MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
VADYBOS INSTITUTAS

EGLĖ CARONKUTĖ

ELEKTRONINIŲ SVEIKATOS PASLAUGŲ SKVERBTIS LIETUVOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
prof. dr. *Birutė Mikulskienė*

VILNIUS
2015

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

VADYBOS INSTITUTAS

ELEKTRONINIŲ SVEIKATOS PASLAUGŲ SKVERBTIS LIETUVOJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa *621L22004*

Vadovas

_____ prof. dr. *Birutė Mikulskienė*

2015-03-26

Recenzentas

_____

2015

Atliko

_____ stud. *E. Caronkutė*

2015-03-26

VILNIUS

2015

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS ... 4
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS ... 5
PRIEDŲ SĄRAŠAS ... 6
ŽODYNAS ... 7
ĮVADAS ... 8
1. E. SVEIKATOS SAMPRATA ... 12
2. E. SVEIKATOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE ... 16
2.1. Teisės aktai reglamentuojantys e. sveikatą Lietuvoje ... 16
2.2. E. sveikatos paslaugų įgyvendinimas Lietuvoje ... 22
3. INFORMUOTUMO SVARBA E. SVEIKATOS PERSPEKTYVOJE ... 25
4. NAUDOTOJO PORTRETO SAMPRATA ... 27
5. TYRYMO METODOLOGIJA ... 30
6. E. SVEIKATOS PASLAUGŲ ŽINOJIMAS IR NAUDOJIMASIS JOMIS ... 34
6.1. Informuotumas ir naudojimasis Elektroniniu nedarbingumo pažymėjimu ... 40
7. NAUDOJIMOSI E. SVEIKATOS PASLAUGOMIS DAŽNIS IR PRIEŽASTYS ... 45
7.1. E. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnio socialiniai-demografiniai netolygumai ... 45
7.2. E. sveikatos paslaugų naudojimosi priežastys ... 51
7.2.1. Pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį ... 52
7.2.2. Pagal socialinius-demografinius rodiklius ... 53
7.3. E. sveikatos paslaugų nesinaudojimo priežastys ... 55
7.3.1. Pagal socialines-demografines grupes ... 56
8. E. SVEIKATOS PASLAUGŲ INFORMACIJOS ŠALTINIAI ... 60
9. E. SVEIKATOS PASLAUGŲ VERTINIMAS IR DALYVAVIMAS ... 66
9.1. Vertinimas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį ... 68
9.2. Vertinimas pagal socialinius demografinius rodiklius ... 68
9.3. Gyventojų dalyvavimas e. sveikatos politikos formavime ... 70
10. SVEIKATOS PASLAUGŲ „ŽINOTOJŲ IR NAUDOTOJŲ PORTRETAI“ ... 71
IŠVADOS ... 74
REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI ... 76
LITERATŪROS ŠALTINIAI ... 77
SANTRAUKA ... 80
SUMMARY ... 81
PRIEDAI ... 82

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Dešimt e. sveikatos savybių, pagal G. Eysenbach (2001). 13-14 psl.
2 lentelė. E. sveikatos paslaugas žinančių ir jas naudojančių gyventojų dalis. 33-34 psl.
3 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas internetu, per televiziją ir per radiją pagal gyventojų amžių. 61 psl.
4 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš draugų, pažystamų, bendradarbių, per televiziją ir internete pagal gyventojų išsilavinimą. 62 psl.
5 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, internete ir per televiziją pagal gyventojų užimtumą. 62 psl.
6 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, registratūroje ir iškito medicinos personalo, pagal gyventojų šeimos dydį, t. y. nuo vaikų iki 17 metų, gyvenančių respondento namų ūkyje, skaičiaus. 63 psl.
7 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, iš šeimos narių ir internete, pagal gyventojų pajamų dydį, t. y. pajamų tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį, dydį (Lt). 64 psl.
8 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, registratūroje, iš šeimos narių, internete, per televiziją ir iš spaudos, pagal gyvenamą vietą. 64 psl.
9 lentelė. E. sveikatos paslaugų „žinotojų ir naudotojų portretai“ 71 psl.
10 lentelė. E. sveikatos paslaugos „Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu“ „žinotojo ir naudotojo portretai“ 72 psl.
11 lentelė. Dažnai besinaudojančio sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojo „portretas“. 72 psl.

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

*1 pav***.** Gyventojų, dalyvavusių apklausoje, pasiskirstymas gyvenamos vietos atžvilgiu. 31 psl.
2 pav. Gyventojų, naudojančių e. sveikatos paslaugas, pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą. 35 psl.
3 pav. Gyventojų, naudojančių e. sveikatos paslaugas, pasiskirstymas pagal amžių. 36 psl.
4 pav. Gyventojų, naudojančių e. sveikatos paslaugas, pasiskirstymas pagal išsilavinimą. 37 psl.
5 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio pasiskirstymas pagal lytį. 46 psl.
6 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo gyvenamosios vietos. 46 psl.
7 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį skirtingose amžiaus grupėse. 46 psl.
8 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo išsilavinimo. 47 psl.
9 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį skirtingose užimtumo grupėse. 48 psl.
10 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį skirtingose šeiminės padėties grupėse. 48 psl.
11 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį priklausomai nuo vaikų iki 17 metų skaičiaus namų ūkyje. 49 psl.
12 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo gyventojų pajamų dydžio. 50 psl.
13 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dažnio. 50 psl.
14 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių pasiskirstymas tarp gyventojų. 51psl.
15 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį. 52 psl.
16 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo amžiaus. 54 psl.
17 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų išsilavinimo. 55 psl.
18 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių pasiskirstymas tarp gyventojų. 56 psl.
19 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų amžiaus. 58 psl.
20 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų išsilavinimo. 58 psl.
21 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų pajamų dydžio. 59 psl.
22 pav. Informacijos šaltinių apie e. sveikatos paslaugas pasiskirstymas tarp gyventojų. 60 psl.
23 pav. E. sveikatos paslaugų savo sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimas gyventojų požiūriu. 67 psl.

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Tyrimo anketa, klausimų formuluotės.

2 priedas. Kai kurių tyrimo duomenų grafinis vaizdavimas:

1 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų užimtumo.

2 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų užimtumo.

3 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų šeiminės padėties.

4 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų šeimos dydžio.

5 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

6 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

7 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

8 pav. Teiginio „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

9 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamo vietos.

10 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi gyvenamos vietos.

11 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamos vietos.

12 pav. Teiginio „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamos vietos.

13 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos“ vertinimo priklausomybė nuo gyventojų amžiaus.

14 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamos vietos.

15 pav. Teiginio „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis“ vertinimo priklausomybė nuo šeimos dydžio.

ŽODYNAS

Elektroninė sveikata (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 teikiamos sveikatos priežiūros srityje.

Elektroninė sveikatos sistema (e. sveikatos sistema) – priemonių, skirtų sveikatinimo veiklai, pasitelkiant informacines ir ryšių technologijas, visuma.

Naudotojo portretas – tiksli ir glausta surinktų duomenų apie realius naudotojus santrauka.

ĮVADAS

Temos aktualumas. Elektroninė sveikata (toliau – 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“[1]. E. sveikatos paslaugos yra elektroninės paslaugos teikiamos sveikatos priežiūros srityje[2]. Tai yra pakankamai nauja sritis Lietuvoje, kuri pradėta vystyti nuo 2005 metų bandant sukuri Nacionalinę elektroninės sveikatos sistemą. Vienas iš pagrindinių teisės aktų reglamentuojantis e. sveikatos vystymą Lietuvoje yra „Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategija“ (toliau – Strategija), kuriame numatyta nuo 2014 m. pradėti paskutinį Strategijos įgyvendinimo etapą[3].

Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtra išgyveno ne vieną iššūkį ir nesėkmę, kai įdėtos pastangos neatnešė tikėtinų rezultatų, tačiau taip pat reikia pripažinti ir nemenkus proveržius kuriant atskiras jos dalis. Šiuo metu jau beveik visose sveikatos įstaigose veikia bent keletas e. sveikatos modulių, daug kur – elektroninė registracija pas gydytoją, kai kurie pacientų sveikatos istorijos įrašai pildoma elektroniniu būdu. Kuriamos vis sudėtingesnės naujos e. sveikatos paslaugos. Pagrindiniai e. sveikatos sistemos naudotojai yra sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, gyventojai, sprendimų priėmėjai, informacinių technologijų firmų darbuotojai, viešojo administravimo institucijos ir kt. Tačiau pagrindiniai naudotojai, kuriems tarnauja visa sveikatos sistema, yra gyventojai.

Norint kryptingai tobulinti e. sveikatos sistemą ir padidinti gyventojų naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis, reikia turėti specifinių žinių apie sistemos trūkumus. Geriausiai veikiančios e. sveikatos prieinamumą rodo naudotojai ir jų noras naudotis sukurtomis sistemomis. Sužinojus, kokį / kokius e. sveikatos paslaugų „naudotojo portretą / portretus“ pagal socialines-demografines grupes tenkina dabartinė e. sveikatos sistema, t. y. kokie gyventojai, atsižvelgiant į jų socialines-demografines grupes, naudojasi arba labiau linkę naudotis e. sveikatos paslaugomis, galima gauti informacijos apie veikiančios sistemos trūkumus, ieškoti sprendimų, kaip pritraukti kitus naudotojus. „Naudotojo portretas“ atskleidžia būdingus tam tikros tikslinės naudotojų grupės bruožus ir leidžia prognozuoti kitų

[1] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 19 d. įsakymas Nr. V-136 *„Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio d, įsakymo Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“ pakeitimo“*. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 21-1015.
[2] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-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“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157-8002.
[3] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430.

naudotojų elgesį ateityje. „Naudotojo portretas“ yra viena iš pripažintų e. paslaugos tinkamumo gerinimo priemonių[4].

E. sveikatos sistemos yra kuriamos siekiant suvaldyti didelius informacinius srautus, kuriuos generuoja sveikatos apsaugos sistema. Šiuos srautus suvaldžius, pagerėja teikiamų sveikatos paslaugų kokybė, padidėja visos sistemos rezultatyvumas bei pagerėja resursų naudojimo efektyvumas[5]. Tuo pačiu e. sveikatos sprendimai sukūrė reikšmingą rinką ir daro poveikį ekonomikai, užimtumui bei inovacijoms[6]. Tai tampa galingu instrumentu, kuris be teigiamų pokyčių, įneša ir nemažai neplanuotų pokyčių: keičia įprastus darbo principus, keičia požiūrį į sveikatos resursus ir jų valdymą, galų gale keičia sveikatos institucijų organizacines struktūras. O e. sveikatos naudotojais tampa visi, pradedant sveikatos specialistais ir baigiant pacientais bei politikais. Sveikatos informaciniai sprendimai tampa svarbūs ne tik sveikatos priežiūros institucijoms, bet ir pacientui bei gyventojui plačiąja prasme. Tai gi e. sveikata, kaip informacijos valdymo sistema, didina sveikatos paslaugų teikimo efektyvumą bei suteikia pacientui daugiau saugumo valdant savo duomenis. Todėl paciento / vartotojo išmanymas apie konkrečią e. sveikatos paslaugą, e. sveikatos paslaugų prieinamumą, jų naudą bei veikimo principus yra svarbus faktorius kuriant naujas e. sveikatos paslaugas. Praktika rodo, kad pasirengimas teikti naujas paslaugas, o vėliau ir paslaugos egzistavimas negarantuoja, kad jos naudotojai turės reikiamos informacijos apie ją. O tai savaime tampa trukdžių tobulinant paslaugą.

Temos ištirtumas. Lietuvoje tyrimų, susijusių su e. sveikatos paslaugas žinančių gyventojų ir e. sveikatos paslaugas naudojančių gyventojų aprašymu, iki 2014 m. atlikta vos keletas. Dauguma jų apima siaurą naudotojų grupę, tam tikros ligoninės pacientus, aprašomos tik kelios socialinės-demografinės grupės, pavyzdžiui lyties ar tam tikros amžiaus grupes atžvilgiu. 2009 metais atliktas „Elektroninės sveikatos paslaugų ir jų poreikio vertinimo“ tyrimas Klaipėdoje. Tyrime dalyvavo Klaipėdos universitetinėje ligoninėje besilankantys pacientai. 2010 metais atliktas „Pacientų nuomonės apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose pagal pacientų amžių“ tyrimas. Tyrimuose nenustatomas detalus e. sveikatos paslaugas žinančių gyventojų ar jas naudojančių gyventojų „portretas“. Kurio nustatymas yra vienas iš pagrindinių šio tyrimo uždavinių.

Tyrimo objektas. Tyrimo objektas yra e. sveikatos paslaugos teikiamos Lietuvoje.

Tyrimo problemos. Ar gyventojų e. sveikatos paslaugų žinojimas atitinka naudojimąsi jomis? Kokie socialiniai-demografiniai netolygumai yra tarp e. sveikatos paslaugas žinančių gyventojų ir tarp šias paslaugas naudojančių gyventojų? Kokie socialiniai-demografiniai netolygumai yra tarp

[4] Pruitt, J.; Adlin, T. *The Persona Lifecycle: Keeping People in Mind Throughout Product Design.* Morgan Kaufmann Publishers, San Francisco, CA, 2006.
[5] Stead, W.W., Kelly, B.J., and Kolodner, R.M. 2005. Achievable Steps Toward Building a NationalHealth Information Infrastructure in the United States. . J Am Med Inform Assoc., 12, 2 p. 113–120.
[6] Friedman, C.P., Iakovidis, I., Debenedetti, L. Lorenzi, N.M. 2009. Across the Atlantic cooperation to address international challenges in eHealth and health IT: managing toward a common goal. Int J Med Inform.,78, 11, p. 778-784.

gyventojų ir naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio? Kokios priežastys lemia naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis skirtingose socialinėse-demografinėse grupėse? Kaip gyventojai vertina e. sveikatos pasaugas atsižvelgiant į jų socialiniais-demografines grupes? Kaip skirtingų socialinių-demografinių grupių gyventojai sužino apie e. sveikatos paslaugas? Ar gyventojai dalyvauja e. sveikatos politikos formavime? Ar e. sveikatos paslaugų „naudotojų portretas“ atitinka dažno sveikatos priežiūros paslaugų „naudotojo portretą“?

Tyrimo hipotezės. E. sveikatos paslaugas gyventojai žino ir jomis naudojasi vienodai, nepriklausomai nuo jų – lyties; gyvenamos vietos; amžiaus; išsilavinimo; užimtumo; šeiminės padėties; šeimos dydžio; pajamų; naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis.

E. sveikatos paslaugomis gyventojai naudojasi dėl vienodų priežasčių, nepriklausomai nuo jų – lyties; gyvenamos vietos; amžiaus; išsimokslinimo; užimtumo; šeiminės padėties; šeimos dydžio; pajamų bei naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

E. sveikatos paslaugomis gyventojai nesinaudoja dėl vienodų priežasčių, nepriklausomai nuo jų – lyties; gyvenamos vietos; amžiaus; išsimokslinimo; užimtumo; šeiminės padėties; šeimos dydžio; pajamų.

E. sveikatos paslaugas gyventojai vertina vienodai nepriklausomai nuo jų – lyties; gyvenamos vietos; amžiaus; išsimokslinimo; užimtumo; šeiminės padėties; šeimos dydžio; pajamų bei naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

Tyrimo *tikslas* - įvertinti elektroninių sveikatos paslaugų paplitimą Lietuvoje gyventojų požiūriu.

Tyrimo *uždaviniai:*

1. Išanalizuoti e. sveikatos paslaugų teisinį reglamentavimą Lietuvoje.
2. Įvertinti gyventojų informuotumą apie e. sveikatos paslaugas bei naudojimąsi jomis atsižvelgiant į gyventojų socialines-demografines grupes.
3. Įvertinti gyventojų naudojimosi / nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastis atsižvelgiant į jų socialines-demografines grupes.
4. Nustatyti kaip gyventojai vertina e. sveikatos paslaugas savo sveikatos priežiūros įstaigose, ar dalyvauja formuojant e. sveikatos politiką.
5. Nustatyti e. sveikatos paslaugų „naudotojo portretą“ bei dažnai besinaudojančio sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojo „portretą“, palyginti tarpusavyje.

Informacijos rinkimas ir tyrimo metodai. Tyrimui atlikti buvo taikoma antrinės kiekybinių duomenų analizė metodas, kuri buvo atlikta naudojat statistinių duomenų apdorojimo programą SPSS. Tyrimui panaudoti įgyvendinant projektą „E-sveikatos plėtros integruotos transformacijos:

suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029/2013 atlikto kiekybinio gyventojų apklausos tyrimo empiriniai duomenys.

Praktinė reikšmė. Gautus duomenis galima pritaikyti įgyvendinant e. sveikatos paslaugų politiką Lietuvoje: siekiant didinti gyventojų informuotumą apie e. sveikatos paslaugas, didinti šių paslaugų prieinamumą bei naudojimąsi jomis. Taip gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Lietuvoje.

Darbo struktūra. Magistro baigiamasis darbas apima 81 puslapius, darbo pabaigoje pateikti 2 priedai. Pateiktos 11 lentelių, 23 paveikslai. Panaudota 36 literatūros šaltiniai.

Rašant magistro baigiamąjį darbą buvo išleistos šios *publikacijos*:

1. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *E. Sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje*. Studentų moksliniai tyrimai 2013/2014, Konferencijos pranešimų santraukos, I dalis, Lietuvos mokslo taryba, Vilnius, p. 29-31. ISBN 978-609-417-084-3
2. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *E-health Services “User profile” in Lithuanian / E. sveikatos paslaugų „naudotojų portretas“ Lietuvoje*. Health policy and management (Research journal) / Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbų žurnalas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, t. 7, Nr. 7, p. 31-47. ISSN 2029-3569
3. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *Customer perception of e-health service: availability and awareness.* “Social technologies'14: Social Technologies and Collective Intelligence", Conference abstracts, 23-24 October, 2014, Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania, p. 19-20. ISBN 978-9955-19-682-2 (online)
4. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *Customer perception of e-health service: availability and awareness*. International conference social technologies’14, “Development of Social Technologies in the Complex World: Special focus on Collective Intelligence”, Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania, p. 28-35. ISBN 978-9955-19-689-1 (online)

Skaitytas pranešimas nacionalinėje studentų konferencijoje Lietuvoje:

1. E. Caronkutė, B. Mikulskienė. E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. Konferencija „Studentų moksliniai tyrimai 2013/2014“, LMT, Vilnius (Lietuva), 2014 m. birželio 27 d., ISBN 978-609-417-084-3, p. 29-31.

Padėka. „E-sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029/2013 projektui už suteiktus empirinius duomenis antrinei kiekybinių duomenų analizei atlikti.

1. E. SVEIKATOS SAMPRATA

Elektroninė sveikata (toliau e. sveikata; angl. *ehealth* arba *e-health*) - tai viena iš naujausių sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos sričių Lietuvoje. Lietuvos teisės aktuose oficiali e. sveikatos sąvoka pirmą kartą buvo apibrėžta 2007 metais, kai tuometinis sveikatos apsaugos ministras Rimvydas Turčinskas patvirtino „Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategiją“ (toliau – Strategija). Pirmasis e. sveikatos sąvokos apibrėžimas skambėjo taip: „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“[7]. Vėliau, 2010 metais tuometinio sveikatos apsaugos ministro Algio Čapliko patvirtintu įsakymu, ši sąvoka buvo patobulinta ir išdėstyta taip: „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.“[8]. Iki 2015 metų šis apibrėžimas teisės aktuose nebuvo koreguojamas, todėl šiandieną oficialus e. sveikatos apibrėžimas skamba būtent taip.

Įvairioje literatūroje esama kitokių e. sveikatos apibrėžimų. J. Griškevičius ir J. Kizlaitis (2012) pažymi, kad e. sveikatos terminas yra vartojamas nenuosekliai[9]. Autoriai išskiria dvi grupes, vartojančių e. sveikatos terminą, jie teigia, kad vieni e. sveikatą sieja su sveikatos priežiūros informatika, tuo tarpu kiti šį terminą vartoja siauresne prasme, sieja su sveikatos priežiūros veikla internetu. Autoriai nurodo dažniausiai cituojamą mokslininko G. Eysenbach (2001) e. sveikatos apibrėžimą:

„Elektroninė sveikata yra besiplečianti sritis medicinos informatikos, visuomenės sveikatos ir verslo sandūroje, apimanti sveikatos paslaugas ir informaciją, perduodamą internetu ir susijusiomis technologijomis. Siauresne prasme terminas apibūdina ne tik techninę raidą, bet ir psichinę būseną, mąstymo būdą, elgseną ir įsipareigojimą tinkliškai, globaliai mąstyti, naudojant informacines ir komunikacines technologijas gerinti sveikatos priežiūrą lokaliai, regioniniu ir pasaulio mastu“ [10].

