

Įsakymas netenka galios 2023-10-24:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1101](#), 2023-10-23, paskelbta TAR 2023-10-23, i. k. 2023-20625

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymo Nr. V-151 „Dėl E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“ pripažinimo netekusiu galios

Suvestinė redakcija nuo 2014-10-01 iki 2023-10-23

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2010, Nr. [23-1079](#), i. k. 1102250ISAK000V-151

**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S**

**DĖL E. SVEIKATOS SISTEMOS 2009–2015 METŲ PLĖTROS PROGRAMOS
PATVIRTINIMO**

2010 m. vasario 22 d. Nr. V-151

Vilnius

Vadovaudamasis Penkioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI-52 (Žin., 2008, Nr. [146-5870](#)), 727 punktu, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008–2012 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 189 (Žin., 2009, Nr. [33-1268](#)), 3 lentelės 1319 punktu ir siekdamas užtikrinti, kad būtų efektyviai panaudotos Lietuvos e. sveikatos sektoriui skiriamos 2007–2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos lėšos:

1. T v i r t i n u pridedamą E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą.
2. Pave du įsakymo vykdymo kontrolę viceministrui pagal veiklos sritį.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-965](#), 2014-09-18, paskelbta TAR 2014-09-30, i. k. 2014-13223

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ALGIS ČAPLIKAS

E. SVEIKATOS SISTEMOS 2009–2015 METŲ PLĖTROS PROGRAMA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programa (toliau vadinama – Programa) parengta įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 3 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. [64-1842](#)), Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų strategiją, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-811 (Žin., 2007, Nr. [108-4430](#)), 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 srityje“, KOM(2008) 689 „Dėl nuotolinės medicinos naudos pacientams, sveikatos priežiūros sistemoms ir visuomenei“ ir atsižvelgiant į Europos Komisijos 2005 m. birželio 1 d. komunikatą Tarybai, Europos Parlamentui, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui „i2010 – Europos informacinė visuomenė augimui ir užimtumui skatinti“ (COM(2005) 229 final) ir kitus Lietuvos Respublikos teisės aktus.

2. 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. Pagrindinės šioje Programoje vartojamos sąvokos:

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

E. sveikatos paslaugos – elektroninės paslaugos sveikatos priežiūros srityje.

Elektroninė sveikatos istorija (toliau – ESI) – elektronine forma kaupiami duomenys apie ankstesnę bei dabartinę paciento fizinę ir psichinę sveikatos būklę, užtikrinantys galimybę lengvai gauti šiuos duomenis teikiant sveikatinimo paslaugas ir kitiems glaudžiai susijusiems tikslams. Į pacientą orientuota ESI yra e. sveikatos sistemos pagrindas ir remiasi principu „vienas gyventojas – viena istorija“ (toliau – VGVI). Profilaktikos ir prevencijos tikslais ESI apima asmens viso gyvenimo sveikatos duomenis.

Elektroninė medicininė istorija (toliau – EMI) – vienoje sveikatinimo įstaigoje elektronine forma kaupiami klinikiniai duomenys apie paciento ankstesnę bei dabartinę fizinę ir psichinę sveikatos būklę.

Sveikatinimo veiklą vykdančios įstaigos (toliau – sveikatinimo įstaigos) – įstaigos, užsiimančios asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros, farmacie ar kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančioms subjektams nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM).

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.

E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema – SAM valdoma informacinė sistema, skirta ESI tvarkyti bei užtikrinanti Lietuvos e. sveikatos

sistemos subjektų bendradarbiavimą ir jų informacinių sistemų integraciją, ESI formavimą, e. sveikatos paslaugų veikimą bei prieigą prie viešojo administravimo institucijų informacinių išteklių.

Nacionaliniai projektai – e. sveikatos projektai, skirti įgyvendinti valstybės institucijų kompetencijai priskirtas sveikatos priežiūros funkcijas ir e. sveikatos paslaugas, kurių vykdytojai yra SAM, SAM pavaldžios viešojo administravimo įstaigos, respublikos lygmens sveikatos priežiūros įstaigos, viešosios įstaigos, teikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių savininko teises ir pareigas įgyvendina SAM, Lietuvos sveikatos sistemos valstybės informacinių sistemų tvarkytojai ir registrų tvarkymo įstaigos.

Regionų projektai – e. sveikatos projektai, skirti savivaldybių kompetencijai priskirtoms sveikatos priežiūros funkcijoms ir e. sveikatos paslaugoms įgyvendinti, kurių vykdytojai yra regiono, rajono lygmens sveikatos priežiūros įstaigos ar ambulatorinės paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos. Atskirais atvejais vykdytojais gali būti respublikos lygmens sveikatos priežiūros įstaigos, jei projekte dalyvauja su pirmiau išvardytais galimais regionų projektų vykdytojais.

E. sveikatos plėtros koordinacinė taryba – kolegiali sveikatos apsaugos ministro patariamoji institucija Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtros klausimais.

Sveikatos reformos programa – Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 (Žin., 2009, Nr. [150-6713](#)).

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, Žin., 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

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

II. ESAMOS BŪKLĖS ANALIZĖ

5. Epidemiologiniai pokyčiai. Gausėja susirgimų lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos, kai kur išlieka sudėtinga epidemiologinė užkrečiamųjų ligų situacija (tuberkuliozė) ir plinta naujos (ŽIV/AIDS) užkrečiamosios ligos, daugėja alergijų, psichikos, onkologinių susirgimų, gyvenimo būdo ir amžiaus sukeltų sveikatos problemų (antstovis, demencijos ir kt.). Tai reikalauja daugiau ilgalaikių ir individualių sveikatinimo paslaugų.

6. Demografiniai pokyčiai. Spartus vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas 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.

7. 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 suteikti kokybiškas paslaugas, vėluoja ir (arba) yra nepakankama. Gerėjant išsilavinimui, gyventojai pasigenda daugiau informacijos apie sveikatą, paslaugų pasirinkimo alternatyvų, nori aktyviau dalyvauti sveikatinimo procesuose.

8. Vartotojiškas požiūris į sveikatos apsaugos paslaugas. Augant pragyvenimo lygiui, kartu auga gyventojų lūkesčiai ir reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugoms. Gyventojai 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.

9. 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 mokymo, patirties sklaidos, bendradarbiavimo problemos konkurencinėje sveikatinimo paslaugų rinkoje.

10. Sveikatos priežiūros 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) pacientams konsultuoti, diagnozuoti ir stebėti, jų gyvenimo kokybei palaikyti, ypač namų sąlygomis.

11. Sveikatos priežiūros paslaugų formos kitimas. Daugiau dėmesio skiriama ambulatorinėms, ypač šeimos gydytojų, paslaugoms, dienos terapijos formoms. Pereinama prie platesnio ligų prevencijos, prognozavimo ir profilaktikos individualizuotų priemonių taikymo kartu su personalizavimu, 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.

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

13. 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 tokiam poreikiui tenkinti.

14. 58-oji Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – 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 e. sveikatos priemonių ir paslaugų poreikius ir juos apibendrino 2006 metų PSO ataskaitoje. Joje pažymima, kad e. sveikata yra svarbus svirtis, 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 ESI, kūrimą, teikti metodinę pagalbą keičiantis patirtimi, sveikatos informacija bei organizuojant mokymą.

15. Pagrindiniai Europos Komisijos tikslai sveikatos srityje yra šie:

15.1. palaikyti nepertraukiamą ir pastovią sveikatos priežiūrą visiems;

15.2. gerinti sveikatos priežiūrą ir gydymą, užtikrinti gydymo kokybę paciento atžvilgiu, sumažinti gydymo klaidų skaičių;

15.3. paremti saugią, autorizuotą prieigą prie pacientų sveikatos ir ligų dokumentų bet kuriuo laiku, bet kurioje vietoje;

15.4. sudaryti sąlygas pacientų ir gyventojų, siekiančių aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų bet kurioje Europos šalyje, mobilumui.

16. 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“ (angl. *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.

17. Europos Komisija rekomenduoja, kad e. sveikatai skiriamas finansavimas sudarytų ne mažiau kaip 3,0 proc. bendro metinio sveikatos apsaugai skirtą biudžeto kiekvienoje ES šalyje narėje. Taip siekiama išlyginti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą ES.

