



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

**ĮSAKYMAS
DĖL LIETUVOS E. SVEIKATOS 2007–2015 METŲ PLĖTROS STRATEGIJOS
PATVIRTINIMO**

2007 m. spalio 9 d. Nr. V-811
Vilnius

Įgyvendindamas Lietuvos sveikatos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. 64-1842), Europos Komisijos komunikatą Tarybai, Europos Parlamentui, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui KOM(2004) 356 „E. sveikata – sveikatos priežiūros gerinimas Europos gyventojams: veiksmų planas Europos e. sveikatos sričiai“ ir atsižvelgdamas į Europos Komisijos komunikatą Tarybai, Europos Parlamentui, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui KOM(2005) 229 „i2010 – Europos informacinė visuomenė augimui ir užimtumui skatinti“ ir Elektroninės valdžios koncepciją, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. gruodžio 31 d. nutarimu Nr. 2115 (Žin., 2003, Nr. 2-54):

1. T v i r t i n u Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategiją (pridedama).
2. P a s i l i e k u įsakymo vykdymo kontrolę sau.

Sveikatos apsaugos ministras

Rimvydas Turčinskas

LIETUVOS E. SVEIKATOS 2007–2015 METŲ PLĖTROS STRATEGIJA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategija (toliau vadinama – Strategija) parengta įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 3 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. 64-1842), Europos Komisijos komunikatą Tarybai, Europos Parlamentui, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui KOM(2004) 356 „E. sveikata – sveikatos priežiūros gerinimas Europos gyventojams: veiksmų planas Europos e. sveikatos sričiai“ ir atsižvelgiant į Europos Komisijos komunikatą Tarybai, Europos Parlamentui, Europos Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui KOM(2005) 229 „i2010 – Europos informacinė visuomenė augimui ir užimtumui skatinti“ ir Elektroninės valdžios koncepciją, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. gruodžio 31 d. nutarimu Nr. 2115 (Žin., 2003, Nr. 2-54), kitus Lietuvos Respublikos teisės aktus ir konverguojančių sveikatos apsaugos ir informacinės visuomenės sektorių pokyčius pasaulyje.

2. Šios Strategijos rengimo tikslas – subalansuoti esamas ir naujai atsirandančias informacinių ir komunikacinių technologijų galimybes, nacionalines bei globalines tendencijas, artimiausio ir tolimesnio laikotarpio sveikatos apsaugos reikmes taip, kad būtų užtikrinta evoliucinė e. sveikatos sistemos plėtra, nuosekliai gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę kiekviename Strategijos įgyvendinimo etape.

3. Pagrindinės šioje Strategijoje vartojamos 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.

Elektroninis sveikatos įrašas (toliau – ESĮ) – integralus visuminis į pacientą orientuotas sveikatos įrašas, sudarantis e. sveikatos sistemos pagrindą. Kiti įrašai – elektroninis paciento įrašas (EPI), elektroninė ligos istorija (ELI), elektroninis medicininis įrašas (EMI) iš esmės reiškia dalinį elektroninį sveikatos įrašą, padarytą sveikatos priežiūros įstaigoje ar farmacijos įmonėje, vykdant epizodinę sveikatos priežiūrą. Labiausiai paplitęs terminas tokiems daliniams įrašams apibūdinti – elektroninis medicininis įrašas (EMI). ESĮ remiasi principu „vienas gyventojas – vienas įrašas (VGVĮ)“. Profilaktikos ir prevencijos tikslais ESĮ apima gyventojų viso gyvenimo sveikatos duomenis ir jam nesant pacientu.

Sveikatos priežiūros paslauga – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099) nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys.

Nacionaliniai projektai – e. sveikatos projektai, finansuojami 2007–2013 metų Europos Sąjungos (toliau – ES) Struktūrinių fondų paramos lėšomis, numatytais 3 priemonei „Elektroninės sveikatos paslaugos“, valstybės investicinėmis bei kitomis teisėtomis lėšomis ir atitinkantys Strategijos 54 punkte keliamus reikalavimus.

Regioniniai projektai – e. sveikatos projektai, finansuojami 2007–2013 metų ES Struktūrinių fondų paramos lėšomis, numatytais 4 priemonei „Elektroninės sveikatos paslaugos: regionai“ bei kitomis teisėtomis lėšomis ir kurių veiklos skirtos Strategijos V skyriuje išdėstytiems Strategijos tikslams pasiekti ir uždaviniams įgyvendinti.

4. E. sveikatos strategija nusako kontekstą, būdus ir priemones, kaip efektyviai panaudoti informaciją sveikatai ir jos apsaugai gerinti. E. sveikatos sistema daro įtaką visai sveikatos apsaugai – nuo paslaugų iki valdymo ir apskaitos. Ji leidžia gerinti žmonių informuotumą ir rūpinimąsi savo sveikata, efektyviau panaudoti turimus išteklius teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, kurti naujas paslaugas, paremtas moderniomis informacinėmis technologijomis, gerinti paslaugų kokybę ir

prieinamumą. E. sveikatos sistema nuolat palaiko besivystančią sveikatos apsaugos sistemą, esmingai prisidedama prie sveikatos apsaugos pokyčių tęstinumo.

5. E. sveikatos strategija, kaip ir visa sistemos architektūra yra nukreipta į gyventojus ir pacientus. Personalizuotos paslaugos ir jų tęstinumas yra pagrindinė strategijos kryptis. Tai kelia didelius reikalavimus valdymo sistemai, bendradarbiavimo būdai ir duomenų integravimui nacionaliniu mastu. E. sveikatos sistema savo esme yra nacionalinė.

6. E. sveikata yra svarbi priemonė, gerinant sveikatos apsaugą, ir efektyvus įrankis sparčiai pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, ypač šalyse, pergyvenančiose ekonomines transformacijas ir turinčias ribotus išteklius. Investicijos į e. sveikatą duoda vis didėjančią grąžą, kuri po dešimties metų duoda ekonominę naudą, tris kartus viršijančią įdėtas lėšas. Tarptautinė patirtis leidžia konstatuoti, kad e. sveikatos investicijos yra tikslingos, o vėlavimas neša nesunkiai įvertinamus ekonominius nuostolius.

7. Sparti naujausios profesionalios informacijos apytaka e. sveikatos sistemoje efektyviai sujungia fundamentinius mokslinius tyrimus ir technologinę plėtrą su klinicine praktika, leidžia efektyviai bendradarbiauti, kolektyviai kaupiamus tyrimų rezultatus bei žinias plačiai ir efektyviai skleisti ir įdiegti praktinių sprendimų palaikymo sistemose, naudojamose kiekvienoje paslaugų teikimo vietoje.

II. PADĖTIES ANALIZĖ

Sveikatos ir socialinė aplinka

8. **Epidemiologiniai pokyčiai.** Gausėja susirgimų skaičius lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos, kai kur išlieka sudėtinga epidemiologinė užkrečiamų ligų situacija (tuberkuliozė) ir plinta naujos (ŽIV-AIDS), daugėja alergijų, psichikos, onkologinių susirgimų, gyvenimo būdo ir amžiaus sukeltų sveikatos problemų (antsvoris, demencijos ir kt.). Tai reikalauja daugiau ilgalaikių ir personalizuotų sveikatos priežiūros paslaugų.

9. **Demografiniai pokyčiai.** Spartus vidutinės gyvenimo trukmės augimas, ypač Europoje ir išsivysčiusiose šalyse kelia didelius reikalavimus pagyvenusių žmonių sveikatos apsaugai ir esami pajėgumai nebegali jų patenkinti. Tokie demografiniai pokyčiai verčia ieškoti kokybiškesnių ir funkciškai bei ekonomiškai efektyvių paslaugų formų.

10. **Socialiniai pokyčiai.** Išlieka ženkli socialinė atskirtis, sveikatos priežiūros paslaugos regionuose ir centruose skiriasi savo kokybe ir prieinamumu. Vykstant intensyviai gyventojų judėjimui tiek šalies viduje, tiek tarp šalių, sutrinka paslaugų tęstinumas: jų sveikatos informacija, reikalinga kokybiškoms paslaugoms suteikti, vėluoja ir / arba yra nepakankama. Kylant išsilavinimui, gyventojai pasigenda didesnio informuotumo apie sveikatos klausimus, paslaugų pasirinkimo alternatyvų, jie nori aktyviau dalyvauti sveikatinimo ir gydymo procesuose.

11. **Aplinkos pokyčiai.** Didėjant aplinkos užterštumui, spartėjant klimato pokyčiams, didėjant cheminių medžiagų vartojimui, ypač didėja sergamumas alerginėmis ir onkologinėmis ligomis.

12. **Vartotojiškas požiūris į sveikatos apsaugos paslaugas.** Augant pragyvenimo lygiui, kartu auga gyventojų lūkesčiai ir reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugoms. Gyventojai ima traktuoti šias paslaugas panašiai, kaip bet kurias kitas – reikalauja aukštesnės jų kokybės, garantijų, gina savo teises, siekdami pasirinkimo laisvės ir informacijos. Ieškodami pigesnių ir geresnės kokybės paslaugų, pacientai juda tarp gydymo įstaigų ir net tarp šalių.

13. **Mokslas ir inovacijos.** Spartus naujų gydymo metodų ir technologijų (ypač biotechnologijų, nanotechnologijų, genetikos, molekulinės diagnostikos, kompiuterizuotos vizualizacijos, robotizuotos chirurgijos, telemedicinos srityse) atsiradimas keičia ne tik sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, bet ir atveria visai naujas paslaugų galimybes. Kartu su atsiveriančiomis galimybėmis kyla aštri operatyvaus naujų paslaugų diegimo klinikinėje praktikoje ir jų prieinamumo pacientams problema bei didėja specialistų apmokymo, patirties sklaidos, bendradarbiavimo problemos konkurencinėje sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje.