[7] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430.
[8] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 19 d. įsakymas Nr. V-136 *„Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio d, įsakymo Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“ pakeitimo“*. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 21-1015.
[9] Griškevičius J., Kizlaitis J. Mokomoji knyga, *Informacinės sistemos medicinoje*. Vilnius, „Technika“, 2012: p. 7-10.
[10] J. Med. Internet Res., 2001; 3(2): e20 [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>

G. Eysenbach išskyrė dešimtį dalykų (*The 10 e's in „e-health"*), kurie, anot jo, yra būdingi e. sveikatai (žr. 1 lentelę). Be lentelėje išvardintų savybių autorius taip pat nurodo, kad e. sveikata turėtų būti lengvai naudojama (angl. *easy-to-use*), įdomi (angl. *entertaining*), jaudinanti (angl. *exciting*) ir be jokios abejonės – egzistuojanti (angl. *exist*)[11].

1 lentelė. Dešimt e. sveikatos savybių, pagal G. Eysenbach (2001).

Iš ko susideda e. sveikata?	**Paaiškinimas**
Efektyvumas (**E**fficiency**)**	Didina sveikatos priežiūros efektyvumą, kartu sumažinant išlaidas. Vienas iš galimų būdų sumažinti išlaidas yra vengti pasikartojančių ir nebūtinų diagnostikų ar terapinių intervencijų, gerinant komunikaciją tarp sveikatos priežiūros įstaigų, įtraukiant į tai pacientą.
Sveikatos priežiūros kokybės didinimas (***E**nhancing quality of care*)	Didėjantis efektyvumas gerina kokybę. E. sveikata galėtų padidinti sveikatos priežiūros kokybę suteikiant galimybę palyginti skirtingus paslaugos teikėjus, įtraukiant vartotojus kaip papildomą „jėgą" kokybės užtikrinimui, bei nukreipiant pacientų srautus pas geriausios kokybės paslaugų teikėjus.
Paremta įrodymu (***E**vidence based*)	Kad e. sveikatos intervencijų veiksmingumas ir efektyvumas nebūtų tariamas, jos turėtų būti grindžiamos moksliškai pagrįstais metodais.
Pacientų ir vartotojų įgalinimas (***E**mpowerment of consumers and patients*)	Sudarydama galimybę vartotojams per internetą prieiti prie medicinos žinių bazių ir asmeninių elektroninių įrašų, e. sveikata atveria naujas galimybes į pacientą orientuotai (angl. *patient-centered*) medicinai.
Skatinimas (***E**ncouragement*)	Naujų tarpusavio santykių tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialisto skatinimas partnerystės link, kai sprendimai priimami dalijimosi būdu (angl. *in a shared manner*).
Švietimas (***E**ducation*)	Gydytojų švietimas naudojant interaktyvius šaltinius (tęstinis medicininis ugdymas) ir vartotojų sveikatos ugdymas, ligų prevencija.
Sąlygų sudarymas (***E**nabling*)	Sudaro sąlygas sveikatos priežiūros įstaigoms keistis informacija ir bendradarbiauti standartizuotu būdu.

[11] J. Med. Internet Res., 2001; 3(2): e20 [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>

1 lentelės tęsinys.

Išplėtimas (***Extending***)	Išplėsti sveikatos priežiūros apimtį už jos įprastinių ribų. Ir geografine prasme, ir konceptualia. E. sveikata suteikia galimybę vartotojams lengvai gauti sveikatos priežiūros paslaugas tiesiogiai iš globalių teikėjų. Šios paslaugos gali būti nuo paprasčiausių patarimų iki daug sudėtingesnių intervencijų ar produktų, pvz. medikamentai.
Etika (***Ethics***)	E. sveikata apima naujas paciento ir gydytojo bendravimo formas ir kelia naujus etinius uždavinius, tokius kaip interaktyvi profesionali praktika, kompetentingas sutikimas, privatumas ir nuosavybė.
Lygiateisiškumas (***Equity***)	Padaryti sveikatos priežiūrą kuo lygiateisiškesnę yra viena iš e. sveikatos perspektyvų, tačiau kartu gali iškilti grėsmė, kad e. sveikata gali padidinti spragą tarp „turtingųjų“ ir „beturčių“ (angl. „haves“ and „have-not“). Žmonės, neturintys pinigų, įgūdžių ir galimybių prieiti prie kompiuterio ir tinklų, negali naudoti kompiuterių efektyviai. Rezultate, ta pacientų dalis, kuri iš tikrųjų galėtų gauti didžiausią naudą iš informacijos apie sveikatą, yra mažiausiai tikėtina, kad ją gaus iš pažangių informacinių technologijų. Nebent politinės priemonės visiems užtikrina vienodas galimybes naudotis informacinėmis technologijomis. Skaitmeninė atskirtis šiuo metu yra paplitusi tarp kaimo ir miesto gyventojų, turtingų ir nepasiturinčių, jaunesnių ir vyresnių, vyrų ir moterų, ir taip pat tarp sergančių retomis ir paplitusiomis ligomis.

Sudaryta darbo autoriaus pagal:

1. J. Med. Internet Res., *The 10 e's in "e-health".* 2001; 3(2): e20.
2. Griškevičius J., Kizlaitis J. Mokomoji knyga, Informacinės sistemos medicinoje. Vilnius, „Technika“, 2012: p. 7-10.

J. Griškevičius ir J. Kizlaitis (2012) apibendrinę G. Eysenbach (2001) išskirtus e. sveikatai būdingus bruožus priėjo prie išvados, kad „elektroninės sveikatos terminas nusako šiuolaikinių informacijos ir komunikacijos technologijų panaudojimą tenkinat gyventojų, pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir administratorių (Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM), Valstybinė ligonių kasa (VLK) ir kitos sveikatos sistemą administruojančios institucijos) poreikius“[12].

[12] Griškevičius J., Kizlaitis J. Mokomoji knyga, *Informacinės sistemos medicinoje*. Vilnius, „Technika“, 2012: p. 7-10.

Europos komisiją e. sveikatą įvardina kaip priemones ir paslaugas, kurios dėl naudojamų informacinių ir ryšių technologijų gali pagerinti sveikatos priežiūrą, t. y. prevenciją, diagnostiką, gydymą, stebėjimą ir valdymą. Taip pat akcentuoja, kad e. sveikata gali būti naudinga visuomenei, kadangi naudojant e. sveikatos priemones ir paslaugas galimybių gauti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas daugėja, tuo pačiu sveikatos sektorius tampa veiksmingesnis[13].

Būtina pabrėžti, kad e. sveikatos ir elektroninių sveikatos paslaugų (toliau – e. sveikatos paslaugų) sampratos nėra tapačios. E. sveikata apima labai įvairias e. sveikatos paslaugas, tokias kaip: elektroninė sveikatos istorija[14] (toliau – ESI), elektroninė medicininė istorija[15] (toliau – EMI), išankstinės registracijos internetu sistema[16],[17] (į sveikatos priežiūros įstaigas), priminimas apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu[18],[19], elektroninis nedarbingumo pažymėjimas[20] ir kitas sveikatos priežiūros paslaugas susijusias su informacinėmis ir ryšių technologijomis. E. sveikatos paslaugų apibrėžimas Lietuvos teisės aktuose atsirado 2010 metais, tuometiniam sveikatos apsaugos ministrui Raimondui Šukiui įsakymu pakeitus „E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą“ (toliau – Programa). Pastarajame dokumente e. sveikatos paslaugų sąvoka apibrėžtą kaip elektroninės paslaugos sveikatos priežiūros srityje[21]. E. sveikatos paslaugos yra tik vienas iš e. sveikatos elementų.

[13] Europos Komisija. E. sveikata [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://ec.europa.eu/health/ehealth/portal/index_lt.htm>

[14] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-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“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157-8002.

[15] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-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“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157-8002.

[16] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079.

[17] Išankstinės pacientų registracijos sistema [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.sergu.lt/>

[18] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079.

[19] Išankstinės pacientų registracijos sistema [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.sergu.lt/>

[20] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079.

[21] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-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“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157-8002.

2. E. SVEIKATOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE

2.1. Teisės aktai reglamentuojantys e. sveikatą Lietuvoje

Pagrindiniai teisės aktai reglamentuojantys e. sveikatą Lietuvoje yra šie:

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas[22];
2. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas[23];
3. E. sveikatos plėtros 2007-2015 m. strategija[24];
4. E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programa[25];
5. E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planas[26];

LR Sveikatos sistemos įstatymas bei LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas yra daugiau bendrinio pobūdžio, tuo tarpu E. sveikatos plėtros 2007-2015 m. strategija, E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programa ir jos įgyvendinimo planas yra strateginio pobūdžio dokumentai.

LR Sveikatos sistemos įstatymas. LR Sveikatos sistemos įstatyme yra pateikiamas elektroninės sveikatos sistemos (e. sveikatos sistemos) apibrėžimas, kuris yra glaudžiai susijęs su e. sveikatos apibrėžimu. Įstatyme e. sveikatos sistema apibūdinama kaip priemonių, skirtų sveikatinimo veiklai, pasitelkiant informacines ir ryšių technologijas, visuma[27]. Lietuvos Respublikos e. sveikatos sistema reglamentuojama LR Sveikatos sistemos įstatymo III skyriuje. Skyriuje yra išdėstyta, kad[28]:

1. Sveikatos apsaugos ministerija koordinuoja ir prižiūri LR Elektroninės sveikatos sistemos įgyvendinimą.
2. „įgyvendinant Lietuvos Respublikos elektroninės sveikatos sistemos priemones, steigiama valstybės elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema.“ Sveikatos apsaugos ministerija yra šios informacinės sistemos valdytoja, o Vyriausybė tvirtina jos nuostatus ir skiria tvarkytoju.

[22] Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231 [aktuali redakcija]
[23] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317 [aktuali redakcija]
[24] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430.
[25] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079.
[26] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. V-570 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“ Valstybės žinios.* 2012, Nr. 136-6998.
[27] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231, 2 str. 18 p. [aktuali redakcija]
[28] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231, 13 prim str. 1-4 p. [aktuali redakcija]

3. „visi LNSS sveikatinimo veiklos valdymo ir vykdomieji subjektai, sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys ar gaunantys asmenys ir kiti asmenys, vykdydami teisės aktuose nustatytas funkcijas ar teikdami su sveikatinimo veikla susijusias paslaugas, privalo naudotis valstybės elektronine sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacine sistema ir teisės aktų nustatyta tvarka teikti ir gauti duomenis.
4. valstybės elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinių fondų, taip pat kitų teisės aktuose nustatytų finansavimo šaltinių.“

LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Šis įstatymas reglamentuoja „paciento teises ir pareigas, paciento atstovavimo ypatumus, paciento skundų nagrinėjimo ir žalos, padarytos jo sveikatai, atlyginimo pagrindus.“ Numato pacientų teises, tokias kaip[29]:

1. teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas;
2. teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą;
3. teisė į informaciją;
4. teisė nežinoti;
5. teisė susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose;
6. teisė į privataus gyvenimo neliečiamumą;
7. paciento teisė į anoniminę sveikatos priežiūrą;
8. teisė į žalos atlyginimą.

E. sveikatos plėtros 2007-2015 m. strategija. Strategijoje parengimo tikslas yra „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.“[30] Be to, kad strategijoje yra apibrėžtos tokios sąvokos kaip e. sveikata, elektroninis sveikatos įrašas (toliau – ESĮ) ir kitos, Strategijoje yra numatomi jos tikslai, kryptys bei uždaviniai, taip pat, kaip bus įgyvendina Strategija.

Iškelti du pagrindiniai **tikslai**, kurie skamba taip:

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

[29] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317 3 skr. [aktuali redakcija]
[30] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430. 5 skyrius

2. kurti ir plėtoti e. sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, pacientams, specialistams ir įstaigoms“[31].

Nustatytos pagrindinės **kryptys**, kuriomis numatoma įgyvendinti Strategiją:

1. „kurti ir plėtoti e. sveikatos sistemos pagrindą - elektroninį sveikatos įrašą (ESĮ);
2. kurti ir diegti esminius e. sveikatos sistemos taikymus, maksimaliai išnaudojant jos privalumus“[32].

Taip pat buvo iškelti Strategijos **uždaviniai**, atsižvelgiant į jos tikslus bei kryptis:

1. „Nacionalinės elektroninės sveikatos sistemos (NESS) kūrimas, palaikymas ir plėtra;
2. paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas ir plėtra;
3. sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų – nacionalinės e. sveikatos sistemos komponentų (posistemių) kūrimas, diegimas, palaikymas ir plėtra;
4. duomenų kokybės ir patikimumo užtikrinimas;
5. klinikinių sprendimų palaikymo priemonių diegimas;
6. medicininių vaizdų valdymo ir telemedicinos priemonių diegimas;
7. valdymo, statistikos ir atsiskaitymo ataskaitų, analizės priemonių diegimas;
8. e. sveikatos sistemos galimybių viešinimas ir vartotojų mokymas “[33].

Strategijos įgyvendinimas buvo reglamentuotas į tris etapus, kiekviename detaliai aprašoma, kas turėtų būti padaryta ar pasiekta per konkretų Strategijos įgyvendinimo etapą. Taigi Strategijos įgyvendinimo etapai buvo suskirstyti į tam tikrus laiko intervalus:

1. Pirmas etapas 2007 – 2010 metai.
2. Antras etapas 2011 – 2014 metai.
3. Trečias etapas 2014 – 2015 metai.

Kadangi tyrimo duomenys, kuriuos analizuosime tolimesniuose skyriuose, buvo gauti 2013 metų pabaigoje, trumpai apžvelkime, kas turėjo būti padaryta įgyvendinant Strategiją iki trečiojo etapo pradžios, t. y. iki 2014 metų. Pasibaigus antrajam etapui, turėjo būti pasiekti šie kiekybinei rezultatai[34]:

1. „ne mažiau kaip 50 proc. pacientų, apsilankiusių 2013 metais sveikatos priežiūros įstaigose, duomenys bus registruoti ESĮ;

[31] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430. 5 skyrius
[32] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430. 5 skyrius
[33] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430. 5 skr.
[34] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430. 41 p.

2. ne mažiau kaip 80 proc. šeimos gydytojų institucijų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
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;
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;
5. ne mažiau kaip 60 proc. sveikatos priežiūros įstaigų naudos ESĮ pirminių duomenų (EMĮ) tvarkymo priemones (lokalias informacines sistemas arba NESS kliento priemones);
6. ne mažiau kaip 20 proc. gyventojų naudosis tiesioginėmis e. sveikatos priežiūros paslaugomis;
7. ne mažiau kaip 50 proc. receptinių vaistų bus išrašoma ir realizuojama naudojant e. sveikatos sistemos elektroninio recepto funkcijas;
8. 100 proc. nedarbingumo lapelių bus perduodama per nacionalinę e. sveikatos sistemą“.

E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programa. Programa buvo parengta siekiant to paties tikslo, nurodyto Strategijoje. Šiame dokumente atsiranda daugiau su e. sveikata susijusi sąvokų t. y. elektroninė sveikatos istorija (ESI), elektroninė medicininė istorija (EMI), E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema. Programoje iškelti įvairūs tikslai, tiek gyventojo (paciento), tiek sveikatos priežiūros įstaigų atžvilgiu. Toliau išdėstoma, kaip atrodo tikslai iškelti gyventojo (paciento) atžvilgiu[35]:

1. „gauti patikimas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas;
2. būti informuotam ir lengvai pasiekti reikalingas sveikatinimo paslaugas;
3. būti tikram dėl sveikatinimo paslaugų tęstinumo:
    a. geografiškai;
    b. ir laike.“

Programoje taip pat keliami šie tikslai ir uždaviniai[36]:

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

[35] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079. 32.1 p.
[36] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079. 2010, Nr. 23-1079. 33 p.

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

2. Tikslas Nr. 2 – Plėtoti e. sveikatos paslaugas specialistams ir įstaigoms.
   a. Uždavinys Nr. 1 – Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų diegimas, plėtra ir integravimas į e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūrą;
   b. Uždavinys Nr. 2 – Medicininių vaizdų valdymo ir telemedicinos priemonių diegimas;
   c. Uždavinys Nr. 3 – Valdymo, statistikos ir atsiskaitymo ataskaitų, analizės priemonių diegimas;
   d. Uždavinys Nr. 4 – Klinikinių sprendimų palaikymo priemonių (angl. Decision Support Systems) diegimas;
   e. Uždavinys Nr. 5 – Gerinti e. sveikatos dalyvių žinias ir gebėjimus, padėti jiems naudojant e. sveikatos priemones ir užtikrinti informavimą apie e. sveikatos priemonių naudojimą.“

Tolimesnei e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros plėtrai išskiriami papildomi tikslai susiję su gyventojais[37]:

1. „suteikti vieningą ir patogią prieigą prie e. sveikatos paslaugų gyventojams:
   a. 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;
   b. naudojant e. paslaugas gerinti sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumą, geriau planuoti bei taupyti laiką.“

Programoje, kaip ir strategijoje buvo suformuluoti siekiami rezultatai. Pastebima, kad Programoje skirtingai nuo Strategijos buvo suformuluoti ne tik kiekybinei siekiami rezultatai, bet ir kokybinei. Būtent paslaugų gyventojams ir pacientams srityje iškelti šie numatomi pasiekti kokybiniai rezultatai[38]:

1. „Sukurtos ir prieinamos gyventojų, kuriems bent kartą nuo 2001 iki 2012 metų SPĮ buvo teikiamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) kompensuojamos paslaugos, elektroninės sveikatos istorijos (ESI); gyventojų elektroninės sveikatos istorijos kiekvieno apsilankymo SPĮ, kurios teikia iš PSDF kompensuojamas

[37] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079. 34.1 p.
[38] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079. 56.1 p.

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 apimtis. Kita informacija į elektroninę sveikatos istoriją įrašoma SPĮ nuožiūra.

2. Sudaryta galimybė gyventojams iš anksto užsiregistruoti šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto ambulatorinei konsultacijai, plečiant bei naudojant jau įdiegtas išankstinės registracijos priemones.
3. Sudaryta galimybė pacientams visose SPĮ, teikiančiose iš PSDF kompensuojamas paslaugas, gauti e. receptą kompensuojamiesiems vaistams bei pagal šį receptą įsigyti medikamentų visose su teritorinėmis ligonių kasomis sutartis sudariusiose vaistinėse.
4. Sudaryta galimybė pacientams visose SPĮ, sudariusiose sutartis su Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba, gauti elektroninį laikino nedarbingumo pažymėjimą.
5. Veikia Lietuvos e. sveikatos sistemos informacinis portalas (sukurtas naudojantis esamais informacinės visuomenės plėtros iniciatyvos rezultatais) pacientams, gydytojams ir e. sveikatos specialistams.“

Taip pat pastebima, kad Programoje vienas iš numatomų pasiekti kiekybinių rezultatų, kuris buvo suformuluotas ir Strategijoje, yra mažesnis nei buvo numatyta reikšmė Strategijoje. Programoje numatoma, kad siektina reikšmė pacientų dalis procentais besinaudojančių tiesioginėmis e. sveikatos sistemos paslaugomis 2015 metais yra 15 proc.[39], tuo tarpu Programoje 2014 metais siektina reikšmė buvo ne mažesnė nei 30 proc.

E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planas. Programos įgyvendinimo priemonių planas nuo 2009 metų buvo koreguojamas du kartus, paskutinė šio priemonių plano redakcija paskelbta 2012 metais. Priemonių plane, atsižvelgiant į Programos uždavinius, pateikiama: priemonės, kaip jie bus įgyvendinti; laukiamas rezultatas; siūlomas priemonės įvykdymo terminas; atsakingi vykdytojai, finansavimo šaltinis bei numatomos lėšos[40].

[39] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“. Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079. 57.6 p.
[40] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. V-570 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“ Valstybės žinios*. 2012, Nr. 136-6998. Priedas.

2.2. E. sveikatos paslaugų įgyvendinimas Lietuvoje

Lietuvoje e. sveikatos paslaugos pradėtos kurti 2005 metais, kai 2005-2007 metų laikotarpyje buvo bandoma sukurti centralizuotą Nacionalinę elektroninę sveikatos sistemą (toliau - NESS), kitaip dar vadinamas projektas NESS I. Valstybinė ligonių kasa (toliau – VLK) buvo paskirta pagrindine tvarkytoja ir įpareigota perimti NESS I rezultatus. Tačiau ilgainiui projektas žlugo. Nebuvo sukurta pilna teisinė bazė, užtikrinanti projektų tęstinumą, tai ir nebuvo teisinio pagrindo perduoti NESS I rezultatą valdyti VLK[41].

2007-2008 metų laikotarpyje pradėtas vykdyti naujas NESS II projektas. Projekto metu turėjo būti sukurta 11 NESS funkcijų (paslaugų) ir trijų didžiųjų Lietuvos regionų: Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos, sveikatos priežiūros įstaigų vidaus procesų automatizavimo e. sveikatos sistemos. NESS II projekto rezultatas buvo toks, kad universitetinių gydymo įstaigų, tarp jų Kauno klinikų, Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Santariškių klinikų informacinių sistemų kūrimui, medicinos personalo darbo vietų aprūpinimui buvo skirta apie 15 mln. litų. Vėliau buvo skiriamos papildomos lėšos tolimesnei sistemos funkcionalumo plėtotei. 2013 metų Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaitoje [42] teigiama, kad sukurtos sistemos veikė sėkmingai, gydymo įstaigos jomis naudojosi. Tuo tarpu 2011 metų Valstybinio audito ataskaitos išvadose teigiama, kad NESS II projekto "rezultatai nepasiekti planuota apimtimi, el. sveikatos funkcijas realizuoja kelios kitos neįsteigtos / neįteisintos informacinės sistemos, o daugelis funkcijų nenaudojamos dėl techninių trūkumų ar poreikio nebuvimo – nėra specifikuotos funkcionalios ir naudojamos nacionalinės sistemos."[43] NESS II projektas neišvengė nesėkmės. Atsirado nesutarimų dėl NESS II funkcijų kūrimo tarp SAM ir tuometinio paslaugų tiekėjo „Etnomedijos centro". Nuo 2009 metų pradžios ginčas tarp jų buvo spendžiamas teisme, dėl to projekto vykdymas buvo sustabdytas. Lėšos, skirtos projektui, perkeltos į SAM biudžetą[44].