18. Remiantis projekto „E. sveikatos poveikis“ (angl. *e-Health IMPACT*) ataskaitoje apibendrinta kitų šalių e. sveikatos sistemos plėtros patirtimi, nustatyta, kad nuosekliai plėtojama e. sveikata sudaro sąlygas:

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

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

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

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

18.5. užtikrinti įstaigų vidinių informacinių sistemų (toliau – IS) ir tarpinstitucinių informacinių posistemų suderinamumą, pacientų ir specialistų identifikavimą ir autorizavimą, saugą, elektroninį parašą bei bendrą infrastruktūrą;

18.6. 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;

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

III. INFORMACINIŲ TECHNOLOGIJŲ NAUDOJIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

19. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 2007 metų pabaigoje Lietuvoje, įskaitant padalinius, veikė 165 ligoninės, per 500 pirminių sveikatos priežiūros įstaigų, buvo 2308 privačios sveikatos priežiūros įstaigos.

20. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės atlikto tyrimo duomenimis, 2009 m. pradžioje visos sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose dirbo 10 ir daugiau darbuotojų, kasdienėje veikloje naudojo kompiuterius ir internetą. 2007 m. kompiuteriais ir internetu atitinkamai naudojosi 98 ir 94,2 procento sveikatos priežiūros įstaigų (2005 m. atitinkamai 94 ir 91,3 procento).

21. 2009 m. 38,3 procento sveikatos priežiūros įstaigų turėjo interneto svetaines, jose buvo skelbiama svarbiausia informacija apie įstaigą ir teikiamas paslaugas (2007 m. – 34,8 procento, 2005 – 25,4 procento). 8,7 procento įstaigų teikė konsultacijas internetu (atsakinėjo į svetainėje pateiktus klausimus), galimybę užsiregistruoti į priėmimą savo svetainėse teikė 8 procentai įstaigų.

22. Sveikatos priežiūros įstaigose 100 darbuotojų teko 18,3 kompiuterio (16,3 kompiuterio, turinčio interneto prieigą). 2009 m. pradžioje kompiuterius darbe bent kartą per savaitę naudojo 31,4 procento, internetą – 29,0 procentai sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų (2007 m. atitinkamai 26,8 ir 22,3 procento, 2005 m. atitinkamai 18,5 ir 15,3 procento). Palyginti su 2007 m., darbuotojų, darbe naudojančių kompiuterius, skaičius išaugo 17,4 procento, internetą – 30,4 procento.

23. 2009 metų pradžioje 51,9 procento sveikatos priežiūros įstaigų turėjo vietinius kompiuterių tinklus (LAN), 93,2 procento įstaigų naudojo specializuotą programinę įrangą,

skirtą sveikatos priežiūros įstaigoms. Daugiausia kompiuterinė technika buvo naudojama administraciniais tikslams (83,8 procento visų sveikatos priežiūros įstaigų), statistinėms, visuomenės sveikatos stebėsenos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitoms parengti (78,9 procentai) bei pacientų atvykimo registracijai (57,9 procentai). 74,7 procento įstaigų nurodė, kad naudojasi Privalomojo sveikatos draudimo informacine sistema „SVEIDRA“.

24. Informacinės visuomenės plėtros komiteto prie Susisiekimo ministerijos duomenimis, nuo 2008 m. rudens dvigubai išaugo besinaudojančių internetu teikiamomis su sveikatos apsauga susijusiomis paslaugomis – 24,1 procento apklaustų interneto vartotojų.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, Žin., 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

25. SAM 2007 m. įgyvendino pirmąjį NESS etapą, kurio rezultatas – sukurta pagrindinė e. sveikatos sistemos dalis – branduolys ir realizuotos 4 pagrindinės funkcijos (1. paciento apsilankymų pas gydytoją registravimas, keitimasis klinikiniais, administraciniais duomenimis; 2. siuntimų konsultuoti / gydytis sukūrimas ir išsiuntimas, atsakymų išrašymas ir gavimas; 3. diagnostikos siuntimų (laboratorija, medicininiai vaizdai) formavimas ir išsiuntimas, rezultatų gavimas ir saugojimas; 4. registravimas konsultuoti / gydytis / tirtis).

26. SAM 2008 m. pabaigoje baigė įgyvendinti Lietuvos 2004–2006 metų bendrojo programavimo dokumento 3.3 priemonės „Informacinių technologijų paslaugų ir infrastruktūros plėtra“ (toliau – BPD 3.3 priemonė) lėšomis finansuotą projektą „E. sveikatos paslaugos“. Įgyvendinant projektą buvo sukurtos, įdiegtos ir pradėtos eksploatuoti ligoninių informacinės sistemos VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikose, VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje ir VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose. Šios sistemos leis gyventojams pasiūlyti aukštos kokybės medicinos paslaugas bei užtikrins geresnes sveikatos priežiūros įstaigų administravimo sąlygas. Ligoninėse taip pat ženkliai padaugėjo ir darbo vietų su nauja kompiuterine įranga: VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikose buvo įrengta 320 naujų darbo vietų, VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje – 234 darbo vietos, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose – 246 darbo vietos.

27. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos kartu su 19 partnerių įgyvendino BPD 3.3 priemonės lėšomis finansuotą projektą „Išankstinės pacientų registracijos sistema“. Pagrindinius projekte dalyvavusių įstaigų pacientų srautus sudaro 49 Lietuvos savivaldybių – tiek miestų, tiek rajonų – gyventojai. Įgyvendinant projektą sukurta elektroninė išankstinės pacientų registracijos sistema, sveikatos priežiūros įstaigose įrengta 580 naujų kompiuterinių darbo vietų, modernizuoti kompiuterinio ryšio tinklai, įrengtas interneto pagalbos centras, kad pageidaujantys pacientai dėl registracijos internetu galėtų pasikonsultuoti telefonu.

28. 40 sveikatos priežiūros įstaigų įgyvendino BPD 1.4 priemonės lėšomis finansuotą Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas, projektą, kurio tikslas – modernizuojant rytų ir pietryčių Lietuvos regiono sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą, sumažinti gyventojų sergamumą, mirtingumą bei mirštamumą nuo širdies kraujagyslių ligų, prailginti vidutinę gyvenimo trukmę bei pagerinti gyvenimo kokybę. Projekto metu buvo atnaujinta medicinos įranga šioms ligoms diagnozuoti ir gydyti, įdiegtos informacinės technologijos, leidžiančios projekte dalyvavusioms sveikatos priežiūros įstaigoms keistis medicinine diagnostine informacija.

29. Sveikatos priežiūros įstaigų iniciatyva informacinės technologijos taip pat diegiamos ir kitose Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose.

IV. STIPRYBIŲ, SILPNYBIŲ, GALIMYBIŲ IR GRĖSMIŲ ANALIZĖ

30. Šiame punkte pateikiama Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtros stiprybių, silpnųjų, galimybių, grėsmių (SSGG) analizė:

30.1. Stiprybės:

30.1.1. Finansavimas, teisinis ir metodinis reglamentavimas:

30.1.1.1. Sveikatos priežiūros įstaigos turi galimybę pačios planuoti savo veiklos, įskaitant susijusios su IT, investicijas ir sąnaudas.

30.1.1.2. Lietuvoje yra pakankamai gera patirtis ir praktika, valstybės informacinių sistemų naudojimo ir kūrimo teisinio ir metodinio reglamentavimo srityje, kurią galima perimti ir pritaikyti sveikatos priežiūros sektoriuje e. sveikatos sprendimams.

30.1.2. Žmogiškieji ir organizaciniai ištekliai:

30.1.2.1. Sveikatos priežiūros įstaigos aktyviai siekia įgyvendinti ir diegia e. sveikatos sprendimus.

30.1.3. Prieiga prie e. paslaugų ir informacinių išteklių, bendradarbiavimas, integracija, technologiniai sprendimai:

30.1.3.1. Sveikatos priežiūros sektoriuje yra sukaupta tam tikra patirtis kuriant ir naudojant centralizuotus (pvz. Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos) arba regioninius e. sveikatos sprendimus ir informacinius išteklius.

30.1.3.2. SAM kaip atsakinga institucija turi teisę ir galimybę organizacinėmis ir teisinėmis priemonėmis skatinti bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros įstaigų panaudojant informacinių technologijų sprendimus.

30.1.3.3. Pakankamai aukštas (individualių) kompiuterizuotų darbo vietų ir interneto ryšio naudojimo lygis sveikatos priežiūros įstaigose ir tarp specialistų.

