus ir R. J. Kizlaičio (2012), dabartiniu metu jau beveik visose sveikatos įstaigose veikia bent keletas e. sveikatos modulių, dar kur – elektroninė registracija pas gydytoją, kai kurie pacientų sveikatos istorijos įrašai pildoma elektroniniu būdu. Kuriamos vis sudėtingesnės naujos e. sveikatos paslaugos. Pagrindiniai E. sveikatos sistemos naudotojai yra sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, gyventojai, sprendimų priėmėjai, informacinių technologijų firmų darbuotojai,

viešojo administravimo institucijos ir kt. Tačiau pagrindiniai naudotojai, kuriems tarnauja visa sveikatos sistema, yra gyventojai.

Norint kryptingai tobulinti E. sveikatos sistemą ir padidinti gyventojų naudojamą E. sveikatos paslaugomis, reikia turėti specifinių žinių apie sistemos trūkumus. Geriausiai veikiančios E. sveikatos prieinamumą rodo naudotojai ir jų noras naudotis sukurtomis sistemomis (Weingart, Rind, Tofias, Sands, p. 2011, 91).

Sveikatos priežiūros paslaugų perkėlimas į elektroninę erdvę yra vienas iš *E. valdžios projektų tikslų*. Kuriama vieninga prieiga prie sveikatos priežiūros sektoriaus ir viešojo administravimo sektoriaus informacinių išteklių, kurie sudarytų galimybes jas panaudoti ar sujungti su E. sveikatos paslaugomis.

E. sveikatos sistemų diegimas padeda išlaisvinti gydytojus nuo kasdienio popierių receptų išrašymo, atimančio pacientams skiriamą laiką, ir taip padidina sveikatos paslaugų tiekimo kokybę (Griškevičius, 2012). Diegiant E. sveikatos sprendimus, ne tik gerėja aptarnavimas, bet ir efektyviai valdoma sveikatos apsauga įvairiose jos lygiuose. Naujų E. sveikatos technologijų diegimas didina sveikatos priežiūros institucijos darbo efektyvumą ir keičia jos darbo pobūdį bei suteikia galimybę elektroninei informacijai judėti nacionaliniu lygiu, apimant visas sveikatos sektoriaus įstaigas (Weiss, Lonquist, 2011. p. 91). Vienas iš esminių Lietuvos e. sveikatos sistemos įgyvendinamų projektų – E. recepto diegimas, kuris suteikė galimybę modernizuoti ir optimizuoti receptų išrašymo procesą.

Apibendrinat galima teigti, kad Lietuvoje įgyvendinamos sveikatos priežiūros sistemos reformos yra nukreiptos į sveikatos priežiūros paslaugų gerinimą ir jų prieinamumo užtikrinimą Lietuvos ir kitų valstybių piliečiams. Lietuvoje, didelis dėmesys skiriamas ne sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimui ir prieinamumui, bet sveikatos priežiūros sistemos skirstymui, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas valstybės piliečiams. E. sveikatos projektų tikslas – skirti daugiau dėmesio pacientams, parengti sveikatos priežiūros įstaigų ir sveikatos priežiūros specialistų darbo kokybę ir atliekamas funkcijas, nuimti papildomą administracinę naštą bei pasiekti aukščiausių bendradarbiavimo ir sąveikumo lygų elektroninėje erdvėje.

2.3. Elektroninio recepto paslaugos diegimas sveikatos sistemoje, įtraukiant privačias vaistines

E. recepto diegimas Lietuvoje glaudžiai susijęs su vykdoma sveikatos priežiūros įstaigų reforma, todėl dalis strateginių sprendimų ir įstatymų yra priimti atsižvelgiant ne tik į sveikatos sistemos plėtrą, bet ir siekiant pagerinti visą sveikatos apsaugos sistemą šalyje. Atsižvelgiant į tai

galima teigti, kad E. recepto sistemos diegimo Lietuvoje remiasi koncepcija, kad visa pacientų informacija turi būti prieinama patiems pacientams ir medicinos įstaigų darbuotojams bei saugoma ir valdoma centralizuotu principu, taip suteikiant galimybę naudoti įvairias antrines funkcijas ir kitus instrumentus (Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 m. plėtros strategija, 2007).

Projektu „Elektroninės paslaugos „E. receptas“ siekiama: 1) išrašyti pacientui skiriamų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių elektroninius receptus; 2) centralizuotai saugoti elektroninius receptus ir sudaryti prieigą prie E. recepto vaistinėms; 3) valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos iš Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (toliau - ESPBI IS) gauti informaciją apie vaistinėse išduotus kompensuojamuosius vaistus; 4) pacientui per ESPBI IS bus galima gauti informaciją apie jam išrašytus vaistus bei kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemones.

E. sveikatos sistemos valdytojas yra Sveikatos apsaugos ministerija, o pagrindiniu tvarkytoju turintis stiprią informacinę bazę ir infrastruktūra – paskirtas VĮ Registrų centras. VĮ Registrų centras yra tarpininkas atpažįstant ir autorizuojant E. recepto dalyvius – gydytojus, vaistininkus, pacientus. Vaistinės, norėdamos išlikti rinkoje, privalėjo įdiegti E. recepto sistemą savo organizacijoje. Siekiant naudotis ESPBI IS vaistinės turėjo pasirašyti sutartį su ESPBI IS su pagrindiniu tvarkytoju VĮ Registrų centru.

2.3.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos organizuojamos veiklos procesų pokyčiai ir jų valdymas įdiegus elektroninį receptą

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme receptas apibūdinamas, kaip: „nustatyto formos dokumentas, įsigyti vaistui, medicinos pagalbos priemonėms ar medicinos prietaisui, išrašytas reglamentuojamos sveikatos priežiūros profesijos, nurodytos Lietuvos Respublikos reglamentuojamų profesinių kvalifikacijų pripažinimo įstatyme, atstovo, kuris teisiškai įgaliotas tą daryti valstybėje, kurioje išrašytas receptas“. Šiuo metu vaistams išrašyti naudojami atitinkamų formų receptų blankai: 1 formos blankas – vaistams (išskyrus narkotinius ir kompensuojamuosius), 2 formos specialusis receptų blankas – narkotiniams vaistams, 3 formos blankas – kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“, 2013).

D. Bubnienės ir J. Ruževičiaus (2010) teigimu, Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis, 13 proc. pacientų, dalyvavusių tyrime, susidūrė su problema, kai jiems buvo neišduoti vaistai dėl netinkamai išrašyto recepto. Atsižvelgiant į galima teigti, kad teikiamų paslaugų kokybė nėra užtikrinama, nes

asmuo negauna vaisto reikiamu metu. Daliai pacientu neišduodami vaistai, ne dėl klaidų esančių recepte, bet dėl neįskaitomai gydytojo išrašyto recepto. Penktadaliui respondentų bent kartą per metus tenka grįžti į gydymo įstaigą dėl netinkamai ar neįskaitomai išrašyto recepto. Net daugiau kaip 70 proc. apklaustųjų pacientų teigė, kad patyrė neigiamų pasekmių sveikatai dėl netinkamo recepto išrašymo.

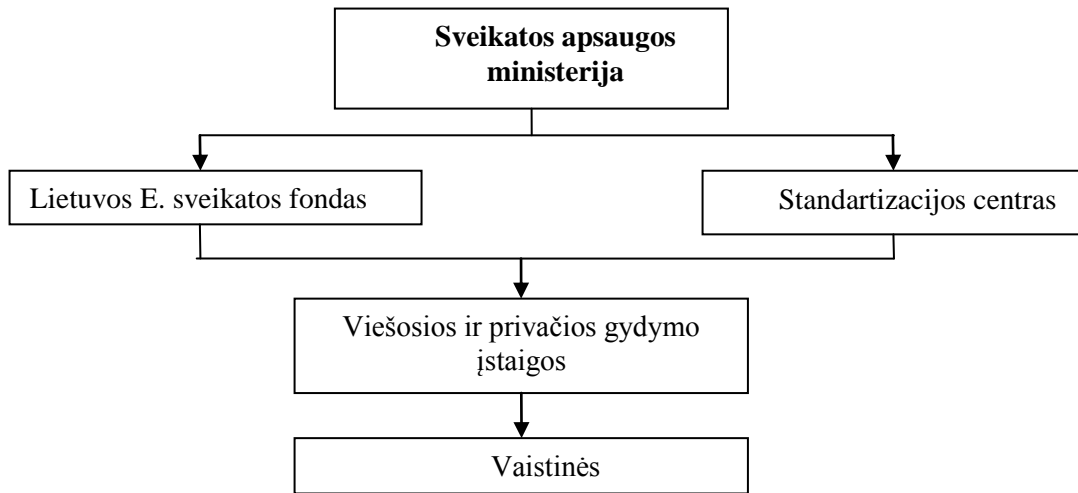
Valstybinės ligonių kasos (toliau tekste – VLK) duomenimis, 2012 m. kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos priemonėms įsigyti buvo išrašyta apie 12 mln. receptų, o jų kompensavimui išleista apie 661 mln. litų. 2012 m. net 1,15 mln. pacientų vartojo kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, o tai sudaro apie 38 proc. visų Lietuvos gyventojų.

Receptas – tai dokumentas, gydytojo raštiškas kreipimasis į vaistininką, todėl jis turi būti parašytas aiškiai, suprantamai ir be klaidų. Siekiant tobulesnes vaistų pardavimo (išdavimo) sistemos, nuo 2002 m. Lietuvos Respublikoje įstatymai buvo keisti ir papildyti daugiau nei 30 kartų. Neretai išrašant receptą susiduriama su klaidomis, kurių pasekoje vaistininkas negali išduoti klientui būtino vaisto ar medicinos pagalbos priemonių, o pacientas negavęs vaisto, rizikuoja savo sveikatos pablogėjimu ar net mirtimi (Lietuvos Respublikos Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, 2013). Gydytojais privalo patys įskaitomai ir tiksliai užpildyti visas recepto skiltis, įrašus recepte taisyti draudžiama. Kitoje recepto blanko pusėje negali būti jokių įrašų, žymų, kitokių tekstinių ar grafinių ženklų. Recepte turi būti tiksliai nurodytas vaisto pavadinimas, stiprumas, dozių skaičius, vartojimo būdas, vienkartinės dozės vartojimo dažnumas, vartojimo laikas. Gydytojais asmeniškai atsako už išrašytus ir parašu bei asmeniniu spaudu patvirtintus receptus. Receptas negalioja, jei jis išrašytas nesilaikant šių taisyklių, jei išrašytos tarpusavyje nesuderinamos vaistinės medžiagos, jei pasibaigęs jo galiojimo terminas. Tokiu atveju, pacientui vaistai nėra parduodami. Atsižvelgiant į tai tampa svarbu, kad receptas būtų išrašytas be klaidų tam, kad pacientas laiku galėtų gauti jam reikiamus vaistus (E. Peičius, Š. Grincevičienė, 2009, p. 663).

E. receptas - tai vienas iš elektroninių sveikatos įrašų sistemą papildančių projektų, suteikiantis galimybę gydytojais išrašyti receptus savo pacientams elektroninėje platformoje, kuri tiesiogiai sujungta su vaistinėmis. Pacientui vaistinėje pateikus savo asmens tapatybės kortelę, vaistininkas prisijungęs prie centrinės duomenų bazės ir įvedęs paciento asmens kodą, gauna informaciją apie gydytojo pacientui išrašytus receptus. Sistema Lietuvoje pirmą kartą buvo pradėta naudoti 2015 m. po intensyvaus jos diegimo bandomojo laikotarpio (Peičius, Grincevičienė, 2009, p. 662).

Dėl sistemos veikimo nacionaliniu mastu yra labai svarbu užtikrinti vienodus duomenų standartus bei formatus, užtikrinti pacientų duomenų apsaugą. Su informacinėmis sveikatos

sistemomis susijusių standartų kūrimu ir diegimu rūpinasi Lietuvos E. sveikatos fondas ir Standartizacijos centras, Sveikatos apsaugos ministerija, viešos ir privačios gydymo įstaigos, vaistinės (žr. 2.2 pav.).



2.2 pav. E. recepto diegime ir taikyme dalyvaujančių įstaigų sistema

Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Lietuvos E. sveikatos 2007-2015 m. plėtros strategija

Sėkmingam E. sveikatos diegimui yra reikalingi atitinkami teisiniai aktai, įtvirtinantys elektroninių dokumentų naudojimą ir pagrindinės su tuo susijusias nuostatas.

Siekiant užtikrinti receptuose pasitaikančių klaidų prevenciją bei pagerinti pacientų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, Lietuvoje nuo 2015 m. lapkričio mėnesio pradėjo veikti E. receptas. Numatoma kad E. recepto taikymas palengvins receptų išrašymą, receptai taps aiškesni, tikslesni, visada įskaitomi, dėl to farmacijos specialistams bus lengviau įvertinti išrašytus receptus ir pagal juos išduoti vaistus, o pacientai elektroninės sveikatos portale, prisijungę prie paskyros visada galės matyti, kokie receptai jiems yra išrašyti bei kokius vaistus jie privalo vartoti. E. receptas suteikia gydytojams galimybę nerašyti receptų ranka, o elektroninėje sistemoje atlikti vaistų paiešką, remiantis konkrečiu vaisto pavadinimu, įvedant bendrinį vaistinės medžiagos pavadinimą. E. recepte gydytojai gali nurodyti visą būtiną informaciją apie vaisto vartojimą, o prisijungę prie sistemos galės matyti, ar pacientas įsigijo vaistus pagal išrašytus receptus. Ši sistema suteikia galimybę tiek gydytojams tiek ir pacientams sutaupyti laiko: vienu metu gydytojas elektroniniu parašu galės pasirašyti kelis receptus, pacientas gavęs išrašytą elektroninį receptą iškart gali kreiptis į vaistinę ir gauti išrašytą vaistą. Tokiu būdu bus išvengta vaistų išrašymo ir išdavimo klaidų. Elektroninėje sistemoje bus užregistruotas kiekvienas vaisto išdavimo atvejis, todėl visi pacientą gydantys gydytojai ir farmacijos specialistai (vaistininkai), išduodantys pacientui vaistus, turės galimybę pamatyti pacientui išrašytus E. receptus ir pagal juos įsigyti vaistus. Pradėjus taikyti

E. receptą, pacientams nebereikės nešiotis tradicinių popierinių receptų, nebus rizikos juos pamesti, pamiršti.

E. recepto diegimas pirmą kartą buvo pradėtas 2006 m. Olandijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Šiose valstybėse E. receptas buvo pradėtas diegti ligoninėse ir didelėse klinikose. 2010 m. E. receptas buvo pradėtas diegti Danijoje, Estijoje, Islandijoje ir Švedijoje. 2011 m. Norvegijoje, Suomijoje, Čekijoje, Italijoje ir Lenkijoje buvo pradėtos diegti tik bandomosios E. recepto sistemos, o 2015 m. E. receptas buvo pradėtas diegti Lietuvoje.

Numatoma, kad 2016 m. Lietuvoje E. receptą turės galimybę išrašyti 170 iš 550 šalyje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų, kurios aptarnauja apie 60 proc. visų šalies pacientų. E. receptus priimti planuoja $\frac{3}{4}$ Lietuvoje veikiančių vaistinių. Numatoma, kad Lietuvoje visuotinai įsigalios iki 2018 m. kovo mėnesio. 2015 m. SAM pasirašė 48 sutartis dėl E. recepto diegimo „Eurovaistinėse“, „Gintarinė vaistinėje“, „Camelia“, „BENU vaistinėje“ „Norfos vaistinėje“ (Lietuvoje įsigalioja E. receptas, 2015).

Įdiegus E. receptą suteikiamas priėjimas prie paciento asmeninio vaistų profilio, kuriame elektroniniu būdu kaupiama informacija apie paciento įsigyjamus receptinius vaistus. Sveikatos priežiūros specialistai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas, gali gauti reikiamą informaciją apie konkretų pacientą. Gydytojai turi teisę gauti prieigą prie pacientų profilių taip pat tais atvejais, kai reikia patikrinti, ar jų pacientams yra suteikiami reikalingi vaistai. Vaistininkai gali susipažinti su paciento asmeninio vaistų profilio informacija. Vaistininkai gali susipažinti su pacientų asmeniniu vaistų profiliumi gavę paciento žodinį arba rašytinį sutikimą, jei tai reikalinga siekiant pacientui parduoti tinkamus vaistus.

Kadangi sveikatos apsaugos sistemoje, paciento gydyme dalyvauja daug skirtingų specialistų, jie gali keistis tarpusavyje paciento duomenimis be paciento atskiro sutikimo tik tada, kai to reikia teikiant pacientui konkrečią sveikatos priežiūros paslaugą. E. sveikatos sistema nukreipta sujungti į bendrą elektroninę informacijos sistemą elektroninius sveikatos įrašus, saugoti elektroninėms sveikatos nuotraukoms, elektronei registracijai ir elektroniems receptams.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, gali tvarkyti duomenis apie pacientų sveikatą, kai tai yra būtina teikiant sveikatos priežiūras paslaugas. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo įvesti paciento sveikatos duomenis į Sveikatos informacijos sistemą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi įvesti paciento sveikatos duomenis į Sveikatos informacijos sistemą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turi priėjimą prie visų paciento sveikatos ir kitų susijusių duomenų.

Sukurta centralizuota duomenų bazė – E. receptų centras, tam sveikatos priežiūros įstaigos privalo turėti technines galimybes išduoti žmonėms elektroniškus receptus. Centralizuotojo receptų

sistemoje saugomi ir išduodami receptai. Gavus vaistinės prašymą duomenys apie konkrečiam pacientui skirtus receptus perduodami į tos vaistinės IT sistemą. Tokia tvarka apsaugo pacientus nuo receptų pametimo rizikos ir padeda sutaupyti gydytojų bei vaistininkų laiką, išrašinėjant popierinius receptus.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje įvykdytos reformos suteikė galimybę atsirasti e. sveikatos ir e. recepto sistemoms, kurios padėjo modernizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, optimizuojant jų veiklos procesus bei užtikrinant bendradarbiavimą su valstybės valdymo institucijomis ir privačiu sektoriumi - vaistinėmis. E. sveikatos sistema, vienas svarbiausių nacionalinių projektų. Startavus E. sveikatos sistemai (ESPBI IS), atsirado galimybė šalies gyventojams, nepaisant laiko, geografinių ar institucinių barjerų, elektroniniu būdu per E. sveikatos portalą gauti savo sveikatos istorijos duomenis, prisijungę prie sistemos galės matyti gydymo įstaigose suvestus jiems atliktų tyrimų duomenis, kitą sveikatos istorijoje esančią informaciją. Pradėjus veikti E. recepto posistemei, elektroninis receptas palengvins receptų išrašymą, receptai bus aiškesni, tikslesni, visada įskaitomi, dėl to farmacijos specialistams bus lengviau įvertinti išrašytus receptus ir išduoti pagal juos vaistus, o pacientas elektroninės sveikatos portale savo paskyroje galės visada matyti, kokie receptai išrašyti, kokius ir kaip vaistus turi vartoti.

3. UAB „GINTARINĖ VAISTINĖ“ DALYVAVIMO 2014-2016 M. ELEKTRONINIO RECEPTO PASLAUGOS DIEGIME TYRIMO REZULTATAI

3.1. UAB „Gintarinės vaistinės“ įtraukimas ir išitraukimas į viešojo ir privataus sektoriaus partnerystę įgyvendinant Elektroninį receptą

UAB „Gintarinė vaistinė“ - trečias pagal dydį vaistinių tinklas Lietuvoje, įkurtas 2002 metais. 2010 metais *Gintarinės vaistinės* akcijas įsigijo CEPD N.V., Lenkijos farmacijos kompanijos Pelion SA dukterinė įmonė. CEPD N.V. yra viena didžiausių vaistinių grupių Vidurio ir Rytų Europoje, valdanti virš 1800 vaistinių Lenkijoje, Lietuvoje bei Didžiojoje Britanijoje. Lietuvoje Gintarinės vaistinės akcijas CEPD N.V. valdo per UAB „Nacionalinė Farmacijos Grupė“, kuriai taip pat priklauso ir 100% didmeninės farmacinės kompanijos Limedika ir UAB „Norfos vaistinė“. Visoje Lietuvoje šiuo metu yra daugiau nei 220 „Gintarinės vaistinių“, virš 700 darbuotojų.