SAM 2010 metais patvirtintuose e. sveikatos strateginiuose dokumentuose[45] numatė kurti e. sveikatos sistemą jau kitu pavadinimu – E. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (toliau - eSPBI IS). Programos vykdymas tęsėsi.

2011 metais buvo priimta Sveikatos sistemos įstatymo pataisa, kuria įstatymiškai įtvirtinta Lietuvos el. sveikatos sistema, apibrėžtas jos valdymas, įtvirtintas valstybės eSPBI IS steigimas.

---

[41] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio mėn. 11 d. įsakymu Nr. V-608 patvirtinta. *Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita.* 77 psl.

[42] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio mėn. 11 d. įsakymu Nr. V-608 patvirtinta. *Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita.* 77 psl.

[43] Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita, *Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas*. 2011, Nr. VA-P-90-2-10. 28 psl.

[44] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio mėn. 11 d. įsakymu Nr. V-608 patvirtinta. *Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita.* 77 psl.

[45] Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo". Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079. 23-1079. 3 p.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė buvo įpareigota patvirtinti šiam įstatymui įgyvendinti reikalingus teisės aktus, t. y. patvirtinti eSPBI IS nuostatus ir paskirti tvarkytojus[46],[47].

Situacija 2013 metų birželį, pasak Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaitos, Lietuvoje buvo vykdoma 29 e. sveikatos sistemos plėtros projektai, iš jų 16 nacionalinių bei 13 regioninių projektų. Projektai buvo numatomi užbaigti iki 2015 metų pradžios. Regioniniai projektai vystė gydymo įstaigų informacines sistemas, kurios turėtų teikti duomenis į centrinę informacinę sistemą – eSPBI IS. Nacionaliniai projektai vystė „respublikinio lygmens ir universitetinių ligoninių informacines sistemas, išankstinės pacientų registracijos sistemos plėtrą, sveikatos priežiūros specialistų bei sveikatos priežiūros įstaigų licencijų ir vaistų registrus, užtikrinančius kokybišką elektroninių paslaugų plėtrą sveikatos priežiūros įstaigose.“[48] Taip pat šioje ataskaitoje minima, kad buvo vykdomi 3 stambūs valstybės informacinės sistemos ir posistemių sukūrimo projektai: eSPBI IS, e. recepto bei medicininių vaizdų posistemės. Šiems trims projektams sukurti ir įdiegti 2013 metų birželį buvo paskelbtas paslaugų pirkimo viešasis konkursas.[49]

Išankstinė pacientų registracijos sistema. Išankstinė pacientų registracijos sistema – tai viena iš pirmųjų e. sveikatos paslaugų įdiegta Lietuvoje, kuri yra įgyvendinama nacionaliniu mastu. 2008 metais Vilniaus universitetinė ligoninė Santariškių klinikos kartu su partneriais baigė įgyvendinti šį projektą[50]. Ši sistema leidžia[51]:

1. „rezervuoti gydytojo priėmimo laiką internetu;
2. pacientams rinktis gydytojus iš skirtingų gydymo įstaigų;
3. automatiškai (SMS arba el. paštu) informuoti pacientą apie būsimo apsilankymo būklę, apsilankymo atšaukimą, siųsti priminimus ir pan.;
4. sistemoje užsiregistravusiam pacientui internete stebėti visų savo planuojamų bei įvykusių apsilankymų būklę;
5. gydytojui konsultantui iš anksto susipažinti su atvyksiančių pacientų duomenimis;
6. siunčiančiam gydytojui suformuoti siuntimą (kurį galima atspausdinti bei automatiškai elektroniniu būdu pridėti prie planuojamo paciento apsilankymo duomenų) bei stebėti savo siųstų pacientų apsilankymų būklę;

[46] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio papildymo ir įstatymo I dalies papildymo III skyriumi įstatymas. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 74-3541.
[47] Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita, *Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas*. 2011, Nr. VA-P-90-2-10. 10 psl.
[48] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio mėn. 11 d. įsakymu Nr. V-608 patvirtinta. *Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita.* 79 psl.
[49] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio mėn. 11 d. įsakymu Nr. V-608 patvirtinta. *Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita.* 79 psl.
[50] Neįgaliųjų reikalų departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. *Lietuvoje sukurta išankstinė pacientų registracijos sistema*. [interaktyvus] [žiūrėta 2015-03-25] < http://www.ndt.lt/lietuvoje-sukurta-isankstines-pacientu-registracijos-sistema/>
[51] Išankstinės pacientų registracijos sistema [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.sergu.lt/>

7. įstaigos administratoriams matyti gydytojų planuojamą krūvį, pacientų pasiskirstymą, automatiškai gauti statistines ataskaitas ir kitą informaciją, analizuoti pacientų registracijos procesą (kokiu laiku, koks kiekis, kokių pacientų registruojasi ir pan.) ir tuo pagrindu daryti įstaigos valdymo sprendimus.“

Projekto partneriai yra 20 didžiausių Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų. Prisijungus prie Išankstinės pacientų registracijos sistemos galima prisiregistruoti prie 70 sveikatos priežiūros įstaigų ir jų filialų Lietuvoje[52].

Elektroninis nedarbingumo pažymėjimas. Elektroninis nedarbingumo pažymėjimas (e. nedarbingumo pažymėjimas) – tai viena iš e. sveikatos paslaugų, kuri Lietuvoje pradėjo veikti nuo 2009 m. spalio 1 d., įsigaliojus Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos priimtam įsakymui „Dėl elektroninių nedarbingumo pažymėjimų bei elektroninių nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų pildymo ir išdavimo pereinamuoju laikotarpiu tvarkos aprašo ir jų formų patvirtinimo“[53]. Pastarajame įsakyme patvirtintas tvarkos aprašas galiojo iki tol, kol 2010 m. liepos 28 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos priimtos „Elektroninių nedarbingumo pažymėjimų bei elektroninių nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklės“[54] (toliau – Taisyklės).

Taisyklėse yra reglamentuojama, kad e. nedarbingumo pažymėjimai yra pildomi ir išduodami prisijungus prie Elektroninių nedarbingumo pažymėjimų bei elektroninių nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų tvarkymo sistemos (toliau vadinama – EPTS)[55].

---

[52] Išankstinės pacientų registracijos sistema [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.sergu.lt/>

[53] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2009 m. rugsėjo 29 d. įsakymas Nr. V-816/A1-597 *„Dėl elektroninių nedarbingumo pažymėjimų bei elektroninių nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų pildymo ir išdavimo pereinamuoju laikotarpiu tvarkos aprašo ir jų formų patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 117-5032.

[54] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2010 m. liepos 21 d. įsakymas Nr. V-653/A1-356 *„Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. v-533/a1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklių, šių pažymėjimų blankų, taip pat sunkių ligų, kuriomis sergantiems vaikams iki 18 metų stacionare ar medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje slaugyti išduodamas pažymėjimas ne ilgiau kaip 120 kalendorinių dienų per kalendorinius metus, sąrašo bei ligų ir būklių, dėl kurių suteikiamos papildomos 14 kalendorinių dienų nėštumo ir gimdymo atostogos, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 89-4740.

[55] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2010 m. liepos 21 d. įsakymas Nr. V-653/A1-356 *„Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. v-533/a1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklių, šių pažymėjimų blankų, taip pat sunkių ligų, kuriomis sergantiems vaikams iki 18 metų stacionare ar medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje slaugyti išduodamas pažymėjimas ne ilgiau kaip 120 kalendorinių dienų per kalendorinius metus, sąrašo bei ligų ir būklių, dėl kurių suteikiamos papildomos 14 kalendorinių dienų nėštumo ir gimdymo atostogos, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios*. 2010, Nr. 89-4740. 2 p., 89 p.

3. INFORMUOTUMO SVARBA E. SVEIKATOS PERSPEKTYVOJE

E. sveikatos sistemos kūrimas yra sunkus ir daugiaplanis uždavinys, kurio sprendimas gan stipriai priklauso nuo e. sveikatos vartotojų žinių apie sistemą lygio bei noro prisidėti savo žiniomis prie kūrimo proceso. Žinoma, e. sveikatos suinteresuotųjų noras prisidėti prie kūrimo procesų iš dalies priklauso nuo jų informuotumo (angl. *awareness*) lygio apie veikiančius procesus, supratimo, kad jų indėlis gali būti prasmingas. Pačios informacinės sistemos yra išskirtinės jau vien tuo, kad sukuria informuotumą individualiame kiekvieno vartotojo[56] lygmenyje bei jų grupei drauge.

Informuotumo moksliniai tyrimai išskiria tris informuotumo būdus[57]:

1. socialinis informuotumas, kai žmonės supranta tą socialinį kontekstą, kuriame vyksta konkretūs reiškiniai, tai yra e. sveikatos vartotojai tame tarpe ir pacientai turi informacijos apie e. sveikatos sistemą apskirtai ir juos pasiekia e. nedarbingumo pažymėjimo, kaip vienos iš e. sveikatos paslaugos turinio kokybės informacija ir pridedamoji vertė.
2. veiksmų informuotumas, kai suinteresuotieji yra informuojami apie veiksmus, susijusius su tiriamuoju objektu ir tai dažniausiai tampa svarbu kai naudojamasi bendrais resursais. Šiuo atveju e. nedarbingumo pažymėjimo paslaugos vartotojai gali turėti informacijos apie paslaugos vystymosi stadiją, paplitimą, kitų suinteresuotųjų nuomonę apie paslaugą, pasitenkinimo lygį.
3. veiklos informuotumas, kai bet kokie veiksmai vyksta platesniame organizaciniame kontekste, kurį sudaro organizacijos strategijos, tikslai, pasidalinimas funkcijomis ir atsakomybėmis, užduotimis, ištekliais. E. nedarbingumo pažymėjimo vartotojai išmano apie e. sveikatos ilgalaikius tikslus ir jų sąsajas su kitomis e. sveikatos paslaugomis.

Tai pat reikia pabrėžti, kad informuotumas yra dalis visos e. sveikatos paslaugos kūrimo grandinės pradedant nuo suvokimo ir pasirengimo, kad tokia inovatyvi paslauga yra neišvengiamai reikalinga. Pasiruošimas teikti, o vėliau ir vartoti inovatyvias paslaugas yra dažna sąvoka kai kalbama apie informacinių technologijomis grįstų paslaugų vartojimą[58]. Pasiruošimas kurti tokias inovatyvias

[56] Ray, P., Shahrestani, S., Daneshgar, F. 2005. The role of awareness modelling in cooperative management. Journal of Information Systems Frontiers, 7, p. 299–316.
[57] Carroll, J.M., Neale, D.C., Isenhour, P.L., Rosson, M.B., McCrickard, D.S. 2003. Notification and awareness: synchronizing task-oriented collaborative activity. International Journal of Human-Computer Studies, 58, 5, p. 605–632.
[58] Kwahk, K.Y., Lee, J.N. 2008. The role of readiness for change in ERP implementation: theoretical bases and empirical validation, Information Management, 45, p. 474-481.

paslaugas, kaip e. sveikata iš organizacijų pareikalauja netgi dar daugiau pastangų negu iš individualių e. sveikatos vartotojų, kai pavyzdžiui pacientų, nusiteikimo naudotis šiomis paslaugomis.

Pasiruošimas yra sudėtingas ir sunkus procesas, kuris sąlygoja esminius organizacinius pokyčius, tad vadovaujantis organizacijų pokyčių teorija[59], pasirengimas kurti e. sveikatos paslaugą subręsta esant dviem sąlygoms:

1. kai organizacija pajunta neišvengiamą poreikį naujoms elektroninėms paslaugoms sukurti;
2. kai organizacija sukaupia reikiamus išteklius ir kompetenciją tokioms paslaugoms kurti.

Šiame procese nemenkas vaidmuo tenka motyvacijai keistis – kurti e. sveikatos paslaugas ir motyvacija naudotis šiomis paslaugomis. Tai gi prieš imantis bet kokių veiksmų, pirmiausia atsiranda suvokimas (angl. *awareness*) apie veikiantį stimulą daryti pokyčius ir motyvacija[60]. Taip suformuojamas teorinis stimulus – reagavimo modelis (angl. *response model - awareness, motivation, and capability*), paaiškinantis, kaip e. sveikatos paslaugos pradedamos kurti[61]. Taigi kai organizacija viduje ir išorėje tampa pasiruošusi naujoms inovatyvioms paslaugoms kurti, išoriniai vartotojai – pacientai turi būti tinkamai informuoti, pasiekti reikiamą suvokimo lygį, paslaugų kūrimo palaikymui.

[59] Armenakis, A.A., Harris, S.G., Mossholder, K.W. 1993. Creating readiness for organizational-change, Human Relations, 46, p. 681–703.
[60] Kiesler, S., Sproull, L. 1982. Managerial response to changing environments: perspectives on problem sensing from social cognition, Administrative Science Quarterly, 27, p. 548 – 570.
[61] Yen, H.R., Wang, W., Wei, Ch.P., Hsu, Sh.H.Y., Chiu, H.Ch. 2012. Service innovation readiness: Dimensions and performance outcome. Decision Support Systems, 53, 4, p. 813–824.

4. NAUDOTOJO PORTRETO SAMPRATA

Literatūroje randamos įvairios „naudotojo portreto“ (angl. *user profile*) sąvokos, tokios kaip: persona (angl. *persona*), personos aprašymas (angl. *persona description*) arba vartotojo aprašymas (angl. *user description*). Dažnai autoriai šias sąvokas vartoja kaip sinonimus, tačiau jos nėra tapačios. „Persona[62] (angl. *persona*) – tai detalus įsivaizduojamo žmogaus aprašymas, pateikiant gerai žinomus, tiksliai apibrėžtus duomenis apie realius žmones“.

Kitaip tariant, „persona yra teorinis, stereotipiškas naudotojo apibūdinimas, sukurtas atitinkamai naudotojų grupei apibūdinti“[63]. Sąvoka „naudotojo portretas“ (angl. *user profile*) dažnai literatūroje klaidingai vartojama kaip „personos“ sinonimas. Neretai autoriai „naudotojo portretą“ (angl. *user profile*) pateikia kaip trumpą, daugiausiai demografinių-socialinių savybių aprašymą, todėl toks „naudotojo portretas“ negali būti tapatinamas su personos sąvoka[64]. „Naudotojo portretas“ arba aprašymas yra dalis detalaus personos aprašymo, todėl dažnai mokslininkai šiuos du metodus derina tarpusavyje. „Portreto“ sukūrimas yra pirmas ir svarbus etapas siekiant nustatyti, kokie asmenys turėtų būti įtraukti į paslaugos ar produkto projektavimą[65],[66].

Siekiant suprasti, kas yra „naudotojo portretas“, svarbu susipažinti su dar viena sąvoka – „į naudotoją (vartotoją) nukreiptas modelis“ angl. *User-centered design* (*UCD*) – tai plati sąvoka, vartojama apibūdinti projektavimo procesus, kuriuose galutinis naudotojas (vartotojas) turi įtakos, kokią formą ar pavidalą įgaus tam tikras produktas[67]. Dažniausiai produktas yra susiję su informacinėmis komunikacinėmis technologijomis[68], pvz., elektroninėmis sveikatos paslaugomis. Įtraukti naudotojus į *UCD* galima įvairiais būdais, tačiau svarbu yra tai, kad vienu ar kitu būdu naudotojai yra įtraukti ir dalyvauja tam tikro produkto projektavimo procese[69]. „Naudotojo portretas“ yra vienas iš *UCD* metodų. Šis metodas atsirado didėjant poreikiui analizuoti bei konsoliduoti didelį informacijos apie naudotojus kiekį, gautą interviu metu, iš apsilankymų internetinėse svetainėse, atsakinėjant į naudotojams pateiktus

[62] *Ibid*.
[63] Dayton, D. Audiences involved, imagined, and invoked: trends in user-centered interactive information design. In *Professional Communication Conference*. IPCC 2003, IEEE International, Piscataway, NJ, 2003.
[64] Cooper, A.; Reimann, R.; Cronin, D. *About Face, 3rd ed., The Essentials of Interaction Design.* Wiley Publishing, Inc., Indianapolis, IN, 2007.
[65] LeRouge, C., *et al. User profiles and personas in the design and development of consumer health technologies.* Int. J. Med. Inform. (2011), doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.03.006
[66] Karapanos, E.; Martens, J. B. Characterizing the Diversity in Users' Perceptions *Human-Computer Interaction – INTERACT 2007*. The Netherlands, Eindhoven, Eindhoven University of Technology, LNCS 4662, Part I, 2007, p. 515–518.
[67] Abras, C.; Maloney-Krichmar, D.; Preece, J. User-Centered Design. In Bainbridge, W. *Encyclopedia of Human-Computer Interaction.* Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.
[68] Pruitt, J.; Adlin, T. *The Persona Lifecycle: Keeping People in Mind Throughout Product Design*, Morgan Kaufmann Publishers, San Francisco, CA, 2006
[69] Abras, C.; Maloney-Krichmar, D.; Preece, J., *op. cit.*

klausimynus ir kitų naudotojų tyrimo formų. „Naudotojo portretas“ kaip *UCD* metodas pradėtas taikyti 1980-ųjų pradžioje inžinerijoje. Iki 1998 metų nebuvo vienos „naudotojo portreto“ koncepcijos, skirtingose disciplinose ji buvo nevienoda[70].

J. T. Hackos ir J. C. Redish knygoje „*User and Task Analysis for Interface Design*“ (1998) detaliai aprašo „naudotojo portreto“ koncepciją, pateikia metodologiją, kaip reikia kurti „naudotojo portretą“ ir kur jis yra naudojamas. Paprastai „naudotojo portretas“ yra tiksli ir glausta surinktų duomenų apie realius naudotojus santrauka. Skirtingai nei „personos“ aprašyme, „naudotojo portrete“ nėra pasakojama apie naudotojų patirtį, kaip naudotojas galvoja, jaučiasi ir elgiasi, taip pat nėra išgalvotų „portreto“ detalių siekiant sukurti kuo realesnį atvaizdą. Kai kuriais atvejais jis gali būti beasmenis, aprašomas abstraktus demografinių-socialinių rodiklių rinkinys[71].

„Naudotojo portreto“ ir „personos“ metodai taikomi ir e. sveikatos paslaugų kokybei gerinti. Pavyzdžiui, 2006 metais Jungtinių Amerikos Valstijų mokslininkai, atlikę tyrimą, kas naudojasi e. sveikatos paslauga – pacientų portalu, nustatė, kad paslauga daugiau naudojasi jaunesni, labiau pasiturintys bei retai sergantys pacientai. Mokslininkai priėjo prie išvados, kad reikia tobulinti portalą, išsiaiškinant, kokios kliūtys trukdo pacientų portalu naudotis tiems pacientams, kurie gali gauti daugiausia naudos iš to (t. y. dažniau sergantys, vyresni, mažiau pasiturintys gyventojai)[72]. 2007 metais atliktas Europos piliečių naudojimosi e. sveikatos paslaugomis septynių šalių tyrimas atskleidė Norvegijos, Danijos, Vokietijos, Graikijos, Lenkijos, Portugalijos bei Latvijos e. sveikatos paslaugų naudotojų skirtumus ir panašumus. Šiame tyrime taip pat buvo nustatyta, kad interneto naudojimas ieškant su sveikata susijusios informacijos neturi įtakos naudojimuisi kitomis e. sveikatos paslaugomis, tačiau naršymas internete ieškant informacijos apie sveikatą papildo, o ne pakeičia kitas e. sveikatos paslaugas[73]. 2012 metais mokslininkai pademonstravo, kaip šie metodai gali būti pritaikyti projektuojant ir plėtojant prietaisus, susijusius su e. sveikata senstančiai populiacijai, taip pat asmenims, turintiems specifinių poreikių, sergantiems cukriniu diabetu[74]. Kiti mokslininkai irgi priėjo panašias išvadas[75].

E. sveikata yra pakankamai jauna sritis Lietuvoje. Šiuo metu Lietuvoje yra įgyvendinama „Lietuvos e. sveikatos 2007–2015 metų plėtros strategija” (toliau – Strategija), kurioje nurodoma, jog nuo 2014 m. pradžios prasidėjo paskutinis Strategijos įgyvendinimo etapas[76]. Tyrimų, susijusių su e.