30.2. Silpnybės:

30.2.1. Finansavimas, teisinis ir metodinis reglamentavimas:

30.2.1.1. Sveikatos priežiūros įstaigose nėra metodiško ar stipriais vadybos ir finansinio planavimo įgūdžiais grįsto informacinių technologijų investicijų ir eksploatavimo sąnaudų planavimo ir valdymo pagal veiklos planus. Nėra aiškiai reglamentuotas e. sveikatos duomenų tvarkymas, ypač ESI ir EMI srityje.

30.2.1.2. Vyrauja tradicinis „ligos istorijos“ požiūris į duomenis apie paciento sveikatos būklę ir jos kitimą.

30.2.1.3. Nėra įteisintas vieningas pagrindinių e. sveikatos dokumentų formatas ir struktūra.

30.2.2. Žmogiškieji ir organizaciniai ištekliai:

30.2.2.1. Nepakanka organizacinių išteklių ir tinkamos organizacinės struktūros e. sveikatos programai vykdyti ir valdyti.

30.2.2.2. Nėra aiškiai numatytas e. sveikatos sprendimų įgyvendinimo kokybės užtikrinimo mechanizmas panaudojant nepriklausomą veiklos ir informacinių technologijų reikalavimų suformavimą, techninę priežiūrą, techninę pagalbą įstaigoms, vykdančioms e. sveikatos projektus.

30.2.2.3. Atskirose sveikatos priežiūros įstaigose ir SAM bei institucijose prie SAM yra sunku pritraukti ir išlaikyti e. sveikatos srities kompetenciją/ kompetentingus darbuotojus.

30.2.3. Prieiga prie e. paslaugų ir informacinių išteklių, bendradarbiavimas, integracija, technologiniai sprendimai:

30.2.3.1. Nėra vieningos prieigos prie e. sveikatos paslaugų gyventojams/ pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoms ir specialistams.

30.2.3.2. Nėra vieningos prieigos prie sveikatos priežiūros sektoriaus ir viešojo administravimo sektoriaus informacinių išteklių (pvz., bendrai naudotinių sveikatos priežiūros srities registrų, klasifikatorių, terminologijų) sveikatos priežiūros įstaigoms ir sveikatos priežiūros sektoriaus institucijoms.

30.2.3.3. Nėra nustatytų aiškių prioritetų e. sveikatos paslaugų vystymui.

30.2.3.4. Neišnaudojamos galimybės sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumui didinti panaudojant informacinius sprendimus bendradarbiavimui tarp sveikatos priežiūros įstaigų.

30.2.3.5. Nėra aiškaus ilgalaikio plano Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus

integracijai į ES panaudojant e. sveikatos sprendimus.

30.2.3.6. Daugelis sveikatos priežiūros įstaigų iki šiol diegė ar kūrė individualius e. sveikatos sprendimus savo organizacinės aplinkos kontekste, neatsižvelgiant į galimybę ir poreikį šiuos sprendimus susieti su kitų įstaigų ar organizacijų informacinių technologijų sprendimais.

30.2.3.7. Nėra nustatytų ar savanoriška iniciatyva suderintų reikalavimų ir rekomendacijų Lietuvoje įgyvendinamiems e. sveikatos sprendimams sveikatos priežiūros įstaigose.

30.2.3.8. Nevienodai išvystyta sveikatos priežiūros įstaigų IT infrastruktūra.

30.2.3.9. Sveikatos priežiūros įstaigose turima techninė ir programinė įranga gali būti morališkai pasenusi ar nenaudojanti atvirų standartų.

30.3. Galimybės:

30.3.1. Finansavimas, teisinis ir metodinis reglamentavimas:

30.3.1.1. ES struktūrinių fondų finansinė parama tolimesnei e. sveikatos paslaugų plėtrai.

30.3.1.2. Diegiant IS sprendimus sveikatos priežiūros įstaigose atsiranda galimybė sumažinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąnaudas, pritaikant ir panaudojant veiklos procesus automatizuojančius sprendimus.

30.3.1.3. Naudojant bendrus e. sveikatos paslaugų ir IT infrastruktūros sprendimus atsiranda galimybė sumažinti sveikatos priežiūros įstaigų diegiamų IS sprendimų investicijas ir eksploataavimo sąnaudas.

30.3.1.4. Galimybė perimti kitų ES šalių patirtį e. sveikatos teisinio ir metodinio reglamentavimo srityje.

30.3.2. Žmogiškieji ir organizaciniai ištekliai:

30.3.2.1. Galimybė kelti žmoniškųjų išteklių kompetenciją, pasinaudojant įvairiomis valstybės ir ES siūlomomis programomis ir finansavimu.

30.3.2.2. Atsižvelgiant į sukaupą patirtį ir turimus rezultatus yra galimybė sukurti tinkamiausią organizacinį darinį e. sveikatos programos įgyvendinimui bei centrinės infrastruktūros plėtrai valdyti.

30.3.2.3. Esant ribotiems ištekliams galimos naujoviškos bendradarbiavimo su privačiuoju sektoriumi galimybės diegiant e. sveikatos sprendimus ir infrastruktūrą (pvz., sprendimų ir infrastruktūros nuoma, koncesija ir pan.).

30.3.3. Prieiga prie e. paslaugų ir informacinių išteklių, bendradarbiavimas, integracija, technologiniai sprendimai:

30.3.3.1. Lietuvoje yra pakankamai gerai išvystyta viešojo administravimo institucijų IT infrastruktūra ir jų informacinės sistemos, kurių informacinius išteklius ir e. paslaugas galima panaudoti įgyvendinant ir teikiant e. sveikatos paslaugas.

30.3.3.2. Atsiranda vis daugiau elektroninės valdžios paslaugų, kurias galima būtų panaudoti ar sujungti su e. sveikatos paslaugomis.

30.3.3.3. Plėtojantis informacinei visuomenei, didėja e. paslaugų poreikis, įskaitant ir poreikį e. sveikatos paslaugoms.

30.3.3.4. Populiarėjant e. paslaugoms atsiranda galimybė panaudoti efektyvesnes elektroninės prieigos, komunikavimo su gyventoju / pacientu ir paslaugos rezultato pateikimo priemonės.

30.3.3.5. Aktyviai dalyvaujant teminiuose renginiuose ar bendraujant su tarptautinėmis su e. sveikatos sritimi susijusiose organizacijomis, yra galimybė užmegzti reikiamus ir naudingus ryšius su Lietuvos bei užsienio šalių institucijomis ir organizacijomis siekiant įgauti ir palaikyti e. sveikatos sričiai reikalingą kompetenciją, perimti kitose šalyse ar institucijose įgautą patirtį ir išmoktas pamokas.

30.3.3.6. Naudojant bendrus e. sveikatos paslaugų ir IT infrastruktūros sprendimus atsiranda galimybė sumažinti sveikatos priežiūros įstaigų diegiamų IS sprendimų įgyvendinimo riziką.

30.3.3.7. Panaudoti bendrą e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą toms sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios neturi ir yra nepajėgios turėti išvystytą IT infrastruktūrą e. sveikatos paslaugoms teikti.

30.3.3.8. Plėtoti atviraais standartais grįstų technologinių sprendimų, pavyzdžiui, žiniatinklio paslaugų (angl. *Web service*) naudojimą e. sveikatos srityje.

30.4. Grėsmės:

30.4.1. Finansavimas, teisinis ir metodinis reglamentavimas:

30.4.1.1. Neefektyvus lėšų įsisavinimas dėl netinkamų plėtos prioritetų pasirinkimo ar galimai mažai koordinuojamo e. sveikatos projektų įgyvendinimo.

30.4.1.2. Neapibrėžta padėtis dėl ES ir valstybės finansavimo po 2013 m. ilgalaikiam e. sveikatos iniciatyvų planavimui.

30.4.1.3. Neefektyviai paskirstyti lėšas e. paslaugų plėtrai dėl besidubliuojančių e. paslaugų plėtos iniciatyvų.

30.4.1.4. Įgyvendinant centralizuotus e. sveikatos sprendimus specialistai ar sveikatos priežiūros įstaigos nebus suinteresuoti naudoti tokius sprendimus netaikant finansinių ar organizacinių paskatų.

30.4.1.5. Pasipriešinimas įgyvendinant e. sveikatos paslaugų projektus dėl galimo sveikatos priežiūros įstaigų pajamų sumažėjimo realizuojant paslaugų dubliavimo mažinimą.

30.4.1.6. Teisinio reguliavimo stoka kelia grėsmę suderinamų e. sveikatos sprendimų plėtrai ir naudojimui.

30.4.1.7. Metodinio reglamentavimo e. sveikatos sprendimų diegimui ir naudojimui stoka gali turėti neigiamos įtakos kokybiškų e. sveikatos sprendimų kūrimui, įteisinimui ir tvarkymui.