Vadovaujantis LR sveikatos apsaugos ministro 2015 m. birželio 25 d. įsakymu Nr. V-657 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ 2.3 papunkčiu visos vaistinės nuo 2015 m. lapkričio 2 d. turės naudoti ESPBI IS ir išduoti (parduoti) vaistus, medicinos pagalbos priemones pagal elektroninius receptus. Siekiant naudoti ESPBI IS E. recepto paslaugą, tiek naudojant E. sveikatos portalą tiek ir naudojant integruotą vaistinės informacinę sistemą su ESPBI IS, vaistinės turėjo pasirašyti ESPBI IS naudojimo sutartį su ESPBI IS pagrindiniu tvarkytoju VĮ Registrų centru (žr. 2 priedą). UAB „Gintarinė vaistinė“ dalyvavo dokumentacijų dėl E. recepto integracijos pristatyme. Vaistinės IT skyriaus specialistai E. recepto programą integravo į UAB „Gintarinė vaistinė“ Medinfo programą, kad vaistinės darbuotojams nereikėtų E. receptą aptarnauti savo sistemoje ir ESPBI IS portale.

3.2. Tyrimo metodika

Viešojo ir privataus sektorių partnerystė „E. receptas“ plėtros aspektu empirinio tyrimo metodologija grindžiama mokslinėmis išvalgomis, studijuojant mokslo publikacijas tarpinstitucinio bendradarbiavimo (E. D. Rosen (2007), C. Pollitt ir kt. (2007), C. Skelcher, (2005), J. K. Forrer (2010), D. Jankauskienė ir kt. (2015), Ž. Šutavičienė (2013) K. Navickas (2013), A. Chmieliauskas, A. Pilkaitė (2013), A. Raipa (2009-2012) L. Aidukienė, T. Valys (2012), G. Kvieskienė, V. Kvieska (2012), D. Gudelis (2010), M. Dūda (2010) ir kt.) klausimais. Rengiant interviu klausimyną bei apklausos anketą, buvo atsižvelgta į: 1) Lietuvos autorių, rašiusių apie IT panaudojimą sveikatos paslaugų teikime, išvalgas (J. Griškevičius, R. J. Kizlaitis (2012), K. Štaras

(2011), V. Domarkas, V. Juknevičienė, (2010), Kairys, J., Savickis, A., Baubinas, H., Žėbienė, E., Tomkevičius, V. (2008) ir kt.), pokyčių, kurių metu reikalinga privataus ir viešojo sektoriaus sąveika (D. Jankauskienė ir kt. (2015), R. Rotomskienė (2011), A. Raipa (2009-2012) L. Aidukienė, T. Valys (2012) ir kt.), institucinių pokyčių valdymą (Ž. Šutavičienė, (2013), A. Raipa ir kt. (2012), N. Dučinskas (2012), D. Gudelis (2010, D. Gudelis, V. Rozenbergaitė, (2004) ir kt.); 2) į išanalizuotą tyrimų metodologiją (B. Bitinas, L. Rupšienė, V. Žydzūnaitė. (2008), K. Kardelis, (2007), Tidikis R. (2003) ir kt.).

Dokumentų ir mokslinė literatūros analizė leido atskleisti E. sveikatos paslaugos sampratą ir įgyvendinimą, įtraukiant privatų sektorių. Išanalizavus autorių nuomones, galima teigti, kad VPSP yra šiuolaikinė vadovavimo ir valdymo priemonė. VPSP valdymas apima rezultatų siekimą, asmeninę atsakomybę ir vadovų nurodymus dėl siekiamų rezultatų, pinigų ir efektyvų rezultatų siekimo būdą. Valdžios struktūros, siekdamos realizuoti VPSP, vadovaujasi galimybių optimizavimu, galimybės išdėstomos erdveje ir laike, kad kiek įmanoma palengvintų projektų įgyvendinimą.

Ganto grafikas. Siekiant užsibrėžtų tikslų ir laiku atlikti magistro darbą, buvo parengtas Ganto grafikas. Ganto grafikas buvo sukurtas kaip planavimo ir kontrolės priemonė, leidžianti sekti faktinę darbų eigą ir palyginti ją su patvirtintu planu (Kaziliūnas, 2009). Šis grafikas numato konkrečius laiko intervalus, kada šie darbai atliekami. Šiame Ganto grafike nuosekliai pavaizduota, kaip organizuoti ir planuoti magistro darbo teoriniai ir empiriniai darbai. Grafikas vaizduoja atliktų darbų faktinį laiką. Magistro darbo planavimą apibūdina 3.1 lentelė.

3.1 lentelė

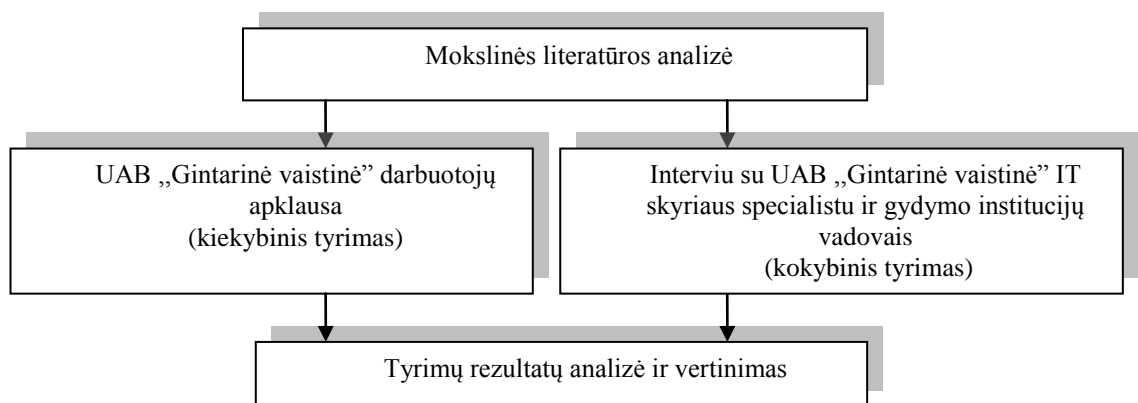
Magistro darbo Ganto grafikas

Magistro darbo rengimo planas																				
Veikla	Magistro darbo rengimo mėnuo																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Temos pasirinkimas	■	■			■											■				
Įvadas	■	■	■			■	■													
Teorinė dalis	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Metodologinė dalis						■	■	■	■	■	■				■	■	■			
Empirinė dalis														■	■	■	■	■	■	■
Išvados																				■

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Magistro darbas rašytas 20 mėnesių. Pirmame studijų semestre suformuluota magistrinio darbo tema, problemų laukas, parašytas preliminarus įvadas ir parengta tyrimo strategija. Mokslinės literatūros analizė vykdyta 1-10-to tyrimo mėnesiais. Pažymėtina, kad darbo įvadas dar pakoreguotas ir patikslintas 5-tą ir 16-tą tyrimo mėnesį. Iš Ganto grafiko matyti, kad nuo 14 tyrimo mėnesio pradėta empirinė tyrimo dalis. Paskutinis 20 tyrimo mėnuo buvo skirtas empirinės dalies užbaigimui ir išvadų bei rekomendacijų formulavimui ir pateikimui.

Tyrimo procesas. 3.1 pav. pavaizduota empirinio tyrimo procesas.



3.1 pav. **Tyrimo procesas**

Šaltinis. Sudaryta darbo autorės, remiantis sukurta tyrimo struktūra

➤ Atlikta mokslinės literatūros analizė tyrimo sričiai, analizuojant ir apibendrinant VPSP Lietuvos ir užsienio autorių literatūros E. sveikatos tema.

➤ Atliekant kiekybinį tyrimą vykdoma tiriamųjų anketinė apklausa – buvo apklausti „Gintarinės vaistinės“ filialų darbuotojai. Gauta informacija buvo sistemingai ir tikslingai analizuojama bei apdorojama, atskleidžiant „Gintarinė vaistinė“ darbuotojų nuomonę apie E. recepto diegimo ir taikymo efektyvumą

➤ Atliekamas kokybinis tyrimas:

I etapas. Interviu su UAB „Gintarinė vaistinė“ informantais. Atliekant interviu duomenų analizę buvo išskirtos kategorijos, būdingos citatos buvo atrinktos taip, kad būtų galima diagnozuoti, kaip kiekvienos E. recepto dalyvių grupės atstovai vertina E. recepto įgyvendinimą UAB „Gintarinėje vaistinėje“.

II etapas. Atliekant kokybinį tyrimą su gydymo įstaigų vadovais, atliekant kokybinį empirinio pobūdžio tyrimą, analizuojamos ir aptariamos gydymo įstaigų vadovų nuomonės E.

recepto įgyvendinimo sityje. Įvertinus nuomones siekiama išskirti pagrindines E. recepto diegimo problemas, įžvelgti problemų sprendimų kryptis E. recepto diegime.

3.2.1. Tyrimo metodai

Atliekant „Vaistinių įtraukimo į E. recepto paslaugos įgyvendinimą: UAB „Gintarinė vaistinė“ atvejo analizę“ buvo derinami du metodai: *kiekybinis* (anketinė apklausa su UAB „Gintarinė vaistinė“ darbuotojais (vaistininkais, farmacijos specialistais)) ir *kokybinis* (struktūruotas interviu su UAB „Gintarinė vaistinė“ generaline direktore ir IT skyriaus specialistu, bei Lietuvos viešųjų ir privačių gydymo įstaigų vadovais). L. Žydžiūnaitės (2007) teigimu nuoseklus kokybinio ir kiekybinio tyrimo derinimas yra bazinė tyrimų metodologijos strategija socialiniuose tyrimuose, kuri leidžia užpildyti atotrūkį tarp kokybinės ir kiekybinės tyrimų metodologijos. J. W. Creswell, L. A. Garrett, (2008) įvairių metodų ir instrumentų derinimą vadinama trianguliacija.

Kiekybinio tyrimo metodas. Darbe kiekybiniu tyrimo metodu siekiama atskleisti UAB „Gintarinės vaistinės“ darbuotojų požiūrį į vaistinės pokyčius įgyvendinant E. recepto projektą. R. Tidikio (2003) teigimu anketinis metodas plačiai paplitęs ir leidžia gauti didelį kiekį informacijos. Šios apklausos tikslas – sudaryti bendrą nuomonę apie E. recepto naudą UAB „Gintarinės vaistinės“ tinklui, o ne sužinoti atskiro asmens nuomonę. UAB „Gintarinės vaistinės“ darbuotojų apklausa atlikta naudojantis standartizuoto tipo anonimine anketa. Anketinės apklausos tikslas – atskleisti vaistinės darbuotojų požiūrį į vaistinės pokyčius įgyvendinant E. recepto projektą. I. Luobikienė (2011) anketą skirsto į tris dalis: įžanginę, pagrindinę ir baigiamąją. Anketinės apklausos pradžioje pateikiamas įžanginis žodis, kuriame nurodoma, kas atlieka tyrimą, akcentuojamas tyrimo anonimiškumas, nurodomas tyrimo tikslas, anketos pildymo tvarka. Kiekybiniam tyrimui realizuoti taikytas 16 klausimų klausimynas. Klausimyną sudarė trys klausimų grupės, pateikiant 8 uždarus klausimus, į kuriuos atsakydamas respondentas gali rinktis vieną iš pateiktų atsakymų variantų, 5 atviri klausimai ir 3 klausimai prašantys pagrįsti savo pasirinktą atsakymą (žr. 3 priedą).

Tyrimo imtis. Kiekybiniam tyrimui pasirinkta netikimybinė, tikslinė atranka. I. Luobikienė (2011) nurodo šiuos netikimybinės atrankos būdus: patogi (tinkama) atranka, tikslinė atranka ir „Sniego gniūžtės“ atranka. Pasinaudojus UAB „Gintarinės vaistinės“ IT skyriaus, renkamos E. recepto aptarnavimo, statistikos duomenimis buvo atrinktos vaistinės, kurios aptarnavo E. receptą. Tyrime dalyvavo 31 filialas (Skuodo, Kretingos, Klaipėdos, Palangos, Šiaulių, Kauno, Vilniaus,

Rokiškio, N. Akmenės), kuriuose buvo aptarnautas E. receptas. Buvo išdalinta 70 anketų (vaistinės darbuotojams, kurie patarnavo E. receptą), grįžo 57 anketos.

Duomenų analizės metodas. Kiekybinio tyrimo metu gautų duomenų statistiniams apdorojimui buvo taikoma kompiuterinė programa SPSS 21.0 for Windows (Statistical Package for social Sciences – statistinis paketas socialiniams mokslams), grafiinei tyrimo metu gautų duomenų analizei buvo taikoma MS Excel programa. Tyrimo atlikimo metu buvo siekiama nustatyti tyrimo metu gautų atsakymų patikimumą ($p < 0,05$), nustatant ryšį tarp respondentų pateiktų atsakymų (Pearson'o koreliacijos koeficientai skalėms – nuo 0,69 iki 0,77). Tai įrodo apklausos patikimumą. Šis koreliacijos koeficientas taikomas, kai intervalinių kintamųjų duomenys yra pasiskirstę pagal normalųjį dėsnį. Koreliacijos koeficiento reikšmės pateiktos 3.2 lentelėje.

3.2 lentelė

Koreliacijos koeficiento reikšmių vertinimas

<i>r reikšmė</i>	<i>Vertinimas</i>
0,00 - 0,19	Labai silpna tarpusavio ryšys
0,20 - 0,39	Silpnas ryšis
0,40 - 0,69	Vidutinis ryšis
0,70 - 0,89	Stiprus ryšys
0,90 - 1,00	Labai stiprus tarpusavio ryšys

Šaltinis: sudaryta pagal Pukėno (2010) kokybinių duomenų analizę SPSS programą

Pirsono koreliacijos koeficientas skaičiuojamas pagal formulę:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_1 - \bar{x})(y_1 - \bar{y})}{(n - 1) \cdot s_x \cdot s_y}$$

Čia x_1, y_1 - abiejų kintamųjų imties reikšmės, \bar{x}, \bar{y} - šių kintamųjų imties vidurkiai,

n – imties variantų reikšmė, s_x, s_y - kintamųjų standartiniai nuokrypiai

Kokybinio tyrimo metodas. K. Kardelio (2007) teigimu, kokybiniai tyrimai pasižymi lankstumu ir yra orientuoti į interpretaciją ir leidžia problemą išnagrinėti platesniu aspektu Remiantis B. Bitinu (2008) kokybinis tyrimas tai sisteminis žodžių ir vaizdinės informacijos rinkimas. Šio metodo privalumas yra tas, kad interviu lieka neformalus ir vyksta pokalbio forma, o gaunami duomenys yra išsamesni ir susisteminti (Bitinas, Rupšienė ir kt., 2008). Pasak L. Rupšienės (2007), kokybiniame tyrime dalyvaujantys ir tyrėjui duomenų suteikiantys asmenys dažniausiai vadinami informantais. Remiantis A. Balžekiene, E. Butkevičiene, A. Telešiene (2008), technologinių inovacijų socialinio poveikio tyrimo metodologija sudaryti 6 klausimų blokai:

Aušra Prušinskienė. Vaistinių įtraukimas į Elektroninio recepto paslaugos įgyvendinimą: UAB „Gintarinė vaistinė“ atvejis

1 blokas – E. recepto inicijavimas, sprendimų priėmimas dėl diegimo „Gintarinėje vaistinėje“.

2 blokas - E. recepto paslaugos diegimo planavimas, išteklių ir rizikos numatymas.

3 blokas - E. recepto paslaugos instrumento kūrimas, išbandymas, viešinimas, dalyvių informavimas, reikalingų išteklių įsigijimas.

4 blokas - E. recepto paslaugos dalyvių mokymas, pokyčių atskirose organizacijose įgyvendinimas.

5 blokas - E. recepto paslaugos taikymas sveikatos apsaugos sistemoje, vaistinėse.

6 blokas - E. recepto taikymo tarpinių rezultatų vertinimas, sistemos tobulinimas.

Formuluojant klausimyną, informantams klausimai parengti taip, kad suteiktų kuo išsamesnę ir kokybiškesnę informaciją tyrimo tikslui pasiekti (žr. 3.3 lentelę).

3.3 lentelė

Struktūruotas interviu klausimų sistema

Klausimai	Smulkesni klausimai
Kaip ir kada Jūsų vaistinė buvo įtraukta į E. recepto paslaugos įgyvendinimą?	Kas inicijavo Lietuvoje E. recepto diegimą, kokių valstybių geroji patirtis buvo perimta?
	Kokie teisiniai aktai numatė vaistinių įsitraukimą į šios sistemos diegimą?
	Ar Jūsų vaistinių tinklas dalyvavo sprendimų priėmime dėl E. recepto planavimo, diegimo, finansavimo?
Kaip vyko E. recepto diegimo planavimas? Kas numatė reikalingus išteklius, įrangą, mokymus?	Kokius reikalavimus/rekomendacijas pateikė SAM dėl E. recepto diegimo ir taikymo?
	Iš kokių lėšų buvo numatyti vaistinėms reikalingi įgyvendinti pokyčiai? Kokiomis lėšomis įgyvendinote e. recepto paslaugą?
Kokie pokyčiai buvo įgyvendinti „Gintarinėje vaistinėje“ diegiant E. receptą?	Kokie technologiniai pokyčiai buvo įgyvendinti Jūsų vaistinėje (E. parašas, nauja programa)?
	Ar paskirti žmonės, kurie rūpinasi E. recepto įgyvendinimu, iškilusių problemų sprendimu?
Kokios priemonės buvo naudotos apmokant vaistinės personalą dirbti su E. recepto sistema?	Ar per šią inovaciją darbuotojai įgijo naujų kompetencijų?
Ar sistema pateisino Jūsų lūkesčius? Ar tai sėkmingas projektas?	Su kokiomis problemomis susidūrėte diegiant E. recepto paslaugą?
	Ar per šią paslaugą pagerėjo sąveika su sveikatos įstaigomis?
Siekiant gerinti E. recepto paslaugos diegimą, kokių reikia papildomų veiksmų iš LR Vyriausybės, SAM, Vaistinių departamentų?	Ar reikia sąveikoje tobulinti teisės aktus, poįstatyminius aktus?
	Ar reikia, kad SAM organizuotu papildomus mokymus vaistinių darbuotojams, vadovams apie informacijos pasidalijimą tarp vaistinių ir sveikatos įstaigų?

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Tyrimo imtis. E. recepto pagrindiniai diegėjai yra: vaistinės, gydymo įstaigos, procesą valdo – SAM, VĮ Registrų centras. Kokybiniam tyrimui apklausti 6 informantai: 2 vaistinių atstovai (UAB

„Gintarinės vaistinės“ generalinė direktorė ir IT specialistas) bei 4 gydymo įstaigų vadovai. Tyrimui buvo parenkami informantai tie, kurie turi pakankamai informacijos tyrimo tema.