14. **Sveikatos apsaugos specialistų trūkumas.** Sveikatos priežiūros specialistai netolygiai pasiskirstę regionuose, kai kur atskirų specialybių gydytojų trūkumas ypač aštrus dėl jų judėjimo tiek šalies viduje, tiek tarp šalių. Tai verčia ieškoti naujų technologijų ir nuotolinių paslaugų teikimo būdų

(telemedicina) pacientų konsultavimui, diagnostikai ir stebėsenai, jų gyvenimo kokybės palaikymui, ypač namų sąlygomis.

15. **Sveikatos priežiūros paslaugų formos kitimas.** Daugiau dėmesio skiriama ambulatorinėms, ypač šeimos gydytojų, paslaugoms, dienos terapijos formoms. Pereinama prie platesnio susirgimų prevencijos, predikcijos ir profilaktikos priemonių taikymo kartu su personalizacija, siekiant sudaryti individualų kiekvieno paciento sveikatos priežiūros ir gydymo planą. Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūra integruojasi. Atsiranda naujų sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, susijęs su Lietuvos karių dalyvavimu tarptautinėse operacijose.

16. **Išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms augimas.** Sudėtingėjant naudojamai įrangai ir gydymo metodams, didėjant pacientų lūkesčiams ir poreikiams, auga lėšų poreikis sveikatos priežiūros paslaugoms finansuoti. Taip didėja spaudimas nacionalinei sveikatos apsaugos sistemai bei konkurencija tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, versdama ieškoti kokybiškai naujų paslaugų teikimo formų.

17. **Potencialios grėsmės.** Pandemijų, terorizmo, stichinių nelaimių atveju sveikatos priežiūros paslaugų poreikis gali staiga labai išaugti, todėl svarbu imtis priemonių, kaip tarptautinio bendradarbiavimo technologinių tinklų priemonėmis sudaryti rezervą tokio poreikio patenkinimui.

E. sveikatos plėtros apžvalga

18. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) gana ilgai svarstė e. sveikatos klausimą, tačiau pastaruoju metu, įvertinusi šio instrumento efektyvumą, ryžtingai ėmėsi skatinti ir plėtoti e. sveikatos priemones visame pasaulyje. 58-oji PSO Generalinės Asamblėjos sesija 2005 m. gegužės mėn. priėmė rezoliuciją WHA58.28, nustatančią PSO e. sveikatos strategiją. PSO, pasitelkusi Globalią e. sveikatos observatoriją (angl. The Global Observatory for eHealth) išanalizavo šalių poreikius e. sveikatos priemonėms ir paslaugoms ir juos apibendrino 2006 metų PSO ataskaitoje. Joje pažymima, kad e. sveikata yra svarbus svertas, keliant sveikatos priežiūros paslaugų lygį, ir kad PSO planuoja aktyviai veikti šioje srityje: plėtoti ir skatinti pagrindinių priemonių e. sveikatos funkcijoms įgyvendinti – vaistų registrų, į pacientą orientuotų informacinių sistemų, kurios galėtų būti išplėtos į ESĮ, kūrimą, teikti metodinę pagalbą keičiantis patyrimu, sveikatos informacija bei vykdant mokymą.

19. Dauguma šalių imasi politinių ir organizacinių priemonių, įskaitant strategijų ir įgyvendinimo planų rengimą. Patvirtintas strategijas arba joms prilyginamus dokumentus, apibrėžiančius e. sveikatos plėtrą, jau turi vidutiniškai 40 proc. Afrikos, 73 proc. Europos ir 62 proc. viso pasaulio šalių. Iki 2008 metų šiuos dokumentus planuoja turėti vidutiniškai 80 proc. Afrikos, bei 85 proc. Europos ir viso pasaulio šalių.

20. Pagrindiniai Europos Komisijos tikslai sveikatos srityje yra šie: palaikyti nepertraukiamą ir pastovią sveikatos priežiūrą visiems; pagerinti sveikatos priežiūrą ir gydymą, užtikrinti gydymo kokybę paciento atžvilgiu, sumažinti gydymo klaidų skaičių; paremti saugią, autorizuotą prieigą prie pacientų sveikatos ir ligų dokumentų bet kuriuo laiku, bet kurioje vietoje; sudaryti sąlygas pacientų ir gyventojų, siekiančių aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų bet kurioje Europos šalyje, mobilumui.

21. Europos Komisija 2004 m. paskelbė ES strateginį dokumentą e. sveikatos klausimu – „E. sveikata: sveikatos priežiūros paslaugų gerinimas Europos gyventojams – veiksmų planas Europos e. sveikatos erdvei“ (COM (2004) 356 final e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area). Jame konstatuojama, kad e. sveikata yra trečia didžiausia Europos sveikatos sektoriaus sritis, pabrėžiamas e. sveikatos valdymo ir vadovavimo, sistemų ir elektroninių įrašų suderinamumo, pacientų katalogo, naujų technologijų ir metodų plėtros, investicijų subalansavimo, teisinės aplinkos ir bendros ES e. sveikatos erdvės kūrimo poreikis.

22. Europos Komisija rekomenduoja, kad e. sveikatai skiriamas finansavimas sudarytų ne mažiau kaip 2,5 proc. bendro sveikatos priežiūros paslaugų biudžeto kiekvienoje ES šalyje narėje. Taip siekiama išlyginti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą ES.

23. Remiantis projekto „E. sveikatos poveikis“ (angl. – eHealth IMPACT) ataskaitoje apibendrinta kitų šalių e. sveikatos sistemos plėtros patirtimi, nustatyta, kad nuosekliai vykdoma e. sveikatos plėtra sudaro sąlygas:

23.1. užtikrinti gerą sveikatos apsaugos sistemos valdymą ir sudaryti teisinę administracinę terpę;

23.2. užtikrinti organizacinės reformos įgyvendinimą lygiagrečiai su e. sveikatos plėtra, kad perėjimas prie e. sveikatos sistemos naudojimo nesukeltų veiklos sutrikimų ir teisinių ar organizacinių problemų;

23.3. pasiūlyti daugiau kokybiškų paslaugų gyventojams, palaikyti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, įgyvendinti VGVĮ principą, sumažinti sąnaudas, suteikti geresnę informaciją sveikatos apsaugos sistemos valdymui;

23.4. užtikrinti galimybę visiems autorizuotiems sveikatos apsaugos profesionalams prieiti prie paciento sveikatos įrašo, o gyventojams – prie savo sveikatos įrašo;

23.5. užtikrinti informacinių posistemų suderinamumą, pacientų ir specialistų identifikavimą ir autorizavimą, saugą, elektroninį parašą bei vieningą infrastruktūrą;

23.6. pagerinti informacijos srautus ir sąveiką tarp subjektų, naudojančių elektroninį bendravimą, įskaitant socialinių paslaugų institucijas, pacientus ir jų gimines, ir sveikatos priežiūros specialistus, taip sukuriant sveikatinimui palankią informacinę erdvę;

23.7. užtikrinti kokybišką klinikinių sprendimų palaikymo ir bendradarbiavimo sistemą, pacientų informavimą bei skatinimą dalyvauti sveikatos procesuose, naujų funkcijų ir technologijų plėtrą.

III. STIPRYBIŲ, SILPNYBIŲ, GALIMYBIŲ, GRĖSMIŲ ANALIZĖ

24. Stiprybės:

- 24.1. gerėjanti internetinių tinklų aprėptis;
- 24.2. augantys objektyvūs poreikiai (pacientų, gydytojų, administratorių);
- 24.3. kai kurių įstaigų patirtis e. sveikatos srityje;
- 24.4. numatoma ženkli valstybės ir ES parama;
- 24.5. įvykdyti moksliniai tyrimai ir tarptautiniai projektai, pagrindžiantys e. sveikatos sistemos naudą;
- 24.6. bendrosios kompetencijos informacinių technologijų (IT) specialistų potencialas;
- 24.7. nedidelis nesuderintų sveikatos informacinių sistemų paveldas.

25. Silpnybės:

- 25.1.1. nėra e. sveikatos valdymo ir plėtros organizacijos, turinčios įgaliojimus ir galinčios priimti uždaviniams adekvačius sprendimus;
- 25.1.2. e. sveikatos sistemos projektai nekoordinuojami;
- 25.1.3. nėra informacinių sistemų (toliau – IS) suderinamumo valdymo;
- 25.1.4. nėra patvirtintų vieningų nacionalinių e. sveikatos sistemos standartų;
- 25.1.5. nepakankamas sveikatos sistemos vartotojų informuotumas;
- 25.1.6. Nacionalinė elektroninė sveikatos sistema (toliau – NESS) neturi valdymo, palaikymo ir plėtros patirties;
- 25.1.7. nėra pakankamo tikslinio finansavimo IT plėtrai;
- 25.1.8. didelė IT naudojimo atskirtis tarp sveikatos priežiūros įstaigų.

26. Galimybės:

- 26.1. Strategijos įgyvendinimas ir stebėseną;
- 26.2. gyventojų ir pacientų įtraukimas;
- 26.3. plėtros pakėlimas į valstybinės reikšmės problemos lygį;
- 26.4. efektyvių plėtrą koordinuojančių ir vykdančių institucijų įsteigimas;
- 26.5. NESS plėtros veiklų derinimas su sveikatos reforma;
- 26.6. e. sveikatos projektų derinimas jų inicijavimo fazėje;
- 26.7. standartų priėmimas;
- 26.8. teisinės bazės suregulavimas;
- 26.9. finansinės ir metodinės ES paramos panaudojimas;
- 26.10. investicijų derinimas ir tęstinumas;
- 26.11. specialistų pritraukimas ir IT kompetencijos centrų plėtra;
- 26.12. e. sveikatos sistemos vartotojų mokymo ir informavimo plėtra;
- 26.13. iniciatyvų „iš apačios“ skatinimas.