[70] Pruitt, J.; Adlin, T. *The Persona Lifecycle: Keeping People in Mind Throughout Product Design.* Morgan Kaufmann Publishers, San Francisco, CA, 2006.
[71] *Ibid*.
[72] Weingart, S. N.; Rind, D.; Tofias, Z; Sands, D. Z. Who Uses the Patient Internet Portal? The PatientSite Experience. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2006, 139 (1): 91 – 95.
[73] Andreassen, H. K., *et al. European citizens' use of E-health services: A study of seven countries.* BMC Public Health 2007, 7: 53.
[74] LeRouge, C., *et al*., *supra* nota 7.
[75] van Velsen, L., *et al*. *Personas: The Linking Pin in Holistic Design for eHealth. e*TELEMED 2012: The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, 2012.
[76] Lietuvos Respublikos sSveikatos apsaugos ministro įsakymas, , *supra* nota 1.

sveikatos paslaugų naudotojų aprašymu, iki 2013 m. atlikta vos keletas. Dauguma jų apima siaurą naudotojų grupę, tam tikros ligoninės pacientus, aprašomi tik keli socialiniai rodikliai, tokie kaip lytis, amžius. 2009 metais atliktas „Elektroninės sveikatos paslaugų ir jų poreikio vertinimo“ tyrimas Klaipėdoje. Tyrime dalyvavo Klaipėdos universitetinėje ligoninėje besilankantys pacientai. Tyrimo metu nustatyta, jog apie pusė respondentų nežinojo apie išankstinę registraciją pas gydytoją internetu, šios galimybės pageidavo didžioji dauguma apklaustųjų[77]. 2010 metais atliktas „Pacientų nuomonės apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose pagal pacientų amžių“ tyrimas. Nustatyta, kad e. sveikatos paslauga – išankstine registracija internetu daugiau naudojasi jaunesnio amžiaus gyventojai[78].

Taigi, siekiant, kad e. sveikatos paslaugos Lietuvoje sėkmingai plėstųsi ir tobulėtų, pirmiausia būtina išsiaiškinti, kokį e. sveikatos paslaugų „naudotojo portretą“ tenkina dabartinė e. sveikatos sistema Lietuvoje bei nustatyti tipinio e. sveikatos paslaugų naudotojo portretą. Tolesniems tyrimams apsibrėšime, kad e. sveikatos paslaugų naudotojas yra asmuo, kuris sąmoningai ir tikslingai siekia gauti sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas elektroninėmis priemonėmis, per atstumą.

[77] Stašys, R. *Elektroninės sveikatos paslaugos ir jų poreikio vertinimas,* Verslas, vadyba ir studijos, 2009, p. 246-260.
[78] Kairys, J., *et al.* Pacientų nuomonė apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose pagal pacientų amžių. *Medicinos teorija ir praktika*. 2011, 11(1): 55–64. ISSN, 1392-1312.

5. TYRYMO METODOLOGIJA

Tikslui įgyvendinti nuspręsta atlikti kiekybinį tyrimą. Siekiant atlikti reprezentatyvią kiekybinių duomenų analizę visos Lietuvos mastu reikalinga didelės imties gyventojų apklausa iš skirtingų miestų bei regionų. Todėl esant ribotam išteklių kiekiui, tiek finansinių, tiek laiko, tyrimui atlikti buvo pasirinkta ir taikoma antrinė kiekybinių duomenų analizė.

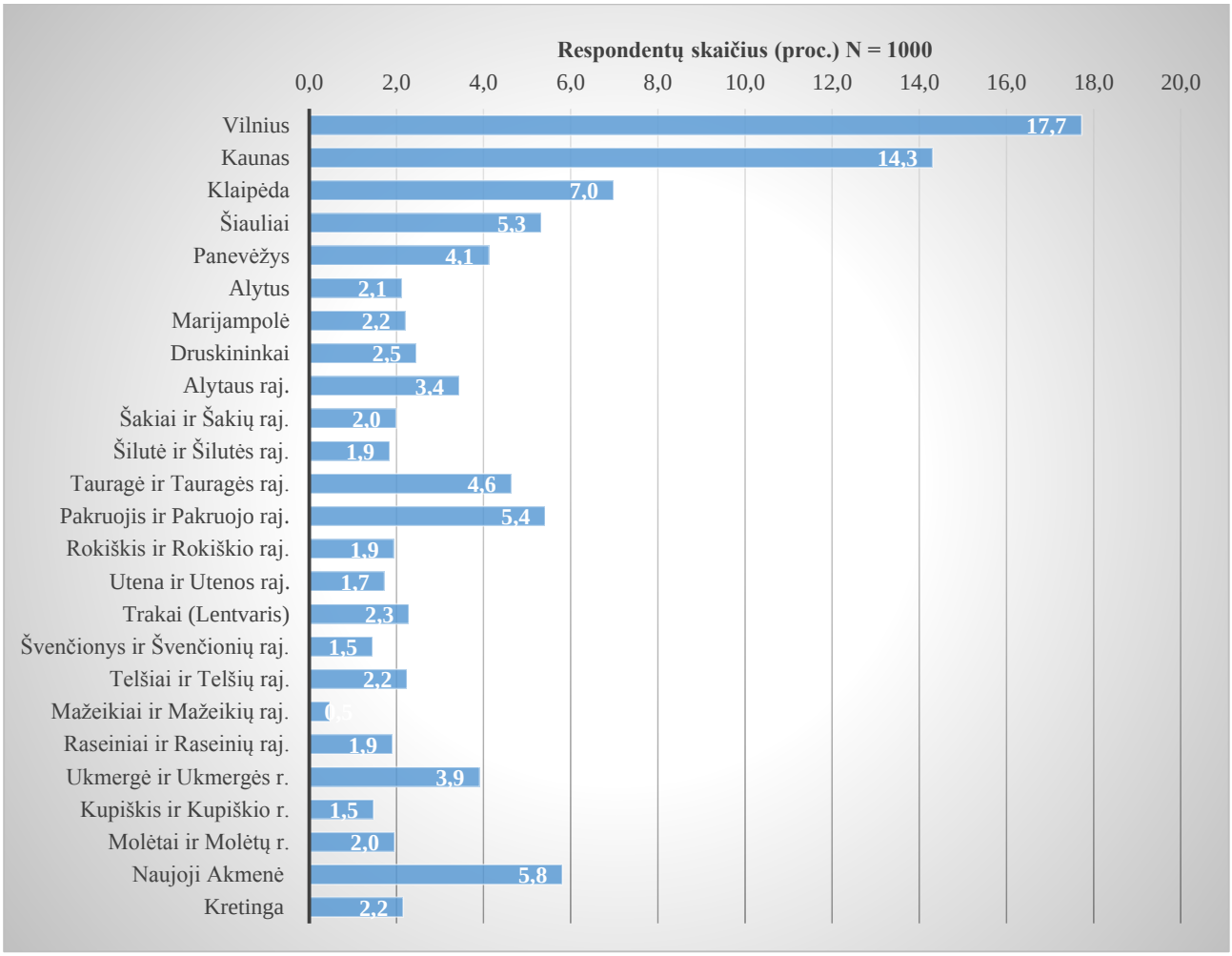
2013 metais liepos 5 – 15 dienomis buvo vykdomas momentinis paplitimo tyrimas, kurį atliko visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras „Vilmorus“. Kiekybiniams duomenims surinkti buvo taikoma anoniminė anketinė apklausa užpildyta interviu metodu respondentų namuose. Būtent šie surinkti empiriniai duomenys ir buvo panaudoti antrinei kiekybinių duomenų analizei atlikti ir pasiekti išsikeltą tikslą.

Anketa buvo sudaryta iš 27 klausimų (1 priedas). Ją galima būtų suskirstyti į kelias grupes: lankymasis sveikatos priežiūros įstaigose; informuotumas apie e. sveikatos paslaugas; e. sveikatos paslaugų naudojimas; informacijos šaltiniai apie e. sveikatos paslaugas; naudojimosi / nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastys; e. sveikatos paslaugų vertinimas; dalyvavimas formuojant e. sveiktos politiką.

Tyrimo metu buvo analizuojami nevisi anketoje pateikti klausimai. Analizei atlikti buvo pasirinkti tie klausimai, kurie buvo tinkami iškeltiems uždaviniams pasiekti. Uždaviniams - *išanalizuoti gyventojų e. sveikatos paslaugų žinojimą ir naudojimąsi jomis atsižvelgiant į jų socialines-demografines grupes*; *nustatyti e. sveikatos paslaugų „naudotojo portretą“ bei dažnai besinaudojančio sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojo „portretą“, palyginti tarpusavyje* buvo pasirinkti klausimai: *„Ar naudojotės ir kaip dažnai naudojotės sveikatos priežiūros paslaugomis per pastaruosius 2-jus metus?*“, „*Kokiose įstaigose lankotės dažniau?*“ (turima omeny sveikatos priežiūros įstaigas), „*Ar žinote šias e. sveikatos paslaugas?*“ (pateikta 14 e. sveikatos paslaugų sąrašas), *„Kokiomis e. sveikatos paslaugomis per pastaruosius 2-jus metus naudojotės Jūs ir / ar Jus gydantis gydytojas?“, „Kaip dažnai naudojotės e. sveikatos paslaugomis per pastaruosius 2-jus metus?“*. Uždaviniui – *išanalizuoti gyventojų naudojimosi / nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastis atsižvelgiant į jų socialines-demografines grupes*, buvo pasirinkti klausimai: *„Kodėl Jūs naudojatės e. sveikatos paslaugomis?“* ir *„Kas trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis“*. Uždaviniui – *nustatyti kaip gyventojai vertina e. sveikatos paslaugas savo sveikatos priežiūros įstaigose, ar dalyvauja formuojant e. sveikatos politiką*, buvo pasirinkti klausimai: *„Ar jūs sutinkate ar nesutinkate su šiais teiginiais apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPĮ)?: mano SPĮ yra platus e. sveikatos paslaugų spektras; mano SPĮ yra teikiamos kokybiškos e. paslaugos; mano SPĮ teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi; aš patenkintas/-a mano SPĮ teikiamomis e. paslaugomis“, “Kodėl jūs nepatenkinti / greičiau*

nepatenkinti Jūsų SPĮ teikiamomis e. paslaugomis?“, „Ar kas nors klausė / teiravosi Jūsų nuomonės apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?“, „Ar sveikatos priežiūros įstaigoje Jūs pats savo iniciatyva esate pateikęs siūlymus dėl e. sveikatos paslaugų?“, „Ar Jūs priklausote pacientų interesus atstovaujančiai organizacijai?“.

Tyrime dalyvavo vienas tūkstantis Lietuvos gyventojų iš įvairių miestų ir rajonų (žr. 1 pav.). Tyrimo objektas buvo 18 metų ir vyresni gyventojai. Respondentų atranka buvo parengta taip, kad kiekvienas Lietuvos gyventojas turėtų vienodą tikimybę būti apklaustas, taikyta daugiapakopė, tikimybinė atranka. Gauti kiekybiniai duomenys buvo perskirstyti, atsižvelgiant į tuo metu Lietuvos gyventojų pasiskirstymą pagal lytį ir amžių.



1 pav. Gyventojų, dalyvavusių apklausoje, pasiskirstymas gyvenamos vietos atžvilgiu (proc.).

Tyrime dalyvavusių gyventojų charakteristika ir suskirstymas į grupes. Tyrime dalyvavusių respondentų 45,3 proc. buvo vyrai bei 54,7 proc. – moterys.

Priklausomai nuo respondentų gyvenamosios vietos, pastarieji buvo suskirstyti į dvi grupes: didmiesčių gyventojus bei kitų miestų ir kaimų gyventojus. Didmiesčiuose gyvenančių

respondentų grupei priklausė tie respondentai, kurie gyveno Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose bei Panevėžyje, jie sudarė 46,4 proc. visų gyventojų. Kituose miestuose ar kaimuose gyvenančių respondentų grupei priklausė likę 53,6 proc. visų gyventojų.

Gyventojų amžius svyravo nuo 18 iki 90 metų, jų amžiaus vidurkis buvo 47,21 (± 18,29) metai. Tolimesniame tyrime respondentai buvo suskirstyti į tam tikras amžiaus grupes intervalais: 18-29 metų amžiaus, 30-39 metų amžiaus, 40-49 metų amžiaus, 50-59 metų amžiaus, 60-69 metų amžiaus bei 70 ir vyresnio amžiaus gyventojų grupes. 18-29 metų amžiaus grupę sudarė 21,9 proc. respondentų, 30-39 metų amžiaus – 15,9 proc., 40-49 metų amžiaus – 18,2 proc., 50-59 metų amžiaus – 16,9 proc., 60-69 metų amžiaus 12,2 proc. bei 70 ir vyresni – 14,9 proc. visų gyventojų.

Išsilavinimą nurodė 99,8 proc. respondentų. Pagal išsilavinimą gyventojai buvo suskirstyti į 3 grupes: nebaigę vidurio išsilavinimo, turintys vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą bei turintys aukštąjį išsilavinimą. Didžioji dalis respondentų turėjo (spec.) vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą (60,7 proc.), beveik trečdalis – aukštąjį (27,3 proc.), mažiausia dalis buvo neturinčių vidurinio išsilavinimo (11,8 proc.).

Užimtumą nurodė 99,8 proc. respondentų. Jie buvo suskirstyti į tokias grupes: bedarbių – 13,6 proc., pensininkų ir neįgaliųjų – 27,2 proc., studentų ir moksleivių – 6,5 proc., verslininkų ir vadovų – 9 proc., specialistų ir darbininkų – 43,1 proc.

Savo šeiminę padėtį nurodė 99,9 proc. respondentų. Jie buvo priskirti šioms grupėms: nevedę / netekėjusios – 21,6 proc., vedę / ištekėjusios – 47,7 proc., gyvenantys neregistruotoje santuokoje – 6,8 proc., išsiskyrę / išsiskyrusios – 11,7 proc., našliai / našlės – 12,2 proc.

Pagal tai kiek vaikų iki 17 metų imtinai gyvena respondentų namų ūkyje, jie buvo suskirstyti į grupes: nėra vaikų – 69,9 proc., gyvena vienas vaikas – 17,8 proc., gyvena du vaikai – 10,6 proc., gyvena 3 ir daugiau vaikų – 1,7 proc.

Vidutinė suma tenkanti vienam šeimos nariui per mėnesį buvo 890,88 (± 548,43) Lt. Pajamų dydį nurodė 87,4 proc. gyventojų. Tolimesniame tyrime respondentai buvo suskirstyti į tam tikras grupes intervalais atsižvelgiant į pajamų dydį: iki 400 Lt, 401-600 Lt, 601-800 Lt, 801-1000 Lt, 1001 Lt ir daugiau. Iki 400 Lt pajamų tenkančių vienam šeimos nariui gyventojų grupė sudarė 12,1 proc., 401-600 Lt – 16,5 proc., 601-800 Lt – 20,5 proc., 801-1000 Lt – 20,1 proc., 1001 Lt ir daugiau – 18,2 proc. respondentų.

Taigi tolimesniame tyrime gyventojai buvo analizuojami atsižvelgiant į jų socialines-demografines grupes, t. y. lytį, gyvenamąją vietą, amžių, išsilavinimą, užimtumą, šeiminę padėtį bei šeimos dydį ir pajamas. Taip pat analizuojant gyventojų informuotumą apie e. sveikatos paslaugas ar naudojimąsi jomis buvo atsižvelgiama į gyventojų naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dažnį

bei tai, kokiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) gyventojai lankosi dažniau – privačiose ar valstybinėse.

Siekiant 95 proc. patikimumo, bei 5 proc. tikslumo tiriamos populiacijos imties dydis turėjo būti ne mažesni kaip 384 populiacijos narių. Šio tyrimo imtis yra reprezentatyvi, kadangi imties dydis buvo 1000 Lietuvos gyventojų.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinių duomenų apdorojimo paketą „SPSS“ (17 versija), taip pat „WinPepi“ bei Microsoft Excel programas. Taikyta aprašomoji statistika, hipotezėms tikrinti buvo naudojami šie testai: kategorinių-nominalinių duomenų analizei naudotas chi kvadrato ($\chi 2$) testas ir tikslusis Fišerio (Fisher‘s) testas; kategoriniams-ranginiams duomenims palyginti dviejose grupėse buvo taikomas Mann – Whitney testas, daugiau nei dviejose – Kruskalio ir Walliso testas. Spearman koreliacijos koeficientas (r) naudotas parodyti dviejų kategorinių-ranginių kintamųjų statistinį ryšį ir jo kryptį. Duomenų skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p \leq 0,05$.

Tyrimui panaudoti įgyvendinant projektą „E-sveikatos plėtros integruotos transformacijos: suinteresuotųjų pusių tinklo perspektyva“ VP1-3.1-ŠMM-07-K-02-029/2013 atlikto kiekybinio gyventojų apklausos tyrimo empiriniai duomenys.

6. E. SVEIKATOS PASLAUGŲ ŽINOJIMAS IR NAUDOJIMASIS JOMIS

Siekiant išanalizuoti gyventojų informuotumą ir naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis buvo analizuojama 14 e. sveikatos paslaugų, kurios šiuo metu yra įgyvendintos arba iš dalies įgyvendintos Lietuvoje (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. E. sveikatos paslaugas žinančių ir jas naudojančių gyventojų dalis.

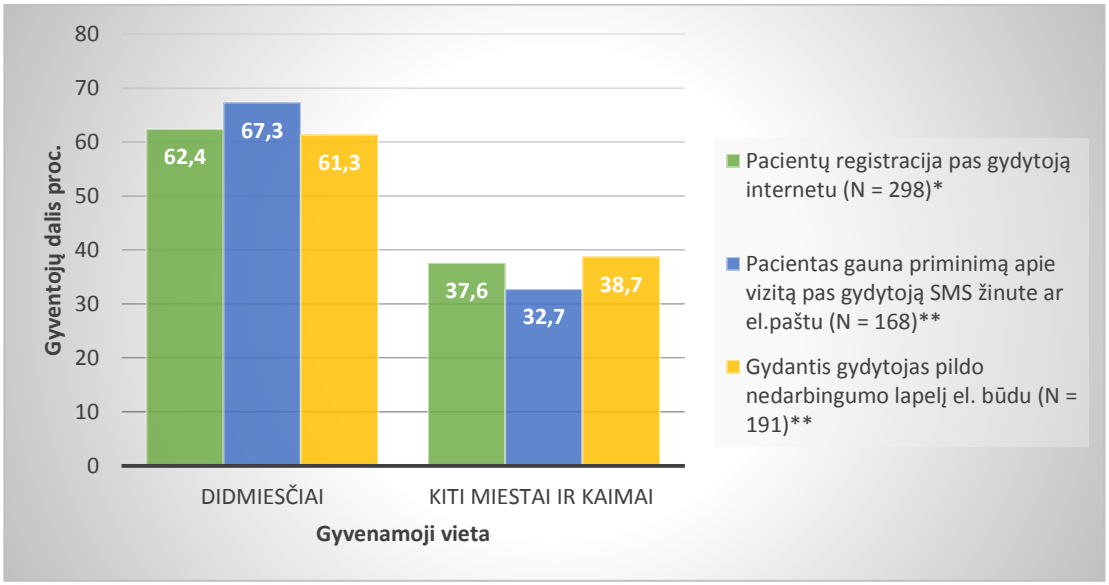
Eil. Nr.	E. sveikatos paslauga:	Gyventojų, žinančių paslaugą, dalis		Gyventojų, naudojančių paslaugą, dalis*	
		N	%	N	%
1.	**Pacientų registracija pas gydytoją internetu**	**660**	**66,0**	**297**	**45,0**
2.	**Pacientas gauna priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu**	**353**	**35,3**	**167**	**47,4**
3.	Gydantis gydytojas elektroniniu būdu registruoja paciento siuntimą konsultuoti, atlikti , tyrimus, gydytis pas savo įstaigos specialistus	334	33,4	157	47,0
4.	Gydantis gydytojas pildo ir išsiunčia elektroniniu būdu paciento siuntimą konsultuoti, atlikti tyrimus, gydytis į kitą gydymo įstaigą	273	27,3	93	34,1
5.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu tvarko medicininę informaciją apie paciento stacionarinį gydymą (anamnezė, nusiskundimai ir kt.)	237	23,7	76	32,2
6.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu užsako laboratorijos tyrimus ir/ ar gauna rezultatus	283	28,3	140	49,5
7.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu saugo ir / ar peržiūri skaitmeninius vaizdus (radiologinių ir/ar instrumentinių tyrimų rezultatus)	289	28,9	147	50,9
8.	Gydantis gydytojas pildo receptus el. būdu	129	12,9	21	16,3
9.	Gydantis gydytojas el. būdu planuoja hospitalizavimą (chirurginiam ar terapiniam gydymui ir kt.)	152	15,2	36	23,7

2 lentelės tęsinys.

10.	Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu planuoja imunoprofilaktiką (skiepijimus) ir/ar jų apskaitą	114	11,4	19	16,7
11.	Gydantis gydytojas naudojasi telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	108	10,8	27	25,0
12.	Gydantis gydytojas el. būdu stebi / seka nėštumo eigą	107	10,7	17	15,9
13.	Pacientas turi galimybę pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją	137	13,7	24	17,5
14.	**Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu**	**428**	**42,8**	**191**	**44,6**

*Apskaičiuota nuo paslaugą žinančių gyventojų.