Gydymo įstaigos buvo pakviestos po to, kai, pasitelkus anketinę apklausą, atlikto vaistinės darbuotojų nuomonės tyrimo rezultatai parodė gana aukštą savęs vertinimą – vaistinių pasirengimą E. receptui – ir kritišką požiūrį į gydymo įstaigų nepakankamą pasirengimą dalyvauti naujovės diegime. Buvo kreiptasi į 2 viešąsias gydymo įstaigas ir į 2 privačias gydymo įstaigas, apklausti šių gydymo įstaigų vadovai.

Apklausiant informantus atsakymai buvo fiksuojami raštu, nes informantai nesutiko, kad būtų naudojamas diktofonas. Po interviu informantai buvo supažindinti su užfiksuota informacija. Gautų rezultatų pagrindu buvo parengtas tyrimo instrumentas – interviu protokolas (žr. 4 priedą). Laikantis etikos reikalavimų ir nesutikus informantams, jų vardai ir pavardės nebus pateikiamos tyrime, todėl tyrime dalyvavusiems informantams priskirtas žymėjimas pateiktas 3.4 lentelėje.

3.4 lentelė

Informantų žymėjimas

Informantų žymėjimas	Informantai
GV1	UAB „Gintarinės vaistinės“ generalinė direktorė
GV2	„Gintarinės vaistinės“ IT skyriaus specialistas
VŠGĮ1	Viešosios gydymo įstaigos vadovas 1
VŠGĮ2	Viešosios gydymo įstaigos vadovas 2
PGĮ1	Privačios gydymo įstaigos vadovas 1
PGĮ2	Privačios gydymo įstaigos vadovas 2

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Duomenų analizės metodas. Duomenys, gauti struktūruoto interviu metu, išanalizuoti, apdoroti ir susisteminti turinio analizės metodu. R. Tidikis (2003) pastebi, kad turinio analizė leidžia objektyviai ir sistemiškai išanalizavus teksto ypatybes daryti patikimas išvadas. Kokybinė turinio analizė, B. Bitino ir kt. (2008) teigimu, remiasi interpretacija, tai kategorijų ir subkategorijų išskyrimas kai siekiama iškoduoti tekste esančias prasmes.

3.3. Vaistinės darbuotojų nuomonės apie E. recepto diegimą tyrimo rezultatų analizė

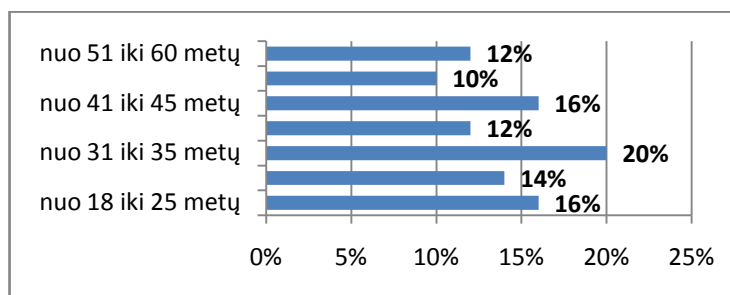
Esant Europos Sąjungoje, sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių sujungimas viena elektronine sistema, farmacinės rūpybos diegimas yra būtinybė. E. sveikatos projektas siekia efektyvinti bendrą medicinos ir farmacijos sektoriaus veiklą Lietuvoje. Pagal E. receptus išrašytus

vaistus išduoti pasirengusios visos Lietuvos vaistinės. Nuo 2018-ųjų kovo 1 d. E. receptas turėtų pradėti veikti visoje šalyje.

Dabartiniu metu E. receptas yra taikomas UAB „Gintarinė vaistinė“ tinkle, jį įdiegus 2015 m. lapkričio mėnesį. Norint įvertinti E. recepto taikymo „Gintarinė vaistinė“ efektyvumą, buvo atliktas kiekybinis tyrimas.

Kiekybiniame tyrime (apklausoje) dalyvavo 57 respondentai – 31 „Gintarinės vaistinės“ filialų darbuotojai, didžiąją dalį apklausoje dalyvavusių respondentų sudarė moteriškosios lyties atstovės (91 proc.), ir tik keletą respondentų sudarė vyriškos lyties atstovai (9 proc.) (žr. 5 priedą).

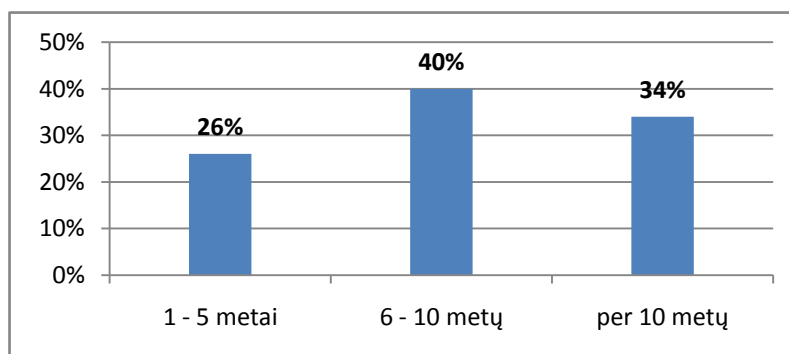
Įvertinus respondentų pasiskirstymą pagal amžius grupes buvo nustatyta, kad ketvirtadalis respondentų priklauso amžiaus grupei nuo 31 iki 35 metų (20 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų priklausė amžiaus grupėms nuo 18 iki 25 metų (16 proc.), nuo 41 iki 45 metų (16 proc.), nuo 26 iki 30 metų (14 proc.), nuo 36 iki 40 metų (12 proc.), nuo 51 iki 60 metų (12 proc.), nuo 46 iki 50 metų (10 proc.) (žr. 4 pav.) (žr. 3.3 pav.).



3.3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių

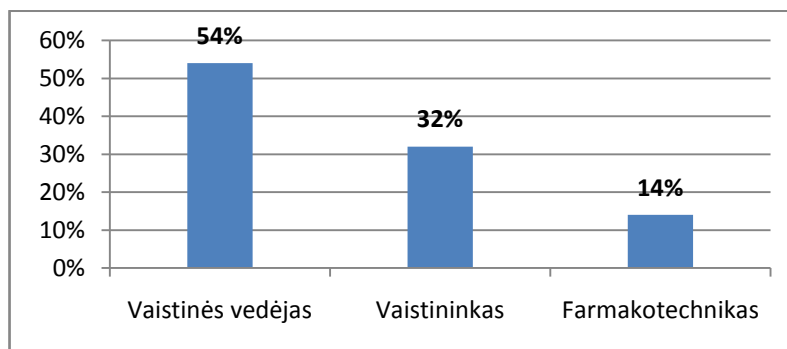
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Atlikus respondentų pasiskirstymą pagal darbo stažą vaistinėje, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad vaistinėje dirba 6-10 metų (40 proc.), kiek daugiau nei trečdalis respondentų pažymėjo, kad vaistinėje dirba per 10 metų (34 proc.), ir kiek mažiau nei trečdalis respondentų pažymėjo, kad vaistinėje dirba 1-5 metai (26 proc.) (žr. 3.4 pav.).



3.4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo stažą vaistinėje

Įvertinus respondentų pasiskirstymą pagal užimamas vaistinėje pareigas, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad užima vaistinės vedėjo pareigas (54 proc.), kiek daugiau nei trečdalis respondentų pažymėjo, kad užima vaistininko pareigas (32 proc.), ir kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad užima farmakotechniko pareigas (14 proc.) (žr. 3.5 pav.).



3.5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal užimamas vaistinėje pareigas

Atlikus E. recepto diegimo naudingumo visuomenei vertinimą buvo nustatyta, kad didžioji dalis respondentų E. recepto diegimą vertina kaip naudingą (33 proc.), keletas respondentų pažymėjo (37 proc.), kad E. recepto diegimas vaistinėje yra labiau naudingas, nei nenaudingas, labiau nenaudingas, nei naudingas (29 proc.), nenaudingas (2 proc.) (žr. 3.5 pav.). Pagal lentelę galima daryti išvadą, kad E recepto naudingumą pastebi vaistinės vedėjos ir vaistininkai. Respondentai pagrindė E. recepto taikymo naudingumą pažymėdami tai, kad E. receptas gali pagreitinti aptarnavimą (14 proc.), padaroma mažiau klaidų rašant klientų duomenis, todėl pacientams išduodami vaistai nesukelia papildomų problemų (24 proc.), suteikia galimybes pacientams greičiau ir patogiau gauti vaistus (27 proc.), nereikia turėti popierinių receptų, blankų, knygelį (35 proc.). E. recepto taikymo naudingumo vertinimą siejant su atsakiusiųjų užimamomis pareigomis buvo apskaičiuotas pasitelkus χ^2 kriterijų, remiantis kuriuo galima konstatuoti, jog dominuojančių respondentų pagal pareigas atsakymų vertinant E. recepto naudą procentinis skaičiaus lygus ($\chi^2(1)=1,62$; $p<0,05$). Šis reikšmės patikimumo lygmuo parodė, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas ir patikimas.

3.5 lentelė

Respondentų nuomonių pasiskirstymas pagal E. recepto diegimo vaistinėje naudingumą

Užimamos pareigos	Jūsų vaistinėje diegiamas E. receptas. Ar naudinga ši inovacija visuomenei?					
	Dažnis N/%	Taip	Labiau taip, negu ne	Labiau ne, negu taip	Ne	Neturiu nuomonės
Vaistinės vedėjas	Dažnis N/%	4 (7)	16 (28)	11 (19)	1 (2)	-
Vaistininkas	Dažnis N/%	12 (21)	3 (5)	3 (5)	-	-
Farmakotechnikas	Dažnis N/%	3 (5)	2 (4)	3 (5)	-	-

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Kiek laiko Jūsų vaistinėje jau taikomas E. receptas? Įvertinus E. recepto taikymo vaistinėje naudingumą buvo nustatyta, kad E. recepto per 4 mėnesius taikymo yra labiau naudingas, nei nenaudingas (37 proc.), ir kiek daugiau nei trečdalis respondentų pažymėjo, kad e. recepto taikymas vaistinėje yra naudingas (33 proc.) (žr. 3.6 pav.). E. recepto taikymo laikotarpio vaistinėje siejimas su jo nauda vaistinių veiklos organizavimo procesais reikšmė lygi ($\chi^2(1)=1,22$; $p<0,05$). Šis reikšmės patikimumo lygmuo parodė, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas ir patikimas.

3.6 lentelė

E. recepto taikymo laikotarpio vaistinėje vertinimas

Ar naudinga ši inovacija	Kiek laiko Jūsų vaistinėje jau taikomas e. receptas?	
	Dažnis % / N	Per 4 mėnesius
Taip	Dažnis % / N	19 (33)
Labiau taip, negu ne	Dažnis % / N	21 (37)

Kokius vaistinės procesus pakeitė E. receptas? Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, kokius procesus pakeitė vaistinėje E. recepto taikymas, siejant atsakymų įvairovę su vaistinės darbuotojų užimamomis pareigomis ir darbo stažu, buvo nustatyta (žr. 3.7 lentelė), kad didžiąją dalį atsakiusiųjų apie vaistinės veiklos pokyčius pasisakė vaistinės vedėjai, dirbantys vaistinių tinkle 6-10 metų ir vaistininkai dirbantys vaistinių tinkle 1-5 metų (5 proc.), vaistinės vedėjai dirbantys vaistinių tinkle per 10 metų (4 proc.), farmakotechnikai dirbantys vaistinių tinkle 1-5 metus (2 proc.). Pasitelkus χ^2 kriterijų, galima konstatuoti, jog dominuojančių respondentų atsakymų susiejimas su pateiktais kriterijais lygi ($\chi^2(1)=1,06$; $p<0,05$). Šis reikšmės patikimumo lygmuo parodė, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas ir patikimas.

3.7 lentelė

Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kokius procesus pakeitė vaistinėje E. recepto taikymas

Užimamos pareigos	E. receptas jokių procesų nepakeitė?			
	Darbo stažas			
	Dažnis N (%)	1 – 5 metai	6 – 10 metų	Per 10 metų
Vaistinės vedėjas	Dažnis N (%)	-	3 (5)	2 (4)
Vaistininkas	Dažnis N (%)	3 (5)	-	-
Farmakotechnikas	Dažnis N (%)	1 (2)	-	-

Analizuojant į atvirą anketos klausimą apie pasikeitusius procesus įdiegus E. receptą vaistinėje liudija galimybės pagreitinti aptarnavimą matymą ir pasiskirstė taip:

- nereikia skanuoti prekes, nereikia pildyti E. receptų ranka (32 proc.),
- pagerino klientų aptarnavimo procesą (24 proc.),
- pagerino vaisto atleidimą (17 proc.),
- jokių procesų nepakeitė (16 proc.),
- pagreitino kompensuojamųjų vaistų aptarnavimą (11 proc.)

Ar dalyvavote Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme?

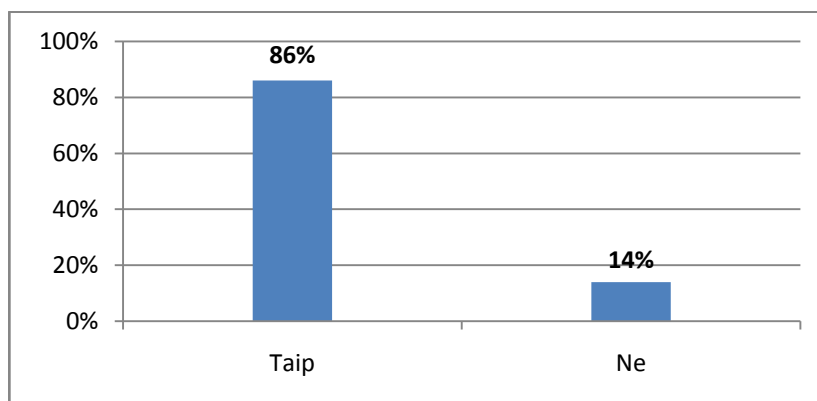
Analizuojant respondentų pasiskirstymą pagal dalyvavimą Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme, respondentų atsakymai buvo susieti su pareigomis ir darbo stažu vaistinėje (žr. 3.8 lentelę). Apžvelgus respondentų rezultatus buvo nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme daugiausiai dalyvavo vaistinės vedėjai, dirbantys vaistinių tinkle dirba 6-10 metų (32 proc.), vaistinės vadėjai dirbantys vaistinių tinkle per 10 metų (16 proc.), vaistinės vedėjai dirbantys vaistinių tinkle 1-5 metus (6 proc.), farmakotechnikai dirbantys vaistinių tinkle 1-5 metus (9 proc.), farmakotechnikai dirbantys vaistinių tinkle 6-10 metų (5 proc.). Vaistininkų teigimu jiems dėl darbo laiko stokos atliekant pareigas neteko dalyvauti Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme: vaistininkai dirbantys vaistinių tinkle 1-5 metus (23 proc.), vaistininkai dirbantys vaistinių tinkle 6-10 metų (9 proc.). Pasitelkus χ^2 kriterijų, galima konstatuoti, jog dominuojančių respondentų atsakymų vertinant respondentų dalyvavimą Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme procentinio skaičiaus reikšmė lygi ($\chi^2(1)=1,68$; $p<0,05$). Šis reikšmės patikimumo lygmuo parodė, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas ir patikimas.

3.8 lentelė

Respondentų pasiskirstymas pagal dalyvavimą Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme

Užimamos pareigos	Ar dalyvavote Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme?						
	<i>Darbo stažas</i>						
	<i>Dažnis N (%)</i>	<i>1 – 5 metai</i>		<i>6 – 10 metų</i>		<i>Per 10 metų</i>	
	<i>Dalyvavo</i>	<i>Nedalyvavo</i>	<i>Dalyvavo</i>	<i>Nedalyvavo</i>	<i>Dalyvavo</i>	<i>Nedalyvavo</i>	
Vaistinės vedėjas	<i>Dažnis N (%)</i>	4 (6)	-	18 (32)	-	9 (16)	-
Vaistininkas	<i>Dažnis N (%)</i>	-	13 (23)	-	5 (9)	-	-
Farmakotechnikas(ė)	<i>Dažnis N (%)</i>	5 (9)	-	3 (5)	-	-	-

Ar buvo vykdomi mokymai, kaip dirbti su E. recepto programa/sistema? Atlikus respondentų apklausą, ar buvo vykdomi mokymai, kaip dirbti su E. recepto programa/sistema, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad mokymai buvo vykdomi (91 proc.), ir tik kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad mokymai nebuvo vykdomi (9 proc.) (žr. 3.6 pav.)



3.6 pav. **Mokymai, kaip dirbti su E. recepto programa/sistema**

Duomenų analizės metu respondentų atsakymų pasiskirstymas buvo siejamas su užimamomis pareigomis ir dalyvavimu vykdomuose mokymuose (žr. 3.9 lentelę) parodė, kad daugiausiai mokymuose dalyvavo vaistinių vedėjai (54 proc.), 2/3 vaistininkų (23 proc.), ir visi farmakotechnikai (14 proc.). Apklausoje dalyvavę visi respondentai pažymėjo, kad apmokant vaistinės personalą dirbti su e. receptu buvo atsiusti bendrieji e. recepto diegimo ir naudojimo nurodymai. Pasitelkus χ^2 kriterijų, galima konstatuoti, jog dominuojančių respondentų atsakymų vertinant tai, ar buvo vykdomi mokymai, kaip dirbti su e. recepto programa/sistema atsakymų procentinio skaičiaus reikšmė lygi ($\chi^2(1)=1,32$; $p<0,05$). Šis reikšmės patikimumo lygmuo parodė, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas ir patikimas.

3.9 lentelė

Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, ar buvo vykdomi mokymai, kaip dirbti su E. recepto programa/sistema

Užimamos pareigos	Ar buvo vykdomi mokymai, kaip dirbti su E. recepto programa/sistema?		
	Dažnis N(%)	Taip	Ne
Vaistinės vedėjas	Dažnis N(%)	31 (54)	-
Vaistininkas	Dažnis N(%)	13 (23)	5 (9)
Farmakotechnikas	Dažnis N(%)	8 (14)	-

Kokios priemonės buvo naudotos apmokant vaistinės personalą dirbti su E. recepto sistema? Apklausoje dalyvavę visi respondentai pažymėjo, kad mokant vaistinės personalą dirbti su E. receptu buvo atsiųsti bendrieji E. recepto diegimo ir naudojimo nurodymai.

Analizuojant respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, **ar įdiegus E. receptą palengvėjo vaistinių organizuojami klientų aptarnavimo procesai**, tyrimo rezultatų vertinimas buvo siejamas su respondentų užimamomis pareigomis. Tyrimo rezultatų vertinimo metu buvo nustatyta (žr. 3.10 lentelę), kad įdiegus E. receptą didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad palengvėjo vaistinių organizuojami klientų aptarnavimo procesai (vaistinių vedėjai - 30 proc., vaistininkai – 21 proc., farmakotechnikai – 5 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad įdiegus E. receptą vaistinių organizuojami klientų aptarnavimo procesai labiau palengvėjo, negu nepalengvėjo (vaistinių vedėjai – 16 proc., vaistininkai – 2 proc. ir farmakotechnikai – 2 proc.), dalis respondentų pažymėjo, kad vaistinių veiklos procesai nepalengvėjo, nei palengvėjo (vaistinių vadėjai – 5 proc., vaistininkai – 4 proc., farmakotechnikai – 2 proc.), ir dalis respondentų mano, kad įdiegus e. receptą vaistinių veiklos procesai nepalengvėjo (vaistinių vedėjai – 5 proc., vaistininkai – 4 proc., farmakotechnikai – 4 proc.). Pasitelkus χ^2 kriterijų, galima konstatuoti, ar įdiegus e. receptą palengvėjo vaistinių organizuojami klientų aptarnavimo procesai procentinio skaičiaus reikšmė lygi ($\chi^2(1)=1,68$; $p<0,05$). Šis reikšmės patikimumo lygmuo parodė, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas ir patikimas.