30.4.1.8. Aiškaus ir efektyvaus e. sveikatos plėtos strateginio valdymo ir priežiūros mechanizmo stoka didina riziką, kad e. sveikatos plėtos priemonės neatitiks sveikatos priežiūros įstaigų realių veiklos poreikių, o lėšos IS plėtrai bus naudojamos neefektyviai ir neturint aiškiai suformuluotų tikslų.

30.4.2. Žmogiškieji ir organizaciniai ištekliai:

30.4.2.1. Plati e. sveikatos plėtos vizija be realistiško įgyvendinimo plano (neįvertinus realių žmoniškųjų išteklių galimybių tiek sveikatos sektoriuje, tiek už jo ribų Lietuvoje), gali trukdyti sėkmingam e. sveikatos programos įgyvendinimui.

30.4.3. Prieiga prie e. paslaugų ir informacinių išteklių, bendradarbiavimas, integracija, technologiniai sprendimai:

30.4.3.1. Nepakankamas vykdomų e. sveikatos paslaugų plėtos iniciatyvų koordinavimas, todėl gali atsirasti alternatyvių arba besidubliuojančių sprendimų.

30.4.3.2. Informacijos apie teikiamas e. sveikatos paslaugas trūkumas ir/ar nepakankamas naudojimosi skatinimas gali lėtinti e. sveikatos paslaugų plėtrą dėl žemo e. sveikatos paslaugų populiarumo/ naudojimo tarp gyventojų/ pacientų.

30.4.3.3. Žinybiniai įvairių įstaigų, institucijų ar organizacijų interesai gali turėti neigiamos įtakos IT sąveikos plėtrai.

30.4.3.4. Aktyviai nedalyvaujant tarpinstituciniame ar tarptautiniame bendradarbiavime, ateiityje Lietuvos e. sveikatos srities integracija į ES gali pareikalauti žymių papildomų lėšų, skirtų sukurtų sprendimų pritaikymui ar modifikavimui.

30.4.3.5. Dėl sveikatos priežiūros įstaigose naudojamų IS sprendimų skirtumų, naudojamų duomenų formatų nesuderinamumo, duomenų detalumo, duomenų kokybės ir jos kontrolės/ užtikrinimo trūkumo gali kilti poreikis papildomiems techniniams sprendimams kurti, kad būtų užtikrinta gyventojų/ pacientų ESI kokybė.

30.4.3.6. Vangus el. parašo plitimas šalies mastu gali sudaryti kliūtis e. sveikatos paslaugų plačiam naudojimui.

V. PROGRAMOS TIKSLAI IR UŽDAVINIAI

31. Programos įgyvendinimas turi būti siejamas su Lietuvos sveikatos programa, išskiriant šiuos prioritetinius aspektus, sietinus su Programa:

- 31.1. sergamumo ir mirtingumo mažinimas;
- 31.2. ligų ir sveikatos problemų prevencija;
- 31.3. ekonominis sveikatinimo paslaugų efektyvumas;
- 31.4. kokybiškos, saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos suteikimas.

32. Programos įgyvendinimas prioritetinių Lietuvos sveikatos programos aspektų kontekste turi būti grindžiamas tikslais, keliamais gyventojų (paciento) ir sveikatos priežiūros įstaigos atžvilgiu:

32.1. Tikslai gyventojų (paciento) atžvilgiu:

- 32.1.1. gauti patikimas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas;
- 32.1.2. būti informuotam ir lengvai pasiekti reikalingas sveikatinimo paslaugas;
- 32.1.3. būti tikram dėl sveikatinimo paslaugų tęstinumo:

32.1.3.1. geografiškai;

32.1.3.2. ir laike.

32.2. Tikslai sveikatos priežiūros įstaigos atžvilgiu:

- 32.2.1. gauti ir naudoti esamą informaciją apie pacientą laiku ir patogioje vietoje;
- 32.2.2. bendradarbiauti su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis ir kitais sveikatos priežiūros dalyviais teikiant sveikatos priežiūros paslaugas;

32.2.3. didinti efektyvumą administraciniame SPI ir sveikatos priežiūros sektoriaus institucijų darbe.

33. Programos tikslai ir uždaviniai:

33.1. Tikslas Nr. 1 – Plėtoti e. sveikatos paslaugas gyventojams ir pacientams.

33.1.1. Uždavinys Nr. 1 – plėsti e. sveikatą ją orientuojant į gyventoją, jo sveikatą, teikiant jam tiesiogines ir netiesiogines (per sveikatos specialistus) paslaugas.

33.2. Tikslas Nr. 2 – Plėtoti e. sveikatos paslaugas specialistams ir įstaigoms.

33.2.1. Uždavinys Nr. 1 – Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų diegimas, plėtra ir integravimas į e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą;

33.2.2. Uždavinys Nr. 2 – Medicininių vaizdų valdymo ir telemedicinos priemonių diegimas;

33.2.3. Uždavinys Nr. 3 – Valdymo, statistikos ir atsiskaitymo ataskaitų, analizės priemonių diegimas;

33.2.4. Uždavinys Nr. 4 – Klinikinių sprendimų palaikymo priemonių (angl. *Decision Support Systems*) diegimas;

33.2.5. Uždavinys Nr. 5 – Gerinti e. sveikatos dalyvių žinias ir gebėjimus, padėti jiems naudojant e. sveikatos priemones ir užtikrinti informavimą apie e. sveikatos priemonių naudojimą.

34. Siekiant programą įgyvendinti pagal (1) prioritetinius Lietuvos sveikatos programos aspektus ir tikslus, keliamus (2) gyventojų (paciento) ir (3) sveikatos priežiūros įstaigos atžvilgiu, tolimesnei bendro naudojimo e. *sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros*, kuri yra būtina programos tikslams ir uždaviniams įgyvendinti, plėtrai keliami šie tikslai:

34.1. suteikti vieningą ir patogią prieigą prie e. sveikatos paslaugų gyventojams:

34.1.1. sudaryti gyventojui (pacientui) ar, pagal poreikį ir tinkamai suteiktą teisę, jį aptarnaujančiam sveikatos priežiūros specialistui galimybę turėti vieną prieigą prie su pacientu susijusios sveikatos informacijos – ESI;

34.1.2. naudojant e. paslaugas gerinti sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumą, geriau planuoti bei taupyti laiką.

34.2. Sudaryti sąlygas bendradarbiauti sveikatos priežiūros sektoriaus dalyviams:

34.2.1. užtikrinti, kad būtų išvengta sveikatos priežiūros paslaugų teikimo dubliavimo, naudojant jau esamą ir aktualią informaciją apie pacientą: pavyzdžiui, naudojant ESI sprendimus, bendro naudojimo (prieigos prie) medicininių vaizdų sprendimus;

34.2.2. užtikrinti, kad sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų paslaugos būtų teikiamos efektyviau, keičiantis elektroniniais sveikatos duomenimis apie pacientą: pavyzdžiui, naudojant ESI sprendimus, bendro naudojimo medicininių vaizdų sprendimus, elektroninio siuntimo sprendimus;

34.2.3. sudaryti sąlygas efektyviau vykdyti ligų prevencijos ir sveikatinimo programas: pavyzdžiui, panaudojant ESI sprendimus ir analitines priemones.

34.3. Mažinti e. sveikatos sprendimų įgyvendinimo ir eksploatavimo sąnaudas, įgyvendinimo nesėkmės ir nesuderinamumo riziką:

34.3.1. kurti bendro naudojimo informacinių technologijų ir informacinių sistemų komponentus;

34.3.2. suteikti vieningą prieigą prie bendro naudojimo sveikatos sektoriaus informacinių išteklių: pavyzdžiui, registrų, klasifikatorių, terminologijų, e. sveikatos istorijos (ESI);

34.3.3. suteikti vieningą prieigą prie viešojo administravimo informacinių išteklių ir e. valdžios paslaugų.