Siekiant kuo tiksliau nustatyti e. sveikatos paslaugų „naudotojo portretą“ analizuojant duomenis buvo pasirinktos trys Lietuvos gyventojams geriausiai žinomos paslaugos: pacientų registracija pas gydytoją internetu (N = 660), gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu (N = 428) bei pacientas gauna priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu (N = 353). Šiomis paslaugomis naudojasi atitinkamai 45,0 proc. (N = 297), 44,6 proc. (N = 191) bei 47,4 proc. (N = 167) e. sveikatos paslaugas žinančių gyventojų.



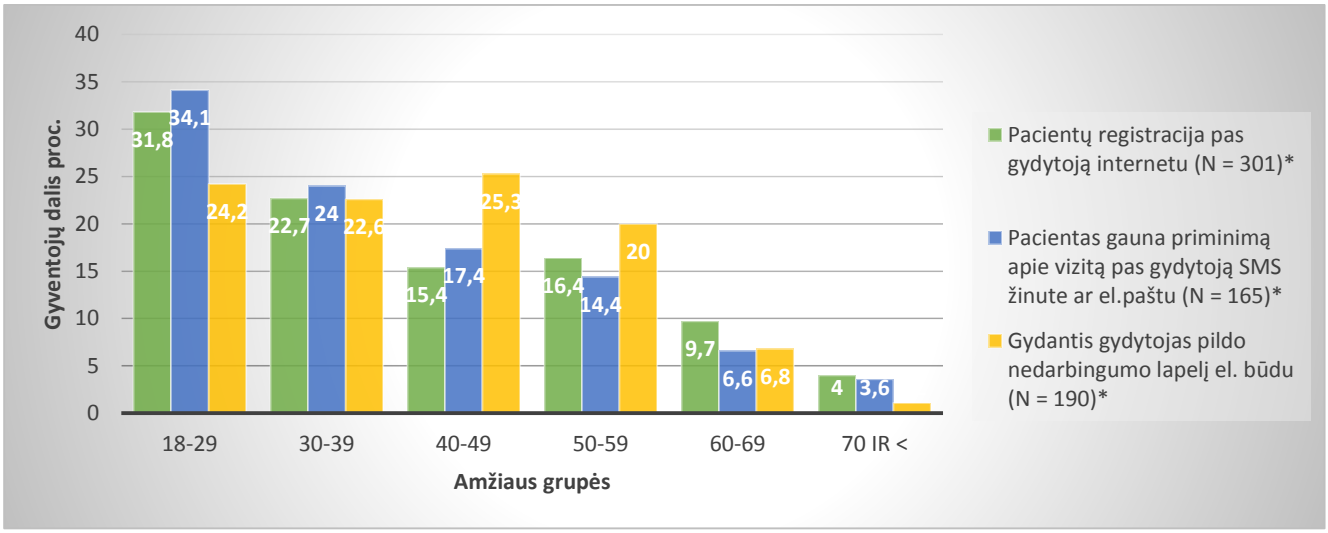
*p = 0,007; **p = 0,012;

2 pav. Gyventojų, naudojančių e. sveikatos paslaugas, pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą.

Tyrimas parodė, kad e. sveikatos paslaugas geriau žino moterys (nuo 57,9 proc. iki 60,8 proc.) nei vyrai (nuo 39,2 proc. iki 42,1 proc.) (priklausomai nuo paslaugos p = 0,004; p = 0,007). Nuo 33,3 proc. iki 41,4 proc. respondentų naudojančių e. sveikatos paslaugas yra vyrai, nuo 58,6 proc. iki 66,7 proc. – moterys (priklausomai nuo paslaugos p = 0,053; p = 0,741; p = 0,939), tačiau statistiškai patikimas skirtumas tarp lyties ir naudojimosi e. sveikatos paslaugomis nenustatytas.

E. sveikatos paslaugų regioninė skverbtis. Neturėtume stebėtis, kad e. sveikatos regioninė skverbtis kol kas siekia tik didmiesčius. Apie e. sveikatos paslaugas tiek daugiau žino (nuo 55,4 proc. iki 59,9 proc.; p ≤ 0,001), tiek daugiau naudoja (nuo 61,3 proc. iki 67,3 proc.; priklausomai nuo paslaugos p = 0,007; p = 0,012) didmiesčių gyventojai. Nuo 40,1 proc. iki 44,6 proc. respondentų, žinančių e. sveikatos paslaugas, gyvena kituose miestuose ar kaimuose, tokių gyventojų tarp respondentų, naudojančių e. sveikatos paslaugas, yra nuo 32,7 proc. iki 38,7 proc. (žr. 2 pav.)

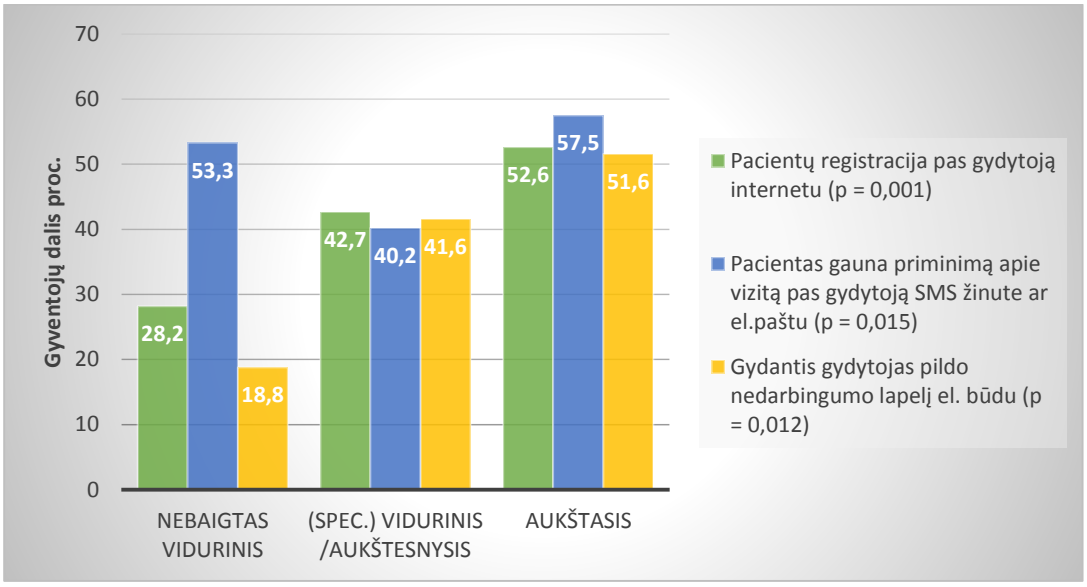
Amžius ir e. sveikatos paslaugų žinomumas. E. sveikatos paslaugų žinojimas (p ≤ 0,001) ir naudojimasis (p ≤ 0,001) jomis priklauso nuo amžiaus, šias paslaugas daugiau žino ir jas naudoja jaunesnio amžiaus gyventojai. Respondentai iki 29 metų sudarė ketvirtadalį paslaugas žinančių gyventojų (21,3 proc. – 26,6 proc.), 30–39 metų amžiaus grupė sudarė nuo 17,2 proc. iki 20,7 proc. tokių gyventojų, 40–49 metų amžiaus grupė nuo 19,4 proc. iki 24,1 proc., 50– 59 – nuo 15,0 proc. iki 18,5 proc., 60–69 – nuo 11,0 proc. iki 12,1 proc., 70 ir vyresni – nuo 4,9 proc. iki 9,2 proc. Respondentai iki 29 metų sudarė trečdalį paslaugomis besinaudojančių gyventojų (24,2 proc. – 34,1 proc.), 30–39 metų amžiaus grupė sudarė nuo 22,6 proc. iki 24,0 proc. tokių gyventojų, 40–49 metų amžiaus grupė – nuo 15,4 proc. iki 25,3 proc., 50–59 – nuo 14,4 proc. iki 20,0 proc., 60–69 – nuo 6,6 proc. iki 9,7 proc., 70 ir vyresni – nuo 1,1 proc. iki 4,0 proc. (žr. 3 pav.).



* p ≤ 0,001

3 pav. Gyventojų, naudojančių e. sveikatos paslaugas, pasiskirstymas pagal amžių.

Išsilavinimas ir e. sveikatos paslaugų žinomumas. E. sveikatos paslaugų žinojimas ($p \leq 0,001$) ir naudojimasis jomis (priklausomai nuo paslaugos $p = 0,001$; $p = 0,015$; $p = 0,012$) priklauso nuo gyventojų išsilavinimo. Kuo aukštesnis gyventojų išsilavinimas, tuo daugiau gyventojų žino apie e. sveikatos paslaugas ir jomis naudojasi. Paslaugas žino nuo 49,5 proc. iki 79,1 proc. aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų, nuo 33,6 proc. iki 66,7 proc. turinčių specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą, nuo 12,0 proc. iki 33,1 proc. nebaigusių vidurinio išsilavinimo. Paslaugomis naudojasi nuo 51,6 proc. iki 57,5 proc. aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų, nuo 40,2 proc. iki 42,7 proc. turinčių specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą, nuo 18,8 proc. (N = 3) iki 53,3 proc. (N = 8) nebaigusių vidurinio išsilavinimo (žr. 4 pav.).



4 pav. Gyventojų, naudojančių e. sveikatos paslaugas, pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

Užimtumas ir e. sveikatos paslaugų žinomumas Skirtingo užimtumo gyventojai e. sveikatos paslaugas žino ($p \leq 0,001$) ir jomis naudojasi ($p \leq 0,001$) nevienodai. Pensinio amžiaus ar neįgalūs gyventojai šias paslaugas žino (nuo 23,5 proc. iki 51,6 proc.) mažiausiai. Bedarbių, žinančių e. sveikatos paslaugas, dalis svyruoja nuo 28,7 proc. iki 57,4 proc. Geriausiai paslaugas žino moksleiviai ir studentai (nuo 33,8 proc. iki 78,5 proc.), darbininkai ir specialistai (nuo 39,5 proc. iki 74,9 proc.), verslininkai ir vadovai (nuo 44,4 proc. iki 74,4 proc.). Mažiausiai e. sveikatos paslaugomis naudojasi pensinio amžiaus ar neįgalūs gyventojai (nuo 16,9 proc. iki 29,1 proc.). Bedarbių, besinaudojančių paslaugomis, yra nuo 50,6 proc. iki 60,0 proc. Moksleivių ir studentų, besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis, dalis svyruoja nuo 27,3 proc. iki 66,7 proc., darbininkų ir specialistų – nuo 46,4 proc. iki 53,4 proc., verslininkų ir vadovų – nuo 39,2 proc. iki 55,0 proc.

Pastebėta, kad didelė dalis bedarbių žino ir naudojasi e. sveikatos paslaugomis. Nustatyta, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių bedarbių, žinančių e. sveikatos paslaugas, buvo jauni žmonės, didžiausią dalį sudarė 18–39 metų amžiaus grupės gyventojai (nuo 52,8 proc. iki 55,0 proc.). Taip pat dauguma šios grupės gyventojų turėjo specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą (nuo 37,8 proc. iki 61,5 proc.) ir aukštąjį išsilavinimą (nuo 29,5 proc. iki 57,1 proc.) bei gyveno didmiesčiuose (nuo 43,4 proc. iki 53,8 proc.). Taip pat dauguma tyrime dalyvavusių bedarbių, kurie naudojasi e. sveikatos paslaugomis, buvo jauni žmonės, didžiausią dalį sudarė 18–29 metų amžiaus grupės gyventojai (nuo 34,5 proc. 45,8 proc.). Dauguma bedarbių, naudojančių e. sveikatos paslaugas, turėjo specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą (nuo 44,4 proc. iki 72,4 proc.) ir aukštąjį išsilavinimą (nuo 24,1 proc. 48,0 iki proc.) bei gyveno didmiesčiuose (nuo 42,9 proc. iki 69,6 proc.).

Šeiminė padėtis ir e. sveikatos paslaugų žinomumas. E. sveikatos paslaugų žinojimas priklauso nuo gyventojų šeiminės padėties (priklausomai nuo paslaugos $p \leq 0{,}001$; $p = 0{,}005$). E. sveikatos paslaugas žino nuo 38,2 proc. iki 70,2 proc. santuokoje gyvenančių respondentų, nevedusių ar netekėjusių – nuo 38,9 proc. iki 69,9 proc., gyvenančių neregistruotoje santuokoje – nuo 35,8 proc. iki 67,6 proc., išsiskyrusių – nuo 31,9 proc. iki 62,1 proc. bei našlių – nuo 19,8 proc. iki 46,3 proc. Naudojimasis e. sveikatos paslaugomis ne visada priklauso nuo šeiminės padėties. Nustatyta, kad iš trijų analizuotų paslaugų tik viena e. sveikatos paslauga (pacientų registracija pas gydytoją internetu) priklauso nuo šeiminės padėties ($p = 0{,}007$). Šia paslauga naudojasi 53,0 proc. nevedusių ar netekėjusių, 47,0 proc. santuokoje gyvenančių, 39,7 proc. išsiskyrusių, 31,1 proc. neregistruotoje santuokoje gyvenančių bei 30,4 proc. našlių respondentų. Matyt, gyventojai šeimoje dalinasi informacija apie sveikatos priežiūros paslaugas ir tai svarbu įvertinti inovacijų diegimo procese.

E. sveikatos paslaugų žinojimas priklauso nuo šeimos, kurioje gyvena respondentas, dydžio, t. y. nuo vaikų iki 17 metų, gyvenančių respondento namų ūkyje, skaičiaus. Didesnėse šeimose gyvenantys respondentai e. sveikatos paslaugas žino geriau nei gyvenantieji mažesnėse (priklausomai nuo paslaugos $p = 0{,}003$; $p \leq 0{,}001$). Namų ūkių, kuriuose nėra vaikų iki 17 metų, e. sveikatos paslaugas žino nuo 32,5 proc. iki 63,7 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena vienas vaikas iki 17 metų – nuo 41,8 proc. iki 71,3 proc., du vaikai – nuo 39,6 proc. iki 71,7 proc. bei 3 ir daugiau vaikų – nuo 38,9 proc. iki 77,8 proc. Naudojimasis e. sveikatos paslaugomis ne visada priklauso nuo šeimos dydžio. Nustatyta, kad iš trijų analizuotų paslaugų tik viena e. sveikatos paslauga (pacientų registracija pas gydytoją internetu) priklauso nuo šeimos dydžio ($p \leq 0{,}001$). Šia paslauga daugiausia naudojasi tie gyventojai, kurių namų ūkyje gyvena vienas ir daugiau vaikų iki 17 metų. E. sveikatos paslauga naudojasi 40,2 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje nėra vaikų iki 17 metų, 58,3 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena vienas vaikas iki 17 metų, 53,9 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena du vaikai iki 17 metų, bei 30,8 proc. gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena 3 ir daugiau vaikų iki 17 metų.

Pajamos ir e. sveikatos paslaugų žinomumas E. sveikatos paslaugų žinojimas priklauso nuo gyventojų pajamų dydžio, t. y. nuo sumos, tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį, dydžio. Didesnes pajamas gaunantys gyventojai paslaugas žino geriau nei gaunantieji mažesnes (priklausomai nuo paslaugos $p = 0{,}001$; $p = 0{,}030$; $p \leq 0{,}001$). Gyventojų dalis, žinančių e. sveikatos paslaugas, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka iki 400 Lt, svyruoja nuo 34,7 proc. iki 60,3 proc. Tokių gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka nuo 401 Lt iki 600 Lt, dalis svyruoja nuo 30,9 proc. iki 64,0 proc., 601–800 Lt – nuo 25,9 proc. iki 55,1 proc., 801–1000 Lt – nuo 38,3 proc. iki 64,2 proc. bei 1001 Lt ir daugiau – nuo 40,1 proc. iki 77,5 proc. Naudojimasis e. sveikatos paslaugomis ne visada priklauso nuo pajamų dydžio. Nustatyta, kad iš trijų analizuotų paslaugų tik viena e. sveikatos paslauga (gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu) priklauso nuo pajamų dydžio ($p = 0{,}026$), šia paslauga daugiau naudojasi didesnes pajamas gaunantys gyventojai. E. sveikatos paslauga naudojasi 42,6 proc. gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka iki 400 Lt, 49,2 proc. – nuo 401 Lt iki 600 Lt, 32,8 proc. – nuo 601 Lt iki 800 Lt, 35,9 proc. – nuo 801 Lt iki 1000 Lt bei 61,0 proc. – 1001 Lt ir daugiau.

Naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis ir e. sveikatos paslaugų žinomumas. E. sveikatos paslaugų žinojimas (priklausomai nuo paslaugos $p = 0{,}010$; $p = 0{,}006$; $p = 0{,}012$) ir naudojimasis jomis (priklausomai nuo paslaugos $p \leq 0{,}001$; $p = 0{,}002$; $p = 0{,}001$) priklauso nuo naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dažnio. Gyventojai, dažnai besinaudojantys sveikatos priežiūros paslaugomis, e. sveikatos paslaugas žino geriau bei daugiau jomis naudojasi nei retai besinaudojantieji sveikatos priežiūros paslaugomis. E. sveikatos paslaugas žino nuo 30,8 proc. iki 62,1 proc. respondentų, kurie praktiškai nesinaudoja sveikatos priežiūros paslaugomis (t. y. per pastaruosius dvejus metus nesinaudojo ar naudojosi vieną kartą), 40,2–70,9 proc. – kurie naudojasi nuo 2 iki 5 kartų, 36,4–66,6 proc. – kurie naudojasi 6 kartus ir dažniau Atitinkamai e. sveikatos paslaugomis naudojasi nuo 9,7 proc. iki 17,8 proc. tų gyventojų, kurie per pastaruosius dvejus metus praktiškai nesinaudojo sveikatos priežiūros paslaugomis, nuo 22,0 proc. iki 39,1 proc. – kurie naudojosi 2–5 kartus, nuo 19,5 proc. iki 32,2 proc. – kurie e. sveikatos paslaugomis naudojasi 6 ir daugiau kartų.

Paslaugų žinojimas (priklausomai nuo paslaugos $p = 0{,}207$; $p = 0{,}122$; $p = 0{,}880$) ir naudojimasis jomis (priklausomai nuo paslaugos $p = 0{,}948$; $p = 0{,}810$; $p = 0{,}730$) nepriklauso nuo to, kokiose ASPĮ, valstybinėse ar privačiose, gyventojai lankosi dažniau. Nuo 32,2 proc. iki 64,5 proc. gyventojų dažniau besilankančių privačiose ASPĮ, žino e. sveikatos paslaugas, jomis naudojasi nuo 46,7 proc. iki 48,6 proc. tokių gyventojų. Nuo 38,0 proc. iki 69,0 proc. gyventojų dažniau besilankančių valstybinėse ASPĮ žino e. sveikatos paslaugas, jomis naudojasi nuo 46,3 proc. iki 49,6 proc. tokių gyventojų.

Dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančių gyventojų charakteristika. Toliau buvo analizuojami gyventojai, kurie dažnai naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis, t. y. tie gyventojai, kurie teigė, kad per pastaruosius dvejus metus sveikatos priežiūros paslaugomis naudojosi 6 ir daugiau kartų. Dažnai besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis buvo daugiau moterų nei vyrų: 66,5 proc. tokių gyventojų buvo moterys, 33,5 proc. – vyrai. Dažnai besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis respondentų daugiau gyveno didmiesčiuose (55,1 proc.) nei kituose miestuose ar kaimuose (44,9 proc.).

Dauguma gyventojų, dažnai besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis, buvo vyresnio amžiaus. Didžioji dalis (52 proc.) tokių sveikatos priežiūros paslaugų naudotojų buvo 60 metų ir vyresni, 14,7 proc. sudarė 50–59 metų respondentai, mažiausią dalį sudaro 40-49 metų amžiaus respondentai – 9,6 proc., 10,3 proc. buvo 30–39 metų respondentai bei 13,6 proc. buvo 29 metų ir jaunesni. Specialųjį vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą (58,4 proc.) turintys gyventojai sudarė didžiausią dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančiųjų dalį. Nebaigtą vidurinį išsilavinimą turėjo 16,4 proc., aukštąjį – 25,3 proc. tokių gyventojų. Analizuojant gyventojus, dažnai besinaudojančius sveikatos priežiūros paslaugomis, pagal užimtumą nustatyta, kad daugiau nei pusė jų buvo nedirbantys pensininkai ar neįgalūs žmonės (53,3 proc.), ketvirtadalį (26,4 proc.) sudarė darbininkai ir specialistai, 12,1 proc. – bedarbiai, 5,1 proc. – verslininkai ir vadovai bei 3,1 proc. – moksleiviai ir studentai. Pagal šeiminę padėtį šios grupės gyventojai pasiskirstė taip: pusė – 47,8 proc. buvo vedę ar ištekėjusios, 23,0 proc. – našliai (-ės), 13,2 proc. nevedę ar neištekėjusios, 11,7 proc. – išsiskyrę (-usios) ir 4,3 proc. – gyvenantys neregistruotoje santuokoje. Analizuojant šią gyventojų grupę pagal šeimos, kurioje gyvena, dydį, nustatyta, kad 78,4 proc. tokių gyventojų namų ūkyje negyveno vaikų iki 17 metų, 13,2 proc. – gyveno vienas vaikas iki 17 metų, 7,8 proc. – gyveno du vaikai bei 0,6 proc. – gyveno trys ir daugiau vaikų. Analizuojant gyventojų, dažnai besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis, pasiskirstymą pagal pajamas, nustatyta, kad dauguma tokių gyventojų gavo vidutines pajamas. 7,8 proc. dažnai besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojų vienam šeimos nariui per mėnesį tenka iki 400 Lt, 16,9 proc. – nuo 401 iki 600 Lt, 29,7 proc. – nuo 601 iki 800 Lt, 28,4 proc. – nuo 801 iki 1000 Lt bei 17,1 proc. – 1001 Lt ir daugiau. Šios grupės gyventojų, dažniau besilankančių valstybinėse ASPĮ, yra daugiau (80,6 proc.) nei besilankančių privačiose (19,4 proc.).