3.10 lentelė

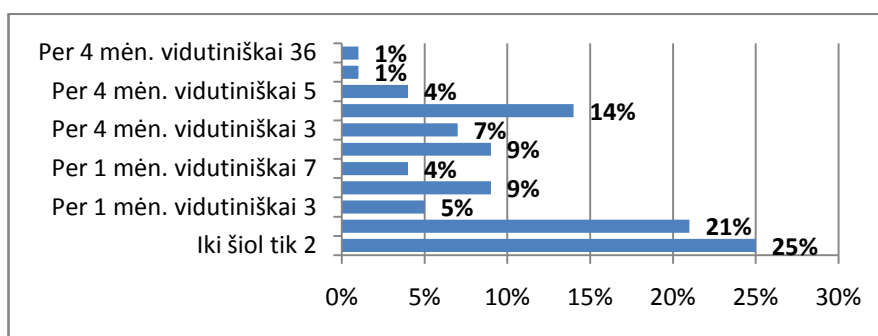
Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, ar įdiegus E. receptą palengvėjo vaistinių organizuojami klientų aptarnavimo procesai

Užimamos pareigos	Jūsų manymu, ar įdiegus E receptą palengvėjo vaistinių klientų aptarnavimo procesai?					
	Dažnis N (%)	Taip	Labiau taip, negu ne	Labiau ne, negu taip	Ne	Neturiu nuomonės
Vaistinės vedėjas	Dažnis N (%)	17 (30)	9 (16)	3 (5)	4 (5)	-
Vaistininkas	Dažnis N(%)	12 (21)	1 (2)	2 (4)	2 (4)	-
Farmakotechnikas (ė)	Dažnis N (%)	3 (5)	1 (2)	1 (2)	2 (4)	-

Pagrindimuose, kaip palengvėjo įdiegus E. receptą vaistinių klientų aptarnavimo procesai, matyti išorinių ir vietinių problemų raiška. E. receptų taikymas išsprendžia įskaitymo problematiką receptuose ir aptinkama mažiau klaidų (39 proc.), įdiegus E. receptą pagreitėjo klientų aptarnavimo procesai (19 proc.), E. recepto taikymas sumažino receptų rašymo klaidų riziką (17 proc.), kol kas susidūrę tik su 1 recepto administravimu (2 proc.), mano, kad išrašant E. receptą sugaištama daug laiko bei kartais prireikia programuotojų pagalbos (10 proc.), dalis respondentų pažymėjo, kad yra

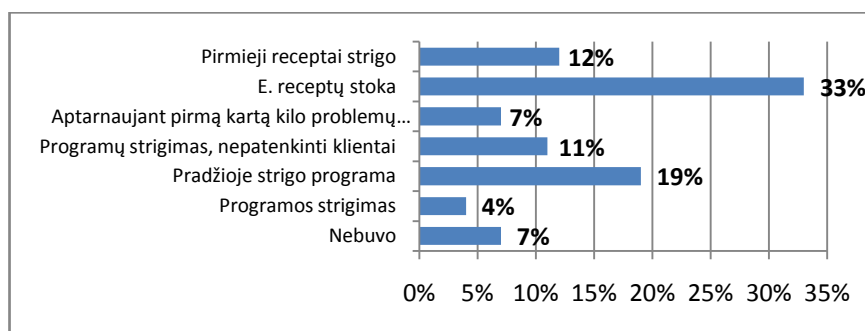
anksti vertinti E. recepto taikymą, nes jis taikomas tik kelios vaistinėse (9 proc.), kad jokių aptarnavimo procesų nepakeitė paminėjo (6 proc.) respondentų.

Atlikus respondentų apklausą, nustatant **klientų, besikreipiančių į vaistinę su E. receptu, vidutinio skaičiaus** vertinimą, didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad iki šiol su E. receptu vaistinėje apsilankė tik 2 klientai (25 proc.), apsilankė tik 1 klientas (21 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad vaistinėje su E. receptu apsilankė per 4 mėn. vidutiniškai: 4 klientai (14 proc.), 2 klientai (9 proc.), 3 klientai (7 proc.), 5 klientai (4 proc.), 14 klientų (1 proc.), 36 klientai (1 proc.), su e. receptu apsilankė per 1 mėn. vidutiniškai: 5 klientai (9 proc.), 3 klientai (5 proc.), 7 klientai (4 proc.) (žr. 3.7 pav.).



3.7 pav. Klientų, besikreipiančių į vaistinę su E. receptu vidutinio skaičiaus, vertinimas

Analizuojant **problemas kurios iškilo vaistinėse įdiegus E. receptą**, buvo nustatyta, kad trečdalis respondentų įvardino E. receptų stoką (33 proc.), kiek mažiau nei ketvirtadalis respondentų programos strigimo problemą (23 proc.), pirmųjų receptų strigimą (15 proc.), programų strigimą ir klientų nepasitenkinimą (13 proc.), aptarnaujant pirmą kartą kilo problemų pasirašant E. receptą (8 proc.), problemų neiškilo (8 proc.) (žr. 3.8 pav.). Pasitelkus χ^2 kriterijų, galima konstatuoti, kad problemų, kurios iškilo diegiant E. receptą, vertinimo procentinio skaičiaus reikšmė lygi ($\chi^2(1)=1,26$; $p<0,05$). Šis reikšmės patikimumo lygmuo parodė, kad tarp pateiktų atsakymų nėra dominuojančių panašų procentą surinkusių, atsižvelgiant į pateiktų atsakymų sutapimo įvairovę koreliacijos rodikliai nėra aukšti.



3.8 pav. Problemų, su kuriomis susidūrė vaistinė įdiegus E. receptą, vertinimas

Vertinant respondentų atsakymus, **ar buvo sulaukta pagalbos iškilus problemos E. recepto taikymo metu** (žr. 3.11 lentelę), Vertinant tai, ar susidūrus su E. recepto sistemos naudojimosi problema buvo kreiptasi pagalbos siekiant ją išspręsti, visi apklausoje dalyvavę respondentai pažymėjo, kad taip, teko kreiptis į IT skyrių.

3.11 lentelė

Respondentų nuomonių pasiskirstymas, vertinant tai, ar buvo sulaukta pagalbos iškilusios problemos sprendimui

Poreikio apibrėžtumas	Tiriamųjų grupė
„Karštoji linija“ – programuotojai iš karto atsiliepia ir padeda išspręst problemą	N=6
Programuotojai į pagalbos prašymą sukreguoja greitai	N=2
Vaistinės tinklo IT skyrius	N=1
Iškilius neaiškumams galime skambinti IT skyriui	N=4
IT skyriaus sukurta „karštoji linija“ atsakė	N=38
Jei pavyksta prisiskambinti IT skyriui problema išsprendžiama sugaištant daugiau ar mažiau laiko	N=1
Gintarinės vaistinės programuotojų komanda visada pasirengusi išspręsti iškilusias problemas	N=1
IT skyriaus sukurta „karštoji linija“	N=3
Bendradarbiaujame su kompiuterinių sistemų atstovais ir gydytojais	N=1

Atlikus respondentų nuomonių pasiskirstymą vertinant tai, **kodėl E. recepto diegimas vyksta lėtai**, didžioji dalis respondentų pažymėjo (žr. 3.12 lentelę), kad tą lemia nepakankama gydytojų motyvacija dalyvauti E. recepto taikyme (88 proc.), ir tik keletas respondentų pažymėjo, kad E. recepto diegimas vyksta lėtai, nes pasireiškia elektroninio instrumento, naudojamo programoje, sudėtingumas ir įgūdžių trūkumas (6 proc.), pasireiškia nepakankamas gydymo įstaigų įsijungimas E. recepto taikymo įgyvendinime (4 proc.), tarpinstitucinio bendradarbiavimo tarp programos diegėjų valdymo problemos (2 proc.).

3.12 lentelė

Respondentų nuomonių pasiskirstymas vertinant tai, kodėl E. recepto diegimas vyksta lėtai

Kodėl e. recepto diegimas vyksta lėtai, kokie pagrindiniai, Jūsų nuomone, šios inovacijos diegimo stabdžiai?		
Nuomonių grupė	Respondentų pasisakymai	Dažnis N (%)
Gydymo įstaigų nepakankamas įsijungimas į E. recepto įgyvendinimą	„Gydytojai turi mažai laiko užpildyti elektroninę kliento informaciją“	1 (2)
	„Vyresni gydytojai nenori gilintis į naujoves ir rašys paprastus receptus kol bus galima“	1 (2)

Lentelės tęsinys 61 psl.

3.11 lentelės tęsinys

Nuomonių grupė	Respondentų pasisakymai	Dažnis N (%)
Tarpinstitucinio bendradarbiavimo tarp programos diegėjų valdymo problemos	„Nėra įvesta tinkamai veikianti programa, kuria gydytojai galėtų naudotis E. receptams išrašyti. Gydytojų ir pacientų įprotis naudoti popierinius receptus“.	1 (2)
Elektroninio instrumento, naudojamo programoje, sudėtingumas ir įgūdžių trūkumas	„Įgūdžių trūkumas, gydytojai nerašo E. receptų, programų tobulinimai“	1 (2)
	„Per sudėtinga sistema, daug reikia derinti, daug nesusijusių dalykų. Žmogaus sveikata įspausta į lentelę kur viskas turi sutapti“	1 (2)
	„Kompetencijos ir mokymų gydytojams stoka“	1 (2)
Gydytojų nepakankama motyvacija dalyvauti E. recepto taikyme	„Sunku keisti įpročius, gydytojai vengia rašyti E. receptus“	37 (63)
	„Gydymo įstaigų stabdis“	12 (21)
	„Mažai gydytojai išrašo E. receptus“	2 (4)

Analizuojant respondentų siūlymų teikimą dėl E. recepto taikymo sveikatos sistemoje proceso aktyvinimo, daugiau nei ketvirtadalis respondentų pažymėjo, kad reikėtų organizuoti daugiau mokymų gydytojams dėl E. recepto pildymo (36 proc.), taip pat respondentai siūlo skatinti gydytojus išrašyti ir pacientus prašyti gydytojų išrašyti E. receptus (28 proc.), siūlo gydymo įstaigų kontrolę (27 proc.), jokių siūlymų, dėl E. recepto proceso aktyvinimo, negalėjo pateikti 9 proc. respondentų (žr. 3.13lentelę)

3.13 lentelė

Respondentų siūlymų teikimas E. recepto taikymo sveikatos sistemoje proceso aktyvinimui vertinimas

Kokius siūlymus galėtumėte pateikti e. recepto taikymo sveikatos sistemoje procesui aktyvinti, spartinti, kaip tobulintumėte šio pokyčio įgyvendinimą?		
Nuomonių grupė	Respondentų pasisakymai	Dažnis N (%)
Gydytojų ir pacientų skatinimas išrašyti / gauti receptus	„Skatinti gydytojus rašyti E. receptus“	9 (16)
	„Reikalingas didesnis bendradarbiavimas tarp gydymo įstaigų, vaistinių“	1(2)
	„Prižiūrėti, kad gydytojai išrašytu E. receptus, vykdyti didesnę bendradarbiavimą tarp sveikatos įstaigų ir vaistinių“	1(2)
	„Skatinti gydytojus išrašyti E. receptus. Teikti informaciją gyventojams, kad jie nebijotų E. receptų, supažindinti su E. receptų privalumais. Pagal kitų Europos šalių praktiką su E. receptu įgaliojims asmenis paimti vaistus ligoniams rekomenduočiau be notarų įgaliojimų, o supaprastintus įgaliojimus galėtu gauti vaistinėje asmuo norintis ar galintis sunkiems ligoniams paimti/pirkti vaistus. Įgaliojimus galėtu išduoti vaistinėje“	1(2)
	„Informuoti visuomenę, kad jie nebijotu E. receptų“	1(2)
	„Informuoti visuomenę, kad jie nebijotu e. receptų“	1(2)
	„Raginti pacientus, kad jiems receptai būtų rašomi elektroniniu būdu“	1(2)

Lentelės tęsinys 59 psl.

3.13 lentelės tęsinys

Nuomonių grupė	Respondentų pasisakymai	Dažnis N (%)
Aktyvus E. recepto taikymo vaistinėms ir gydytojams organizavimas	„Mokymai gydytojams dėl E. recepto pildymo“	14 (25)
	„Daugiau informuoti ir apmokyti sveikatos specialistus ypač gydytojus, kurie atsakingi už E. recepto išrašymą“	1 (2)
	„Aktyviau vykdyti mokymus farmacijos specialistams ir gydytojams“	1(2)
	„Gydytojams gerinti kompiuterinį raštingumą“	3 (5)
	„Aktyviau vykdyti mokymus tiek farmacijos specialistams, tiek gydytojams – daugėjant žinių spartėtų ir E. receptų išrašymas bei aptarnavimas“	1(2)
Gydymo įstaigų kontrolė	„Reikalinga gydymo įstaigų kontrolė“	11(19)
	„Gydymo įstaigų kontrolė (tarkim nustatyta data nuo kada tik E. receptas)“	1(2)
	„Prižiūrėti, kad gydytojai pildytų E. receptus“	2(4)
	„Reikia geresnės kontrolės, kol sistema įsivažiuos“	1 (2)

Apibendrinant kiekybinio tyrimo (apklausos) rezultatus galima teigti, kad dauguma vaistinėlių mano, kad E. recepto diegimas yra naudinga inovacija tiek vaistinei, tiek visuomenei. Tyrimo metu didžioji dalis respondentų pažymėjo, kad „Gintarinėje vaistinėje“ E. receptas taikomas ilgiau nei 4 mėnesius. E. recepto „Gintarinėje vaistinėje“ diegimo metu buvo vykdomi mokymai, kuriems buvo taikomi bendrieji E. recepto diegimo ir naudojimosi juo nurodymai, nemaža dalis respondentų dalyvavo Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme. E. recepto taikymas „Gintarinėje vaistinėje“ pagerino klientų aptarnavimo procesus, tačiau E. recepto taikymas vaistinėje nėra efektyvus, nes neretai stringa E. recepto sistema, vaistinėje apsilanko mažiai klientų, norinčių įsigyti vaistų su E. receptu, gydytojai vengia išrašyti E. receptus. Respondentų siūlymu, norint pagerinti E. recepto diegimą ir taikymą vaistinėse, būtina mokyti ir skatinti gydytojus išrašyti E. receptus, vykdyti gydymo įstaigų kontrolę, skatinant išrašyti E. receptus.

3.4. UAB „Gintarinės vaistinės“ ir gydymo įstaigų informantų duomenų analizė ir vertinimas

Antrame tyrimo etape – kokybiniame tyrime taikant interviu metodą – buvo apklausti 6 asmenys: pradžioje UAB „Gintarinės vaistinės“ generalinė direktorė ir IT skyriaus specialistas, vėliau 4 gydymo įstaigų (2 valstybinių, 2 privačių) vadovai. Todėl, kad MD tikslas buvo išsiaiškinti, kaip privataus sektoriaus institucijos įsitraukė į E. recepto diegimą, proceso vertinimas iš jų pusės, todėl tyrimą mes suskirstėme į du etapus ir rezultatus analizuosime atskirai, nes pagal parengtą

interview klausimyną abu vaistinių atstovai atsakinėjo į visus klausimus, o gydymo įstaigų vadovams buvo pateikti tik keli klausimai iš šio klausimyno.

I kokybinio tyrimo etapas. Šiame etape buvo siekiama išsiaiškinti, kaip UAB „Gintarinė vaistinė“ planavo E. recepto paslaugos sistemos diegimą, kaip vyko šio sistemos įgyvendinimas, kokie įvyko pokyčiai įgyvendinant E. receptą pačioje organizacijoje, kokie rezultatai įgyvendinus šią sistemą. Taikytas struktūruotas interviu pagal vienodą klausimyną, pradžioje pateikiant pagrindinį klausimą ir greta jo skleidimą, siekiant gauti platesnės informacijos. Klausimynas buvo formuluojamas pasitelkus pokyčio įgyvendinimo logiką, remiantis J. Hayes (2010) pokyčio valdymo modeliu, kuriame aktualizuoti naujovės diegimo etapai.

Pirmasis klausimas, pateiktas UAB „Gintarinė vaistinė“ informantams: **kaip ir kada Jūsų vaistinė buvo įtraukta į E. recepto paslaugos įgyvendinimą?** Prie pagrindinio klausimo buvo pateikti ir smulkesni klausimai: kas inicijavo Lietuvoje E. recepto diegimą, kokių valstybių geroji patirtis buvo perimta? Kokie teisiniai aktai numatė vaistinių įsitraukimą į šios sistemos diegimą? Ar Jūsų vaistinių tinklas dalyvavo sprendimų priėmime dėl E. recepto planavimo, diegimo, finansavimo?

Apibendrinus informantų nuomones buvo išskirtos kategorijos: *E. recepto inicijavimas ir koordinavimas iš viršaus* ir *nepakankamas vaistinių įtraukimas į sprendimų priėmimą dėl diegimo* (žr. 3.14 lentelę).

3.14 lentelė

E. recepto inicijavimas, sprendimų priėmimas dėl diegimo vaistinėse

Kategorija	Dalinės kategorijos	Patvirtinantys teiginiai
<i>E. recepto inicijavimas ir koordinavimas iš viršaus</i>	SAM lemiamas vaidmuo	„...SAM vaidina lemiamą vaidmenį, projekte taip pat aktyviai dalyvauja Registrų centras...“ (GV1).
	Registrų centras – projekto vykdytojas	„SAM koordinuoja ir lemia E. receptą, sistemų integravimo prasme jos vaidmuo labai svarbus <...> projekto vykdytojas Registrų centras“ (GV2).
<i>Nepakankamas vaistinių įtraukimas į sprendimų priėmimą dėl diegimo</i>	Įtraukimas pradiniam etape pristatant dokumentus	„Dalyvavo dokumentacijų dėl integracijos pristatyme“ (GV2).
	Įtraukimas paskutiniame diegimo etape	„dalinai paskutiniame E. recepto diegimo etape...“ (GV1).
	Nepakankamas dalyvių informavimas apie kuriamą sistemą	„Dokumentacija lygtai ruošė Ernst & Young audito įmonė, tik nelabai kam ten buvo įdomi vaistinių tinkle nuomonė“ (GV2).

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Pagal J. Hayes (2010) pokyčių valdymo modelį, labai svarbus yra pokyčio poreikio nustatymo etapas, susitarimas dėl pokyčio apimties, strategijos tarp jį įgyvendinančių institucijų, padalinių. Jeigu traktuoti E. receptą kaip technologinį pokytį, įgyvendinamą kiekvienoje iš dalyvaujančių institucijų, tai pokyčio poreikio nustatymo, jo inicijavimo etapuose, turėjo vykti intensyvios diskusijos ir planuojant pokytį dalyvių pasirengimas taikyti IT turėjo būti diagnozuotas. E. receptas yra vienas iš Lietuvos E. sveikatos sistemos centrinės informacinės sistemos – E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos dalių. Informantai nurodo, kad sistemos sukūrimo projektą vykdo Sveikatos apsaugos ministerija, o pagrindinis šios sistemos vykdytojas yra valstybės įmone Registrų centras, kuris yra tarpininkas tarp E. recepto dalyvių. Atitinkamai pagal elektroninėmis priemonėmis išrašytus receptus vaistus ir medicinines paskirties prekes galės parduoti vaistinės, pasirašiusios duomenų teikimo sutartis su pagrindiniu ESPBI IS tvarkytoju – Registrų centru. Informantu nuomone, SAM vaidina lemiamą vaidmenį koordinuojant ir orientuojant į bendro tikslo siekimą visus E. recepto dalyvius.