35. Pagrindiniai Programos įgyvendinimo principai:

35.1. e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros įgyvendinimo principai:

35.1.1. sprendimai, skirti bendram sveikatos priežiūros sektoriaus dalyvių naudojimui ir bendradarbiavimui tarp sveikatos priežiūros sektoriaus dalyvių, kuriami *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros aplinkoje*;

35.1.2. vienai prieigai prie sveikatos sektoriaus informacinių išteklių: registrų, klasifikatorių ir terminologijų, e. sveikatos istorijos (ESI), įdiegti naudojama *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra*;

35.1.3. *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra* kuriama remiantis sprendimais, sudarančiais sąlygas techniniam ir semantiniam sistemų sąveikumui bei suderinamumui nacionaliniu ir tarptautiniu mastu;

35.1.4. e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros aplinkoje tvarkomas E. sveikatos paslaugų katalogas yra „vienas prieigos taškas“ prie e. sveikatos paslaugų gyventojams ir specialistams;

35.1.5. viena prieiga prie viešojo administravimo informacinių išteklių ir e. valdžios paslaugų įgyvendinant sąveiką tarp *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* ir Viešojo administravimo institucijų informacinių sistemų interoperabilumo sistemos (VAIISIS);

35.1.6. įgyvendinamos e. sveikatos paslaugos, kurių kūrimui ir vystymui skiriamos Programoje numatytos ES struktūrinės paramos bei valstybės biudžeto lėšos, turi būti kuriamos remiantis atvirais standartais.

35.2. e. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams įgyvendinimo principai:

35.2.1. *esamos ir naujai diegiamos* SPI ir kitų institucijų e. sveikatos paslaugos prijungiamos prie vieno elektroninės prieigos taško – e. sveikatos paslaugų gyventojams katalogo, esančio e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros aplinkoje, taip suteikiant galimybę gyventojams ir pacientams pasiekti ir lengvai surasti e. sveikatos paslaugas vienoje vietoje bei užtikrinant VGVĮ principo įgyvendinimą;

35.2.2. *naujos* tarpinstitucinės (teikiamos dviejų ir daugiau sveikatos priežiūros įstaigų ir institucijų) e. sveikatos paslaugos gyventojams diegiamos *naudojant e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* komponentus arba tokias e. sveikatos paslaugas tiesiog įgyvendinant *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* aplinkoje.

VI. PROGRAMOS FINANSAVIMAS

36. Siekiant sėkmingai įgyvendinti Programą, lėšos konsoliduojamos iš visų įmanomų šaltinių. Pagrindiniai finansavimo šaltiniai yra Europos Sąjungos finansinė parama, valstybės ir savivaldybių lėšos, sveikatinimo įstaigų, tarptautinių programų ir projektų lėšos bei

privataus kapitalo investicijos.

VII. NUMATOMOS FINANSUOTI VEIKLOS

37. Iš valstybės bei savivaldybių biudžetų, Privalomojo sveikatos draudimo ar Valstybinio socialinio draudimo fondų bei ES struktūrinių fondų paramos lėšų gali būti visiškai ar dalinai finansuojamos tik toliau nurodytos veiklos:

37.1. darbai, susiję su ESI ir EMI gyventojams formavimu ir plėtra;

37.2. sveikatos sektoriaus registrų, klasifikatorių ir terminologijų informacinių sistemų diegimas, plėtra *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūroje* ar prieigos SPI ir sveikatos sektoriaus dalyviams prie jų naudojant *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą* sukūrimas;

37.3. sprendimai, užtikrinantys sveikatos duomenų ir informacinių sistemų saugumą, sąveikumą ir suderinamumą nacionaliniu mastu;

37.4. *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* integracija su kitų institucijų, nepriklausančių sveikatos sistemai, informacinėmis sistemomis, siekiant sukurti elektronines paslaugas gyventojams;

37.5. *e. paslaugų* pacientams ir medicinos specialistams kūrimas;

37.6. medicininių vaizdų valdymo diegimo sprendimai nacionaliniu mastu;

37.7. priemonių, skirtų statistikos ir kitų ataskaitų generavimui bei duomenų analizei, sukūrimas;

37.8. priemonių, skirtų medicinos moksliniams tyrimams, sukūrimas;

37.9. *e. sveikatos sistemos* dalyvių mokymas, skiriant ypatingą dėmesį personalo įgūdžių tvarkyti EMI duomenis SPI ir (ar) juos teikti ESI suteikimui ir gerinimui;

37.10. SPI jau eksploatuojamų IS plėtra diegiant naujus funkcionalumus ar iš esmės tobulinant esamus, platinimas, integracija su *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra*, SPI techninės infrastruktūros plėtra;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

37.11. integruotos laboratorijos informacinės sistemos sukūrimas;

37.12. telemedicinos sprendimų, mažinančių veiklos išlaidas bei didinančių sveikatos priežiūros paslaugų geografinį pasiekiamumą, diegimas;

37.13. elektroninių sveikatos paslaugų įgyvendinimas naudojant sukurtą *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą*.

VIII. PROJEKTŲ VERTINIMO KRITERIJAI

38. Programa įgyvendinama vykdant valstybės ir regionų (gali būti jungtiniai kelių institucijų ar tam tikro regiono ar kelių regionų) projektus, kuriuose aiškiai ir detalai apibrėžiami siekiami rezultatai ir jų vertinimo kriterijai bei prisidėjimas prie siekiamų Programos įgyvendinimo kokybinių ir kiekybinių kriterijų.

39. Įstaigos, gavusios ar pretenduojančios gauti valstybės paramą informacinių technologijų plėtrai, turi įsipareigoti numatyti lėšas sukurtų sistemų ar informacinių technologijų infrastruktūros eksploatavimo sąnaudoms padengti ir plėtrai vykdyti, šias lėšas apskaityti atskira (-omis) įstaigos biudžeto eilute (-ėmis) ir po paramos gavimo nuolat teikti šią informaciją SAM nustatyta tvarka.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

40. Pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę Nr. VP2-3.1-IVPK-10-V „Elektroninės sveikatos paslaugos“ 2007–2013 metų ES struktūrinių fondų paramos lėšomis gali būti finansuojami

tokie e. sveikatos nacionaliniai projektai:

40.1. *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* plėtros projektai;

40.2. *respublikos lygmens sveikatos priežiūros įstaigų* informacinių sistemų projektai.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, Žin., 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

41. Pagal Ekonomikos augimo veiksmų programos 3 prioriteto „Informacinė visuomenė visiems“ įgyvendinimo priemonę VP2-3.1-IVPK-11-V „Elektroninės sveikatos paslaugos savivaldybėse“ 2007–2013 metų ES struktūrinių fondų paramos lėšomis gali būti finansuojami *regiono, rajono lygmens sveikatos priežiūros įstaigų* ar *ambulatorinės paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų* informacinių sistemų projektai.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, Žin., 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

42. Iš nacionaliniams projektams skirtų lėšų bus finansuojami *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* plėtros projektai, kurie:

42.1. prisideda prie e. sveikatos plėtros programos atitinkamo tikslo ir uždavinio įgyvendinimo (projekto paraiškoje nurodoma, prie kurio konkrečiai tikslo ir uždavinio įgyvendinimo prisideda projektas);

42.2. susiję su paslaugų pacientui tiesiogiai arba per sveikatos priežiūros specialistą teikimu, jų pasiekiamumo ar kokybės gerinimu;

42.3. numato tarptautinius standartus atitinkančio elektroninės sveikatos (sveikatos informatikos) funkcijų įgyvendinimą;

42.4. numato tarptautinius standartus atitinkančio sveikatos informacijos saugos lygio užtikrinimą ir palaikymą;

42.5. techninei įrangai įsigyti numato ne daugiau kaip 50 proc. projekto vertės;

42.6. suteikia galimybę mažinti informacinių technologijų naudojimo atskirtį sveikatos priežiūros įstaigose;

42.7. diegia inovacijas, ypač klinikinių sprendimų palaikymo srityje;

42.8. prašo paramos iki 6 mln. litų;

42.9. numato kurti sprendimus ar sukurti paslaugas, aktualias visoms sveikatos priežiūros įstaigoms ar institucijoms;

42.10. numato galimybę kuriamus sprendimus ar paslaugas tiražuoti potencialiems vartotojams: teisine ir organizacine prasme suteikti prieigą neribotam skaičiui naudotojų – Lietuvos sveikatos sektoriaus dalyvių.