27. Grėsmės:

- 27.1. nekoordinuota IS plėtra tampa neefektyvi: sudėtinga ir ekonomiškai nuostolinga nederančių IS integracija, dubliuojamas IS kūrimo ir diegimo paslaugų pirkimas;
- 27.2. nevykdant ES plėtros rekomendacijų, atsiliekama, nepanaudojama potenciali parama;
- 27.3. nėra NESS ir kitų IS skaidrios plėtros stebėsenos ir objektyvių jos rodiklių: negalimas ekonomiškai efektyvus ir poreikiais pagrįstas IS plėtros planavimas;
- 27.4. per mažas NESS palaikymo ir plėtros finansavimas neleidžia užtikrinti NESS palaikymo, plėtros, metodinės pagalbos sveikatos ir kitų sektorių veikėjams, vieningų standartų laikymosi priežiūros, NESS aptarnavimo visą parą, o svarbiausia – NESS plataus išvystymo visoje sveikatos apsaugos sistemoje bei įdėtų investicijų atsipirkimo;
- 27.5. medicininės visuomenės ir pacientų nusivylimas tik dalinai veikiančia sistema ir nenoras ja naudotis;
- 27.6. informacijos apsikaitimo trukdžiai;
- 27.7. įsilaužimo į sistemą grėsmė;
- 27.8. vietinių iniciatyvų nesuderinamumas su nacionaliniais prioritetais ir veiklomis;
- 27.9. nesureguliuota teisinė bazė ir nenuspręsta, kieno nuosavybė yra informacija;
- 27.10. specialistų migracija iš srities;
- 27.11. uždarų komercinių produktų monopolis;
- 27.12. NESS plėtros palaikymo organizacijos negalia.

IV. E. SVEIKATOS VIZIJA IR MISIJA

28. Atsižvelgiant į e. sveikatos stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizes, sveikatos sistemų tendencijas, ši Strategija remiasi tokia **vizija**:

28.1. e. sveikatos sistema sveikatos apsaugos tikslams panaudoja visą didžiulę fundamentinę ir taikomąją informacijos vertę, glūdinčią kolektyviai ir nuosekliai kaupiamuose duomenyse ir žiniuose;

28.2. e. sveikatos sistema sukuria draugišką virtualią informacinę erdvę gyventojams, pacientams, gydytojams ir administratoriams, kuri nepaisant institucinių ir organizacinių barjerų leidžia saugiai ir patikimai pateikti reikalingą išsamią sveikatos informaciją reikalingu laiku reikalingoje vietoje;

28.3. e. sveikatos sistema integruoja žinias molekulių, ląstelių, organų, individų, visuomenių ir sveikatos apsaugos procesų organizavimo lygiuose bei daro jas naudingas ir prieinamas autorizuotiems vartotojams, darantiems profilaktinius, klinikinius, administracinius ir politinius sprendimus;

28.4. e. sveikatos sistema apima ir vienija asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos, socialinių paslaugų, informacinių ir biomedicininų technologijų, valdymo ir administravimo (politikos formavimo, planavimo, finansavimo, statistikos) sferas, žinių ir informacijos pagrindu nukreipdama jų pastangas į žmonių sveikatą sveikoje visuomenėje;

28.5. e. sveikatos sistemos plėtra grindžiama suderinamumu, paslaugų tęstinumu laike ir tarp institucijų bei nuosekliai didėjančia nauda vartotojams;

28.6. e. sveikatos sistemos pagrindas yra bendradarbiavimas ir suderinamumas, siekiant integruoti kiekvieno gyventojų ir paciento viso gyvenimo sveikatos informaciją bei ją panaudoti personalizuotai sveikatos priežiūrai. Tai realizuoja elektroninis sveikatos įrašas, vienas vienam gyventojui.

29. Strategijos **misija** – gerinti gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir tęstinumą diegiant į gyventoją orientuotas informacines ir komunikacines technologijas.

30. Didinti gyventojų informuotumą ir rūpinimąsi savo sveikata, efektyviau panaudoti turimus išteklius teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir kuriant naujas paslaugas, paremtas moderniomis informacinėmis technologijomis.

V. STRATEGIJOS TIKSLAI, KRYPTYS, UŽDAVINIAI

31. Strategijos **tikslai**:

31.1. kurti ir palaikyti evoliucionuojančią, suderintą, saugią ir patikimą e. sveikatos priežiūros paslaugų informacinę infrastruktūrą;

31.2. kurti ir plėtoti e. sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, pacientams, specialistams ir įstaigoms.

32. Strategiją numatoma įgyvendinti šiomis pagrindinėmis **kryptimis**:

32.1. **Kurti ir plėtoti e. sveikatos sistemos pagrindą** – elektroninį sveikatos įrašą (ESI):

32.1.1. Paciento elektroninis sveikatos įrašas, kuriamas panaudojant VGVĮ principą, apima jo sveikatos informaciją ir praktiškai realizuoja esminę koncepciją – e. sveikatos sistemos architektūros orientavimą į pacientą bei jo poreikius, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą ir kokybę. ESI yra nacionalinių e. sveikatos sistemų centre. Pagal jo naudojimo laipsnį sprendžiama apie šalies pažangą šioje srityje, nes ESI įgyvendinimas reikalauja vieningo paciento identifikavimo, informacijos integravimo ir apsikeitimo galimybių, saugos užtikrinimo ir kitų funkcijų, kurių visuma sudaro e. sveikatos sistemą. Vyrauja laipsniškai evoliucionuojančio ESI tendencija: įrašas pradžioje turi tik svarbiausią, gyvybinę informaciją, vėliau papildomas vis detalesne medicinine informacija, kuri per nuorodas pasiekama iš tų tinkluose paskirstytų vietų, kur ji yra laikoma. Aukščiausias ESI lygis – kai semantiškai struktūrizuotas įrašas ir jame esanti informacija gali būti apdorojama automatiškai, naudojama klinikinių sprendimų palaikymui ir prieinama sankcionuotiems vartotojams paslaugų teikimo vietoje. E. sveikatos sistemos ESI funkcionavimui užtikrinti savo ruožtu būtina:

32.1.1.1. patikima ir funkcionuojanti NESS infrastruktūra, skirta ESI bei nuorodų į paciento elektroninius medicininius įrašus kaupimui bei paciento klinikinės ir administracinės informacijos apsikeitimui tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir gydytojų;

32.1.1.2. sveikatos priežiūros įstaigose patikimai veikiančios ir su NESS integruotos e. sveikatos informacinės sistemos, skirtos elektroninių paciento medicininių įrašų kūrimui, saugojimui ir informacijos perdavimui nacionalinei e. sveikatos sistemai į paciento ESI;

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

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

32.2. Kurti ir diegti esminius e. sveikatos sistemos taikymus, maksimaliai išnaudojant jos privalumus:

32.2.1. Pagrindinė e. sveikatos sistemos panaudojimo perspektyva – **sprendimų palaikymo sistemų kūrimas ir naudojimas**. Tai viena perspektyviausių e. sveikatos plėtros tendencijų. Informacija, sukaupta e. sveikatos sistemoje apdorojama siekiant iš jos išgauti žinias, reikalingas priimti klinikiams ir administraciniams sprendimams (diagnostikai, vaistų išrašymui, predikcijai, profilaktikai, gydymo metodams ir taktikai), o taip pat sprendimams paciento lygyje (paslaugų pasirinkimui, paslaugų užsakymui). Ryškėja tendencija nuo bendro pobūdžio rekomendacijų, taisyklių, priminimų taikymo pereiti prie individualizuotos sprendimų palaikymo koncepcijos, kai detalaus informacijos, esančios didelėse duomenų bazėse, apdoravimo pagrindu gydytojui yra siūlomas sprendimas konkretaus paciento atžvilgiu. Studijose nurodoma, kad absoliutų medicininių klaidų skaičių galima sumažinti apie 20–30 proc., panaudojant e. sveikatos technologijas, įskaitant klinikinių sprendimų palaikymo sistemas.

32.2.2. E. sveikatos sistemos taikymas duoda dveją ekonominį ir finansinį efektą – e. sveikatos sistemoje kaupiamą visapusišką klinikinę ir administracinę informaciją galima panaudoti

operatyviam valdymui ir administravimui, paslaugų apmokėjimui, sveikatos draudimui, statistinių ataskaitų rengimui, resursų optimizavimui. Tai leidžia sutaupyti administravimo išlaidų ir siekti veiklos efektyvumo visais lygiais – nuo ligoninės iki nacionalinio. Kita vertus – efektyvus šios informacijos naudojimas taupo specialistų darbo laiką ir resursus, išvengiama sveikatos priežiūros paslaugų dubliavimo, sistema atsiperka gerėjant paslaugų kokybei ir prieinamumui.

32.2.3. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas e. sveikatos erdvėje pasiekiamas taip pat naudojant telemedicinos priemones ir naujas technologijas. Siekiant priartinti sveikatos priežiūros paslaugas prie gyventojų jų gyvenamose vietose, padaryti prieinamas aukščiausios kvalifikacijos specialistų konsultacijas, nepriklausomai nuo paciento buvimo vietos, efektyviai naudojamos telemedicinos – nuotolinės stebėsenos, bevielės, tinkamos nešioti (angl. wearable), aplinkos, padedančios pacientui gyventi kūrimo (angl. ambient assisted living) – priemonės. Jos padeda stebėti pacientus su padidintu rizikos laipsniu, gerina pagyvenusių pacientų gyvenimo kokybę ir sveikatos priežiūrą, leidžia teikti sveikatos priežiūros paslaugas namuose bei integruoti su socialinėmis.