Įgyvendinant pokyčius yra svarbus, dalyvaujančių pokyčio procese, bendradarbiavimas. Sprendimų priėmimo dėl E. recepto taikymo informantai nurodo, kad dalyvavo tik paskutiniame etape ir tai daugiau iš techninės pusės – *„kaip adaptuoti sistemą savo reikmėms“* GV1. *„Dokumentacija lygtai ruošė Ernst & Young audito įmonė, tik nelabai kam ten buvo įdomi vaistinių tinkle nuomonė“* GV2.

Apibendrinus UAB „Gintarinė vaistinė“ informantų nuomones, galima daryti išvadas, kad E. receptas inicijuotas „iš viršaus į apačią“, SAM inicijuojant ir koordinuojant, numatant atsakingą už diegimą įmonę. Vaistinės dalyvavo projekto dokumentacijos pristatyme, bet trūko informacijos, aiškumo, kas rengia techninį projektą, kaip jis veiks, kaip sąveikaus produkto, sistemos naudotojai, kas koordinuos sąveiką tarp pokytį diegiančių dalyvių. Informantai pripažįsta svarbų SAM ir Registro centro vaidmenį, didelę jų įtaką E. recepto projekto sėkmei, bet patys buvo įtraukti į sprendimų priėmimą tik kaip projekto vykdytojai.

Kaip vyko E. recepto diegimo planavimas? Kas numatė reikalingus išteklius, įrangą, mokymus? Smulkesni klausimai: kokius reikalavimus/rekomendacijas pateikė SAM dėl E. recepto diegimo ir taikymo? Iš kokių lėšų buvo numatyti vaistinėms reikalingi įgyvendinti pokyčiai? Kokiomis lėšomis įgyvendinote E. recepto paslaugą?

Apibendrinus informantų nuomones buvo išskirtos kategorijos: *E. recepto paslaugos diegimo planavimas skubotas, nekvalifikuotas ir diegimas vaistinėse vyko savais ištekliais* (žr. 3.15 lentelę).

E. recepto paslaugos diegimo planavimas, išteklių numatymas vaistinėse

Kategorija	Dalinės kategorijos	Patvirtinantys teiginiai
E. recepto paslaugos diegimo planavimas skubotas, nekvalifikuotas	Ministerija planavimą vykdė skubotai, nekvalifikuotai	„SAM pateikdavo dokumentacijas, kurios eigoje vis keitėsi.(GV2) „SAM menkai susigaudė projekte, viskas buvo daroma paskubomis, todėl viskas vyko pagal scenarijų „skęstančių gelbėjimasis yra pačių skęstančiųjų reikalas“(GV1)
	Projektas diegimo metu buvo nuolat koreguojamas	„... jo diegėjai nebuvo įsigilinę į galybę receptų niuansų ir nuolat kažką vis koreguodavo. Sistema lūžinėjo labai daug“ (GV1) Registru Centras administravo visą diegimo ir pasiruošimo eigą“ (GV2)
Diegimas vaistinėse vyko savais ištekliais	Vaistinių lėšomis diegiama sistema	„...viskas buvo diegiama tik nuosavomis lėšomis“ (GV1)
	Vaistinių žmonių ištekliais	„Įmonės lėšomis, integraciją atliko įmonės IT skyrius“ (GV2) „E. recepto diegimu rūpinosi IT skyrius...“ (GV1)

H. Priemus (2002), cituojama pagal A. Raipą ir kt. (2012) nurodė, kad „norint vyriausybei užtikrinti sėkmingą partnerystės projektų įgyvendinimą, ji turi sukurti adekvačią procesų valdymo sistemą, pasirinkti adekvačius finansinius instrumentus bei užtikrinti nuosaikios ir kryptingos politikos valdymą VPSP atžvilgiu“. Tačiau informantų pasisakymai rodo, kad „SAM menkai susigaudė projekte, viskas buvo daroma paskubomis, todėl viskas vyko pagal scenarijų „skęstančių gelbėjimasis yra pačių skęstančiųjų reikalas“, kitaip sakant, mūsų IT skyrius „žaliavo“ klausinėdamas visų aplinkui, kaip ir ką padaryti, kadangi projektas nuolat keitėsi, jo diegėjai nebuvo įsigilinę į galybę receptų niuansų ir nuolat kažką vis koreguodavo. Sistema lūžinėjo labai daug“ GV1. Kitas informantas taip pat negailėjo kritikos: „SAM pateikdavo dokumentacijas, kurios eigoje vis keitėsi“ GV2.

Apibendrinus pasisakymus, galime teigti, kad planavimo etape SAM negalėjo suteikti pakankamai informacijos apie E. recepto planavimą, nes tai buvo naujovė ir pačiai SAM ir už projekto įgyvendinimą atsakingai institucijai. Vaistinei įgyvendinti E. receptą valstybė lėšų taip pat neskyrė (tai akcentavo abu GV1, GV2 interviu dalyviai), vaistinių IT padaliniai patys diegė naują sistemą.

Kokie pokyčiai buvo įgyvendinti UAB „Gintarinėje vaistinėje“ diegiant E. receptą?

Detalesni klausimai: kokie technologiniai pokyčiai buvo įgyvendinti Jūsų vaistinėje? Ar paskirti žmonės kurie rūpinasi E. recepto įgyvendinimu, iškilusių problemų sprendimu?

Apibendrinus informantų nuomones buvo išskirta kategorija: *vaistinėse sukurta E. recepto diegimo sistema* (žr. 3.16 lentelę).

3.16 lentelė

E. recepto paslaugos instrumento kūrimas, reikalingų išteklių įsigijimas vaistinėse

Kategorija	Dalinė kategorija	Patvirtinantys teiginiai
<i>Vaistinėse sukurta E. recepto diegimo sistema</i>	<i>Įsigyti išteklių, integruotos sistemos</i>	<i>„įsigytas E. parašas vaistininkas, teko prisijungti prie diegėjų naujai suprogramuoto internetinio puslapio ir integruoti viską į savo Medinfo programą“. „Buvo priskirti IT skyriaus darbuotojai iškilusiems nesklandumams su E. receptu“ (GV1)</i>
	<i>Paskirti atsakingi už diegimą darbuotojai</i>	<i>„Visiems vaistininkams ir farmacijos specialistams buvo užsakyti E. parašai, saugus prisijungimas prie ESPBI “. „...priskirti darbuotojai atsakingi už E. receptą, sukurta „karštoji“ linija“ (GV2)</i>
	<i>Sukurta „karštoji linija“ žmonių problemoms spręsti</i>	

Informantai pastebėjo, kad diegiant šį pokytį teko ne tik prisijungti prie diegėjų suprogramuoto internetinio puslapio, bet ir integruoti į savo „Medinfo“ programą, kuris skirta tam, kad vaistininkams nereikėtų recepto aptarnauti per papildomą portalą. Abu interviu dalyviai akcentavo, kad yra paskirti darbuotojai kurie rūpinasi kaip greičiau pašalinti iškilusius nesklandumus aptarnaujant E receptą. UAB „Gintarinė vaistinė“ IT skyriaus specialisto teigimu, buvo sukurta „karštoji“ linija *„tai atskira telefono linija, kuria skambina, vaistinės darbuotojai, iškilus nesklandumams aptarnaujant E. receptą“ GV2.*

Apibendrinant galima teigti, kad vaistinės vadovybė rūpinasi, kad vaistinės darbuotojams būtų patogiu aptarnauti E. receptą. Iškilus problemai, aptarnaujant E. receptą, vaistinės darbuotojai gali kreiptis į IT skyrių, kur yra paskirtas darbuotojas šioms problemoms spręsti.

Kokios priemonės buvo naudotos apmokant vaistinės personalą dirbti su E. receptas sistema? Ar per šią inovaciją darbuotojai įgijo naujų kompetencijų?

Apibendrinus informantų nuomones buvo išskirtos kategorijos: *E. recepto paslaugos dalyvių savarankiškas mokymasis darbo vietoje ir naujų kompetencijų įgijimas* (žr. 3.17 lentelę).

3.17 lentelė

E. recepto paslaugos dalyvių mokymas, pasirengimas pokyčiui vaistinėse

Kategorija	Dalinės kategorijos	Patvirtinantys teiginiai
<i>E. recepto paslaugos dalyvių savarankiškas mokymasis darbo vietoje</i>	<i>Parengtos instrukcijos kaip naudotis E. receptu</i>	<i>„IT skyrius pateikė instrukcijas kaip dirbti su E. receptu“ (GV1)</i>
	<i>IT skyrius apmokė darbuotojus panaudojant virtualų portalą</i>	<i>„Paruoštos E. recepto naudojimo instrukcijos <...> apmokyta naudotis E. parašu“ (GV2)</i>
<i>Naujų kompetencijų įgijimas</i>		<i>„kiekvienas pokytis suteikia naujų kompetencijų...“ (GV1)</i>
		<i>„... E. parašu išmoko naudotis“ (GV2)</i>

Informantai nurodė, kad kontaktinių mokymų nebuvo, IT skyrius paruošė ir elektroniniu paštu pateikė instrukcijas kaip aptarnauti E. receptą. *„kadangi mūsų vaistinės tinklas apima visą Lietuvą, mokymams naudojama E. mokymų portalą. Paruoštą E. recepto aptarnavimo instrukciją išsiuntėme elektroniniu paštu“* GV2.

G. Seijts ir G. Roberts, (2011) teigia, kad nei viena pokyčių iniciatyva organizacijoje negali baigtis sėkmingai be darbuotojų entuziazmo ir atsidavimo pokyčiui. UAB „Gintarinė vaistinė“ GV1 nurodo, kad *„vaistinės darbuotojai šių naujovių neišsigando ir lengvai juos priėmė“*. E recepto įdiegimas vaistinėje *„...suteikia naujų kompetencijų, dar geriau, patogiau greičiau aptarnauti klientus, kai kurie išmoko naudotis E. parašu“*, teigia GV1. Kad vaistinės darbuotojai išmoko naudotis E. parašu patvirtino ir GV2.

Apibendrinant informantų nuomones, galime daryti išvadas, kad E. recepto diegimu ir farmacijos specialistų apmokymu rūpinosi UAB „Gintarinė vaistinė“ IT skyrius.

Ar sistema pateisino Jūsų lūkesčius? Ar tai sėkmingas projektas? Smulkesni klausimai: su kokiomis problemomis susidūrėte diegiant E. recepto paslaugą? Ar per šią paslaugą pagerėjo sąveika su sveikatos įstaigomis?

Apibendrinus informantų nuomones buvo išskirta kategorija: *E. recepto paslaugos taikymas problemiškas* (žr. 3.18 lentelę).

3.18 lentelė

E. recepto paslaugos taikymas sveikatos apsaugos sistemoje vaistinėse

Kategorija	Dalinės kategorijos	Patvirtinantys teiginiai
<i>E. recepto paslaugos taikymas problemiškas</i>	<i>E. recepto sistemos technologinės spragos</i>	<i>„...problemų diegiant buvo kiekvieną dieną...“, „...sistema yra praktiškai neveikianti...“, „kol kas jokie pagerėjimo sąveikaujant su sveikatos įstaigomis nėra“ (GV1)</i>
	<i>Nepakankama sąveika su gydymo institucijomis</i>	
	<i>Nekvalifikuotas problemų sprendimas iš diegėjų pusės</i>	<i>„Prastas planavimas – iš diegėjų pusės darbai vėlavo, lėtas problemų sprendimas“ (GV2)</i>

Anot D. Gudelio (2010) viešųjų paslaugų teikimas ir infrastruktūros plėtojimas, panaudojant VPSP formas, bus naudingas, jei bus tinkamai valdomas. Apibendrinant informantų nuomones, galima daryti išvadą, kad E. recepto sistema nėra tinkamai valdoma. Interviu metu buvo nustatyta, kad pasireiškia prastas šios sistemos diegimas: „*buvo prastai diegėjų administruojamas, daromas gerokai paskubomis, neapgalvojus daugelio niuansų*“ GV1; „*Prastas planavimas – iš diegėjų pusės darbai vėlavo, lėtas problemų sprendimas – užregistruoji kokią nors problema gali laukti kelias savaites, netikslumai dokumentacijose, klaidos, nenumatytos situacijos*“ GV2.

UAB „Gintarinė vaistinė“ informantai pateikė pasiūlymus **kaip gerinti E. recepto paslaugos diegimą, kokių reikia papildomų veiksmų iš LR Vyriausybės, SAM, Vaistinių departamentų?**

Apibendrinus informantų nuomones buvo išskirta kategorija: *būtinai E. receptas priemonės ir jos diegimo koordinavimo tobulinimas* (žr. 3.19 lentelę).

3.19 lentelė

E. recepto sistemos tobulinimas

Kategorija	Dalinės kategorijos	Patvirtinantys teiginiai
<i>Būtinai E. receptas priemonės ir jos diegimo koordinavimo tobulinimas</i>	<i>Techninis tobulinimas</i>	<i>„...svarbiausia sistemą padaryti patogią ir greitai veikiančią“</i> GV1
	<i>Organizacinių procesų tobulinimas</i>	<i>„...tegu susitvarko kas turėjo būti padaryta <...> pildytų savo pažadus“. „Tobulinimo labiausiai reikia iš techninės pusės...“</i> GV2

Interviu metu atlikus informantų nuomonių vertinimą apie E. recepto paslaugos diegimo gerinimą bei papildomų veiksmų atlikimą iš LR Vyriausybės, SAM, Vaistinių departamentų, buvo nustatyta, kad valstybinės institucijos inicijavusios sistemos diegimą, privalo užtikrinti šios sistemos taikymo stabilumą, aptarti esmines sistemos taikymo problemas. VPSP partnerystė padeda sukurti ir plėtoti svarbius infrastruktūros objektus, gerinti viešųjų paslaugų teikimo kokybę visuomenei, tačiau informantas pastebi, kad „*su valstybinėmis institucijomis geriau daugiau bendrų projektų neturėti*“ GV2. Šitoks požiūris parodo, kad planuojant inovaciją nepakankamai įsigilinta į viešojo sektoriaus pasirengimą, galimybes diegti inovacijas.

II kokybinio tyrimo etapas. Jau anksčiau minėta, kad kiti 4 informantai į kokybinį tyrimą buvo įtraukti po kiekybinio tyrimo rezultatų analizės ir po I kokybinio tyrimo etapo, gavus gana kritiškai sistemą vertinančius rezultatus. Atlikus tyrimą ir apklausus 57 į E. recepto diegimą įsitraukusius UAB „Gintarinės vaistinės“ darbuotojus (vadovą, farmacijos specialistus, programuotoją), išsiaiškinta, kad E. recepto diegime privataus sektoriaus darbuotojai greta planuotų E. recepto naudų mato ir problemų, kurių priežastys (gydymo įstaigų nepakankamas įsijungimas į

E. recepto įgyvendinimą, elektroninio instrumento, naudojamo programoje, sudėtingumas) glūdi nepakankamoje tarpinstitucinėje sąveikoje kuriant, išbandant ir diegiant naujovę. Išanalizavus UAB „Gintarinės vaistinės“ tyrimo rezultatus galima teigti, kad vaistinės pasirengusios dirbti su programa, bet E. receptai beveik nenaudojami, gydymo įstaigos jų nerašo.

Lietuvoje jau penkis mėnesius veikia viena pagrindinių, daugiau nei 10 metų kurtas, E. sveikatos sistemos dalių – E. receptas. Nors tai yra reikšminga ir popierizmą bei klaidų tikimybę mažinanti sistemos dalis, taip pat palengvinanti vaistų skyrimą ir įsigijimą, tačiau sveikatos priežiūros, farmacijos specialistų nuomonės apie E. receptą labai skirtingos. Kiekvieną mėnesį Lietuvoje išrašoma beveik milijonas receptų. Pradėjus veikti sistemai, Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, **Lietuvoje buvo išrašyti 729 E. receptai.**

Siekiant išsiaiškinti E. recepto netaikymo priežastis gydymo įstaigų vadovams buvo pateiktas klausimas: **kokias matote E. recepto netaikymo problemų priežastis?**

Apibendrinus informantų pateiktas priežastis buvo išskirtos kategorijos: techniniai E. recepto nesklaidumai, medikų nepasirengimas dirbti su IT ir E. recepto naudos nesuvokimas (žr. 3.20 lentelę).

3.20 lentelė

E. recepto netaikymo priežastys (gydymo įstaigų pozicija)

Kategorijos	Dalinės kategorijos	Patvirtinantys teiginiai
Techniniai E. recepto nesklaidumai	<i>Techninis instrumento sudėtingumas</i>	„Norėdamas išrašyti E. receptą gydytojas turi užpildyti vienuolika papildomų laukų, kurie iš esmės visiškai nesusiję su pačiu receptu“, „...perkrauta nereikalingomis funkcijomis ir kol kas nėra patogi“, „...techninių kliūčių tokių kaip: pakibusi sistema, neveikiantis E. parašas, nereikšmingi pildymo E. recepto laukai“, „...gydytojų pasipriešinimas naujovėmis...“ (VŠGĮ 1) „...techninių nesklaidumų...“(P1) „susiduriama su techninėmis problemomis“ (P2)
	<i>Daug techninio darbo reikalaujantis pildymas</i>	„Norint išduoti E. receptą, gydytojui tenka užpildyti ir pasirašyti kitas formas“, „...nepatogu ir ilgai trunka“ (VŠGĮ 2), „...didėja darbo krūvis...“ (VŠGĮ 2)
Medikų nepasirengimas dirbti su IT	<i>Amžiaus problema</i>	„vyresnio amžiaus gydytojai su elektronika nelabai draugauja...“ (VŠGĮ 2) „gydytojai priešinasi E. recepto įdiegimui“ (P1)
	<i>Mokymų trūkumas</i>	„...mokymai buvo organizuoti gydymo įstaigų atstovams, o ne patiems gydytojams, gydytojams trūksta patirties naudotis sistema...“(P2)
E. recepto naudos nesuvokimas		„medikai ir pacientai nepakankamai informuojami apie E. recepto naudą“(P1)

Lietuvos mokslininkai (Videikienė, Šimanskienė (2014), Zakarevičius (2006), Stoškus, Beržinskienė (2005)), akcentuoja darbuotojų pasipriešinimą naujovėms. Iš pateiktų informantų atsakymų galima spręsti, kad su šia problema susiduria viešosios gydymo įstaigos „*vyresnio amžiaus gydytojai su elektronika nelabai draugauja, vos moka naudotis "Word" programa, geriausiu atveju – nedarbingumo pažymą užpildyti ir elektroninį laišką išsiųsti, o tai, kas nauja, užima daug laiko*“ VŠGI2. VŠGI1 vadovas teigia, kad jaučiamas dalies gydytojų pasipriešinimas E. recepto diegimui „*gydytojai priešinasi E. Recepto įdiegimui, kaltindami nesuderintą sistemos darbą, sunku naudotis, darbo krūvis didėja*“.

Žiniasklaidos duomenimis, kad E receptas neveikia, patvirtino 38-ių savivaldybių medikai iš 60 savivaldybių (30 milijonų eurų kainavęs e. receptas neveikia..., 2016). Daugiau nei pusės jų medikai receptus pacientams rašo ir toliau ranka. Gydymo įstaigos, naudojančios E. receptą, taip pat turi nemažai nusiskundimų. Visi apklaustų gydymo įstaigų vadovai, kaip vieną iš svarbesnių priežasčių, paminėjo technines kliūtis „*žvelgiant vartotojo akimis jaučiasi, kad sistema pradėta kurti praėjusiame dešimtmetyje, lyginus ją su geriausiais Europos Sąjungos pavyzdžiais ji – archajiška ir perkrauta nereikalingomis funkcijomis ir kol kas nėra patogi*“ VŠGI1. „*norėdamas išrašyti E. receptą gydytojas turi užpildyti vienuolika papildomų laukų, kurie iš esmės visiškai nesusiję su pačiu receptu. <...> Taip pat susiduriama su tokiomis problemomis kaip: stringanti sistema, neveikiantis E. parašas, nereikšmingi pildymo E. recepto laukai*“ VŠGI1. „*Elektroninis receptas <...> negali būti išrašomas neužpildžius ir nepasirašius E. parašu kitų dokumentų. Norint išduoti E. receptą, gydytojui tenka užpildyti ir pasirašyti kitas formas*“ VŠGI2. „*Kartais kyla tam tikrų techninių nesklandumų, tačiau mūsų medikai supranta, kad visur ir visada reikia tiesiog noro diegti naujoves ir pasirengimo spręsti iškilančias problemas*“ PG11.