6.1. Informuotumas ir naudojimasis Elektroniniu nedarbingumo pažymėjimu

Siekiant patikrinti kaip gyventojai yra informuoti apie gerai išvystytas paslaugas Lietuvoje ir kaip šiomis paslaugomis naudojasi analizei pasirinkta e. sveikatos paslauga, Lietuvoje sėkmingai

funkcionuojanti nuo 2009 metų, e. nedarbingumo pažymėjimas. Paslaugos žinomumo analizė pradėta nuo bendros statistikos. Nustatyta, kad Lietuvos gyventojų teigiančių, jog žino e. sveikatos paslaugą „gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį (pažymėjimą) el. būdu“, buvo 42,8 proc. (N = 428), o teigiančių, kad ja naudojasi buvo gerokai mažiau – 19,1 proc. (N = 191) Lietuvos gyventojų arba 44,6 proc. šia paslaugą žinančių gyventojų.

Gyventojų informuotumas apie e. paslaugą. Nustatyta, kad paslaugos žinojimas nepriklauso nuo gyventojų lyties, e. paslaugą žinojo 40,0 proc. (N = 181) vyrų, bei 45,2 proc. (N = 247) moterų ($\chi 2 = 3,779$; $p = 0,095$).

Informuotumas apie e. paslaugą yra didesnis tarp didmiesčių gyventojų nei tarp kitų miestų ar kaimų (rajonų) gyventojų ($\chi 2 = 23,993$; $p \leq 0,001$). Nustatyta, kad kas antras didmiesčio gyventojas (51,1 proc.; N = 237) bei kas trečias kitų miestų ar rajonų gyventojas (35,6 proc.; N = 191) žinojo e. paslaugą.

Gyventojų informuotumas apie tirtą e. paslaugą priklauso taip pat ir nuo gyventojų amžiaus. Ją geriau žinojo jaunesni šalies gyventojai: e. paslaugą žinančių tarp 18-29 metų amžiaus grupės gyventojų buvo 41,7 proc. (N = 91), tarp 30-39 metų amžiaus grupės – 54,1 proc. (N = 86), tarp 40-49 metų amžiaus grupės – 56,6 proc. (N = 103), tarp 50-59 metų amžiaus grupės – 46,7 proc. (N = 79), tarp 60-69 metų amžiaus grupės – 38,5 proc. (N = 47) ir tarp 70 metų ir vyresnių šalies gyventojų – 14,1 proc. (N = 21) ($U = 103075,500$; $p \leq 0,001$).

Tyrimo rezultatai rodo, kad tik kas antras darbingo amžiaus (18-65 metų) Lietuvos gyventojas žino apie minimą e. paslaugą: 51,1 proc. (N = 413) darbingo amžiaus gyventojų (18-65 metų) nežinojo e. sveikatos paslaugos „gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį (pažymėjimą) el. būdu“.

Informuotumas apie e. nedarbingumo pažymėjimo paslaugą didesnis tarp gyventojų turinčių aukštesnį išsilavinimą. Tik 12,8 proc. (N = 15) gyventojų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu žinojo e. paslaugą, tokių gyventojų tarp turinčių (spec.) vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą buvo 42,3 proc. (N = 257), tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą – 56,8 proc. (N = 155) ($U = 97742,500$; $p \leq 0,001$).

Analizė parodė, kad gyventojų informuotumas apie e. nedarbingumo pažymėjimo paslaugą priklauso ir nuo gyventojų užimtumo. Šią paslaugą geriausiai žino specialistai bei darbininkai (54,9 proc.; N = 236) bei verslininkai ar vadovai (56,7 proc.; N = 51). Bedarbių žinančių e. paslaugą buvo 39,0 proc. (N = 53), o moksleivių ar studentų – 33,8 proc. (N = 22). Mažiausiai tokių gyventojų buvo tarp nedirbančių pensininkų ar neįgalių gyventojų (23,5 proc.; N = 64) ($\chi 2 = 77,330$; $df = 4$; $p \leq 0,001$). Nustatyta, kad tik kas antras dirbantis Lietuvos gyventojas žino e. paslaugą: e. nedarbingumo pažymėjimo paslaugą žinojo 55,2 proc. (N = 287) dirbančių Lietuvos gyventojų.

Analizuojant gyventojų informuotumą apie e. paslaugą tarp skirtingos šeimyninės padėties gyventojų nustatyta, kad skirtingos šeimyninės padėties gyventojai e. paslaugą žino nevienodai ($\chi 2 =$

27,685; df = 4; p ≤ 0,001). E. paslaugą žinančių daugiausiai buvo tarp vedusių ar ištekėjusių respondentų, -čių (49,4 proc.; N = 235), gyvenančių neregistruotoje santuokoje (42,6 proc.; N = 29) bei išsiskyrusių (42,2 proc.; N = 49). E. paslaugą žinančių mažiausiai buvo tarp nevedusių ar netekėjusių (38,9 proc.; N = 84) bei našlių (23,8 proc.; N = 29).

Tyrimo rezultatai rodo, kad respondentai gyvenantys didesnėse šeimose, t. y. tie gyventojai kurių namų ūkyje gyvena vienas ir daugiau vaikų iki 17 metų, e. paslaugą žino geriau nei mažesnėse, t. y. tie gyventojai, kurių namų ūkyje negyvena vaikų iki 17 metų (U = 119070,0; p ≤ 0,001). E. paslaugą žinojo 39,2 proc. (N = 274) respondentų, kurių namų ūkyje negyveno vaikai iki 17 metų, 50,6 proc. (N = 90) respondentų, kurių namų ūkyje gyveno vienas vaikas, 53,8 proc. (N = 57) respondentų, kurių namų ūkyje gyveno du vaikai bei 38,9 proc. (N = 7), kurių namų ūkyje gyveno trys ir daugiau vaikų.

Informuotumas apie e. paslaugą yra didesnis tarp didesnes pajamas gaunančių respondentų (U = 88762,500; p ≤ 0,001). Tarp gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka iki 400 Lt, e. paslaugą žinančių buvo 39,2 proc. (N = 47), tarp gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka nuo 401 iki 600 Lt - 39,6 proc. (N = 65), tenkančių nuo 601 iki 800 Lt – 30,7 proc. (N = 63), tenkančių nuo 801 iki 1000 Lt – 45,5 proc. (N = 92) bei tenkančių 1001 Lt ir daugiau – 57,1 proc. (N = 104).

Analizuojant gyventojus pagal tai, kokiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) lankosi dažniau ar valstybinėse, ar privačiose, nustatyta, kad nepriklausomai nuo to, gyventojų informuotumas apie e. nedarbingumo pažymėjimo paslaugą yra panašus. 44,1 proc. (N = 94) privačiose bei 43,5 proc. (N = 307) valstybinėse ASPĮ dažniau besilankantys gyventojai žino e. paslaugą ($\chi 2$ = 0,023; p = 0,880).

Tyrimo rezultatai rodo, kad e. nedarbingumo paslaugos žinomumas priklauso nuo to, kaip dažnai gyventojai naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis. Dažniau tokiomis paslaugomis besinaudojantys gyventojai e. paslaugą žino geriau, nei rečiau besinaudojantys sveikatos priežiūros paslaugomis ($\chi 2$ = 14,897; p = 0,012). E. paslaugą žinojo 37,0 proc. (N = 120) gyventojų, kurie retai naudojosi sveikatos priežiūros paslaugomis, t. y. per pastaruosius du metus nesinaudojo ar naudojosi vieną kartą, tokių gyventojų tarp kartais besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis (2-5 kartu per pastaruosius du metus) buvo 49,2 proc. (N = 181) bei tarp dažnai besinaudojančių (6 ir daugiau kartų per pastaruosius du metus) – 42,2 proc.

Gyventojų naudojimasis e. paslauga. Nustatyta, kad naudojimasis e. nedarbingumo pažymėjimo paslauga nepriklauso nuo lyties, tiek vyrai, tiek moteris ja naudojasi vienodai ($\chi 2$ = 0,707; p = 0,741). Vyrų besinaudojančių paslauga buvo 42,3 proc. (N = 77), o moterų 46,2 proc. (N = 114).

Naudojimasis e. paslauga yra didesnis tarp didmiesčių gyventojų nei tarp kitų miestų ar kaimų (rajonų) gyventojų ($\chi 2$ = 8,489; p = 0,012). Nustatyta, kad kas antras didmiesčio gyventojas (49,4 proc.; N = 117) bei kas trečias kitų miestų ar rajonų gyventojas (38,7 proc.; N = 74) naudojasi e. paslauga.

Gyventojų naudojimasis tirta e. paslauga priklauso nuo gyventojų amžiaus (U = 18200,0; $p \leq 0,001$). Ja daugiau naudojasi jaunesni šalies gyventojai. E. nedarbingumo pažymėjimo paslauga besinaudojančių gyventojų tarp 18-29 metų amžiaus grupės gyventojų buvo 50,5 proc. (N = 46), tarp 30-39 metų amžiaus grupės – 50,0 proc. (N = 43), tarp 40-49 metų amžiaus grupės – 46,6 proc. (N = 48), tarp 50-59 metų amžiaus grupės – 48,1 proc. (N = 38)., tarp 60-69 metų amžiaus grupės – 27,7 proc. (N = 13) ir tarp 70 metų ir vyresnių šalies gyventojų – 9,5 proc. (N = 2).

Tyrimo rezultatai rodo, kad kas ketvirtas darbingo amžiaus (18-65 metų) Lietuvos gyventojas naudojosi e. paslauga: 23,0 proc. (N = 186) darbingo amžiaus gyventojų (18-65 metų) naudojosi e. sveikatos paslauga „gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį (pažymėjimą) el. būdu“.

Naudojimasis e. nedarbingumo pažymėjimo paslauga didesnis tarp gyventojų turinčių aukštesnį išsilavinimą (U = 19999,500; p = 0,012). 18,8 proc. (N = 3) gyventojų su nebaigtu viduriniu išsilavinimu naudojosi e. paslaugą, tokių gyventojų tarp turinčių (spec.) vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą buvo 41,6 proc. (N = 107), tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą – 51,6 proc. (N = 80).

Natūralu, kad gyventojų naudojimasis e. nedarbingumo pažymėjimo paslauga priklauso ir nuo gyventojų užimtumo ($\chi 2 = 33,534$; df = 4; $p \leq 0,001$). Šią paslaugą daugiausiai naudojosi specialistai ar darbininkai (53,4 proc.; N = 126) bei bedarbiai (52,8 proc.; N = 28). Verslininkų ar vadovų besinaudojančių e. paslauga buvo 39,2 proc. (N = 20), o moksleivių ar studentų – 27,3 proc. (N = 6). Mažiausiai tokių gyventojų buvo tarp nedirbančių pensininkų ar neįgalių gyventojų (16,9 proc.; N = 11). Taip pat, nustatyta, kad kas ketvirtas dirbantis Lietuvos gyventojas naudojasi e. paslauga: e. nedarbingumo pažymėjimo paslauga per pastaruosius du metus naudojosi 28,0 proc. (N = 146) dirbančių Lietuvos gyventojų.

Analizuojant gyventojų naudojimąsi e. paslauga tarp skirtingos šeimyninės padėties gyventojų nustatyta, kad skirtingos šeimyninės padėties gyventojai e. paslauga naudojasi panašiai ($\chi 2 = 9,533$; p = 0,225). Besinaudojančių e. paslauga tarp išsiskyrusių respondentų buvo 57,1 proc. (N = 28), tarp vedusių ar ištekėjusių respondentų, -čių – 43,2 proc. (N = 102), tarp gyvenančių neregistruotoje santuokoje – 51,7 proc. (N = 15), tarp našlių – 24,6 proc. (N = 8) bei tarp nevedusių ar netekėjusių – 45,2 proc. (N = 38).

Tyrimo rezultatai rodo, kad respondentai gyvenantys didesnėse šeimose, t. y. tie gyventojai kurių namų ūkyje gyvena vienas ir daugiau vaikų iki 17 metų, e. paslauga naudojasi panašiai kaip gyvenantys mažesnėse, t. y. tie gyventojai, kurių namų ūkyje negyvena vaikų iki 17 metų (U = 21533,500; p = 0,203). E. paslauga naudojosi 43,3 proc. (N = 119) respondentų, kurių namų ūkyje negyveno vaikai iki 17 metų, 47,8 proc. (N = 43) respondentų, kurių namų ūkyje gyveno vienas vaikas, 47,4 proc. (N = 27) respondentų, kurių namų ūkyje gyveno du vaikai bei 42,9 proc. (N = 3), kurių namų ūkyje gyveno trys ir daugiau vaikų.

Naudojimasis e. paslauga yra didesnis tarp didesnes pajamas gaunančių respondentų (U = 15194,500; p = 0,026). Tarp gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka iki 400 Lt, e. paslauga besinaudojančių gyventojų buvo 42,9 proc. (N = 20), tarp gyventojų, kurių vienam šeimos nariui per mėnesį tenka nuo 401 iki 600 Lt – 49,2 proc. (N = 32), tenkančių nuo 601 iki 800 Lt – 32,8 proc. (N = 21), tenkančių nuo 801 iki 1000 Lt – 35,2 proc. (N = 32) bei tenkančių 1001 Lt ir daugiau – 61,0 proc. (N = 64).

Analizuojant gyventojus pagal tai, kokiose ASPĮ lankosi dažniau ar valstybinėse, ar privačiose, nustatyta, kad nepriklausomai nuo to, gyventojų naudojimasis e. nedarbingumo pažymėjimo paslauga yra panašus. 47,9 proc. (N = 45) privačiose bei 46,3 proc. (N = 142) valstybinėse ASPĮ dažniau besilankantys gyventojai naudojasi e. paslauga ($\chi 2 = 0,119$; p = 0,730).

Tyrimo rezultatai rodo, kad naudojimasis e. nedarbingumo paslauga priklauso nuo to, kaip dažnai gyventojai naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis. Dažniau sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojantys gyventojai e. nedarbingumo paslauga naudojasi dažniau, nei retai besinaudojantys sveikatos priežiūros paslaugomis ($\chi 2 = 20,361$; p = 0,001). E. nedarbingumo pažymėjimo paslauga per pastaruosius du metus naudojosi 32,5 proc. (N = 39) tų gyventojų, kurie praktiškai nesinaudojo sveikatos priežiūros paslaugomis, t. y. tie gyventojai, kurie per pastaruosius du metus sveikatos priežiūros paslaugomis nesinaudojo arba naudojosi vieną kartą. Įdomu yra tai, kad tokie gyventojai, kurie teigė, kad per pastaruosius du metus nesinaudodami sveikatos priežiūros paslaugomis arba naudojęsi tik kartą, tuo pačiu teigia, kad per pastaruosius du metus naudojosi e. nedarbingumo pažymėjimo paslauga. Iš to galima daryti prielaidą, kad gyventojai, šios paslaugos nepriskiria prie sveikatos priežiūros paslaugų, e. sveikatos paslaugų suvokimas yra ribotas. E. paslauga naudojosi 53,0 proc. (N = 96) gyventojų kartais besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis bei 47,7 proc. (N = 54) gyventojų dažnai besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis, t. y. per pastaruosius du metus naudojusių 6 ir daugiau kartų.

7. NAUDOJIMOSI E. SVEIKATOS PASLAUGOMIS DAŽNIS IR PRIEŽASTYS

Siekiant ištirti naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį, gyventojų buvo klausiama apie tai, kaip dažnai jie naudojosi e. sveikatos paslaugomis per pastaruosius du metus. Į šį klausimą atsakinėjo tik tie gyventojai, kurie per pastaruosius du metus naudojosi bent viena, anketoje pateikta, e. sveikatos paslauga. Nustatyta, kad 41,7 proc. (N = 417) Lietuvos gyventojų, per pastaruosius du metus, naudojosi bent viena e. sveikatos paslauga. Iš jų 14,2 proc. (N = 59) gyventojų negalėjo tiksliai atsakyti į klausimą, kaip dažnai jie tai darė, todėl į tolimesnę analizę jie nebuvo įtraukti. Taigi toliau buvo analizuojami 35,8 proc. (N = 358) gyventojų, kurie atsakė į klausimą: „kaip dažnai naudojotės e. sveikatos paslaugomis per pastaruosius dvejus metus?“, pagal tai jie buvo suskirstyti į tris grupes:

1. Retai besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis grupę – tie gyventojai, kurie per pastaruosius du metus naudojosi paslaugą vieną kartą;
2. Kartais besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis grupę – tie gyventojai, kurie per pastaruosius du metus naudojosi paslaugomis nuo 2 iki 5 kartų;
3. Dažnai besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis grupę – tie gyventojai, kurie per pastaruosius du metus naudojosi paslaugomis 6 ir daugiau kartų.

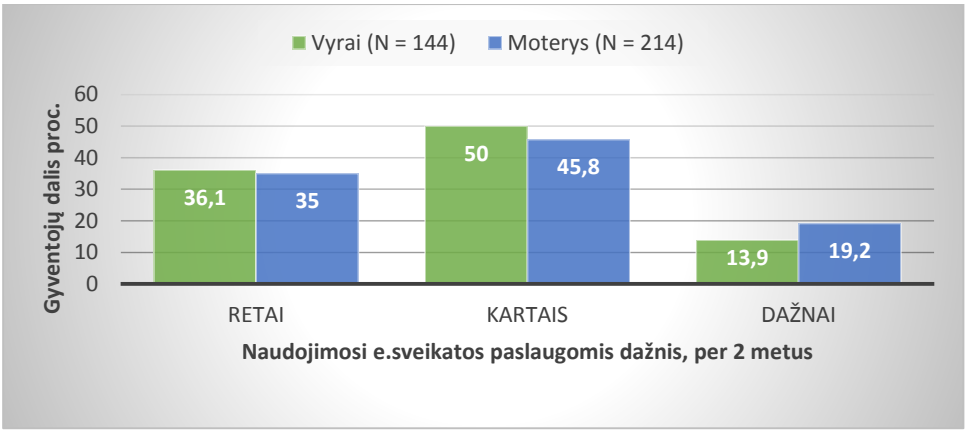
Retai besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis sudarė 30,5 proc. (N = 127) e. sveikatos paslaugomis besinaudojančių gyventojų, kartais besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis – 40,6 proc. (N = 169) ir dažnai besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis – 14,2 proc. (N = 61).

Toliau kitose poskyriuose analizuojama: kokie skirtumai yra tarp socialinių-demografinių grupių ir e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnio; dėl kokių priežasčių gyventojai, atsižvelgiant į jų naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį, naudojasi e. sveikatos paslaugomis, kodėl nesinaudoja; kaip paslaugų naudojimosi ar nesinaudojimo priežastys priklauso nuo socialinių-demografinių rodiklių.

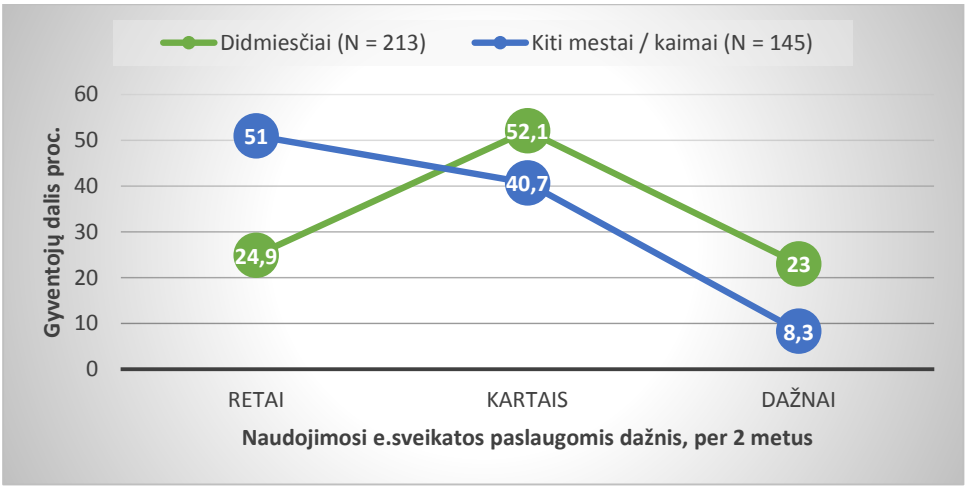
7.1. E. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnio socialiniai-demografiniai netolygumai

Toliau analizuojama, kaip e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnis priklauso nuo socialinių-demografinių grupių. Nustatyti socialiniai-demografiniai netolygumai.