32.2.4. E. sveikatos informacinė aplinka leidžia esmingai sustiprinti sveikatinimo priemones, įtraukiant vartotojus. Kuriant e. sveikatos sistemą, siekiama ją padaryti atvirą ir evoliucionuojančią, lanksčiai atliepiančią į vartotojų poreikius. E. sveikatos sistemoje esanti informacija leidžia gyventojams aktyviai dalyvauti sveikatinimo ir profilaktinėse priemonėse, o pacientams – savo gydymo procese. Gyventojai darosi informuoti ir aktyvūs sveikatos priežiūros dalyviai. Daugelyje šalių gyventojas / pacientas yra ESĮ savininkas.

33. Siekiant Strategijos tikslų ir laikantis pagrindinių plėtros kypčių, nustatomi šie **uždaviniai:**

33.1. **NESS kūrimas, palaikymas ir plėtra:**

33.1.1. Įvykdytas pirmasis NESS plėtros etapas. Priimtos pagrindinės koncepcijos, pritaikyti standartai, sukurta integravimo terpė, pagrindinės NESS branduolio funkcijos, sistema bandoma ir diegiama. NESS branduolys sudaro e. sveikatos sistemos pagrindą, nes užtikrina nacionalinės integracijos galimybes, visiems šalies vartotojams sudaro sąlygas naudotis e. sveikatos priežiūros paslaugomis ir lemia tolesnę NESS plėtrą. Todėl tikslinga nuosekliai kurti ir tobulinti NESS branduolio palaikymo priemones, kartu plečiant sistemos naudotojų ratą ir funkcijų skaičių. Sistemos branduolio palaikymas tuo pačiu užtikrina teikiamų paslaugų patikimumą, didina suteiktų paslaugų skaičių, užtikrina e. sveikatos sistemos plėtros tęstinumą bei nuoseklios nacionalinės integracijos galimybes. Būtina įgyvendinti NESS valdymo, administravimo ir kompetencijos centro sukūrimo priemones, parengti reikalingus norminius ir teisės aktus bei pereiti nuo pilotinės prie gamybinės NESS eksploatacijos.

33.1.2. Patikimas pacientų katalogas yra vienas pagrindinių teisingo nacionalinės e. sveikatos sistemos funkcionavimo reikalavimų, kuris turi būti įvykdytas pirmiausia. Jis sudaro pagrindą konsoliduoti visą sveikatos informaciją apie pacientą, prieiti prie jos šaltinių, esančių įvairiose sistemose ir institucijose. Gyventojai ir pacientai galės naudotis sistemos paslaugomis tik tada, kai kataloge bus teisingi jų demografiniai, draustumo ir sveikatos duomenys. Kartu būtina sukurti ir palaikyti sveikatos priežiūros specialistų bei įstaigų katalogus ir saugias bei patikimas sąsajas su e. sveikatos sistemos funkcionavimui reikalingais registrais.

33.1.3. ESĮ plėtra yra labai svarbu, kadangi tik išsamus ir semantiškai struktūrizuotas įrašas sukuria e. sveikatos sistemos galimybes. ESĮ plėtra bus vykdoma etapais, nuo svarbiausios, gyvybinės ir neatidėliotina pagalbai reikalingos informacijos ir nestruktūrizuotos ESĮ formos fragmentų, kaupiamų nacionalinės e. sveikatos sistemos branduolyje iki išsamaus integruoto ESĮ, paskirstyto e. sveikatos tinkle ir esant reikalui prieinamo per nuorodas, įskaitant detalią tyrimų ir vizualizacijos informaciją, taip pat struktūrizuotos įrašo struktūros, kuri leidžia vykdyti automatizuotą atskirų įrašo elementų paiešką ir apdorojimą.

33.1.4. Reikia sukurti būtinąs teisines ir administracines sąlygas sistemos funkcionavimui, atsakomybių pasiskirstymui, atsiskaitomybės ir kokybės sistemai veikti bei sistemos patikimumui užtikrinti ir sėkmingam visos strategijos įgyvendinimui. Tam reikalinga adekvati valdymo struktūra ir teisinė bazė, aiškus NESS savininkas ir atsakomybei proporcingus įgaliojimus turintis NESS veiklos administravimo ir plėtros lyderis. Koordinuotam e. sveikatos sistemos plėtros užtikrinimui būtina sukurti ir įgyvendinti valdymo ir administravimo modelį ir paskirstyti sistemos subjektų atsakomybę.

33.1.5. E. sveikatos sistemoje turi būti užtikrintas sistemos komponentų ir duomenų suderinamumas semantiniu, informacijos valdymo ir apskaitimo bei technologiniu lygmeniu, nes nuo to priklauso e. sveikatos sistemos vieningumas, leidžiantis keistis informacija ir bendradarbiauti bei teikti nacionalinio masto paslaugas visiems naudotojams. Suderinamumui užtikrinti bus įgyvendinamos standartizavimo, terminų ir semantinių informacijos modelių kūrimo ir naudojimo, programinių ir technologinių suderinamumą užtikrinančios organizacinės ir technologinės priemonės, tokios kaip HL7 v3, CEN TC 251, SNOMED CT, DICOM standartai ir kt.

33.1.6. Sveikatos informacija, kaupiama ir saugoma e. sveikatos sistemoje, turi būti padidintos apsaugos ir konfidencialumo objektas. Informacijos savininkas yra pacientas, todėl informacijos naudojimui turės būti gautas jo sutikimas. Kita vertus, aukštas informacijos apsaugos laipsnis turi būti suderintas su operatyviu prieinamumu autorizuotiems vartotojams. Siekiant užtikrinti pakankamą apsaugos lygį sveikatos priežiūros specialistams, turintiems leidimą dirbti su e. sveikatos sistema, bus suteikiamas elektroninis parašas. Sveikatos informacija turi būti fizinėmis ir programinėmis priemonėmis patikimai apsaugota nuo nesankcionuotos prieigos, o taip pat patikimai technologiškai apsaugotas informacijos turinys, ji turi būti archyvuojama ir bet kurių sutrikimų atveju patikimai atkurama, o e. sveikatos sistema turi atitikti asmens duomenų apsaugos, etikos ir konfidencialumo reikalavimus ir standartus. Saugumo lygis turi būti nuolat vertinamas ir sertifikuojamas, o informacijos pažeidimai fiksuojami ir įgyvendinamos priemonės jų padariniams likviduoti.

33.1.7. NESS turi teikti efektyvias tarpinstitucines paslaugas, remiantis jos funkcijomis. Lietuvoje kasmet išrašoma dešimtys milijonų receptų vaistams, atliekama laboratorinių bei instrumentinių tyrimų, išduodama siuntimų konsultacijai arba stacionariam gydymui, nedarbingumo ir kitų specifinių pažymų. Visa tai reikalauja didelių sveikatos priežiūros specialistų darbo ir laiko sąnaudų, neefektyviai panaudojami resursai. Šiame procese daug laiko gaišta ir pacientas. E. recepto realizavimas dėl didelių informacijos srautų duos ženklų efektą šeimos gydytojams ir specialistams. Gydytojai turės išsamią informaciją apie vaistus ir pacientą, o pacientams bus prieinama tiksli informacija apie vartojamus medikamentus, jų kainas, kompensavimo sąlygas. Receptai bus tiksliau ir greičiau aptarnaujami vaistinėse. Įgyvendinant 33.3 punkto uždavinį sveikatos priežiūros įstaigose bus diegiamos patogios recepto, nedarbingumo pažymėjimo ir kitų dokumentų išdavimo priemonės.

33.2. Paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas ir plėtra:

33.2.1. E. sveikatos sistemos paslaugos gyventojams ir pacientams skirstomos į dvi dideles grupes: **tiesiogiai teikiamas paslaugas** – informavimą, konsultavimą, registravimą, ypač asmeninės sveikatos informacijos suteikimą, aktyvų gyventojų įtraukimą į sveikatinimo, o paciento – į gydymo procesus, paslaugų tęstinumo užtikrinimą bei **netiesiogiai – per sveikatos priežiūros specialistus – teikiamas paslaugas**. Šios paslaugų grupės savo ruožtu remiasi e. sveikatos sistemos teikiamomis paslaugomis.

33.2.2. Siekiant užtikrinti tiesiogines paslaugas gyventojams ir pacientams, turi būti kuriami e. sveikatos portalo moduliai, adaptuoti įvairaus pasirengimo lygio gyventojams ir pacientams, pritaikyti neįgaliesiems bei tenkinantys visuomenei skirtų sveikatos portalų ES nustatytus reikalavimus. Pacientų grupėms ir draugijoms bus pateikiama specifinė ir individualizuota informacija pagal gydymo ir profilaktikos procesų schemas. Bus diegiamos informacinėmis technologijomis pagrįstos priemonės, kurios pacientams palengvins tiesioginių paslaugų gavimą gydymo įstaigose.

33.2.3. Gyventojas ir pacientas pagal nustatytas taisykles turi turėti galimybę susipažinti su nustatytais savo ESĮ duomenimis, pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, registruotis priėmimui pas gydytoją ir gauti, esant reikalui, atitinkamus siuntimus, gauti informaciją apie profilaktines ir prevencines priemones ir programas ir kvietimus jose dalyvauti. Vėliau gyventojai nustatyta tvarka galės įvesti kai kurią savo sveikatos stebėsenos informaciją, o dalis duomenų galės būti perduodami automatiškai naudojant įvairių fiziologinių paciento duomenų stebėsenos įrangą. Pacientams bus sudaroma galimybė komunikuoti ir konsultuotis nuotoliniu būdu su gydytojais, naudojančiais e. sveikatos sistemą.