Privačios gydymo įstaigos vadovas akcentavo, kad trūksta *apmokymų „E. recepto mokymai buvo organizuoti gydymo įstaigų atstovams, o ne patiems gydytojams, todėl gydytojams trūksta patirties naudotis sistema, nes daugelis iš jų tiesiogiai nekontaktavo su kūrėjais*“ PG12.

Seimo Valstybės valdymo ir savivaldybių komiteto narės A. Bilotaitės teigimu, E. recepto sistema turi dvi problemas: sistema turi daug nereikalingų funkcijų ir trūksta ryšio, susisiekimo su vaistinėmis, su Valstybine ligonių kasa, su „Sodra“ (T. Dapkus, 2016). Apibendrinus gydymo įstaigų vadovų nuomonę galima patvirtinti, kad E. recepto sistema trūkumų turi, ir todėl šią sistemą dar reikia tobulinti, kad ja būtų patogiau naudotis.

Gydymo įstaigų vadovai pateikė pasiūlymus **kaip reikėtų tobulinti E. recepto sistemą?**

Apibendrinus informantų pateiktas priežastis buvo išskirta kategorija: *E. recepto sistemos tobulinimas* (žr. 3.21 lentelę).

E. recepto sistemos tobulinimas (gydymo įstaigų pozicija)

Kategorija	Patvirtinantys teiginiai
E. recepto sistemos naudos aktualizavimas	„būtina viešinti E. recepto naudą...“ (VŠGĮ 1) „informacijos sklaida pacientams apie E. recepto sistemą“ (PGI1)
Instrumento tobulinimas	„...sumažinti privalomų laukų kiekį ir atskirti elektroninį receptą“ (VŠGĮ 1) „...panaikinti perteklinius procesus ir pernelyg sudėtingus klasifikatorius“ (VŠGĮ 2) „mažinti techninius nesklandumus“ (PGI1) „reikėtų sumažinti perteklinius laukus...“ (PGI2)
Privalomi mokymai visiems naudotojams	„...privalomieji mokymai, kaip naudotis E. receptu“ (VŠGĮ 2) „...mokymų gydytojams dėl E. receptų pildymų“, (PGI1) „...reikalingi mokymai ne tik gydytojams, bet ir slaugos specialistams. E. receptą išrašyti galėtų ir slaugos specialistas“ (PGI2)

E. receptas palengvins receptų išrašymą, jie bus aiškesni, tikslesni, įskaitomi, dėl to farmacijos specialistams bus lengviau įvertinti išrašytus receptus ir išduoti pagal juos vaistus. Tačiau, kad taip būtų ir kad sistema veiktų efektyviai ją reikia tobulinti. Apklaustieji gydymo įstaigų vadovai nurodo, kad E. receptą būtina tobulinti iš technologinės pusės „siūlyčiau sumažinti privalomų laukų kiekį ir atskirti elektroninį receptą“, „...reikėtų dar tobulinti, nes yra įvairių techninių kliūčių tokių kaip: pakibusi sistema, neveikiantis E. parašas, nereikšmingi pildymo E. recepto laukai“ VŠGĮ1. „Reikėtų panaikinti perteklinius procesus ir pernelyg sudėtingus klasifikatoriai, pvz.: gydytojai turi rinktis vaisto vartojimo būdą iš maždaug 200 variantų arba vaisto formą iš maždaug 80“ VŠGĮ2. „Sumažinti asmens sveikatos istorijos privalomų laukų skaičių“ PGI2

Vidutinis Lietuvos gydytojų amžius yra beveik 51 metai, suprantama, kad žmogui, kuris visą dėmesį skiria pacientų sveikatos gerinimui, nėra įprasta greitai valdyti ir perprasti naujas kompiuterines sistemas. Apklaustieji gydymo įstaigų vadovai pastebi, kad yra reikalingi mokymai „gydytojams išmokus rašyti elektroninį receptą bus lengviau. Kol kas ne visi jų nori ir turi laiko mokytis, todėl turėtų būti privalomieji mokymai, kaip naudotis E. receptu“ VŠGĮ2. „Apmokymų kaip veikia E. recepto sistema labiau reikia medikams, nei įstaigų vadovams, todėl SAM turi organizuoti mokymus gydytojams“ PGI1. „Gydytojas turi praeiti mokymo kreivę, kad atsirastų tinkami įgūdžiai. Sistema gali būti tobula, tačiau, jeigu gydytojas nemokės ja naudotis – ji bevertė, todėl reikalingi mokymai ne tik gydytojams, bet ir slaugos specialistams“ PGI2. PGI2 siūlo, kad „E. receptą išrašyti galėtų ir slaugos specialistas, gydytojas tik diktuočiau, tai pagreitintu E. recepto išrašymą pacientui“.

Išanalizavus UAB „Gintarinės vaistinės“ informantų ir gydymo įstaigų vadovų informantų nuomonių pasisakymus buvo atlikta kategorijų, subkategorijų palyginamoji analizė (žr. 3.22 lentelę). Apibendrinant tyrimo rezultatus galima daryti išvadą, kad E. receptas neveikia: dėl menko bendradarbiavimo su E receptą diegiančiomis institucijomis, mokymo trūkumo E. recepto naudotojams, dėl techninių kliūčių, dėl nekvalifikuotų problemų sprendimų iš diegėjų pusės.

3.22 lentelė

Kategorijų, subkategorijų palyginamoji analizė

Klausimas: kaip ir kada Jūsų vaistinė buvo įtraukta į E. recepto paslaugos įgyvendinimą?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
E. recepto inicijavimas ir koordinavimas iš viršaus	Registru centras – projekto vykdytojas
	SAM lemiamas vaidmuo
Nepakankamas vaistinių įtraukimas į sprendimų priėmimą dėl diegimo	Įtraukimas pradiniam etape pristatant dokumentus
	Įtraukimas paskutiniame diegimo etape
	Nepakankamas dalyvių informavimas apie kuriamą sistemą
Klausimas: kaip vyko E. recepto diegimo planavimas? Kas numatė reikalingus išteklius, įrangą, mokymus?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
E. recepto paslaugos diegimo planavimas skubotas, nekvalifikuotas	Ministerija planavimą vykdė skubotai, nekvalifikuotai
	Projektas diegimo metu buvo nuolat koreguojamas
Diegimas vaistinėse vyko savais ištekliais	Vaistinių lėšomis diegiama sistema
	Vaistinių žmonių ištekliai
Klausimas: kokie pokyčiai buvo įgyvendinti UAB „Gintarinėje vaistinėje“ diegiant E. receptą?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
Vaistinėse sukurta E. recepto diegimo sistema	Įsigyti ištekliai, integruotos sistemos
	Paskirti atsakingi už diegimą darbuotojai
	Sukurta „karštoji linija“ žmonių problemoms spręsti
Klausimas: kokios priemonės buvo naudotos apmokant vaistinės personalą dirbti su E. receptas sistema? Ar per šią inovaciją darbuotojai įgijo naujų kompetencijų?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
E. recepto paslaugos dalyvių savarankiškas mokymasis darbo vietoje	Parengtos instrukcijos kaip naudotis E. receptu
	IT skyrius apmokė darbuotojus panaudojant virtualų portalą
Naujų kompetencijų įgijimas	
Klausimas: ar sistema pateisino Jūsų lūkesčius? Ar tai sėkmingas projektas?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
E. recepto paslaugos taikymas problemiškas	E. recepto sistemos technologinės spragos
	Nepakankama sąveika su gydymo institucijomis
	Nekvalifikuotas problemų sprendimas iš diegėjų pusės

Lentelės tęsinys 70 psl.

3.22 lentelės tęsinys

Klausimas: kaip gerinti E. recepto paslaugos diegimą, kokių reikia papildomų veiksmų iš LR Vyriausybės, SAM, Vaistinių departamentų?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
Būtinai E. receptas priemonės ir jos dirgimo koordinavimo tobulinimas	Techninis tobulinimas
	Organizacinių procesų tobulinimas
Klausimas: kokias matote E. recepto netaikymo problemų priežastis?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
Techniniai E. recepto nesklandumai	Techninis instrumento sudėtingumas
	Daug techninio darbo reikalaujantis pildymas
Medikų nepasirengimas dirbti su IT	Amžiaus problema
	Mokymų trūkumas
E. recepto naudos nesuvokimas	
Klausimas: kaip reikėtų tobulinti E. recepto sistemą?	
Kategorija	Dalinės kategorijos
E. recepto sistemos naudos aktualizavimas	
Instrumento tobulinimas	
Privalomi mokymai visiems sistemos naudotojams	

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Nežiūrint į tai, kad E. receptas šiuo metu turi daugiau trūkumų nei privalumų tyrimo dalyviai teigia, kad E. receptas naudingas tiek visuminei, tiek gydymo įstaigoms, tiek vaistinėms. Lyginant tyrimo dalyvių pasiūlymus, kaip tobulinti E. receptą, galime išskirti dvi pagrindines tobulinimo gaires: E. recepto sistemos tobulinimas (supaprastintas E. recepto pildymas, kad sutrumpėtu jo pildymo laikas) ir išsamūs mokymai visiems sistemos naudotojams. Šio projekto sėkmė priklauso nuo ministerijos, kūrėjų, gydymo įstaigų personalo indėlio.

3.5. Kiekybinio ir kokybinio tyrimų apibendrinimas

Apibendrinus tyrimų metu gautus rezultatus buvo nustatyta, kad E. recepto inicijavimo procese dalyvauja SAM ir VĮ Registrų centras. Tyrimo rezultatai parodė, kad UAB „Gintarinė vaistinė“ E. recepto sistemą diegė savo lėšomis (vaistinės darbuotojams buvo sukurtas E. parašas, darbuotojų mokymas aptarnauti E. receptą). Nors ir E. recepto diegimo procesas buvo skubotas (nepakankamas informacija iš SAM, VĮ Registrų centro apie šios sistemos planavimą, įgyvendinimą, lėtas iškilusių problemų sprendimas) galime teigti, kad vaistinės yra pasirengusios ir gali aptarnauti E. receptą.

Gydymo įstaigos priešinasi E. recepto sistemai nes kol kas ji yra nepatogi (įvairios techninės kliūtys, viešojo ir privataus sektorių institucijų bendradarbiavimo trūkumas, skatinant ne tik E. recepto diegimą, bet ir bendradarbiavimą taikant E. recepto diegimo tobulinimą.). Tyrimo dalyviai pasiūlė kaip gerinti E. recepto sistemą, kad ja būtų patogiau naudotis. Analizuojant pasiūlymus dėl E. recepto tobulinimo galima išskirti dvi gaires: techninių kliūčių šalinimas ir gydymo įstaigų skatinimas naudoti E. receptą.

E. recepto sistemos įgyvendinime labai svarbu visiems šios sistemos dalyviams bendradarbiauti, spręsti iškilusias problemas.

IŠVADOS

Atlikus mokslinės literatūros analizę galima teigti, kad:

1. Efektyvi E. sveikatos plėtra yra neatsiejama viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimo dalis. Bendradarbiaudamas su privačiomis organizacijomis viešasis sektorius įgauna galimybę teikiant viešąsias paslaugas naudotis privataus sektoriaus finansiniais ištekliais, idėjomis, žiniomis, praktine ir technine patirtimi, taip pat vykdo Europos Sąjungos reikalavimus. Valdžios struktūros, siekdamos realizuoti VPSP vadovaujasi galimybių optimizavimu, galimybės išdėstomos erdvėje ir laike, kad kiek įmanoma palengvintų projektų įgyvendinimą.

2. VPSP forma pasirenkama priklausomai nuo rizikos pasidalijimo, partnerių dalyvavimo veikloje laipsnio, finansavimo būdo. VPSP esmė – efektyvinti valdymą įgyvendinant bendrus tikslus tarp skirtingų sektorių. Šiuolaikinė sveikatos politika pasižymi įvairių rūšių ir formų partneryste, pacientų, gydytojų, farmacijos specialistų, politikos formuotojų ir privataus sektoriaus bendradarbiavimu. Partnerystės strategijos pasirinkimo efektyvumas priklauso ne tik nuo strategijos rengėjų savybių, kompetencijos, žinių ir patirties, bet ir nuo jos formavimui naudojamų būdų ir priemonių, skatinančių VPSP.

Atlikus dokumentų analizę galima teigti, kad:

1. E. sveikatos sistema, vienas svarbiausių nacionalinių projektų. Startavus E. sveikatos sistemai (ESPBI IS), atsirado galimybė šalies gyventojams, nepaisant laiko, geografinių ar institucinių barjerų, elektroniniu būdu per E. sveikatos portalą gauti savo sveikatos istorijos duomenis, prisijungę prie sistemos galės matyti gydymo įstaigose suvestus jiems atliktų tyrimų duomenis, kitą sveikatos istorijoje esančią informaciją.

2. Pradėjus veikti E. recepto posistemei, elektroninis receptas palengvins receptų išrašymą, receptai bus aiškesni, tikslesni, visada įskaitomi, dėl to farmacijos specialistams bus lengviau įvertinti išrašytus receptus ir išduoti pagal juos vaistus, o pacientas elektroninės sveikatos portale savo paskyroje galės visada matyti, kokie receptai išrašyti, kokius ir kaip vaistus turi vartoti.

3. Lietuvoje įgyvendinamos sveikatos priežiūros sistemos reformos yra nukreiptos į sveikatos infrastruktūros gerinimą. E. sveikatos projektų tikslas – skirti daugiau dėmesio pacientams, parengti sveikatos priežiūros įstaigų ir sveikatos priežiūros specialistų darbo kokybę ir atliekamas funkcijas, nuimti papildomą administracinę naštą bei pasiekti aukščiausią bendradarbiavimo ir sąveikumo lygį elektroninėje erdvėje.

Atlikus empirinius tyrimus galima pateikti tokias išvadas:

1. Remiantis UAB „Gintarinės vaistinės“, gydymo įstaigų informantų nuomonėmis, bei UAB „Gintarinės vaistinės“ darbuotojų apklausos analize, galime teigti, kad tarpinstituciniai susitarimai tarp valstybės ir privataus sektoriaus, diegiant E. recepto sistemą, nėra tinkamai valdomi. Tyrimo analizė atskleidė, kad planuojant inovaciją nepakankamai įsigilinta į viešojo sektoriaus pasirengimą, galimybes diegti inovacijas.

2. Atlikus UAB „Gintarinės vaistinės“ informantų nuomonių, bei darbuotojų apklausos analizę, galime daryti išvadas, kad vaistinė sėkmingai įgyvendino E. receptą savo tinkle. Šios sistemos diegimo metu buvo vykdomi mokymai, kuriems buvo taikomi bendrieji E. recepto diegimo ir naudojimosi juo nurodymai, nemaža dalis respondentų dalyvavo Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme. E. recepto taikymas UAB „Gintarinėje vaistinėje“ pagerino klientų aptarnavimo procesus, tačiau E. recepto taikymas vaistinėje nėra efektyvus, nes neretai tenka susidurti su E. recepto sistemos strigimu, vaistinėje apsilanko mažas skaičius klientų, norinčių įsigyti vaistų su E. receptu, pasireiškia gydytojų engimas išrašyti E. receptus.

3. Analizuojant tyrimo rezultatus išsiaiškinta, kad E. recepto diegime privataus sektoriaus darbuotojai greta planuotų E. recepto naudų mato ir problemų, kurių priežastys (gydymo įstaigų nepakankamas įsijungimas į E. recepto įgyvendinimą, elektroninio instrumento, naudojamo programoje, sudėtingumas) glūdi nepakankamoje tarpinstitucinėje sąveikoje kuriant, išbandant ir diegiant naujovę. Išanalizavus UAB „Gintarinės vaistinės“ tyrimo rezultatus galima teigti, kad vaistinės pasirengusios dirbti su programa, bet E. receptai beveik nenaudojami, gydymo įstaigos jų nerašo. Šiandienai E. recepto diegimas turėjo neigiamą reikšmę vaistinei, nes ši sistema buvo diegiama savo lėšomis

Remiantis darbo išvadomis, galima teigti, kad iškeltą ginamąjį teiginį patvirtino atliktas tyrimas: nepakankamai suderinti tarpinstituciniai įsipareigojimai tarp naujovių E. sveikatos sistemoje, taikant IT, diegiančių privataus ir viešojo sektoriaus institucijų, tarp gydymo ir vaistus parduodančių įstaigų, taip pat ir nepakankamas veiklos koordinavimas iš viršaus (Sveikatos apsaugos ministerijos) stabdo E. recepto diegimą, nors vaistinės yra pilnai pasirengusios teikti paslaugą. Atliktas tyrimas įrodė, kad E. recepto diegimas vaistinėms naudingas, tačiau vis dar trūksta bendradarbiavimo tarp sistemos diegėjų ir naudotojų.

REKOMENDACIJOS

Atsižvelgiant į gautus rezultatus, siekiant gerinti E. recepto įgyvendinimo plėtrą pateikiamos rekomendacijos:

Sveikatos apsaugos ministerijai

1. Įgyvendinant E. recepto diegimo procesus bendradarbiauti su sistemos diegėjais ir naudotojais. Glaudesnis bendradarbiavimas padėtų išspręsti E. recepto netaikymo priežastis.
2. Rengti posėdžius su E. recepto dalyviais (VĮ Registrų centru, sistemą kuriančia įmone, gydytojais, vaistininkais) jo metu aptarti sistemos trūkumus.
3. Kontroliuoti gydymo įstaigas, kad naudotų E. recepto sistemą.
4. Vykdyti išsamius mokymus visiems E. recepto sistemos naudotojams.
5. Patvirtinti įsakymu, kad E. receptą išrašyti galėtų ir slaugos specialistas, gydytojas tik diktuočių ir pasirašytu.

VĮ Registrų centrui

1. Tobulinti E. recepto sistemą: sumažinti privalomų laukų kiekį, panaikinti sudėtingas klasifikacijas, naujinti informacines sistemas, kad sistema nestrigtu.
2. Bendradarbiauti su sistemos diegėjais ir naudotojais.

Gydymo įstaigoms

1. Bendradarbiauti su vaistinėmis, sistemą kuriančia įmone, SAM, kitomis gydymo įstaigomis pateikiant rekomendacijas, nuogastavimus, pasidalinant savo patirtimi E. recepto klausimais.
2. Vykdyti išsamius kompiuterinio raštingumo mokymus gydytojams ir slaugos specialistams.

Vaistinėms

1. Sukurti vidines, standartines, operacines procedūras kaip elgtis farmacijos specialistui gavus E. receptą (tikslus E. recepto aptarnavimo procesus).
2. Bendradarbiauti su gydymo įstaigomis, sistemą kuriančia įmone, pateikiant rekomendacijas, nuogastavimus E. recepto klausimais.