43. Iš nacionaliniams projektams skirtų lėšų finansuojami *respublikos lygmens sveikatos priežiūros įstaigų* informacinių sistemų (SPI IS) projektai, kurie:

43.1. prisideda prie e. sveikatos plėtros programos atitinkamo tikslo ir uždavinio įgyvendinimo;

43.2. susiję su paslaugų pacientui tiesiogiai arba per sveikatos priežiūros specialistą teikimu, jų pasiekiamumo ar kokybės gerinimu;

43.3. numato informacinių sistemų integraciją į *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą* bei jos ESI informacinę sistemą pagal SAM nustatytus reikalavimus ir technines sąlygas;

43.4. atitinka SAM nustatytus reikalavimus, keliamus sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų funkcijoms ir prijungimui prie bendros e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros;

43.5. numato įgyvendinti ir palaikyti tarptautinius standartus atitinkančias elektroninės sveikatos (sveikatos informatikos) funkcijas;

43.6. numato užtikrinti ir palaikyti tarptautinius standartus atitinkantį sveikatos informacijos saugos lygį: SPI IS turi atitikti bendruosius elektroninių sveikatos duomenų saugos, saugaus ryšio su e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra reikalavimus;

- 43.7. techninei įrangai įsigyti numato ne daugiau kaip 40 proc. projekto vertės;
- 43.8. mažina informacinių technologijų naudojimo atskirtį sveikatos priežiūros įstaigose;
- 43.9. diegia inovacijas, ypač klinikinių sprendimų palaikymo srityje;
- 43.10. prašo paramos iki 5 mln. litų; jungtiniai projektai negali viršyti 10 mln. litų;
- 43.11. numato SPI IS ir *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* integracijos priemones:
 - 43.11.1. registrų, katalogų, klasifikatorių ir terminologijų priėmimą iš *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros*;
 - 43.11.2. ESI įrašų *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* reikalaujama struktūrizacijos lygiu bei periodiškumu pateikimą (bei priėmimą) į (iš) *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* ESI informacinę sistemą (-os);
 - 43.11.3. atitiktį bendriesiems duomenų saugos, saugaus ryšio su *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra* reikalavimams.
- 43.12. Įstaigos, pretenduojančios gauti paramą jau eksploatuojamų SPI IS, atitinkančių SAM nustatytus reikalavimus, plėtrai, diegiant naują funkcionalumą, turi užtikrinti, kad būtų jau sukurti ir naudojami bent šie moduliai:
 - 43.12.1. ambulatorinių pacientų elektroninė registracija;
 - 43.12.2. stacionarinių pacientų elektroninė registracija (tik stacionarines paslaugas teikiančioms įstaigoms).

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, Žin., 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

- 44. Iš regioniniams projektams skirtų lėšų bus finansuojami *regiono, rajono lygmens sveikatos priežiūros įstaigų ar ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų* informacinių sistemų projektai, kurie:
 - 44.1. prisideda prie *e. sveikatos sistemos* plėtros programos atitinkamo tikslo ir uždavinio įgyvendinimo;
 - 44.2. susiję su paslaugų pacientui tiesiogiai arba per sveikatos priežiūros specialistą teikimu, jų pasiekiamumo ar kokybės gerinimu;
 - 44.3. numato informacinių sistemų ir *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* bei jos ESI informacinės sistemos integraciją:
 - 44.3.1. atitinkančią SAM nustatytus reikalavimus, technines sąlygas ir bendruosius duomenų saugos, saugaus ryšio reikalavimus;
 - 44.3.2. apimančią registrų, katalogų, klasifikatorių ir terminų priėmimą iš *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros*;
 - 44.3.3. apimančią ESI įrašų pateikimą (bei priėmimą) į (iš) *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* ESI informacinę (-ės) sistemą (-os) *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* reikalaujama struktūrizacijos lygiu bei periodiškumu;
 - 44.4. atitinka SAM nustatytus reikalavimus, keliamus sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų funkcijoms;
 - 44.5. numato įgyvendinti ir palaikyti tarptautinius standartus atitinkančias elektroninės sveikatos sistemos (sveikatos informatikos) funkcijas;
 - 44.6. numato užtikrinti ir palaikyti tarptautinius standartus atitinkančią sveikatos informacijos saugos lygį: SPI IS turi atitikti bendruosius elektroninių sveikatos duomenų saugos, saugaus ryšio su *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra* reikalavimus;
 - 44.7. numato kurti naują ar panaudoti jau sukurtą techninės įrangos centrą regione, užtikrinsiantį projekte dalyvaujančių sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų veikimą ir duomenų mainus;
 - 44.8. numato gerinti šių įstaigų techninę informacinių technologijų infrastruktūrą;
 - 44.9. techninei įrangai įsigyti numato ne daugiau kaip 40 proc. projekto vertės;
 - 44.10. mažina informacinių technologijų naudojimo atskirtį sveikatos priežiūros

įstaigose;

44.11. diegia inovacijas, ypač klinikinių sprendimų palaikymo srityje;

44.12. numato plėtrą jau eksploatuojamų SPI IS, atitinkančių SAM nustatytus reikalavimus ir kuriose yra sukurti ir naudojami bent šie moduliai:

44.12.1. ambulatorinių pacientų elektroninė registracija;

44.12.2. stacionarinių pacientų elektroninė registracija (tik stacionarines paslaugas teikiančioms įstaigoms).

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

45. Diegiant naujas ar plėtojant jau esamas sveikatos priežiūros įstaigų informacines sistemas turi būti numatyta:

45.1. integruoti informacines sistemas į *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą* bei ESI informacinę sistemą pagal SAM nustatytus reikalavimus ir technines sąlygas;

45.2. pertvarkyti sveikatos priežiūros įstaigas, pasirengiant tvarkyti ESI, naudojantis *e. sveikatos sistemos* galimybėmis;

45.3. užtikrinti ir palaikyti SAM nustatytus tarptautinius standartus atitinkantį sveikatos informacijos valdymo ir apsaugos lygį.

46. Iš regioniniams projektams skirtų lėšų bus finansuojami sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų projektai, kuriuose diegiami SAM reikalavimus atitinkantys taikomieji programinės įrangos sprendimai.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

47. Pagrindiniai sprendimų atrankos principai yra šie:

47.1. užtikrinti efektyvų lėšų naudojimą;

47.2. kiek įmanoma naudoti esamus rinkoje ir SAM patvirtintus sprendimus;

47.3. dirbtinai nemažinti siūlomų *e. sveikatos* sprendimų konkurencijos – išlaikyti sprendimų nediskriminavimo principą.

48. Netinkamos finansuoti nacionalinių bei regioninių projektų priemonės:

48.1. medicininės įrangos įsigijimas;

48.2. naujų SPI informacinių sistemų sprendimų kūrimas – informacinėms sistemoms įgyvendinti naudojami sprendimai jau turi būti eksploatuojami bent vienoje sveikatos priežiūros įstaigoje;

48.3. finansų valdymo ir apskaitos sistemos kūrimas ir diegimas.

49. Siekiant užtikrinti pagal programą įgyvendinamų informacinių sistemų ir *e. sveikatos paslaugų* diegimo projektų atitiktį galutinių naudotojų poreikiams bei programos nuostatoms, projektuose turi būti numatytos projektų administravimo ir techninės priežiūros veiklos.

50. Pagal Programą įgyvendinamų informacinių sistemų ir *e. sveikatos paslaugų* diegimo projektų vykdymas, kaip gerą viešojo sektoriaus praktiką, turi būti paremtas Valstybės informacinių sistemų kūrimo metodika (Informacinės visuomenės plėtros komiteto prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės direktoriaus 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. T-131 „Dėl valstybės informacinių sistemų kūrimo metodinių dokumentų patvirtinimo“ (*Žin.*, 2004, Nr. [155-5679](#))).

51. Prioritetas teikiamas jungtiniams projektams, t. y. projektams, numatantiems įstaigų bendradarbiavimą konsoliduojant lėšas ir žmogiškuosius gebėjimus.

52. Sprendimą dėl projekto pagal Programą finansavimo ir įtraukimo į projektų sąrašą priima SAM, derinama su Sveikatos reformos programos nuostatomis.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

53. Programą įgyvendina SAM, SPI, institucijos ir įstaigos prie SAM.

54. Programos įgyvendinimą koordinuoja SAM.

IX. SIEKIAMI REZULTATAI

55. Įgyvendinus šią Programą, bus sukurtas *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* pagrindas, pagerės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas bei bus užtikrinta tolimesnė *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* eksploatacija ir plėtra.