33.2.4. Sveikatos apsaugos sistema nuosekliai orientuojama į profilaktiką, prevenciją, aukštą gydymo ir diagnostikos personalizaciją, o profilaktinės sveikatinimo, gydymo, reabilitacijos

priemonės ir vaistai turi būti pritaikyti individualiam gyventojui, o tai reikalauja ypač jautrių metodų ir išsamios informacijos. Sistemini, ESĮ pagrindu vykdomas sveikatos priežiūros planavimas turi geriau integruoti socialinį ir sveikatinimo darbą, pagerinti pacientų stebėseną, sumažinti išvengiamų susirgimų skaičių. Sveikatinimo ir profilaktikos programos turi būti organizuojamos ir taikomos naudojant ir pagal konkrečios programos specifiką lanksčiai konfigūruojant e. sveikatos sistemos funkcinis modulius. Turi būti kuriamos priemonės, kurios leidžia naudojant gyventojų ESĮ duomenis suformuoti personalias sveikatinimo rekomendacijas ir juos informuoti. Gyventojai bus skatinami mažinti rizikos faktorius ir pasikeitus sveikatos ir aplinkos duomenims bus koreguojamos rekomendacijos. Taip bus kuriamas grįžtamasis ryšys ir aktyvinamas gyventojų dalyvavimas sveikatos priežiūroje.

33.2.5. Į elektroninius sveikatos įrašus turi būti įtraukti sveikatos ir aplinkos duomenys, kurie leis identifikuoti rizikos grupes, gyventojus, kuriems taikytinos specialios profilaktikos ir prevencijos, sveikatinimo priemonės. Pagal gyventojų sveikatos ir jų gyvenimo aplinkos duomenis bus sudaromi specializuotos stebėsenos sistemos ir personalizuoti profilaktikos bei predikcijos priemonių planai ir diegiamos priemonės, leidžiančios įvertinti profilaktikos ir predikcijos priemonių efektyvumą ir jas optimizuoti. Tuo būdu integruojama asmens ir visuomenės sveikatos apsauga.

33.3. Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų – nacionalinės e. sveikatos sistemos komponentų (posistemų) kūrimas, diegimas, palaikymas ir plėtra:

33.3.1. Sveikatos priežiūros specialistai, teikdami pacientams sveikatos priežiūros paslaugas, sukaupia labai daug vertingos klinikinės paciento informacijos, gautos atlikus tyrimus ir pritaikius šiuolaikines diagnostines priemones ir metodus. E. sveikatos požiūriu, svarbiausia yra klinikinė paciento informacija, jos integralumas ir pasiekiamumas. Tai sudaro paciento elektroninės sveikatos istorijos pagrindą. Todėl sveikatos priežiūros įstaigų informacinės sistemos turi tenkinti pagrindinį e. sveikatos sistemos reikalavimą – kaupti išsamią klinikinę paciento informaciją, jo atžvilgiu padarytų tyrimų ir intervencijų duomenis bei gydymo rezultatus, o šie įrašai turi būti integrali vieningo (remiantis VGVĮ principu) ESĮ dalis. Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų integravimas su nacionaline e. sveikatos sistema gerins sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientui, leisdamas jam laisviau migruoti tarp įstaigų, neprarandant klinikinės informacijos, o taip pat padės sveikatos priežiūros įstaigoms spręsti klinikinis ir resursų paskirstymo uždavinius bei dalyvauti moksliniuose tyrimuose, o jų rezultatus diegti praktikoje.

33.3.2. Sveikatos priežiūros įstaigose būtina sudaryti prielaidas informacinių sistemų diegimui ir efektyviam veikimui – įstaigų vadovams teikti informaciją apie e. sveikatos ir informacinių sistemų naudą, darbuotojus mokyti kompiuterinio raštingumo, kurti ir plėtoti įstaigų infrastruktūrą: kompiuterines darbo vietas, lokalius kompiuterių tinklus, interneto prieigas.

33.3.3. Sveikatos priežiūros įstaigose diegiamos informacinės sistemos turi būti integruotos su nacionalinės e. sveikatos sistemos funkcijomis ir paslaugomis. Praktiškai su viena sąsaja (pvz., viename kompiuterio ekrane) turi būti pasiekiamos nacionalinės e. sveikatos sistemos ir lokalių institucijų funkcijos. Šių funkcijų visuma duoda didelę naudą gydytojams ir pacientams: leidžia automatizuotai kaupti ir naudoti paciento informaciją, taupyti laiką ieškant informacijos apie pacientą, pildant medicininę dokumentaciją, keičiantis informacija tarp institucijų, išvengti tyrimų dubliavimo, gydytojams gauti vertingą patariamąją informaciją darant diagnostinius ir terapinius sprendimus, kelti kvalifikaciją bei diegti naujoves. Be to, siekiant sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo augimo, pacientų laukimo laiko sutrumpėjimo, eilių sumažinimo, turi būti diegiamos sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinio resursų ir pacientų srautų valdymo priemonės, padedančios gerinti planavimo kokybę, įstaigos veiklos ir darbo procesų valdymą ir koordinavimą.

33.3.4. Sveikatos priežiūros įstaigoms, neturinčioms lokalių informacinių sistemų, ir ypač šeimos gydytojo institucijoms bus pateikiama nacionalinės e. sveikatos sistemos naudotojo sąsaja, leidžianti naudotis e. sveikatos funkcijomis: automatizuotai kaupti ir naudoti paciento informaciją, taupyti laiką ieškant informacijos apie pacientą, pildant medicininę dokumentaciją, keičiantis informacija tarp institucijų, išvengti tyrimų dubliavimo, gydytojams gauti vertingą patariamąją informaciją darant diagnostinius ir terapinius sprendimus. E. sveikatos sistemos teikiamų paslaugų visuma prisijungusiam specialistui turi sudaryti patogią efektyvaus darbo vietą. Ji tuo pačiu užtikrina vieną svarbiausių šeimos gydytojo institucijų funkcijų pacientui – sveikatos apsaugos paslaugų tęstinumą, nes gyventojas daugiausiai laiko būna prižiūrimas šeimos gydytojo.

33.4. Duomenų kokybės ir patikimumo užtikrinimas:

33.4.1. Kokybės valdymo sistemų įdiegimas turi užtikrinti pirminių informacijos šaltinių kokybę (tikslumą, patikimumą, galimų klaidų aptikimą ir korekciją, atsakomybės už duomenis nustatymą, kokybės valdymo administravimą). Nuo duomenų kokybės, jų patikimumo ir išsamumo priklauso visos e. sveikatos sistemos efektyvumas ir vertė visiems vartotojams.

33.4.2. Turi būti sutvarkytos normatyvinės bazės pirminių duomenų šaltiniams, paskirti klasifikatorių, registrų ir kitų duomenų rinkinių atsakingieji ir užtikrintas visiškas šaltinių patikimumas bei funkcionalumas. Tai turi leisti pirminius duomenis gauti iš vieno patikimo šaltinio, išvengti dubliavimo.

33.4.3. Popierinės formos turi būti keičiamos informaciniais modeliais ir atitinkamomis automatizuotai generuojamomis ataskaitomis, todėl informacija bus tikslesnė ir operatyvesnė, jai apdoroti ir pateikti prireiks žymiai mažiau laiko. Siekiant pagerinti duomenų kokybę, supaprastinti ir palengvinti skaitmeninės informacijos įvedimą į e. sveikatos sistemą, bus kuriamos ir adaptuojamos sąsajos su mediciniais aparatais, rašytinės ir balso informacijos įvedimo ir atpažinimo bei popierinių ankstesnio palikimo formų skaitmenizavimo ir atpažinimo priemonės.

33.5. Klinikinių sprendimų palaikymo priemonių diegimas:

33.5.1. Būtina didelius e. sveikatos sistemoje sukauptos informacijos kiekius efektyviai panaudoti ženkliai gerinant sprendimų, o tuo pačiu ir paslaugų kokybę, išvengiant klaidų. Klinikinių sprendimų palaikymo sistemos lemia e. sveikatos kokybinį šuolį į žinomis grindžiamą aukštos kokybės sveikatos apsaugą. Analizuojant išsamius visos šalies (labai didelio kiekio) gyventojų ESĮ galima gauti neįkainojamus patarimus diagnostikos ir gydymo klausimais, taip pat epidemiologinę ir fundamentalią informaciją apie susirgimus, jų išvengimo ir prognozavimo būdus. Kolektyviai sukaupta sveikatos informacija bus panaudota žinioms gauti ir jas panaudoti paciento labui. Taip bus išnaudojama neįkainojama medicininės informacijos, sukauptos per ilgą laiką iš daugelio sveikatos priežiūros įstaigų apie visus šalies gyventojus, vertė.

33.5.2. Siekiant sukauptą informaciją paversti žiniomis turi būti kuriamos ir diegiamos efektyvios didelėse duomenų bazėse dirbtiniu intelektu grįstos informacijos ir žinių bei taisyklių gavybos priemonės ir algoritmai, o taip pat klinikinių sprendimų palaikymo sistemos, grįstos informacinėse sistemose sukauptos milžiniškos klinikinės informacijos analize, pateikiant sveikatos priežiūros specialistams intelektualias gydymo metodikas, geriausią medicinos praktiką, konsultacijas, patarimus bei priminimus ir pagalbą keliant kvalifikaciją.

33.6. Medicininių vaizdų valdymo ir telemedicinos priemonių diegimas

33.6.1. Sveikatos priežiūros, ypač diagnostikos paslaugas turi esmingai pagerinti elektroninis medicininių vaizdų kaupimas, laikymas standartizuota forma, skaitmeninis apdorojimas, tarpinstitucinis apsikeitimas ir platesnis klinikinės informacijos, esančios vaizduose, naudojimas, kiekybinių diagnostinių parametru vertinimas ir vaizdų informacijos prieinamumas per e. sveikatos sistemą iš jų saugojimo vietų sveikatos priežiūros įstaigose.