LITERATŪRA

1. Balčiūnaitė A. (2013). *ES paramos teikimas sveikatos priežiūros sistemai*. Vilnius.
2. Balžekienė, A. Butkevičienė, E., Telešienė, A. (2008) *Technologinių inovacijų socialinio poveikio tyrimo metodologija*. Socialiniai mokslai Nr. 1 (59). Prieiga per internetą: http://info.smf.ktu.lt/Edukin/zurnalas/lt/2008-1_%2859%29/summary.html#7 (žiūrėta 2015-10-16)
3. Bitinas B., Rupšienė, L., Žydžiūnaitė V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. II dalis. Klaipėda.
4. Bubnienė, D., Ruževičius, J. (2010). *Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai*. Verslo ir teisės aktualijos Nr.5.
5. Buivydas R., Černiauskas G. ir kt. (2010). *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Sveikatos ekonomikos centras. Vilnius.
6. Cassidy J. (2008). NHS Care for Overseas Patients. Free for all? *British Medical Journals*.
7. Caronkutė, E., Miklulskienė, B. (2014). *E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje*. Sveikatos politika ir valdymas 2(7). Vilnius.
8. Chmieliauskas. A., Pilkaitė, A. (2013). *Viešasis valdymas: Konceptijos ir dimensijos: mokslo studija*. Redaktoriai Diana Šaparnienė, Algis Krupavičius. Vilnius.
9. Creswell, J. W., Garrett, L. A. (2008). *The “movement” of mixed methods research and the role of educators*. *South African Journal of Education*. Vol 28:321-333. Prieiga per internetą: <http://ajol.info/index.php/saje/article/viewFile/25155/4358> (žiūrėta 2016-04-21)
10. Dambrauskas Ž., Ivanovienė L., Kasiulevičius V., Šipylaitė J., Tamelis A., Utkus A. (2011). *Medicinos studijų krypties kompetencijų plėtotės metodika*. Vilnius.
11. Delmon, J. (2009). *Private sector investment in infrastructure: project finance, PPP projects and risks*. Kluwer Law International.
12. Denhardt, R. B. (2001). *Viešųjų organizacijų teorijos*. Vilnius.
13. Domarkas, V., Juknevičienė, V. (2010). *Inovacijų vaidmuo viešojo administravimo organizacijų veikloje absorbcinio gebėjimo aspektu*. Viešojo politika ir administravimas.
14. Dučinskas, N. (2012). *Lietuvos e. sveikatos sistemos 2012–2020 metų strategijos vizijos metmenys*. Vilnius. Prieiga per internetą: <http://www.pylimas.lt/documents/1%20E.%20sveikatos%20strategijos%20metmenys%202012-01-25%20%5BCompatibility%20Mode%5D.pdf> (žiūrėta 2015-11-14)

15. Dūda, M. (2010). *Teoriniai viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės įgyvendinimo aspektai*. Vilnius.
16. Europa 2020. (2010). Prieiga per internetą: https://sumin.lrv.lt/uploads/sumin/documents/files/ES_parama/2020m_europa_%284%29.pdf. (žiūrėta 2016-04-22)
17. Forrer, J. K. (2010). *Public-Private Partnerships and the Public Accountability Question*. Public Administration Review.
18. Giedraitytė, V., Raipa, A. (2012). *Inovacijų įgyvendinimo trukdžiai šiuolaikiniame viešajame valdyme*. Viešojo politika ir administravimas. Nr. 2(11).
19. Griškevičius, J., Kizlaitis, R. J. (2012). *Informacinės sistemos medicinoje*. Vilnius: Technika.
20. Gudelis, D. (2010). *Viešojo ir privataus sektorių partnerystės plėtra bei galimybės Lietuvoje*. Vilnius:
21. Gudelis, D., Rozenbergaitė, V. (2004). *Viešojo ir privataus sektorių partnerystės galimybės*. Viešojo politika ir administravimas. Vilnius.
22. Guogis, A., Urvikis, M. (2011). *Socialinė gerovė, naujoji viešoji vadyba ir naujasis viešasis valdymas: šiuolaikiniai iššūkiai*. Vilnius.
23. Hayes, J. (2010). *The theory and practice of change management*. Palgrave Macmillan.
24. Hargreaves S., Burnett A.(2008). *UK Court decision: health care and immigration*. The Lancet. 371(9627).
25. Ystcombe, E. R. (2007). *Public-Private Partnerships: Principle of Policy and Finance*. Butterworth-Heinemann. Elsevier. London.
26. Klijn, E. H., Edelendbos, J., Hughes, M. (2007). *Public-Private Partnership: a Two-Headed eform*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
27. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vadovėlis, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
28. Jankauskienė, D. (2011). *Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje*. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai, Vilnius.
29. Jankauskienė, D. ir kt. (2013). *E. sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva*. Monografija. Vilnius.
30. Janušonis, V. (2008). *Sveikata ir valdoma Sveikatos priežiūra*. Klaipėda.
31. Janušonis, V. (2012). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas*. Monografija, Klaipėda.

32. Kairys, J., Savickis, A., Baubinas, H., Žėbienė, E., Tomkevičius, V. (2008). *Informacinių technologijų poreikis Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose*. Sveikatos mokslai Nr.6.
33. Kardelis, K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Vilnius.
34. Karlavičius, L. V., Karlavičienė, B., Grigonienė, I. (2006). *Viešojo ir privati partnerystė – naujas būdas pritraukti investicijas*. Verslas: teorija ir praktika. 1.
35. Kavaliauskaitė, V., Jucevičius, R. (2009). *Viešojo ir privataus sektorių partnerystės svarba realizuojant regiono konkurencinę strategiją*. Ekonomika ir vadyba.
36. Kaziliūnas, A. (2009). *Strateginis projektų valdymas: vadovėlis*. Vilnius.
37. Kvieskienė, G., Kvieska, V. (2012). *Socialinės partnerystės įtaka inovacijoms*. Monografija. Edukologija, Vilnius.
38. Laučienė M. (2005). *Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra*, Vilnius.
39. Lietuvos Respublikos Statistikos departamentas. Sveikatos statistika (2014). Prieiga per internetą:
<http://web.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=3845&PHPSESSID=f6058cc049cca54b01d0c6b922386d03>> (žiūrėta: 2016 02 14).
40. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios, 1994. Nr. 63-1231.
41. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Valstybės žinios, 1996.
42. Lietuvos Respublikos Sveikatos ministro įsakymas. Žin., 1996, Nr. 35-891.
43. Lietuvos E. sveikatos 2007-2015 m. plėtros strategija (2007).
44. Lietuvos slaugos specialistų organizacija. (2013). Prieiga per internetą:
<http://www.lssso.lt/?ac=about> (žiūrėta: 2016 03-02).
45. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų programa. Valstybės žinios, 1996, Nr. 66-1572.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. Įsakymas Nr. V-151 E. Sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programa. Valstybės žinios, 2010, Nr.: 23-1079.
47. Lietuvos Respublikos Sveikatos ir apsaugos ministro 2004 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. V-437 „Dėl Lietuvos Medicinos Normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.
48. Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerija. (2015). Lietuvoje įsigalioja E. receptas
49. Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimu juo įstatymas. Valstybės žinios. 2000 Nr. 60-2412.

50. Lietuvos Respublikos SAM įsakymas Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2007. Nr. 96-3897.
51. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“, 2013
52. Lietuvos Respublikos SAM įsakymas „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“, 1996.
53. Luobikienė, I. (2002) *Socialinių tyrimų metodika*. Kaunas
54. Meidutė, I. (2008) *What is public private partnership? Vadyba*. Nr. 2(13).
55. Mongkol, K. (2011). *The Critical Review of New Public Management Model and its Criticisms*. Research Journal of Business Management. . Vol. 5, No. 1.
56. *Managing Change in Organizations*. (Fifth edition). (2007) London: Prentic Hall
57. Navickas, K. (2013). *Viešasis valdymas: Koncepcijos ir dimensijos: mokslo studija*. Redaktoriai Diana Šaparnienė, Algis Krupavičius. Vilnius.
58. Oshimi T. (2007). *Effective Written Communication for Patients With Limited English Proficiency*. The American College of Chest Physicians.
59. Pasaulinė sveikatos organizacija.
60. Papšienė P. (2010). *Viešojo sektoriaus reformos poveikis žmogiškųjų išteklių vadybai*. Vilnius.
61. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*. - Kaunas: Akademija, Nr. 20(1).
62. Mongkol, K. (2011). *The Critical Review of New Public Management Model and its Criticisms*. Research Journal of Business Management.
63. Peičius, E., Grincevičienė Š. (2009). *Vaistininko ir gydytojo profesinių vaidmenų pokyčiai ir jų bendradarbiavimo galimybės*. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. Nr. 11.
64. Petronytė, G., Kanapeckienė, V. (2014). *Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas ir šalių patirtis*. Vilnius.
65. Pirminė sveikatos priežiūra. Sveikatos mokslai, 2012, Nr. 44.
66. Pollitt, C., Bouckaert, G. *Viešojo valdymo reforma: lyginamoji analizė*. Vilnius.
67. K. Pukėnas (2009). *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa*. Kaunas.
68. Rains J., Barton – Kreise P. (2010). *Developing Political Competence: A Comparative Study Across Disciplines*. Public Health Nursing. 18 (4).

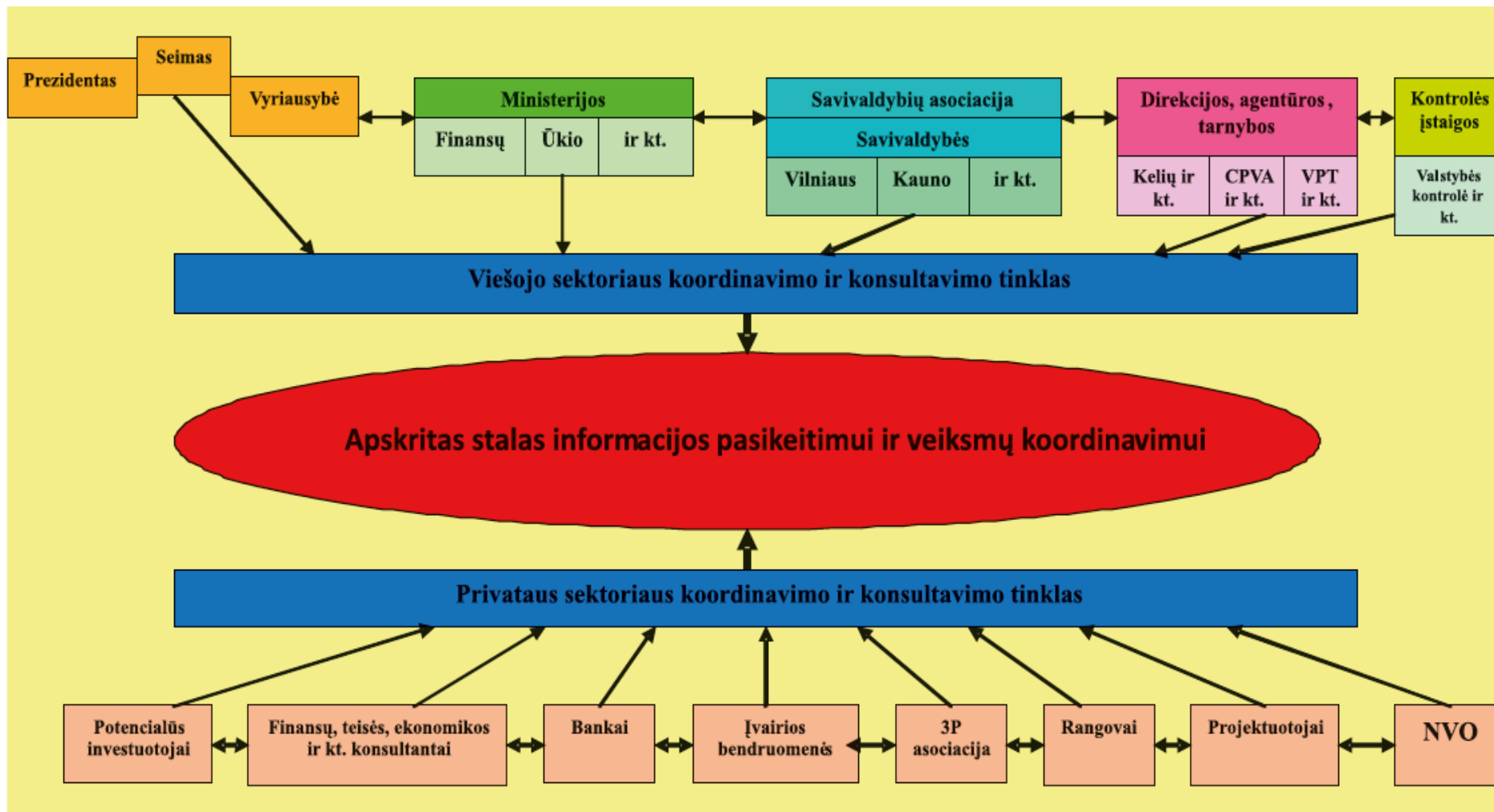
69. Riccucci N. M. (2001). *The “Old” Public Management Versus The “New” Public Management: Where Does Public Administration Fit in?* Public Administration Review, Vol. 61, No.2,
70. Raipa, A. ir kt. (2012). *Modernus viešasis valdymas*. Kolektyvinė monografija. Kaunas.
71. Rotomskienė, R. (2011) *Koncepcinis nacionalinio e-sveikatos plėtros proceso modelis*. Socialinės technologijos.
72. Rosen, E. D. (2007) *Viešojo sektoriaus produktyvumo didinimas*. Sąvokos ir praktika. Vilnius.
73. Vienažindienė, M., Sakalas A. (2008). *Naujoji viešoji vadyba ir žmogiškųjų išteklių vadybos kaitos*. Kaunas. Nr. 1(12).
74. Seijts, G., Roberts, M. (2011). *The impact of employee perceptions on change in a municipal government*. Leadership and Organization Development Journal. Vol. 32, No. 2.
75. Skietrys, E., Raipa, A. (2009). *Viešosios ir privačios partnerystės socialinio poveikio vertinimo teoriniai aspektai*. Socialinis darbas. 8 (1).
76. Skelcher, C. (2005). *Public-Private Partnership and Hybridity*. New York.
77. Statistikos departamentas. Sveikatos statistikos duomenys, 2013.
78. Socialinės apsaugos terminų žodynas, 2012.
79. Stašys, R. (2009). *Elektroninės sveikatos paslaugos ir jų poreikių vertinimas*. Verslas, vadyba ir studijos.
80. Stoškus, S., Beržinskienė, D., (2005). *Pokyčių valdymas*. ŠU.
81. Sveikatos sistemos įstatymas. 2005. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259520&p_query=&p_tr2= (žiūrėta: 2016 02 22).
82. Sveikatos ekonomikos centras. 2012.
83. Štaras, K. (2011). *Informacinių technologijų įtaka sveikatos priežiūros įstaigos veiklos efektyvumui: analizė, vertinimas, veiksmingumas*. Daktaro disertacija. Vilnius.
84. Šutavičienė Ž. (2011). *Viešojo ir privataus sektorių partnerystės poreikis ir galimybės Lietuvoje*. Socialinių mokslų studijos. Vilnius. Nr. 3(3).
85. Šutavičienė Ž. (2011). *Valstybinis reguliavimas, įgyvendinant viešojo ir privataus sektorių partnerystę* (daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas).
86. Tartilas J. (2004) *Darbuotojų socialinės saugos ir sveikatos įstatymo teisinės problemos*. Socialinis darbas. Nr. 3 (1)
87. Tidikis R. (2003). *Socialinių tyrimų metodologija*. Vilnius.

88. Tieva, A., Junnonen, J.M. (2009). *Proactive contracting in Finnish PPP projects*. International Journal of Strategic Property Management. No. 13.
89. Turner, R., (2008). *Gower Handbook of Project Management*. Gower.
90. Dapkus, T. „Alfa“ savaitė“ *E. sveikatos fiasko už 30 mln. eurų: skundžiasi ir gydytojai, ir pacientai* [E. sveikatos fiasko už 30 mln. eurų: skundžiasi ir gydytojai, ir pacientai | Alfa.lt](http://www.alfa.lt/straipsnis/50024493/e-sveikatos-fiasko-uz-30-mln-euru-skundziasi-ir-gydytojai-ir-pacientai#ixzz48vXoMTJg) <http://www.alfa.lt/straipsnis/50024493/e-sveikatos-fiasko-uz-30-mln-euru-skundziasi-ir-gydytojai-ir-pacientai#ixzz48vXoMTJg> (žiūrėta 2016-05-17)
91. Vaitiekūnienė, D. (2009). *VPSP situacija ir teisinis reglamentavimas Lietuvoje*. Konferencijos medžiaga. Prieiga per internetą: <http://www.3p.lt/konferencija> (žiūrėta 2016-03-05).
92. Valstybės audito ataskaita. (2008). *Viešojo ir privataus sektoriaus bendradarbiavimas*. Vilnius.
93. Valys T., Aidukienė L. (2012). *Viešojo ir privataus sektorių partnerystės taikymo alternatyvos ir potencialas Lietuvos vandentvarkos sektoriuje*. II-oji tarptautinė mokslinė konferencija . “Whither Our Economies“. Mykolas Romeris universitetas, Vilnius.
94. Videikienė, S., Šimanskienė, L. (2014). *Pokyčių valdymo kliūtys organizacijose: teoriniai ir praktiniai aspektai*. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Nr. 70.
95. Viršilienė, O. (2010). *Naujosios viešosios vadybos principų taikymas savivaldybės veikloje: Mažeikių rajono atvejis*. (Magistro diplominis darbas. Šiaulių universitetas).
96. Weingart, S. N.; Rind, D.; Tofias, Z.; Sands, D. Z. (2006). *Who Uses the Patient Internet Portal? The PatientSite Experience*. Journal of the American Medical Informatics Association. 13 (1)
97. Weiss L. G., Lonnquist L. E. (2011). *The Sociology of Health. Healing and illness*. London: Prentice Hall.
98. Zakarevičius, P. (2006). *Pokyčių organizacijose kliūtys ir priežastys*. Organizacijų vadyba. Sisteminiai tyrimai. 38
99. Žydžiūnaitė, V. (2007) *Šiuolaikinių socialinių tyrimų metodologinės ir konceptualios problemos. Metodologiniai svarstymai: nuosekli kokybinių ir kiekybinių tyrimų sanglauda*. Socialiniai mokslai Nr.1
100. Žinių portalas „Alfa“. *It 30 milijonų eurų kainavęs e. receptas neveikia: medikai ir toliau priversti skrebenči ranka* <http://www.alfa.lt/straipsnis/50021055/30-milijonu-euru-kainaves-e-receptas-neveikia-medikai-ir-toliau-priversti-skrebenči-ranka> (žiūrėta 2016-05-08)

Aušra Prušinskienė. Vaistinių įtraukimas į Elektroninio recepto paslaugos įgyvendinimą: UAB „Gintarinė vaistinė“ atvejis

PRIEDAI

Lietuvos Respublikos viešojo ir privataus sektorių institucinė struktūra



Šaltinis: Štavičienė, 2013, p. 288

DUOMENŲ TEIKIMO SUTARTIS

2015 m. _____ d. Nr.
Vilnius

Valstybės įmonė Registrų centras, atstovaujama direktoriaus Kęstučio Sabaliausko, veikiančio pagal Valstybės įmonės Registrų centro įstatus, patvirtintus Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2013 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. 1R-309 „Dėl Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2011 m. kovo 15 d. įsakymo Nr. 1R-74 „Dėl valstybės įmonės teisinės informacijos centro reorganizavimo“ pakeitimo“ (toliau – RC),

ir,
atstovaujama.....,
veikiančio pagal.....
..... (toliau -
VAIST),

kiekvienas atskirai vadinami „Šalimi“, o abi kartu – „Šalimis“, sudarė šią sutartį (toliau – Sutartis).
Abi sutarties šalys yra duomenų teikėjai (toliau – TEIKĖJAS) ir gavėjai (toliau – GAVĖJAS).