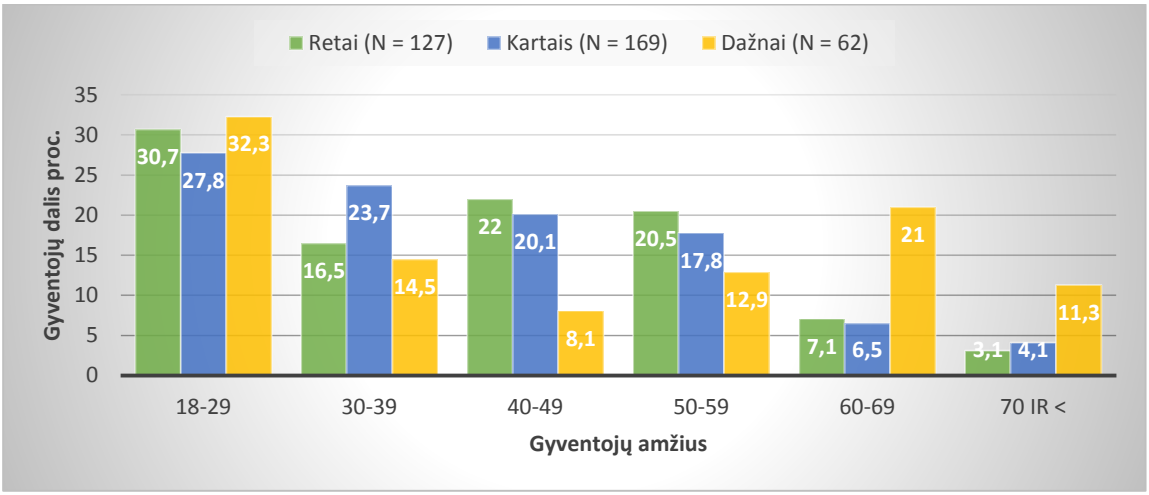
Analizuojant naudojimosi dažnį pagal lytį statistiškai patikimas skirtumas nenustatytas (U = 15089,0; p = 0,702). Dauguma vyrų (50,0 proc.) ir moterų (45,8 proc.) e. sveikatos paslaugomis naudojosi kartais, t. y. 2-5 kartus per dvejus metus (žr. 5 pav.).



5 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio pasiskirstymas pagal lytį.



6 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo respondentų gyvenamosios vietos.

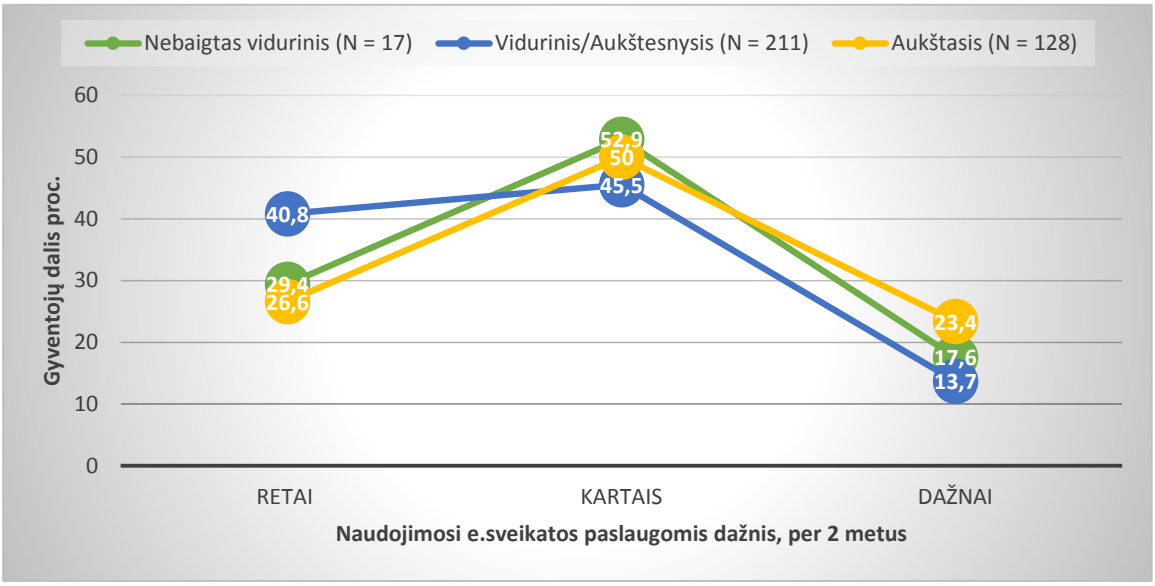


$r_s = 0{,}095$; $p = 0{,}072$

7 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį skirtingose amžiaus grupėse

Tyrimo rezultatai rodo, kad e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnis priklauso nuo gyvenamos vietos ($U = 10521{,}0$; $p \leq 0{,}001$). Dažniau e. paslaugomis naudojasi tie respondentai, kurie gyvena didmiesčiuose, nei tie, kurie gyvena kituose miestuose, periferijoje (žr. 6 pav.). 23 proc. dažnai naudojančių e. sveikatos paslaugas gyvena didmiesčiuose, tuo tarpu tik 8,3 proc. – kituose miestuose bei kaimuose.

Nors ir buvo nustatyta, kad e. sveikatos paslaugų naudojimasis priklauso nuo gyventojų amžiaus, tačiau analizuojant gyventojų naudojimosi e. paslaugomis dažnį skirtingose amžiaus grupėse statistiškai patikimas skirtumas nenustatytas ($r_s = 0{,}095$; $p = 0{,}072$). E. sveikatos paslaugomis besinaudojančių yra daugiau tarp jaunesnio amžiaus gyventojų, tačiau didėjant gyventojų amžiui e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnio mažėjimas nenustatytas, koreliacija statistiškai nepatikima (žr. 7 pav.).

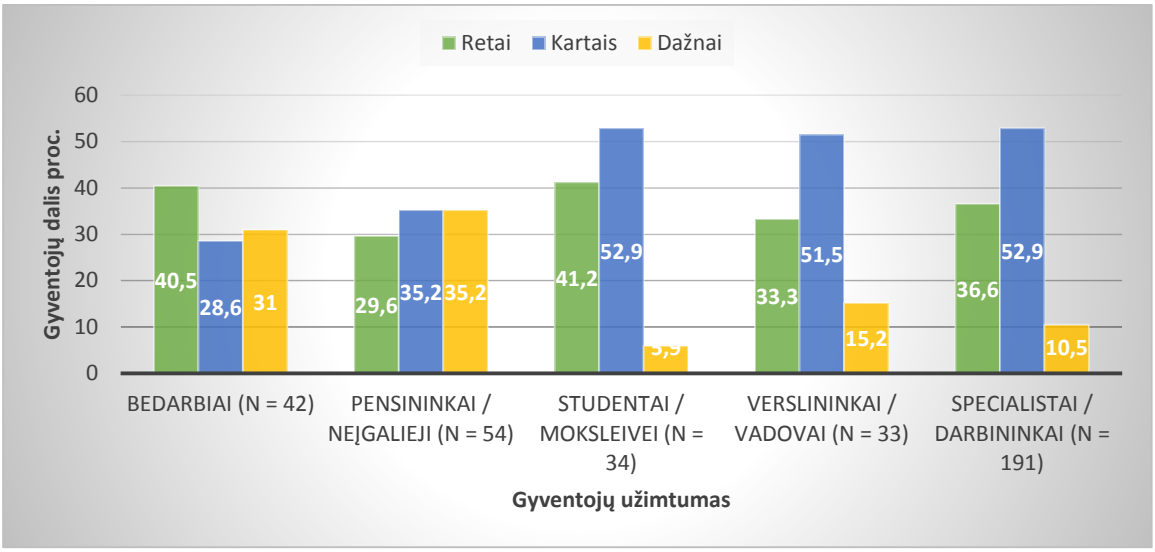


$r_s = 0{,}131$; $p = 0{,}013$

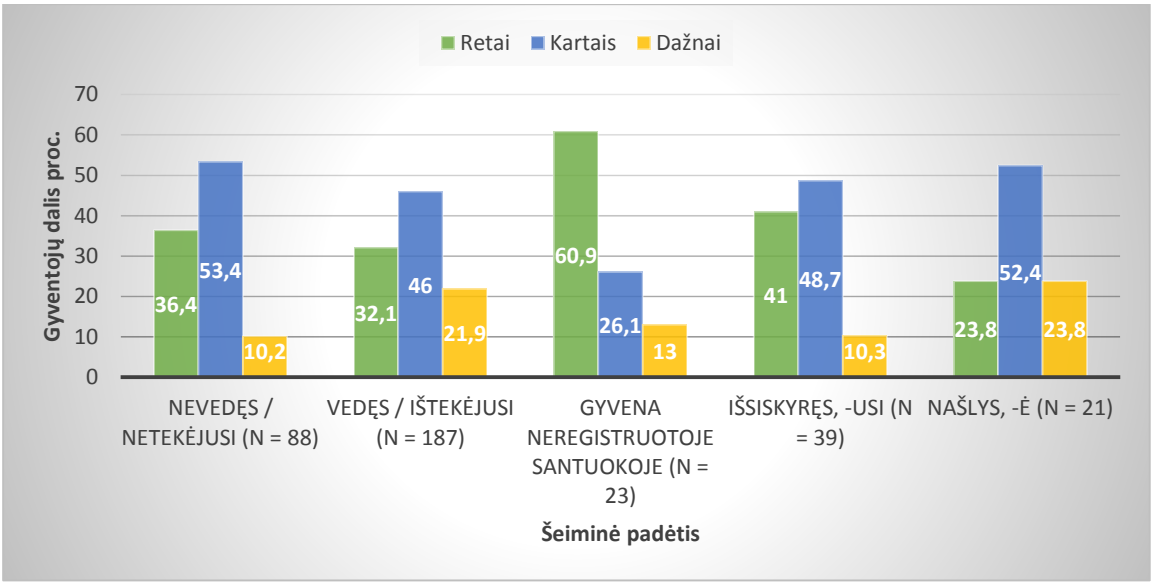
8 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo išsilavinimo (proc.)

Analizuojant e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnį tarp skirtingo išsilavinimo gyventojų, nustatyta statistiškai patikima labai silpna teigiama koreliacija ($r_s = 0{,}131$; $p = 0{,}013$). Aukštesnį išsilavinimą turintys gyventojai e. sveikatos paslaugomis naudojasi šiek tiek dažniau nei turintys žemesnį išsilavinimą (žr. 8 pav.). Retai besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis daugiausia buvo tarp vidurinį / aukštesnįjį išsilavinimą turinčių gyventojų (40,8 proc.). Kartais besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis gyventojų dalis visose išsilavinimo grupėse buvo panaši, šiek tiek išsiskyrė vidurinį / aukštesnįjį išsilavinimą turintys gyventojai, šioje grupėje, lyginant ją su kitą išsilavinimą turinčiais gyventojais, kartais naudojančių e. sveikatos paslaugas buvo mažiausiai (45,5 proc.). Dažnai

besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis gyventojų grupė buvo didžiausia tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių gyventojų (23,4 proc.).



9 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį skirtingose užimtumo grupėse.



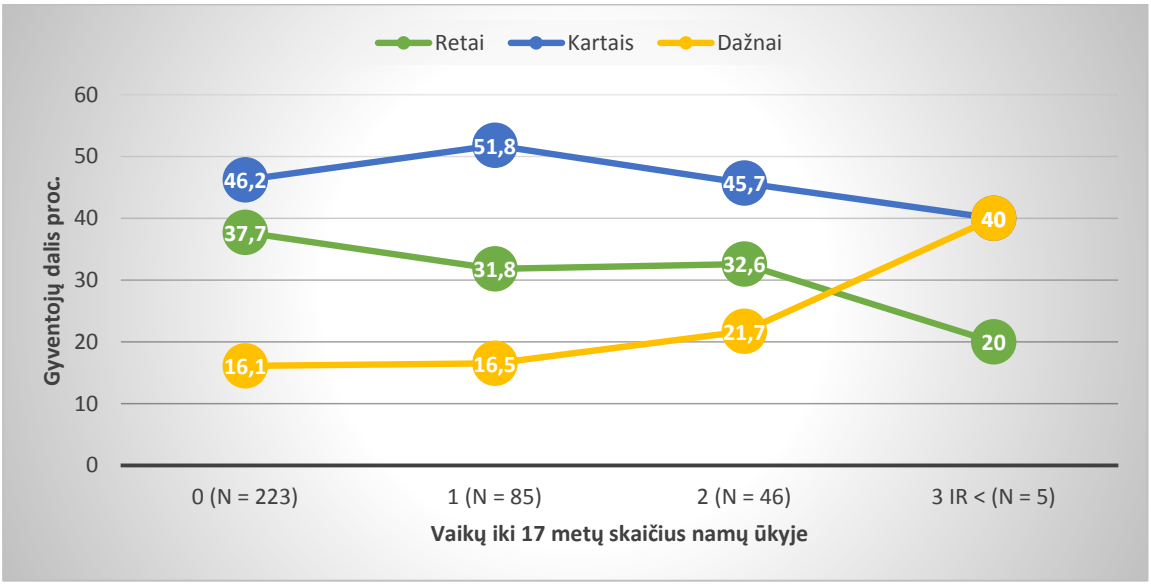
10 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį skirtingose šeiminės padėties grupėse.

Tyrimo rezultatai rodo, kad skirtingo užimtumo gyventojai e. sveikatos paslaugomis naudojasi nevienodai dažnai ($\chi 2 = 13{,}091$; $p = 0{,}023$). Retai besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis gyventojai šiek tiek išsiskyrė bedarbių (40,5 proc.) bei studentų / moksleivių (41,2 proc.) grupėse. Šiose užimtumo grupėse retai besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis buvo daugiausia. Kartais naudojantys

e. sveikatos paslaugas dominavo studentų / moksleivių (52,9 proc.), verslininkų / vadovų (51,5 proc.) bei specialistų / darbininkų (52,9 proc.) grupėse. Dažnai besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis daugiausia buvo tarp bedarbių (31,0 proc.) bei pensininkų / neįgaliųjų (35,2 proc.) (žr. 9 pav.). Reikia pabrėžti, kad nors ir pensininkų / neįgaliųjų grupėje dažnai besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis buvo daugiausia, tačiau taip pat buvo nustatyta (žr. 6 skyrių), kad šioje socialinėje grupėje buvo mažiausiai gyventojų naudojančių populiariausias e. sveikatos paslaugas, t. y. šioje grupėje buvo nuo 16 proc. iki 29,1 proc. naudojančių populiariausias e. sveikatos paslaugas. Tai reiškia, kad nors ir nedidelė dalis pensininkų / neįgaliųjų naudojasi e. paslaugomis, tačiau tie kurie naudojosi jomis, tai darė ganėtinai dažnai.

Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnis taip pat priklauso nuo šeiminės padėties ($\chi 2 = 10,076$; $p = 0,039$). Respondentai retai naudojantys e. sveikatos paslaugas dominavo tarp gyvenančių neregistruotoje santuokoje – 60,9 proc. Kartais naudojančių e. sveikatos paslaugas respondentų daugiausia buvo tarp nevedusių / netekėjusių gyventojų (53,4 proc.) bei našlių (52,4 proc.). Dažnai naudojančių e. paslaugas daugiausia buvo tarp vedusių / ištekėjusių (21,9 proc.) bei našlių (23,8 proc.) (žr. 10 pav.).

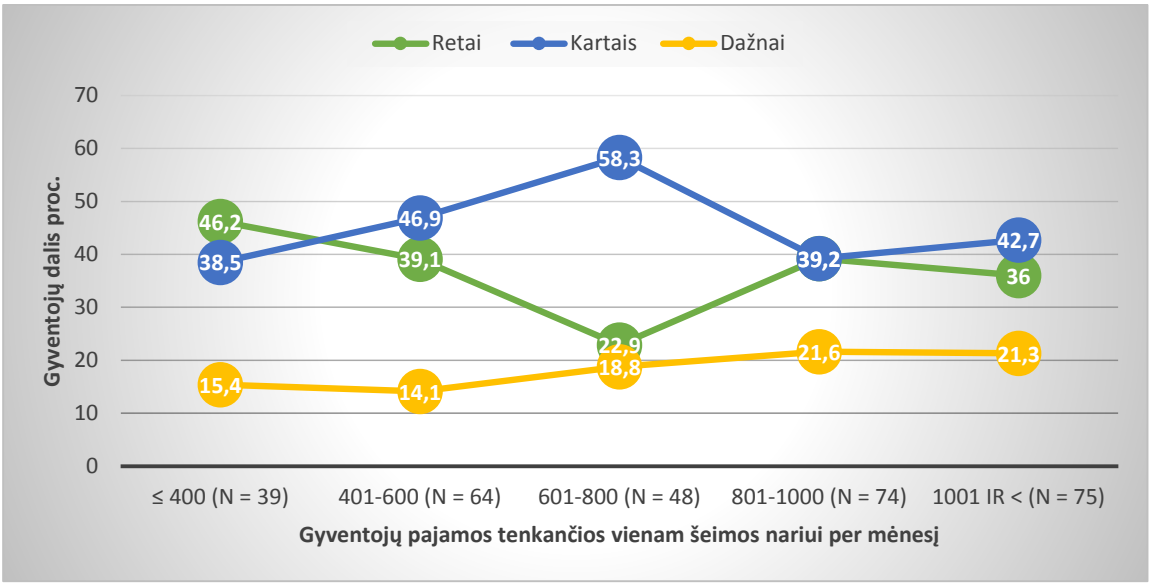
Tyrimo rezultatai rodo, kad naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnis nepriklauso nuo šeimos dydžio, t. y. nepriklauso nuo namų ūkyje gyvenančių vaikų iki 17 metų amžiaus skaičiaus, koreliacija statistiškai nepatikima ($r_s = 0,047$; $p = 0,370$) (žr. 11 pav.).



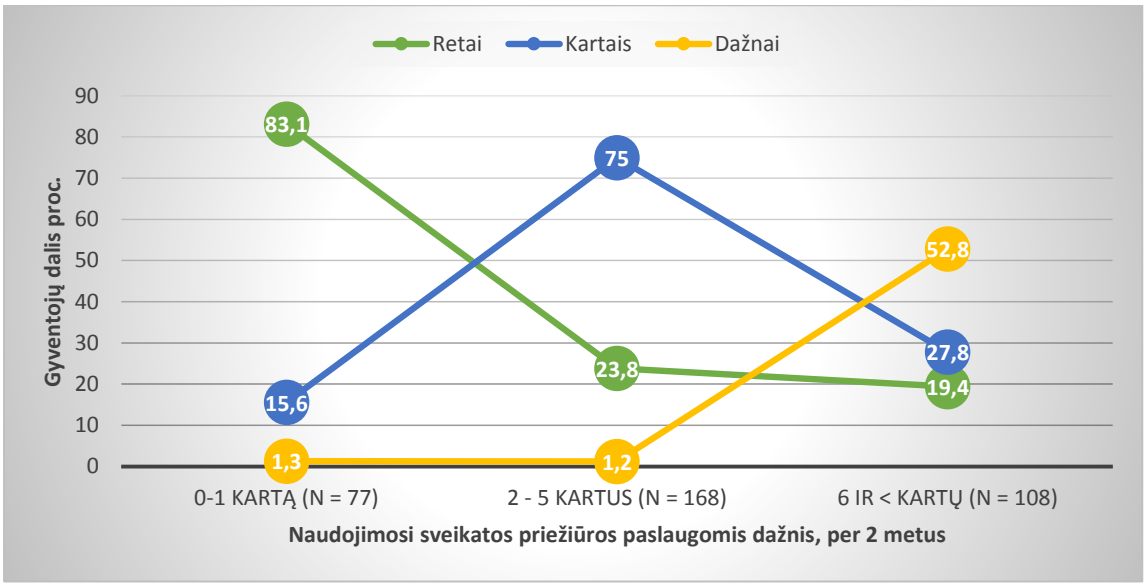
11 pav. Gyventojų pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį priklausomai nuo vaikų iki 17 metų skaičiaus namų ūkyje.

Taip pat nustatyta, kad naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnis nepriklauso nuo gyventojų pajamų, t. y. pajamų kiekio tenkančio vienam šeimos nariui per mėnesį, koreliacija buvo

statistiškai nepatikima (r_s = 0,063; p = 0,275). E. sveikatos paslaugomis besinaudojančių yra daugiau tarp didesnes pajamas gaunančių gyventojų, tačiau didėjant gyventojų pajamoms e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnio didėjimas nenustatytas (žr. 12 pav.).



12 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo gyventojų pajamų dydžio.



13 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio priklausomybė nuo naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dažnio.