33.6.2. Stebėsena daugeliu atveju, ypač lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, turi būti atliekama nuotoliniu būdu (telemedicinos priemonėmis), e. sveikatos sistema leistų priartinti paslaugas prie pacientų, padarytų jas tęstines, aktyviau įtrauktų gyventojus į gydymo procesą.

33.6.3. Turi būti diegiamos prieinamos ir efektyvios telemedicinos priemonės, kurios bus naudojamos profilaktinių programų įgyvendinimui, slaugomų pacientų priežiūrai, pacientų su rizika ir sergančių lėtinėmis ligomis stebėsenai, konsultacijoms, antrosios nuomonės pateikimui, mokymui ir kvalifikacijos tobulinimui. Naudojant šias priemones vykdomi sveikatinimo ir gydymo procesai žymiai pagerins sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

33.7. Valdymo, statistikos ir atsiskaitymo ataskaitų, analizės priemonių diegimas:

33.7.1. Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai turi pildyti per 400 popierinių formų ir statistinių ataskaitų formų, kuriose yra apie 1400 duomenų įrašų. Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas vedama daugybė registracijos žurnalų. Sveikatos apsaugos valdymo institucijos neturi pakankamos operatyvinės informacijos, reikalingos efektyviam einamosios situacijos vertinimui ir sprendimų priėmimui. Plėtojant e. sveikatos sistemą visa informacija, reikalinga statistikai, valdymui, epidemiologiniams tyrimams, planavimui ir administravimui, iš sveikatos priežiūros įstaigų turi būti gaunama per nacionalinę e. sveikatos sistemą praktiškai be papildomų resursų

naudojimo, taip išvengiant papildomų pastangų, įvedimo dubliavimo, laiko sąnaudų ir, svarbiausia, užtikrinant informacijos, gaunamos iš vieno šaltinio, patikimumą.

33.7.2. Siekiant sutvarkyti informacijos srautus, panaikinti dubliavimą ir informacijos pateikimą keliais kanalais turi būti kuriamos ir diegiamos sveikatos priežiūros įstaigose pildomų dokumentų, ataskaitų, žurnalų ir formų tvarkymo bei automatinės ataskaitų generavimo, naudojant sveikatos priežiūros įstaigų bei nacionalinės e. sveikatos sistemos duomenis ir informaciją, analizės ir pateikimo priemonės.

33.7.3. Paslaugų apmokėjimui administruoti naudojama informacinė sistema SVEIDRA – pirmoji nacionalinio masto sveikatos apsaugos sistemos informacinė sistema, administruojama Valstybinės ligonių kasos. Informacija apie suteiktas paslaugas turi būti paremta klinicine ir administracine informacija, todėl informacinė sistema SVEIDRA bus modernizuojama, kad paslaugų apmokėjimui reikalinga informacija būtų gaunama per nacionalinę e. sveikatos sistemą kartu su klinicine ir administracine informacija. Taip bus optimizuotas sveikatos sistemos finansinės informacijos surinkimas bei srautai.

33.8. E. sveikatos sistemos galimybių viešinimas ir vartotojų mokymas:

33.8.1. Todėl mokymai ir viešinimas turi būti vykdomi lygiagrečiai su sistemos plėtra, o profesionalios informacijos ir patirties sklaida palengvins sistemos integravimo ir derinimo darbus ir leis operatyviai spręsti išylančias problemas. E. sveikatos sistema yra daugiaplanė ir sudėtinga savo struktūra bei funkcijomis, nes atspindi daugiašakes sveikatos apsaugos veiklas ir yra grindžiama moderniomis technologijomis ir tarpusavyje susijusių standartų visuma. Tai reikalauja specifinių informacijos ir kompetencijos sklaidos priemonių.

33.8.2. Struktūrizuota, atnaujinama ir palaikoma informacijos ir dokumentų apie e. sveikatos sistemą ir jos plėtrą bazė turi būti prieinama visiems vartotojams rengiant norminius dokumentus, standartus, studijas ar projektus. Bus sukurtas vartotojų portalas, skirtas visuomenei ir specialistams. Pirmame etape portalas pateiks informaciją, o antrame suteiks galimybę naudotis portalu interaktyviai – gauti atsakymus, konsultacijas, dalyvauti diskusijose ir projektų rengime. Reguliariai turi būti publikuojamas Lietuvos e. sveikatos naujienų biuletenis.

33.8.3. E. sveikatos sistemos vartotojų ir kūrime dalyvaujančių specialistų skaičius sparčiai augs, o pacientų ir gyventojų prieigų bei naudojimo sričių daugės. Todėl turi būti kuriami nacionaliniai ir regioniniai kompetencijos centrai, kuriuose aukščiausią kvalifikaciją ir patyrimą turintys specialistai skleis e. sveikatos patirtį, remis vartotojus ir kūrėjus.

33.8.4. Siekiant didesnio e. sveikatos naudojimo efektyvumo turi būti kuriamos ir įgyvendinamos e. sveikatos mokymo programos medicinos ir IT specialistams kvalifikacijos kėlimo kursuose bei panaudojant nuotolinio mokymosi technologijas. Turi būti parengti kvalifikaciniai reikalavimai įvairių lygių specialistams, dirbantiems su e. sveikatos sistema, bei išduodami pažymėjimai / sertifikatai, patvirtinantys apie nustatytų reikalavimų atitikimą.

VI. STRATEGIJOS ĮGYVENDINIMO VERTINIMO KRITERIJAI

34. Strategijos įgyvendinimas vertinamas periodiškai: po kiekvienų jos įgyvendinimo metų. Galutinis įvertinimas – pasibaigus šios Strategijos įgyvendinimo laikotarpiui. Vertinant Strategijos įgyvendinimą kokybės ir kiekybės požiūriu, analizuojami bendrieji įgyvendinimo aspektai:

- 34.1. Strategijos uždavinių įgyvendinimo laipsnis;
- 34.2. pacientų teigiamo e. sveikatos sistemos vertinimo procentas;
- 34.3. gydytojų teigiamo e. sveikatos sistemos vertinimo procentas;
- 34.4. teisinių ir normatyvinių dokumentų parengimo lygis;
- 34.5. Strategijos priemonės vykdančių institucijų bendradarbiavimo veiksmingumas;
- 34.6. Strategijos priemonėms įgyvendinti skirtų lėšų panaudojimo efektyvumas.
35. Nustatomi tokie šios Strategijos uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai:
 - 35.1. tvarkomų gyventojų ESĮ santykis su visų gyventojų skaičiumi;
 - 35.2. e. sveikatos portalo lankomumo augimas pagal atskiras naudotojų grupes: gyventojai, pacientai, gydytojai ir e. sveikatos technologijų specialistai;
 - 35.3. gyventojų, kurie naudojami savo ESĮ duomenimis, santykis su visų gyventojų skaičiumi;
 - 35.4. gyventojų, kurie naudojami savo e. sveikatos sistema interaktyviai, santykis su visų gyventojų skaičiumi;

- 35.5. šeimos gydytojų, naudojančių e. sveikatos sistemos ESĮ, santykis su visais šeimos gydytojais;
- 35.6. ambulatorines paslaugas teikiančių specialistų, naudojančių e. sveikatos sistemos ESĮ, santykis su visais ambulatorines paslaugas teikiančiais specialistais;
- 35.7. ligoninių specialistų, naudojančių e. sveikatos sistemos ESĮ, santykis su visais ligoninių specialistais;
- 35.8. SPĮ, naudojančių integruotas į e. sveikatos sistemą lokalias IS, skaičius;
- 35.9. SPĮ, naudojančių integruotas į e. sveikatos sistemą lokalias IS, santykis su visų SPĮ skaičiumi;
- 35.10. SPĮ, naudojančių integruotas į e. sveikatos sistemą lokalias IS, santykis su visų SPĮ, lokaliai naudojančių IS, skaičiumi;
- 35.11. SPĮ, neturinčių IS ir registruotų e. sveikatos sistemos naudotojų, santykis su visų SPĮ skaičiumi;
- 35.12. išrašytų ir realizuotų elektroninių receptų kompensuojamiems vaistams santykis su visų kompensuojamiems vaistams išrašytų receptų skaičiumi;
- 35.13. išrašytų ir realizuotų elektroninių receptų visiems vaistams, naudojant sprendimų palaikymo priemones, santykis su visų išrašytų receptų skaičiumi;
- 35.14. elektroninių duomenų ir dokumentų (pvz., nedarbingumo lapelių, įvairių pažymų, išrašų) tarpinstitucinio apsikeitimų (perdavimo) santykis su visu jų skaičiumi.