I. SUTARTIES DALYKAS

1. Šalių įsipareigojimai pagal Sutartį:

1.1 VAIST įsipareigoja teikti RC Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinei sistemai (toliau – ESPBI IS) duomenis, nurodytus Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų susiejimo su e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra reikalavimuose ir techninėse sąlygose (aktuali redakcija patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gegužės 16 d. įsakymu Nr. V-595) (toliau - Sąlygos) bei ESPBI IS duomenų mainų ir integracijos projektavimo dokumentacijoje (toliau – Projektavimo dokumentacija). Projektavimo dokumentacija skelbiama Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje (<http://www.sam.lt>) E. sveikatos skiltyje ir Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatuose (toliau - Nuostatai), patvirtintuose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. rugsėjo 7 d. nutarimu Nr. 1057 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo“.

1.2 RC įsipareigoja nuo ESPBI IS veiklos pradžios, teikti VAIST duomenis nurodytus Nuostatų 26.1.2 punkte.

1.3 Šalys įsipareigoja visą dokumentaciją, duomenis ir kitą informaciją gautą viena iš kitos vykdant šią Sutartį, laikyti konfidencialia ir neatskleisti (neplatinti) trečiosioms šalims, išskyrus atvejus kai tai privaloma Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka. Už neteisėtą šioje Sutartyje numatytos konfidencialios informacijos atkleidimą kaltoji Šalis atsako įstatymų nustatyta tvarka. VAIST įsipareigojimas neatskleisti konfidencialios informacijos lieka galioti ir po šios Sutarties nutraukimo ar jos pasibaigimo dienos.

2. Šalys įsipareigoja visus duomenis ir informaciją naudoti šioje Sutartyje nurodyta tvarka ir tikslais.

II. DUOMENŲ TEIKIMO JURIDINIS PAGRINDAS

3. Šalys šia Sutartimi numatytus duomenis teikia ir gauna vadovaudamosi:

- 3.1 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 13¹ straipsniu.
- 3.2 Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 5 straipsnio 1 dalies 3, 5 ir 6 punktais, 6 straipsniu.
- 3.3 Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatais.
- 3.4 Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų susiejimo su E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra reikalavimais ir techninės sąlygomis.
- 3.5 ESPBI IS duomenų mainų ir integracijos projektavimo dokumentacija, kuri skelbiama Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje (<http://www.sam.lt>) E. sveikatos skiltyje.
- 3.6 Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gegužės 26 d. įsakymu Nr. V-657 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

III. DUOMENŲ TEIKIMO IR NAUDOJIMO TIKSLAS, TVARKA

4. Šalys įsipareigoja viena kitai teikti duomenis šios Sutarties Priede Nr.1 „Duomenų teikimo sąlygos“ (toliau – Priedas Nr.1) numatytais sąlygomis
5. TEIKĖJAS atsako už pateiktų duomenų teisingumą ir atitikimą duomenų pateikimo datai.
6. TEIKĖJAS atsako už teikiamų duomenų saugą iki duomenys pasieks GAVĖJĄ.
7. TEIKĖJAS įsipareigoja ne vėliau kaip prieš 30 (trisdešimt) darbo dienų raštu pranešti GAVĖJUI apie numatomą duomenų teikimo sąlygų pakeitimą.
8. RC gautus duomenis naudoja Asmens duomenų tvarkytojų registre įregistruotu (reg. Nr. P4744) tikslu: „su sveikatinimo veikla susijusių paslaugų teikimas pacientams“.
9. VAIST gautus duomenis naudoja _____ tikslu.
10. RC turi teisę teikti iš VAIST gautus duomenis, sudarydamas duomenų teikimo sutartis Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatų 13.7 punkte nustatyta tvarka.
11. VAIST neturi teisės tretiesiems asmenims atskleisti, teikti ar koku nors kitu būdu ar forma suteikti galimybę susipažinti su asmens duomenimis gautais iš ESPBI IS, jeigu kitaip nenustato Lietuvos Respublikos teisės aktai.

IV. TEIKIAMŲ DUOMENŲ SAUGA

12. GAVĖJAS įsipareigoja užtikrinti šia Sutartimi iš TEIKĖJO gautų duomenų saugą savo lėšomis ir priemonėmis, jei ši Sutartis nenustato kitaip. Už šio įsipareigojimo nesilaikymą GAVĖJAS atsako Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.
13. RC užtikrina Sutarties pagrindu gaunamų duomenų saugą, vadovaudamasis Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos duomenų saugos nuostatais, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 7 d. įsakymu Nr. V-889.
14. VAIST užtikrina sutartimi gaunamų duomenų saugą, vadovaudamasi _____.
15. GAVĖJO informacinėje sistemoje privalo būti įdiegtos techninės ir organizacinės priemonės, skirtos TEIKĖJUI ir GAVĖJUI identifikuoti ir perduodamų duomenų vientisumui patvirtinti.

16. GAVĖJAS įsipareigoja apie neteisėtą asmens duomenų atskleidimą ar perdavimą tretiesiems asmenims nedelsdamas raštu informuoti TEIKĖJĄ ir užkirsti kelią tolesniam informacijos skleidimui.

17. GAVĖJAS informuoja TEIKĖJĄ ne vėliau per 5 (penkias) darbo dienas raštu arba elektroniniu paštu apie pastebėtas klaidas.

18. Jeigu GAVĖJO pranešimas apie klaidas yra pagrįstas, TEIKĖJAS ištaiso klaidas ne vėliau, kaip per 10 (dešimt) darbo dienų nuo pranešimo gavimo, pataisytus duomenis pateikia GAVĖJUI pagal šioje Sutartyje numatytas duomenų teikimo sąlygas ir nedelsiant informuoja GAVĖJĄ apie tai elektroniniu paštu arba raštu. Tuo atveju, jeigu klaidų ištaisyti neįmanoma, TEIKĖJAS nurodo priežastis, dėl kurių duomenų pataisyti negalima.

19. GAVĖJAS, gavęs iš TEIKĖJO patikslintus asmens duomenis, užtikrina klaidingų duomenų pakeitimą naujais duomenimis pagal asmens duomenų teikimo sąlygas, nustatytas Priede Nr.1.

20. TEIKĖJAS, pažeidęs Sutarties Priede Nr.1 nurodytas asmens duomenų teikimo sąlygas, informuoja GAVĖJĄ apie Sutarties nevykdymo priežastis raštu arba elektroniniu būdu, nuroydamas laiką, kada asmens duomenų teikimo sąlygų vykdymas bus atnaujintas.

21. GAVĖJAS įsipareigoja saugoti asmens duomenis net ir Sutarčiai nustojus galioti.

22. TEIKĖJAS privalo užtikrinti teikiamų asmens duomenų saugą, kol šie duomenys pasieks GAVĖJĄ.

V. APMOKĖJIMAS IR ATSISKAITYMO TVARKA

23. TEIKĖJAS duomenis GAVĖJUI teikia ir iš jo gauna neatlygintinai.

VI ATSAKOMYBĖ IR GINČŲ SPRENDIMO TVARKA

24. Nė viena Šalis neturi teisės pavesti šią Sutartį vykdyti tretiesiems asmenims.

25. Už šios Sutarties įsipareigojimų nevykdymą arba netinkamą vykdymą Šalys atsako Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.

26. Tarp Šalių kylantys ginčai dėl šios Sutarties vykdymo sprendžiami Sutarties Šalių derybomis.

27. Šalims nepavykus susitarti, bet kokie ginčai, nesutarimai ar reikalavimai, kylantys iš šios Sutarties sprendžiami Lietuvos Respublikos teisme.

VII. SUTARTIES KEITIMO IR PAPILDYMO TVARKA

28. Sutartis ir jos priedai keičiami, tikslinami ir pildomi tik raštišku abiejų Šalių kompetentingų (įgaliotų) atstovų pasirašytu ir abiejų šalių antspaudais patvirtintu susitarimu, kuris tampa neatskiriama šios Sutarties dalimi.

29. Bet kokie pakeitimai, susiję su vienos iš Sutarties Šalių teisinio statuso, pavadinimo, adreso ar kitų rekvizitų pakeitimais ar patikslinimais, pranešami raštu kitai Šaliai ne vėliau kaip per 5 (penkias) darbo dienas nuo pakeitimo dienos.

30. Bet kokie Sutarties pakeitimai ir papildymai įsigalioja nuo jų pasirašymo dienos, jeigu Šalių Susitarime nenumatyta kitaip.

VIII. NENUGALIMOS JĖGOS APLINKYBĖS (FORCE MAJEURE)

31. Sutarties šalis neatsako už savo prievolių nevykdymą (ar netinkamą vykdymą), jei
32. įrodo, kad prievolių nevykdymas (ar netinkamas vykdymas) kilo dėl aplinkybių, kurių Šalis sutarties sudarymo metu negalėjo kontroliuoti ir numatyti, todėl negalėjo užkirsti kelio šių aplinkybių ar jų padarinių atsiradimui. Nenugalimos jėgos aplinkybėmis yra laikomos aplinkybės, nurodytos Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse ir kituose šiuos klausimus reglamentuojančiuose teisės aktuose.
33. Sutarties šalis, kuri dėl nenugalimos jėgos aplinkybių negali įvykdyti savo įsipareigojimų, privalo nedelsdama, bet ne vėliau kaip per 5 (penkias) darbo dienas nuo aplinkybių atsiradimo, raštu apie tai informuoti kitą Sutarties šalį, nurodydama aplinkybes, kurios trukdo jai vykdyti sutartinius įsipareigojimus bei įvardyti tuos sutartinius įsipareigojimus, kurių ji negalės įvykdyti. Tokiu atveju prievolės nevykdomos, kol išnyks anksčiau išvardytos aplinkybės.
34. Pasibaigus nenugalimą jėgą lemiančioms aplinkybėms, Sutarties šalis privalo nedelsdama pranešti apie tai kitai Sutarties šaliai ir atnaujinti savo įsipareigojimų vykdymą.
35. Tais atvejais, kai dėl nenugalimos jėgos aplinkybių sutarties šalis nevykdo savo sutartinių įsipareigojimų daugiau kaip 30 (trisdešimt) kalendorinių dienų, kita Sutarties šalis turi teisę nedelsdama nutraukti Sutartį apie Sutarties nutraukimą raštu informuodama kitą Šalį ne vėliau kaip prieš 10 kalendorinių dienų.

IX. SUTARTIES GALIOJIMAS

36. Sutartis įsigalioja nuo pasirašymo dienos.
37. Sutartis sudaryta neterminuotam laikotarpiui.
38. Sutartis netenka galios:
- 38.1 kai viena iš Šalių netenka teisės tvarkyti pagal šią Sutartį teikiamus/gaunamus duomenis. Apie tai Šalys privalo informuoti viena kitą raštu likus ne mažiau kaip 5 (penkioms) darbo dienoms iki teisės tvarkyti duomenis netekimo;
- 38.2 pasikeitus teisės aktų, reglamentuojančių duomenų teikimą, sąlygoms.
39. Sutarties pasibaigimo atveju duomenų GAVĖJAS veikia pagal Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymą.

X. KITOS SALYGOS

40. Sutarties pakeitimai, papildymai yra neatskiriamos šios Sutarties dalys.
41. Sutartis sudaryta dviem egzemplioriais, turinčiais vienodą juridinę galią, po vieną egzempliorių kiekvienai Šaliai.
42. Šios Sutarties neatskiriamos dalys yra:
- 42.1 Priedas Nr.1 „Duomenų teikimo sąlygos“.
43. Atsakingų darbuotojų kontaktiniai duomenys:
- 43.1 VAIST įsipareigoja sudaryti įstaigos vadovo parašu ir antspaudu patvirtintą asmenų, atsakingų už komunikaciją su RC dėl organizacinių ir techninių klausimų, sąrašą jame nurodant šių asmenų kontaktinę informaciją - pareigas, vardą, pavardę, asmens kodą (tik už techninius klausimus atsakingų asmenų), el. pašto adresą, telefono numerį. VAIST privalo saugoti šio dokumento originalą, o skanuotą dokumento kopiją pateikti RC elektroniniu paštu.
- 43.2 RC atsakingų asmenų sąrašas pateiktas internetinėje svetainėje adresu www.esveikata.lt/ kontaktai

XI. ŠALIŲ REKVIZITAI IR PARAŠAI

Valstybės įmonė Registrų centras
Juridinio asmens kodas 124110246
Vincu Kudirkos g. 18-3, 03105 Vilnius
Tel. (8 5) 268 8202,
Faksas (8 5) 268 8311,
El. paštas info@registrucentras.lt.

Direktorius
Kęstutis Sabaliauskas

A.V.

A.V.

2015 m. _____ d.

Duomenų teikimo sutarties

Nr.

Priedas Nr.1

DUOMENŲ TEIKIMO SĄLYGOS

1. RC suteikia prieigą VAIST prie ESPBI IS portalo mokomosios aplinkos ir gamybinės aplinkos.
2. RC suteikia prieigą VAIST prie ESPBI IS mokomosios aplinkos, prie ESPBI IS gamybinės aplinkos prieigos suteikiamos, kai VAIST elektroniniu paštu informuoja, kad yra pasirengusi teikti ir gauti duomenis į/iš gamybinės aplinkos.
3. Duomenų teikimo periodiškumas – ne rečiau kaip įvykus Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų susiejimo su e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra reikalavimų ir techninių sąlygų 2 priede nurodytam įvykiui.
4. Duomenys teikiami šifruotais ryšio kanalais naudojant:

	Taip – pažymėta, ne - tuščia
ESPBI IS portalo programinę įrangą.	<input type="checkbox"/>
Tinkline sąsaja (angl. <i>WebService</i>), kai VAIST turi savo informacinę sistemą. ESPBI IS atpažįsta VAIST informacinę sistemą pagal viešo-privataus rakto viešąją dalį, kurią VAIST pateikia RC elektroniniu paštu.	<input type="checkbox"/>

Direktorius

Kęstutis Sabaliauskas

A.V.

ANKETA



Laba diena, esu Aušra Prušinskienė, Šiaulių universiteto magistrantūros studijų studentė. Šiuo metu rašau baigiamąjį darbą apie E. recepto įgyvendinimą „Gintarinės vaistinėje“ atlieku apklausą, kurios tikslas – nustatyti E. recepto taikymo galimybes „Gintarinėje vaistinėje“.

Gerbiamasis/gerbiamoji ANKETA ANONIMINĖ, anketoje nereikia rašyti vardo ir pavardės. anketoje nėra teisingų ar neteisingų atsakymų. Jums tiesiog reikėtų išsirinkti ir pažymėti atsakymą, kuris tinkamiausiai atspindi Jūsų nuomonę.

Pasirinkę atsakymo variantą pažymėkite jį ✓.

1. Jūsų lytis:

- Vyras
 Moteris

2. Jūsų amžius:

- nuo 18 – 25 metų nuo 31 – 35 metų nuo 41 – 45 metų nuo 51 – 60 metų
 nuo 26 – 30 metų nuo 36 – 40 metų nuo 46 – 50 metų virš 60 metų

3. Jūsų darbo stažas vaistinėse?

- 1 – 5 metai
 6 – 10 metų
 per 10 metų

4. Jūsų dabar užimamos pareigos vaistinėje?

- Vaistinės vedėjas (-a)
 Vaistininkas (ė)
 Farmakotechnikas (-ė)

5. Klausimas	Taip	Labiau taip, negu ne	Labiau ne, negu taip	Ne	Neturiu nuomonės
Jūsų vaistinėje diegiamas E. receptas. Ar naudinga ši inovacija visuomenei?					
Pagrįskite savo atsakymą					

6. Kiek laiko Jūsų vaistinėje jau taikomas E. receptas?

- 1 mėnesį
 2 – 3 mėnesius
 per 4 mėnesius

7. Kokius vaistinės procesus pakeitė E. receptas?

8. Ar dalyvavote Sveikatos apsaugos ministerijos rengtame E. recepto pristatyme?

- Taip
 Ne, nes _____
 Kita
(įrašyti) _____

9. Ar buvo vykdomi mokymai, kaip dirbti su E. recepto programa/sistema?

- Taip
 Ne
 Kita
(įrašyti) _____

10. Kokios priemonės buvo naudotos apmokant vaistinės personalą dirbti su E. receptas sistema?

- Atsiųsti bendrieji nurodymai kaip naudotis e. receptu
 E. recepto programavimo specialistų surengti mokymai
 Kita (įrašyti) _____

11. Klausimas	Taip	Labiau taip, negu ne	Labiau ne, negu taip	Ne	Neturiu nuomonės
Jūsų manymu, ar įdiegus E. receptą palengvėjo vaistinių organizuojami klientų aptarnavimo procesai?					
Pagrįskite savo atsakymą					

3 priedo tęsinys

12. Kiek klientų vidutiniškai per dieną kreipiasi į Jūsų vaistinę su E. receptu?

13. Su kokiomis problemomis susidūrė vaistinė, įdiegus E. receptą?

14. Klausimas	Taip	Labiau taip, negu ne	Labiau ne, negu taip	Ne	Neturiu nuomonės
Ar sulaukiate tinkamos pagalbos iškilusiai problemai spręsti?					
Pagrįskite savo atsakymą					

15. Kodėl E. recepto diegimas vyksta lėtai, kokie pagrindiniai, Jūsų nuomone, šios inovacijos diegimo stabdžiai?

16. Kokius siūlymus galėtumėte pateikti e. recepto taikymo sveikatos sistemoje procesui aktyvinti, spartinti, kaip tobulintumėte šio pokyčio įgyvendinimą?

DĖKOJU UŽ ATSAKYMUS!

PIRMAS INTERVIU PROTOKOLAS

Kaip ir kada Jūsų vaistinė buvo įtraukta į E. recepto paslaugos įgyvendinimą? Kas inicijavo Lietuvoje E. recepto diegimą, kokių valstybių geroji patirtis buvo perimta? Kokie teisiniai aktai numatė vaistinių įsitraukimą į šios sistemos diegimą? Ar Jūsų vaistinių tinklas dalyvavo sprendimų priėmime dėl E. recepto planavimo, diegimo, finansavimo?

Kaip vyko E. recepto diegimo planavimas? Kas numatė reikalingus išteklius, įrangą, mokymus? Kokius reikalavimus/rekomendacijas pateikė SAM dėl E. recepto diegimo ir taikymo? Iš kokių lėšų buvo numatyti vaistinėms reikalingi įgyvendinti pokyčiai? Kokiomis lėšomis įgyvendinote E. recepto paslaugą?

Kokie pokyčiai buvo įgyvendinti UAB „Gintarinėje vaistinėje“ diegiant E. receptą? Detalesni klausimai: kokie technologiniai pokyčiai buvo įgyvendinti Jūsų vaistinėje? Ar paskirti žmonės kurie rūpinasi E. recepto įgyvendinimu, iškilusių problemų sprendimu?

Kokios priemonės buvo naudotos apmokant vaistinės personalą dirbti su E. receptas sistema? Ar per šią inovaciją darbuotojai įgijo naujų kompetencijų?

4 priedo tęsinys

Ar sistema pateisino Jūsų lūkesčius? Ar tai sėkmingas projektas? Su kokiomis problemomis susidūrėte diegiant E. recepto paslaugą? Ar per šią paslaugą pagerėjo sąveika su sveikatos įstaigomis?

Kaip gerinti E. recepto paslaugos diegimą, kokių reikia papildomų veiksmų iš LR Vyriausybės, SAM, Vaistinių departamentų?

ANTRAS INTERVIU PROTOKOLAS

Kokias matote E. recepto netaikymo problemų priežastis?

Kaip reikėtų tobulinti E. recepto sistemą?

Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