56. Numatomi pasiekti šie kokybiniai rezultatai:

56.1. Paslaugų gyventojams ir pacientams srityje:

56.1.1. sukurtos ir prieinamos gyventojų, kuriems bent kartą nuo 2001 iki 2012 metų SPI buvo teikiamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) kompensuojamos paslaugos, elektroninės sveikatos istorijos (ESI); gyventojų elektroninės sveikatos istorijos kiekvieno apsilankymo SPI, kurios teikia iš PSDF kompensuojamas paslaugas, metu privaloma tvarka papildomos nustatytos struktūros duomenimis apie apsilankymo datą, priežastį, diagnozę, paskirtus tyrimus, paskirtą medikamentinį gydymą, išduotą laikino nedarbingumo pažymėjimą, paslaugas suteikusį gydytoją ir kt. Klinikinė informacija pildoma atsižvelgiant į SAM nustatytą detalumo lygį bei tipinių tekstų ir šablonų naudojimo apimtį. Kita informacija į elektroninę sveikatos istoriją įrašoma SPI nuožiūra.

56.1.2. Sudaryta galimybė gyventojams iš anksto užsiregistruoti šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto ambulatorinei konsultacijai, plečiant bei naudojant jau įdiegtas išankstinės registracijos priemones.

56.1.3. Sudaryta galimybė pacientams visose SPI, teikiančiose iš PSDF kompensuojamas paslaugas, gauti *e. receptą* kompensuojamiesiems vaistams bei pagal šį receptą įsigyti medikamentų visose su teritorinėmis ligonių kasomis sutartis sudariusiose vaistinėse.

56.1.4. Sudaryta galimybė pacientams visose SPI, sudariusiose sutartis su Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba, gauti elektroninį laikino nedarbingumo pažymėjimą.

56.1.5. Veikia Lietuvos *e. sveikatos* sistemos informacinis portalas (sukurtas naudojantis esamais informacinės visuomenės plėtros iniciatyvos rezultatais) pacientams, gydytojams ir *e. sveikatos* specialistams.

56.2. *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* kūrimo, palaikymo ir plėtros srityje:

56.2.1. Parengti dokumentai ir teisės aktai, reikalingi *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrai* įteisinti ir *e. sveikatai* plėtoti.

56.2.2. Parengti teisės aktai, reikalingi elektroninėms statistinėms ir finansinėms ataskaitoms, elektroniniam siuntimui tirtis ir konsultuotis, elektroniniam receptui, elektroniniam laikino nedarbingumo pažymėjimui, elektroninei epikrizei sukurti ir teikti. SPI ir vaistinėms nustatytos privalomų naudoti funkcijų bei *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrai* teikiamų duomenų apimtys bei pereinamojo laikotarpio terminai.

56.2.3. Parengti ir patvirtinti reikalavimai SPI informacinėms sistemoms (techninei ir programinei įrangai bei informacinės sistemos valdymo).

56.2.4. Patvirtinti SPI ir kitų sveikatos sektoriaus dalyvių informacinių sistemų integracijos su *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra* reikalavimai (duomenų rinkiniai, duomenų (tekstinės informacijos ir vaizdų) pateikimo reikalavimai, saugumo standartai, duomenų mainų techniniai sprendimai).

56.2.5. Parengtas ir patvirtintas reikalingų ar prioritetinių registrų ir klasifikatorių sąrašas. Funkcionuoja *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros veiklai* būtinų registrų ir klasifikatorių (pacientų katalogo, sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų praktikos licencijų registro, asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo

informacinės sistemos, Lietuvos Respublikos vaistinių preparatų registro, ligų ir sveikatos būklių klasifikatoriaus, asmens sveikatos priežiūros paslaugų klasifikatoriaus, operacijų ir procedūrų klasifikatoriaus ir kt.) duomenų tvarkymo bei keitimosi priemonės.

56.2.6. Įgyvendintos duomenų saugos priemonės, naudojant esamus viešojo administravimo sektoriaus sprendimus, įgyvendintos priemonės e. sveikatos dalyvių elektroninei tapatybei nustatyti, sukurti ir įdiegti centralizuotos infrastruktūros sprendimai e. sveikatos dalyvių elektroninei tapatybei ir autorizacijai valdyti.

56.2.7. Sukurtos ir įdiegtos šios pagrindinės *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* funkcijos: išankstinė paciento registracija ir paciento apsilankymo SPI registracija; elektroninės sveikatos istorijos įrašas; elektroninio siuntimo tirtis bei konsultuotis suformavimas; elektroninio recepto bei elektroninio laikino nedarbingumo pažymėjimo išdavimas; finansinių ir statistinių ataskaitų apie suteiktas paslaugas (statistinių formų f.025/a-LK ir f.066/a-LK) suformavimas ir pateikimas informacinei sistemai SVEIDRA; informacijos apie pacientų draustumą privalomuoju sveikatos draudimu priėmimas iš informacinės sistemos SVEIDRA ir pateikimas SPI; automatinis elektroninės sveikatos istorijos įrašo formavimas iš informacinės sistemos SVEIDRA duomenų bazės įrašų apie suteiktas paslaugas bei kompensuotus vaistus.

56.2.8. Sukurtos priemonės SPI ir atskirai dirbantiems šeimos gydytojams, neturintiems savo informacinių sistemų, jiems skirtoje virtualioje srityje kurti naujus bei peržiūrėti esamus EMI įrašus (tiek ambulatorinio, tiek ir stacionarinio sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo rezultato ar gydymo pabaigos įrašą ar epikrizę), kurių atitinkamos ištraukos automatinėmis priemonėmis būtų perduodamos į ESI.

56.2.9. Sukurta ir veikia *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* valdymo ir tvarkymo organizacija bei infrastruktūra, sukurta vartotojų pagalbos tarnyba, teikianti pagalbą techniniais klausimais bei bazinę pagalbą funkcionalumo klausimais, ir skambučių centras.

56.3. SPI informacinių sistemų – Lietuvos e. sveikatos sistemos komponentų – kūrimo, diegimo, palaikymo ir plėtros srityje:

56.3.1. Visos SPI, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos ar teikiamų paslaugų, finansuojamų iš PSDF, apimties, gali naudotis *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* paslaugomis, naudodamosi *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* teikiamais taikomaisiais sprendimais ar su ja susiedamos savo IS.

56.3.2. Visos SPI, kurios teikia iš PSDF kompensuojamas paslaugas, registruoja pacientus, sukuria naują ar papildo esamą EMI privalomais duomenimis (apsilankymo data, priežastis, diagnozė, paskirti tyrimai, paskirtas gydymas, nustatytas laikinas nedarbingumas, paslaugas suteikęs gydytojas ir kt.), išduoda pacientams elektroninį receptą, elektroninį nedarbingumo pažymėjimą.

56.3.3. Visos poliklinikos ir pirminės sveikatos priežiūros centrai, teikiantys specializuotą ambulatorinę pagalbą, bei ligoninių, kuriose per metus hospitalizuojama daugiau kaip 5 tūkst. pacientų, ambulatoriniai padaliniai užtikrina išankstinę pacientų registraciją pas gydytoją specialistą konsultuotis ambulatoriškai.

56.3.4. Visos su teritorinėmis ligonių kasomis sutartis sudariusios vaistinės išduoda gyventojams kompensuojamuosius vaistus pagal elektroninį receptą.

56.3.5. Visos stacionarines paslaugas teikiančios įstaigos, stacionare aptarnaujančios daugiau kaip 10 tūkst. pacientų per metus, ir visos ambulatorines paslaugas teikiančios įstaigos, aptarnaujančios daugiau kaip 90 tūkst. prirašytų pacientų, naudoja EMI tvarkymo IS, susietas su ESI naudojant *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą*.

57. Įgyvendinus programą, numatomi pasiekti šie kiekybiniai rezultatai (skaičiuojant įgyvendinimo rodiklius odontologinės įstaigos neįtraukiamos):

57.1. per metus SPI ir pas specialistus apsilankiusių pacientų, kurių reikalingi apsilankymo ar paslaugos suteikimo duomenys (ištraukos iš EMI) įvedami į elektroninę ESI, skaičius, lyginant su visų apsilankiusių pacientų skaičiumi, sudaro tokį procentą: siektina

reikšmė 2015 metais – 30 procentų;

57.2. šeimos gydytojų institucijų, naudojančių ESI pirminių duomenų tvarkymo priemonės (lokalias informacines sistemas arba e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros taikomuosius sprendimus specialistams ir SPI), santykinis skaičius: siektina reikšmė (2015 metais) – 30 procentų;

57.3. SPI, naudojančių EMI duomenų, kurių ištraukos yra pirminiai į ESI teikiami duomenys, tvarkymo priemonės (lokalias informacines sistemas arba e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros taikomuosius sprendimus specialistams ir SPI), santykinis skaičius: siektina reikšmė (2015 metais) – 30 procentų;

57.4. kompensuojamųjų ir receptinių vaistų realizacijos naudojant e. sveikatos sistemos elektroninio recepto funkcijas santykinis kiekis: siektina reikšmė (2015 metais) – 45 procentai kompensuojamųjų ir 20 procentų receptiniams vaistams;

57.5. klinikinės informacijos formų, generuojamų ir pateikiamų automatizuotai elektronine forma, skaičius, lyginant su visu formų skaičiumi, procentais: siektina reikšmė (2015 metais) – 5 procentai;

57.6. pacientų, besinaudojančių tiesioginėmis e. sveikatos sistemos paslaugomis, procentas: siektina reikšmė (2015 metais) – 15 procentų.

X. PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO POVEIKIO VERTINIMO KRITERIJAI

58. Programos įgyvendinimo poveikio vertinimo kriterijai:

58.1. Programos uždavinių įgyvendinimo laipsnis;

58.2. pacientų teigiamo Lietuvos e. sveikatos sistemos vertinimo procentas;

58.3. gydytojų teigiamo Lietuvos e. sveikatos sistemos vertinimo procentas;

58.4. teisinių ir normatyvinių dokumentų parengimo lygis;

58.5. Programos įgyvendinimo priemonės vykdančių institucijų bendradarbiavimo veiksmingumas;

58.6. Lietuvos e. sveikatos sistemos portalo lankomumo augimas pagal atskiras naudotojų grupes: gyventojai, pacientai, gydytojai ir e. sveikatos technologijų specialistai;

58.7. Programos priemonėms įgyvendinti skirtų lėšų panaudojimo efektyvumas.

59. Nustatomi tokie šios Programos uždavinių įgyvendinimo poveikio vertinimo kriterijai:

59.1. gyventojų, kuriems tvarkoma ESI, santykis su visų gyventojų skaičiumi;

59.2. gyventojų, kurie naudojami Lietuvos e. sveikatos paslaugomis interaktyviai, santykis su visų gyventojų skaičiumi;

59.3. pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų, naudojančių *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* ESI funkcijas, santykis su visais šeimos gydytojais;

59.4. ambulatorines paslaugas teikiančių specialistų, naudojančių *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* ESI funkcijas, santykis su visais ambulatorines paslaugas teikiančiais specialistais;

59.5. stacionarines paslaugas teikiančių įstaigų specialistų, naudojančių *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* ESI taikomuosius sprendimus, santykis su visais ligoninių specialistais;

59.6. SPI, naudojančių į *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą* integruotas savo IS, skaičius;

59.7. SPI, naudojančių į *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą* integruotas savo IS, santykis su visų SPI skaičiumi;

59.8. SPI, neturinčių IS ir registruotų kaip *e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros* taikomųjų sprendimų specialistams ir SPI naudotojai, santykis su visų SPI skaičiumi;

59.9. išrašytų ir realizuotų e. receptų visiems vaistams, naudojant sprendimų palaikymo

priemonės, santykis su visų išrašytų receptų skaičiumi;

59.10. elektroninių duomenų ir dokumentų (pvz., nedarbingumo lapelių, įvairių pažymų, išrašų) tarpinstitucinio keitimosi (perdavimo) santykis su visu jų skaičiumi.

XI. PROGRAMOS PRIORITETAİ

60. Paslaugos gyventojams ir pacientams:

60.1. į pacientus orientuoto portalo sukūrimas: pacientui naudingos informacijos pateikimas vienoje vietoje, e. sveikatos paslaugų katalogas gyventojams (pacientams) ir į jį įtraukta prieiga prie kitų sveikatos sektoriaus institucijų ir dalyvių e. paslaugų;

60.2. bazinio ESI, apimančio pirmą lygį pagal CDA¹ (angl. *CDA level-1*) sukūrimas ir esamų SPĮ IS prijungimas duomenims į ESI teikti;

60.3. gydytojo ir paciento sąryšio fakto ir rezultato registravimas bazinėje ESI;

60.4. siuntimų konsultacijai, gydymui ar tyrimui elektroninė paslauga;

60.5. medicininio recepto elektroninė paslauga;

60.6. išankstinės pacientų registracijos pas visų lygių specialistus plėtra;

60.7. Nacionalinės medicininės vaizdų sistemos sukūrimas.

61. SPĮ informacinių sistemų diegimas ir plėtra.

62. Bazinės bendro naudojimo infrastruktūros, t. y. technologinių ir organizacinių priemonių, kurios yra būtinos paslaugų gyventojams ir pacientams, SPĮ informacinių sistemų diegimui ir plėtrai, sukūrimas:

62.1. sukurti ir įteisinti bazinei ESI būtini sveikatos sektoriaus registrai, klasifikatoriai, terminologijos ir katalogai;

62.2. sukurta prieiga prie viešojo administravimo informacinių išteklių ir e. valdžios paslaugų;

62.3. prijungtos esamos SPĮ IS duomenims į ESI teikti;

62.4. sukurtas e. sveikatos paslaugų katalogas gyventojams (pacientams) ir į jį įtraukta prieiga prie kitų sveikatos sektoriaus institucijų ir dalyvių e. paslaugų;

62.5. sukurtas integracijos į Europos e. sveikatos erdvę pagrindas.

XII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

63. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija:

63.1. per 30 dienų nuo Programos įsigaliojimo surinks potencialių *Nacionalinių* projektų paraiškas (paraiškose turi būti nurodyta: trumpas projekto aprašymas, atitiktis projektų vertinimo kriterijams, numatomos įgyvendinimo priemonės ir vykdymo terminai, numatomi projekto vykdytojai, jų patirtis ir pasirengimas vykdyti projektą, detalizuoti biudžetai, projekto nauda pacientams);

63.2. surinks potencialių *Regioninių* projektų paraiškas (paraiškose turi būti nurodyta: trumpas projekto aprašymas, atitiktis projektų vertinimo kriterijams, numatomos įgyvendinimo priemonės ir vykdymo terminai, numatomi projekto vykdytojai, jų patirtis ir pasirengimas vykdyti projektą, detalizuoti biudžetai, projekto nauda pacientams);

Papildyta punktu:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

63.3. per 60 dienų nuo Programos įsigaliojimo parengs Programos įgyvendinimo priemonių planą.

Punkto numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

¹ CDA Level-1 – angl. *Clinical Document Architecture Level-1*, kaip sveikatos informatikos standarto *Health Level 7* dalis, nustato reikalavimus klinikinių dokumentų struktūrai, siekiant užtikrinti e. sveikatos sistemų sąveikumą ir suderinamumą.

64. E. sveikatos plėtros koordinacinė taryba:

64.1. per 30 dienų po potencialių *Nacionalinių* projektų paraiškų surinkimo išnagrinės projektų paraiškas, jų atitiktį Programai, projektų vykdymo tikslingumą ir pateiks išvadas dėl projektų vykdymo tikslingumo ir įtraukimo į Programos įgyvendinimo priemonių planą.

64.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai surinkus potencialias *Regioninių* projektų paraiškas, išnagrinės jų atitiktį Programai, projektų vykdymo tikslingumą ir pateiks išvadas dėl projektų vykdymo tikslingumo ir įtraukimo į Programos įgyvendinimo priemonių planą.

Papildyta punktu:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

65. Įgyvendinant Programą nuodugniai ir reguliariai vertinama esama situacija ir pasiekimai. Remiantis pasiektais rezultatais peržiūrima Programa, jos įgyvendinimo uždaviniai ir rengiamas tolesnės plėtros įgyvendinimo priemonių planas.

66. Programos įgyvendinimui bus naudojami kitų sričių nacionalinių veiklų ir projektų rezultatai (pvz., integralios valstybės registrų sistemos, elektroninio parašo, plačiajuosčio ryšio infrastruktūros, viešųjų paslaugų kūrimo rezultatai, Viešojo administravimo institucijų informacinių sistemų interoperabilumo sistema).

1 priedas. *Neteko galios nuo 2011-01-01*

Priedo naikinimas:

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1115](#), 2010-12-23, *Žin.*, 2010, Nr. 157-8002 (2010-12-31), i. k. 1102250ISAK00V-1115

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymo Nr. V-151 "Dėl E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo" pakeitimo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-965](#), 2014-09-18, paskelbta TAR 2014-09-30, i. k. 2014-13223

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymo Nr. V-151 „Dėl E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos patvirtinimo“ pakeitimo