VII. STRATEGIJOS ĮGYVENDINIMAS

36. Strategija įgyvendinama etapais iki 2015 metų.
37. **Pirmas plėtros etapas 2007–2010 metai.** Pasibaigus šiam etapui:
- 37.1. sukurtos ir įdiegtos pagrindinės NESS funkcijos, įgyvendintos pakankamos saugumo priemonės, priimti standartai ir sureguliuota teisinė bazė, sukurta ir veikia NESS palaikymo organizacija ir infrastruktūra;
- 37.2. duomenų šaltiniai, pacientų, gydytojų ir kiti nacionaliniai klasifikatoriai turi apibrėžtas savo atsakomybes ir kokybės palaikymo sistemas;
- 37.3. visos institucijos gali naudotis e. sveikatos sistemos paslaugomis bei integruoti savo informacines sistemas; veikia pagrindiniai ESĮ įrašai;
- 37.4. įdiegtos e. recepto ir laboratorinių bei instrumentinių tyrimų informacijos kaupimo ir apsikeitimo funkcijos;
- 37.5. šeimos gydytojų institucijose, ambulatorines ar stacionarias paslaugas teikiančiose įstaigose pradedama naudoti ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo informacinės sistemos, o įstaigos, neturinčios lokalių informacinių sistemų, naudojami NESS kliento priemonėmis; įstaigos aprūpintos reikiama kompiuterine įranga;
- 37.6. paslaugų apmokėjimo ir statistinių ataskaitų funkcijos dalinai integruotos į e. sveikatos sistemą;
- 37.7. veikia e. sveikatos sistemos informacinis portalas pacientams, gydytojams ir e. sveikatos specialistams;
- 37.8. įvykdyti e. sveikatos sistemos klinikinių sprendimų palaikymo galimybių ir pacientų stebėsenos bandomieji projektai.
38. Pasibaigus pirmam etapui iki 2011 m. sausio 1 d. bus pasiekti šie kiekybiniai rezultatai:
- 38.1. ne mažiau kaip 20 proc. pacientų, apsilankiusių 2010 metais sveikatos priežiūros įstaigose, duomenys bus registruoti ESĮ;
- 38.2. ne mažiau kaip 30 proc. šeimos gydytojų institucijų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
- 38.3. visos stacionarias paslaugas teikiančios įstaigos, stacionare aptarnaujančios daugiau kaip 10 tūkst. pacientų per metus, naudos ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo informacines sistemas, integruotas į e. sveikatos sistemą;
- 38.4. visos ambulatorines paslaugas teikiančios įstaigos, aptarnaujančios daugiau kaip 90 tūkst. prirašytų pacientų, naudos ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo informacines sistemas, integruotas į e. sveikatos sistemą;

- 38.5. ne mažiau kaip 20 proc. sveikatos priežiūros įstaigų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
- 38.6. ne mažiau kaip 5 proc. gyventojų naudosis tiesioginėmis e. sveikatos priežiūros paslaugomis;
- 38.7. ne mažiau kaip 95 proc. kompensuojamų vaistų bus realizuojama naudojant e. sveikatos sistemos elektroninio recepto funkcijas;
- 38.8. ne mažiau kaip 20 proc. receptinių vaistų bus išrašoma ir realizuojama naudojant e. sveikatos sistemos elektroninio recepto funkcijas.
39. Pirmame etape nenumatytas NESS diegimas odontologinėse įstaigose, todėl skaičiuojant 38 punkto įgyvendinimo rodiklius odontologinės įstaigos nėra įtraukiamos.
40. **Antras plėtros etapas 2011–2013 metai.** Pasibaigus šiam etapui:
- 40.1. praplėsti ir labiau struktūrizuoti ESĮ įrašai, naudojami du pirmi CDA lygiai, pradėtas diegti trečiasis;
- 40.2. išsiplečia e. sveikatos sistemos paslaugų kiekis, jų naudojimas duoda išmatuojamą naudą;
- 40.3. dauguma šeimos gydytojų institucijų, ambulatorines ar stacionarias paslaugas teikiančių įstaigų naudoja ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo informacines sistemas, o įstaigos, neturinčios lokalių informacinių sistemų, naudojami NESS kliento priemonėmis;
- 40.4. visu pajėgumu veikia nacionalinio e. recepto ir laboratorinių bei instrumentinių tyrimų informacijos apsisiekimo ir saugojimo bei vaizdų apsisiekimo funkcijos;
- 40.5. paslaugų apmokėjimo ir statistinių ataskaitų funkcijos visiškai integruotos į e. sveikatos sistemą;
- 40.6. pradėta diegti e. sveikatos sistemos kokybės palaikymo sistema;
- 40.7. atliekamas tarptautinis suderinamumo vertinimas ir akreditavimas;
- 40.8. e. sveikatos sistema papildoma klinikinių sprendimų palaikymo galimybėmis bei pacientų stebėsenos ir telemedicinos funkcijomis.
41. Pasibaigus antram etapui iki 2014 m. sausio 1 d. bus pasiekti šie kiekybiniai rezultatai:
- 41.1. ne mažiau kaip 50 proc. pacientų, apsilankiusių 2013 metais sveikatos priežiūros įstaigose, duomenys bus registruoti ESĮ;
- 41.2. ne mažiau kaip 80 proc. šeimos gydytojų institucijų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
- 41.3. visos stacionarias paslaugas teikiančios įstaigos, aptarnaujančios daugiau kaip 5 tūkst. pacientų per metus, naudos ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo informacines sistemas, integruotas į e. sveikatos sistemą;
- 41.4. visos ambulatorines paslaugas teikiančios įstaigos, aptarnaujančios daugiau kaip 50 tūkst. prirašytų pacientų, naudos ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo informacines sistemas, integruotas į e. sveikatos sistemą;
- 41.5. ne mažiau kaip 60 proc. sveikatos priežiūros įstaigų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
- 41.6. ne mažiau kaip 20 proc. gyventojų naudosis tiesioginėmis e. sveikatos priežiūros paslaugomis;
- 41.7. ne mažiau kaip 50 proc. receptinių vaistų bus išrašoma ir realizuojama naudojant e. sveikatos sistemos elektroninio recepto funkcijas;
- 41.8. 100 proc. nedarbingumo lapelių bus perduodama per nacionalinę e. sveikatos sistemą.
42. Antrame etape nenumatytas NESS diegimas odontologinėse įstaigose, todėl skaičiuojant 41 punkto įgyvendinimo rodiklius odontologinės įstaigos nėra įtraukiamos.
43. **Trečias plėtros etapas 2014–2015 metai.** Pasibaigus šiam etapui:
- 43.1. gyventojai ir pacientai aktyviai dalyvauja e. sveikatos sistemoje;
- 43.2. šeimos gydytojų institucijos, ambulatorines ar stacionarias paslaugas teikiančios įstaigos masiškai naudoja ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo informacines sistemas, o įstaigos, neturinčios lokalių informacinių sistemų, naudojami NESS kliento priemonėmis;
- 43.3. e. sveikatos sistemos informacija naudojama išsamiesiems tyrimams ir visos sveikatos priežiūros sistemos valdymui;
- 43.4. įdiegta e. sveikatos sistemos kokybės palaikymo sistema;

- 43.5. visiškai įdiegta ESĮ archyvavimo sistema;
- 43.6. e. sveikatos sistema rengiama darbui ES.
44. Pasibaigus trečiam etapui iki 2016 m. sausio 1 d. bus pasiekti šie kiekybiniai rezultatai:
- 44.1. ne mažiau kaip 80 proc. pacientų, apsilankiusių 2015 metais sveikatos priežiūros įstaigose, duomenys bus registruoti ESĮ;
- 44.2. ne mažiau kaip 85 proc. šeimos gydytojų institucijų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
- 44.3. visos stacionarias paslaugas teikiančios įstaigos naudos ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo informacines sistemas, integruotas į e. sveikatos sistemą;
- 44.4. visos ambulatorines paslaugas teikiančios įstaigos, aptarnaujančios daugiau kaip 20 tūkst. prirašytų pacientų, naudos ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo informacines sistemas, integruotas į e. sveikatos sistemą;
- 44.5. ne mažiau kaip 80 proc. sveikatos priežiūros įstaigų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
- 44.6. ne mažiau kaip 30 proc. gyventojų naudosis tiesioginėmis e. sveikatos priežiūros paslaugomis;
- 44.7. ne mažiau kaip 95 proc. receptinių vaistų bus išrašoma ir realizuojama naudojant e. sveikatos sistemos elektroninio recepto funkcijas.
45. Trečiame etape pradedamas NESS diegimas ir odontologinėse įstaigose, tačiau skaičiuojant 44 punkto įgyvendinimo rodiklius odontologinės įstaigos nėra įtraukiamos.
46. Prieš prasidedant naujam strategijos įgyvendinimo etapui yra nuodugniai įvertinama esama situacija ir pasiekimai. Remiantis esama situacija ir strategijos uždaviniais rengiamas ir tvirtinamas tolesnio plėtros etapo įgyvendinimo planas.
47. Strategija įgyvendinama vykdant nacionalinius ir institucinius (gali būti jungtiniai kelių institucijų ar tam tikro regiono) projektus, kuriuose aiškiai ir detalai apibrėžiami siekiami rezultatai ir jų vertinimo kriterijai bei prisidėjimas prie Strategijos įgyvendinamo etapo siekiamų kokybinių ir kiekybinių kriterijų.
48. Šios Strategijos įgyvendinimo priemonės numatomos rengiant Informacinės visuomenės plėtros programą.

VIII. STRATEGIJOS ĮGYVENDINIMO VALDYMAS

49. Strategijos įgyvendinimo valdyme dalyvauja:
- 49.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras:**
- 49.1.1. sudaro E. sveikatos plėtros koordinacinę tarybą;
- 49.1.2. vykdo nacionalinės e. sveikatos sistemos valdytojo funkcijas;
- 49.1.3. tvirtina nacionalinės e. sveikatos sistemos nuostatus;
- 49.1.4. tvirtina Strategijos įgyvendinimo projektus ir investicinius projektus, finansuojamus iš Valstybės investicinių programų;
- 49.2. E. sveikatos plėtros koordinacinė taryba:**
- 49.2.1. koordinuoja Strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių plano rengimą ir įgyvendinimą;
- 49.2.2. teikia siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl Strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių plano įgyvendinimo;
- 49.2.3. nagrinėja visus e. sveikatos srities projektus, kurie pretenduoja gauti valstybės biudžeto, Europos Sąjungos paramos fondų ar kitų valstybės fondų lėšas jiems įgyvendinti, atitiktį Strategijai ir tokių projektų vykdymo tikslingumą bei teikia išvadą dėl projekto vykdymo tikslingumo ir lėšų skyrimo;
- 49.3. Sveikatos apsaugos ministerijos padalinys, atsakingas už elektroninės sveikatos plėtrą:**
- 49.3.1. prižiūri, kaip įgyvendinamos šios Strategijos nuostatos, ir atsižvelgdamas į pokyčius teikia pasiūlymus E. sveikatos plėtros koordinacinei tarybai dėl Strategijos ir įgyvendinimo plano tobulinimo;

49.3.2. rengia ir (ar) koordinuoja valstybės e. sveikatos srities investicines programas šios Strategijos tikslams įgyvendinti, vertina šias programas ekonominiu, finansiniu ir techniniu požiūriais, kontroliuoja, kaip jos įgyvendinamos;

49.3.3. vykdo E. sveikatos plėtros koordinacinės tarybos sekretoriato funkcijas;

49.4. Informacinės visuomenės plėtros komitetas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės:

49.4.1. užtikrina Strategijos įgyvendinimo suderinamumą su informacinės visuomenės plėtra;

49.4.2. tvirtina e. sveikatos srities projektus ir skiria jiems finansavimą iš Europos Sąjungos paramos fondų pagal E. sveikatos plėtros koordinacinės tarybos priimtus sprendimus;

49.5. Nacionalinės e. sveikatos sistemos tvarkytojas:

49.5.1. užtikrina nacionalinės e. sveikatos sistemos veikimą ir plėtrą;

49.5.2. metodiškai vadovauja nacionalinės e. sveikatos sistemos naudojimo klausimais;

49.5.3. įgyvendina nacionalinius e. sveikatos sistemos plėtros projektus.

50. Regionuose turi būti įsteigti e. sveikatos kompetencijos centrai, kurie, bendradarbiaudami su Strategijos įgyvendinimo valdyme dalyvaujančiais organais, koordinuos e. sveikatos plėtrą regionuose bei aktyviai dalyvaus E. sveikatos plėtros koordinacinės tarybos veikloje.

IX. STRATEGIJOS ĮGYVENDINIMO FINANSAVIMAS

51. Strategija gali būti sėkmingai įgyvendinta, o jos tikslai pasiekti tik esant pakankamoms ir nuosekliai skiriamoms finansinėms investicijoms.

52. Siekiant sėkmingai įgyvendinti Strategiją reikia konsoliduoti lėšas iš visų įmanomų šaltinių. Pagrindiniai finansavimo šaltiniai yra Valstybės biudžeto lėšos, ES paramos lėšos, savivaldybių lėšos, sveikatos priežiūros įstaigų bei tarptautinių programų ir projektų lėšos.

53. Valstybės biudžeto lėšos ar ES Struktūrinių fondų paramos lėšos skiriamos tik toms veikloms ir projektams, kurie tiesiogiai prisideda prie šios Strategijos įgyvendinimo ir ne mažiau kaip 80 proc. projekto kaštų skiria šios Strategijos uždaviniams įgyvendinti.

54. Valstybės biudžeto lėšomis finansuojami nacionaliniai e. sveikatos tyrimų ir kūrimo projektai, nacionalinės e. sveikatos sistemos administravimas ir palaikymas ir sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimas kompiuterine bei standartine programine įranga.

55. 2007–2013 metų ES Struktūrinių fondų paramos lėšos e. sveikatos sričiai suskirstytos į dvi grupes: nacionaliniams (70 proc.) ir regioniniams (30 proc.) projektams įgyvendinti:

49.1. iš nacionaliniams projektams skirtų lėšų bus finansuojami Nacionalinės e. sveikatos sistemos plėtros projektai (30 proc.) ir stacionarias ar ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo informacinių sistemų projektai (70 proc.);

49.2. iš regioniniams projektams skirtų lėšų bus finansuojami ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ESĮ pirminių duomenų (EMI) tvarkymo informacinių sistemų projektai.

56. Sveikatos priežiūros įstaigų skiriamos lėšos e. sveikatos priemonių palaikymui ir plėtrai nuo 2013 metų turi sudaryti ne mažiau kaip 2 proc. per kalendorinius metus nuo įstaigos metinių pajamų, gaunamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Tuo tikslu, didinant paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, įkainius, palaipsniui bus įtraukiamos išlaidos, susijusios su informacinių technologijų eksploatavimu, įstaigoms, diegiančioms arba besinaudojančioms nacionalinės e. sveikatos sistemos paslaugomis, įskaitant informacijos apsikeitimą su ESĮ. Nuo 2008 iki 2013 metų paslaugų įkainis kasmet padidinamas 0,3 procento tikslinėms informacinių technologijų eksploatavimo išlaidoms. Be to, atsižvelgiant į tai, kad sveikatos priežiūros įstaigos, naudodamos e. sveikatos priemones, gaus daug ekonominės naudos įstaigos viduje, jos kasmet turėtų skirti ne mažiau kaip 0,2 procento informacinių technologijų eksploatavimo išlaidoms papildomai nuo įstaigos pajamų, gaunamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų.

57. Siekiant užtikrinti efektyvų valstybės lėšų naudojimą, visi į valstybės paramą pretenduojantys projektų pareiškėjai turi pateikti informaciją apie valstybės paramos gavimą informacinių technologijų plėtrai bei įstaigos informacinėms technologijoms skirtų investicijų ir eksploatavimo išlaidų ataskaitas per paskutinius 5 metus.

58. Įstaigos, gavusios ar pretenduojančios gauti valstybės paramą informacinių technologijų plėtrai, turi įsipareigoti nuo 2008 metų skirti ne mažiau kaip 0,2 proc. per metus, o nuo 2013 metų – ne mažiau kaip 2 proc. per metus nuo įstaigos pajamų, gaunamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, jų eksploatavimui ir plėtrai, o išlaidas, susijusias su informacinėmis technologijomis, apskaityti atskira biudžeto eilute (-ėmis) ir 5 metus po paramos gavimo teikti šią informaciją Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.

59. Valstybės investicijos daugiausiai bus skiriamos projektams, kurie pretenduoja į ES Struktūrinių fondų paramos lėšas, aprūpinti kompiuterine bei standartine programine įranga.

60. ES Struktūrinių fondų paramos lėšos e. sveikatos priežiūros paslaugų sričiai skiriamos nacionaliniams projektams, kurie:

60.1. atitinka e. sveikatos strategiją ir integruojasi su nacionaline e. sveikatos sistema bei ESĮ;

60.2. susiję su paslaugų teikimu pacientui tiesiogiai arba per sveikatos priežiūros specialistą;

60.3. techninei įrangai įsigyti numato ne daugiau kaip 30 proc. projekto vertės;

60.4. numato pareiškėjo indėlį, ne mažesnę kaip 10 proc. projekto vertės;

60.5. sveikatos priežiūros įstaigų ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo informacinių sistemų projektai turi būti susiję su pacientų skaičiumi: šeimos gydytojų institucijų ar ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų – ne mažiau kaip 90 tūkst. prisirašusių pacientų, o stacionarias paslaugas teikiančių įstaigų – ne mažiau kaip 30 tūkst. stacionare aptarnautų pacientų. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurios teikia paraiškas ir vykdo projektus, turi tenkinti atitinkamame Strategijos įgyvendinimo etape numatytus jų veiklos apimties kriterijus;

60.6. mažina informacinių technologijų naudojimo atskirtį sveikatos priežiūros įstaigose;

60.7. diegia inovacijas, ypač klinikinių sprendimų palaikymo srityje (privalumas);

60.8. numatę įstaigų bendradarbiavimą (kooperavimąsi), konsoliduojant lėšas (teikiamas prioritetas). Bendradarbiavimas nėra privalomas ir galimas laisvai pasirenkant partnerius (įstaigas);

60.9. prašo paramos nuo 2 mln. iki 10 mln. litų. Jungtiniai projektai (integruojantys veiklas ir įstaigas) gali viršyti 10 mln. litų.

61. Regioninėms plėtros taryboms rekomenduojama vadovautis šios Strategijos nuostatomis ir ES Struktūrinių fondų paramos lėšas skirti projektams, kurių veiklos skirtos Strategijos V skyriuje išdėstytiems Strategijos tikslams pasiekti ir uždaviniams įgyvendinti, kad būtų užtikrintas įgyvendinamų projektų suderinamumas ir racionalus lėšų panaudojimas.

X. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

62. Sveikatos apsaugos ministerija per vieną mėnesį nuo Strategijos įsigaliojimo parengs ir patvirtins pirmojo etapo įgyvendinimo planą, numatant konkrečius projektus, priemones, terminus ir jų vykdytojus:

62.1. per 2 savaites nuo Strategijos įsigaliojimo Sveikatos apsaugos ministerija surinks potencialių projektų paraiškas;

62.2. per 1 savaitę po potencialių projektų paraiškų surinkimo Sveikatos apsaugos ministerija išnagrinės pateiktas paraiškas ir atrinks finansuotinus projektus;

62.3. per 3 savaites nuo Strategijos įsigaliojimo Sveikatos apsaugos ministerija parengs pirmojo Strategijos etapo detalų įgyvendinimo planą;

62.4. potencialių projektų sąrašą ir pirmojo Strategijos etapo įgyvendinimo planą svarstys E. sveikatos plėtros koordinacinė taryba ir atrinktus projektus teks tvirtinti atitinkamoms institucijoms.

63. Kiekvieno Strategijos įgyvendinimo etapo pabaigoje yra nuodugnai įvertinama esama situacija ir pasiekimai. Remiantis pasiektais rezultatais peržiūrima Strategija, jos įgyvendinimo uždaviniai ir rengiamas tolesnio plėtros etapo įgyvendinimo planas.