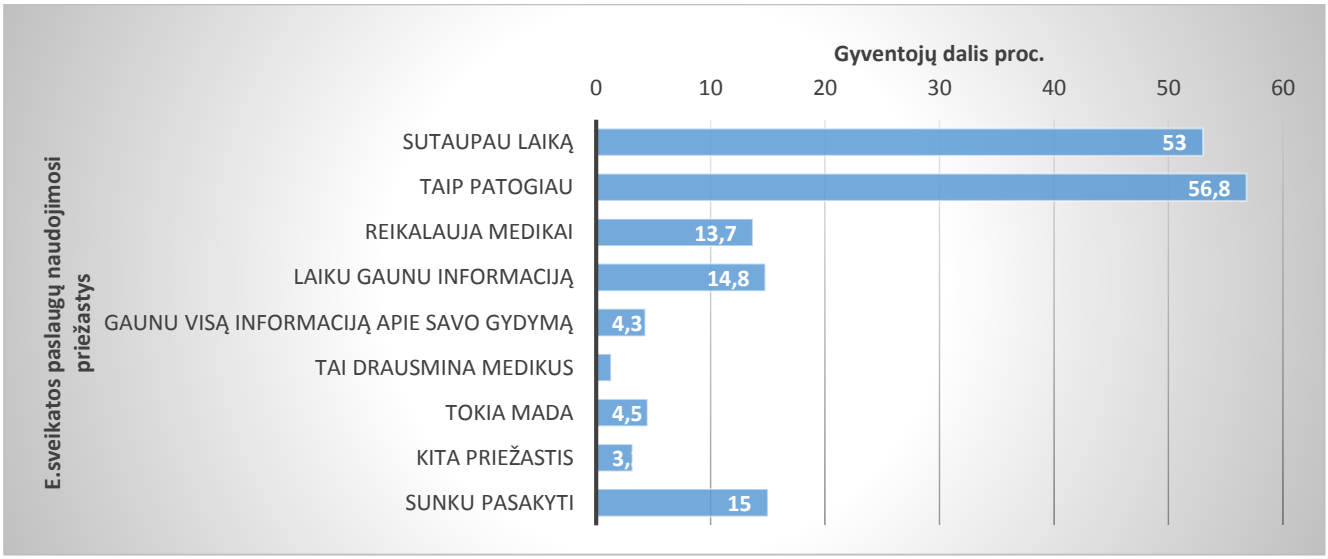
Tyrimo rezultatai rodo, kad e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnis priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų naudojimosi dažnio. Nustatyta vidutinio stiprumo teigiama koreliacija tarp šių dviejų dažnių, tai reiškia, kad kuo dažniau respondentai naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis,

tuo dažniau jie linkę naudotis ir e. sveikatos paslaugomis (r_s = 0,557; p = p ≤ 0,001). Retai besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis dominavo tarp retai besinaudojančių sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojų, jų buvo 83,1 proc. Kartais besinaudojantys e. sveikatos paslaugomis dominavo tarp tų gyventojų, kurie sveikatos priežiūros paslaugomis naudojasi kartais, jų buvo 75,0 proc. Dažnai naudojantys e. sveikatos paslaugas dominavo tarp dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančių gyventojų, jų buvo – 52,8 proc. (žr. 13 pav.).

7.2. E. sveikatos paslaugų naudojimosi priežastys

Siekiant išsiaiškini, dėl kokių priežasčių gyventojai naudojasi e. sveikatos paslaugomis, jų buvo klausiama: „kodėl jūs naudojatės e. sveikatos paslaugomis?“. Į šį klausimą atsakinėjo tik tie gyventojai, kurie buvo naudojęsi bent viena e. sveikatos paslauga per pastaruosius dvejus metus (N = 417).

Dažniausiai, e. sveikatos paslaugų naudotojų, nurodomos priežastys, dėl kurių jie naudojasi e. paslaugomis, buvo laiko taupymas bei patogumas. Šias priežastis nurodė kas antras e. sveikatos paslaugas naudojantis gyventojas. Apie 14-15 proc. gyventojų taip pat nurodė, kad naudodamiesi e. sveikatos paslaugomis jie laiku gauna informaciją arba naudotis e. sveikatos paslaugomis reikalauja medikai. Kitos gyventojų nurodytos priežastys, tokios kaip: tai yra madinga, gauna visą informaciją apie gydymą, tai drausmina medikus ir kitos priežastys, buvo minimos rečiau, sudarė nedidelę dalį iki 4,5 proc. Nurodant kitą priežastį dauguma respondentų teigė, kad e. sveikatos paslaugomis naudojasi ne jie, o gydantis gydytojas. Nemaža dalis gyventojų (15 proc.) nesugebėjo įvardinti tikslios priežasties, dėl ko jie naudojasi e. sveikatos paslaugomis (žr. 14 pav.).

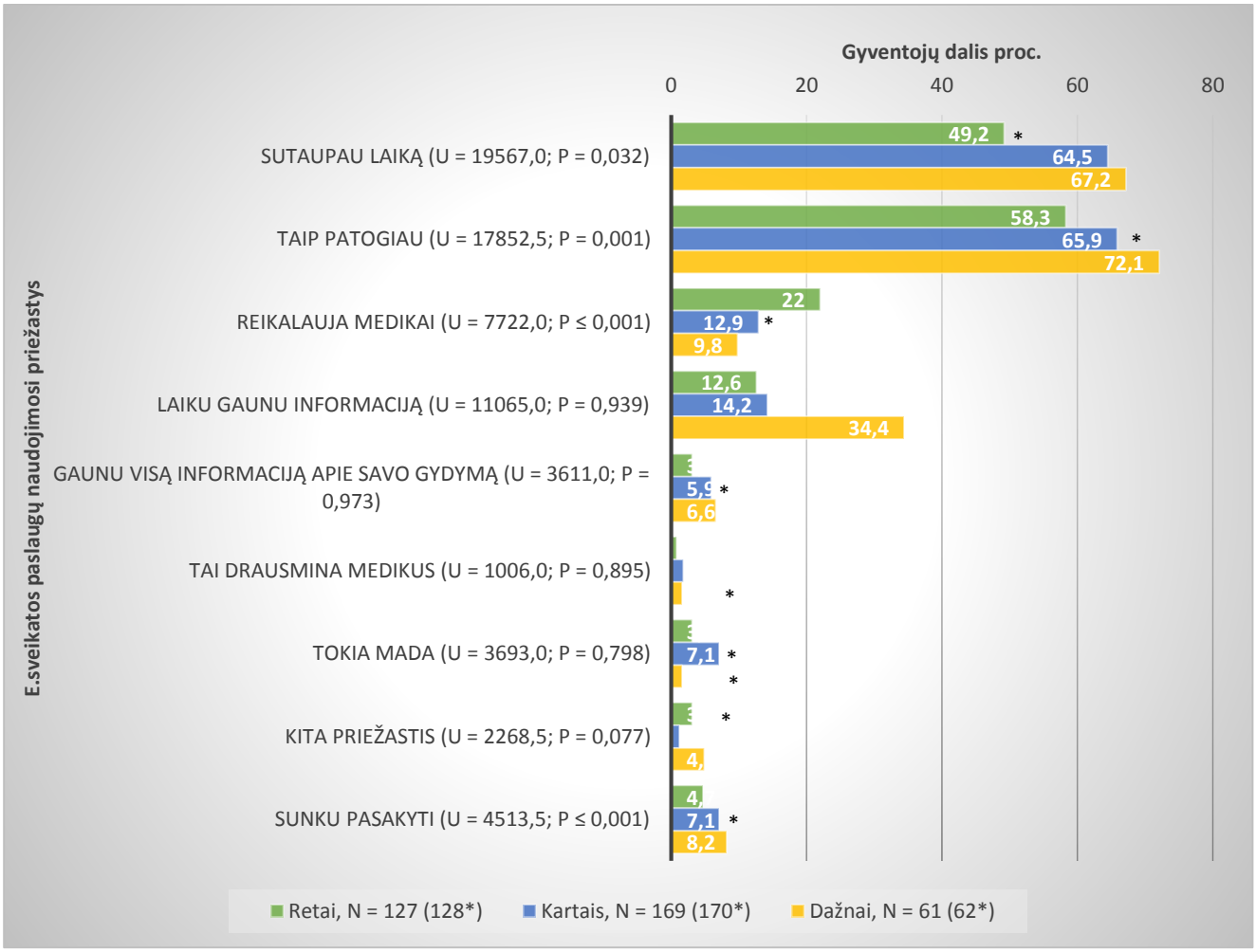


14 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių pasiskirstymas tarp gyventojų (proc.)

Kituose poskyriuose analizuojamos e. sveikatos paslaugų naudojimosi priežastys atsižvelgiant į e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnį, taip pat socialinius-demografinius rodiklius.

7.2.1. Pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį

Respondentai nurodė įvairias e. sveikatos naudojimosi priežastis, dalis jų priklausė nuo to, kaip dažnai per pastaruosius du metus respondentai naudojosi e. sveikatos paslaugomis (žr. 15 pav.). Nustatyta, jog kuo dažniau gyventojai naudojasi e. sveikatos paslaugomis, tuo daugiau jų teigė, kad naudojasi e. paslaugomis taupydami laiką (U = 19567; p = 0,032) ar dėl patogumo (U = 17852,5; p = 0,001). 49,2 proc. retai e. sveikatos paslaugomis besinaudojantys teigė, kad tai darydami sutaupo laiko, tokių gyventojų tarp kartais besinaudojančių e. sveikatos paslaugomis buvo 64,5 proc., tarp dažnai besinaudojančių – 67,2 proc. Atitinkamai tie gyventojai, kurie teigė, kad naudojasi e. sveikatos paslaugomis dėl patogumo sudarė 58,3 proc., 65,9 proc. bei 72,1 proc.



15 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių pasiskirstymas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį (proc.)

Nors gyventojų teigiančių, kad naudodamiesi e. sveikatos paslaugomis jie laiku gauna informaciją yra daugiau tarp kartais (14,2 proc.) ar dažnai (34,4 proc.) besinaudojančių e. paslaugomis gyventojų, tačiau statistiškai patikimas skirtumas nebuvo nustatytas ($U = 11065$; $p = 0,939$).

Taip pat nustatyta, kad kuo rečiau respondentai naudojasi e. sveikatos paslaugomis, tuo daugiau jų nurodė, jog tai daryti jų reikalauja medikai ($U = 7722,0$; $p \leq 0,001$). 22 proc. retai, 12,9 proc. kartais bei 9,8 proc. dažnai e. sveikatos paslaugas naudojančių gyventojų nurodė, kad naudotis jomis reikalauja medikai.

Paradoksalu, tačiau tyrimo rezultatai rodo, kad kuo dažniau gyventojai naudojasi e. paslaugomis, tuo daugiau jų negalėjo tiksliai įvertinti, kodėl jie taip daro ($U = 4513,5$; $p \leq 0,001$). Tiesa, tokių gyventojų, atsižvelgiant į jų e. sveikatos paslaugų naudojimosi dažnį, buvo nedaug: tarp retai besinaudojančių – 4,7 proc., tarp kartais – 7,1 proc., tarp dažnai – 8,2 proc.

7.2.2. Pagal socialinius-demografinius rodiklius

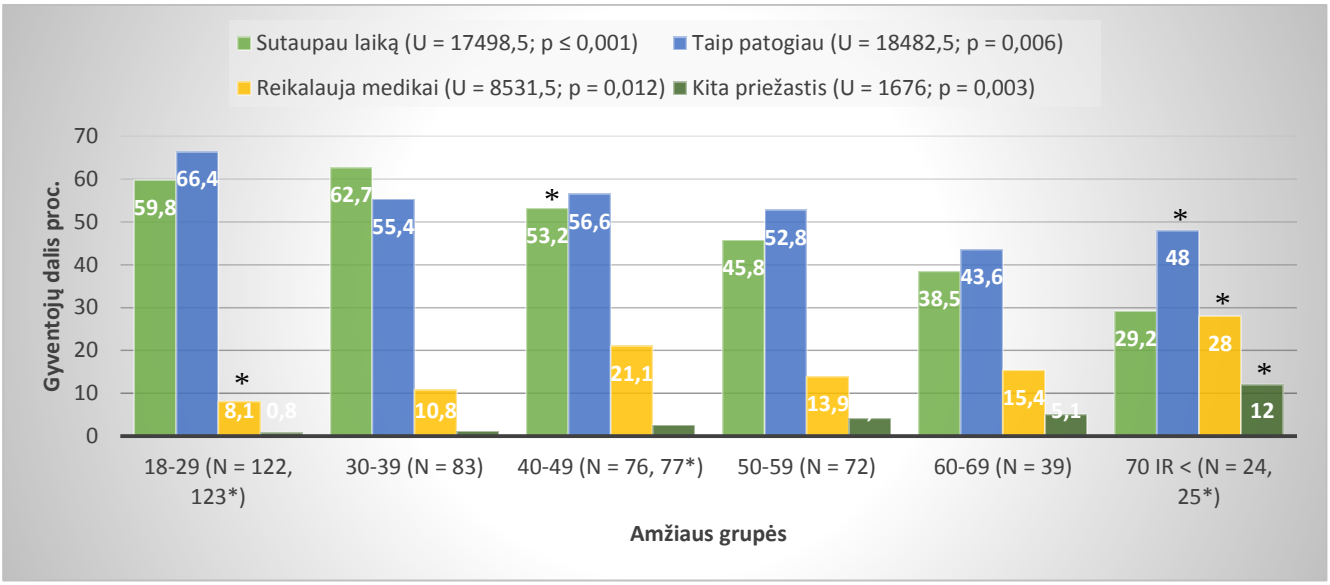
Analizuojant priežastis, dėl kurių gyventojai naudojasi e. sveikatos paslaugomis, atsižvelgiant į jų socialines-demografines grupes, nustatyti tam tikri netolygumai.

Vyrai ir moterys e. paslaugomis naudojasi dėl panašių priežasčių. Nustatytas statistiškai patikimas skirtumas, kad daugiau moterų 18,5 proc. ($N = 45$) nei vyrų 9,2 proc. ($N = 16$) naudojasi e. sveikatos paslaugomis dėl laiku gaunamos informacijos ($\chi2 = 6,940$; $p = 0,008$). Visas kitas priežastis gyventojai nurodo nepriklausomai nuo lyties.

Analizuojant naudojimosi priežastis pagal respondentų gyvenamąją vietą didelių skirtumų nenustatyta. Didmiesčiuose daugiau gyventojų (57,7 proc., $N = 146$) naudojasi e. sveikatos paslaugomis siekdami sutaupyti laiką, lyginant juos su kitų miestų ar kaimų gyventojais (46,1 proc., $N = 76$) ($\chi2 = 5,440$; $p = 0,020$). Tuo tarpu, kituose miestuose ar kaimuose daugiau gyventojų (19,4 proc., $N = 32$) naudojasi e. sveikatos paslaugomis, nes to reikalauja medikai, lyginant juos su didmiesčių gyventojais (9,9 proc., $N = 25$) ($\chi2 = 7,583$; $p = 0,006$).

Naudojimosi priežastys skiriasi skirtingo amžiaus grupėse (žr. 16 pav.). Laiko taupymas ($U = 17498,5$; $p \leq 0,001$) bei patogumas ($U = 18482,5$; $p = 0,006$), kaip priežastis naudotis e. sveikatos paslaugomis, vyresnėse amžiaus grupėse mažėja. Galbūt dėl to, kad vyresnio amžiau žmonėms sunkiau adaptuotis prie šiuolaikinių technologijų. Jie užtrunka ilgiau aiškindamiesi, kaip reikia naudotis jomis, tai užima daugiau laiko, sukelia tam tikrus nepatogumus. Kad medikai reikalauja naudotis e. sveikatos paslaugomis nurodo daugiau vyresnio amžiau gyventojai ($U = 8531,5$; $p = 0,012$). Kita pagrindinė priežastis, kurią nurodė respondentai, buvo – „aš nesinaudoju, naudojasi gydantis gydytojas“ taip pat priklausė nuo jų amžiaus. Kuo vyresnio amžiaus gyventojai, tuo jų daugiau nurodė, kad ne jie, o medikai

naudojosi e. sveikatos paslaugomis (U = 1676; p = 0,003). Tačiau nurodžiusių kitą priežastį buvo nedaug, 3,2 proc. e. sveikatos paslaugas naudojančių gyventojų.

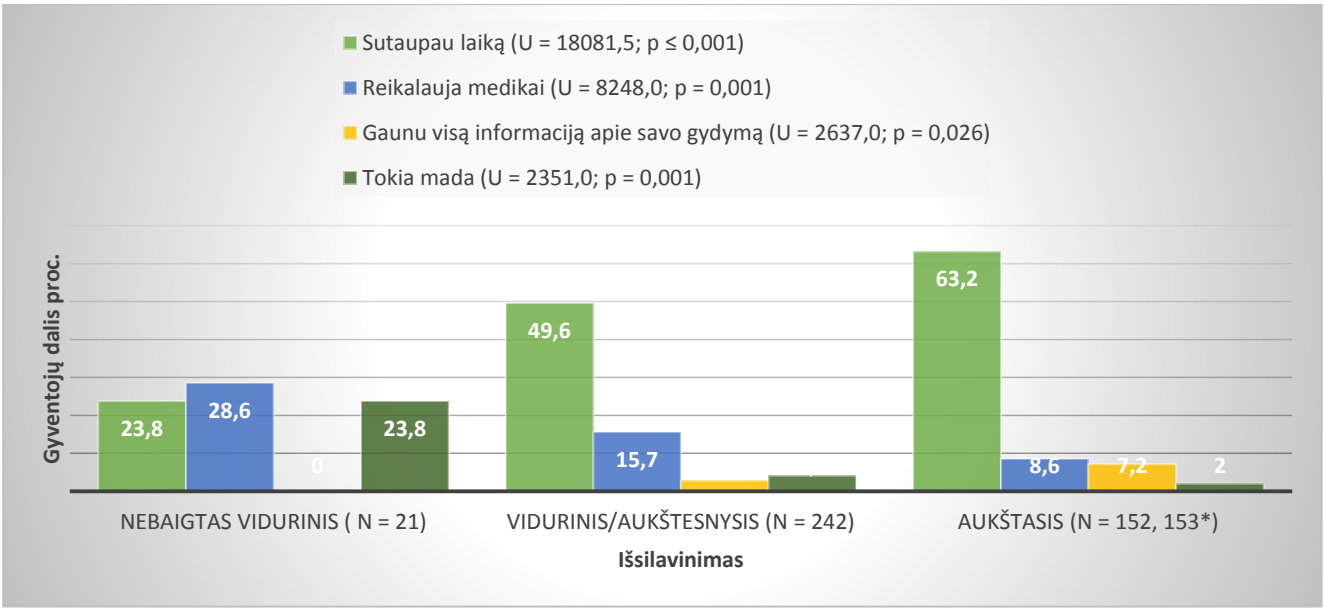


16 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo amžiaus.

Skirtingo išsilavinimo gyventojai e. sveikatos paslaugomis naudojasi dėl skirtingų priežasčių (žr. 17 pav.). Turintys aukštesnį išsilavinimą daugiau naudojasi e. paslaugomis dėl laiko taupymo (U = 18081,5; p ≤ 0,001), taip pat dėl to, kad gauna visą informaciją apie savo gydymą (U = 2637,0; p = 0,026), lyginant juos su žemesnį išsilavinimą turinčiais gyventojais. Tuo tarpu, turintys žemesnį išsilavinimą gyventojai naudojasi e. paslaugomis dėl to, kad reikalauja medikai (U = 8248,0; p = 0,001), arba dėl to, kad mano, jog tokia mada (U = 2351,0; p = 0,001), lyginant su aukštesnį išsilavinimą turinčiais gyventojais.

Skirtingo užimtumo gyventojų e. sveikatos paslaugų naudojimosi priežastys šiek tiek skiriasi (žr. 2 priedo 1 pav.). Daugiau studentų ar moksleivių (75,5 proc.), naudojasi šiomis paslaugomis, nes taip jiems patogiau. Dėl tokios pat priežastie e. paslaugomis naudojasi daugiau verslininkų ar vadovų (66,7 proc.), taip pat bedarbių (65,4 proc.) ($\chi2$ = 13,234; df = 4; p = 0,010). Daugiau pensininkų ar neįgaliųjų (22,4 proc.) bei specialistu ar darbininkų (14,5 proc.), nei kitų grupių gyventojų, naudojasi paslaugomis, nes jų reikalauja medikai ($\chi2$ = 10,085; p = 0,035). Kita priežastį nurodžiusių yra daugiausia tarp pensininkų ar neįgaliųjų (9,7 proc.) ($\chi2$ = 10,422; p = 0,015).

Analizuojant e. sveikatos paslaugų naudojimosi priežastis tarp skirtingo šeiminės padėties gyventojų ryškių skirtumų nenustatyta. Šiek tiek daugiau išsiskyrusių gyventojų (12,8 proc., N = 6), lyginant juos su kitos šeiminės padėties gyventojais, mano, kad naudojasi e. sveikatos paslaugomis dėl tokios mados ($\chi2$ = 14,444; p = 0,003).



17 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų išsilavinimo.

Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežastys nepriklauso nuo to, kiek vaikų iki 17 metų gyvena respondento namų ūkyje.

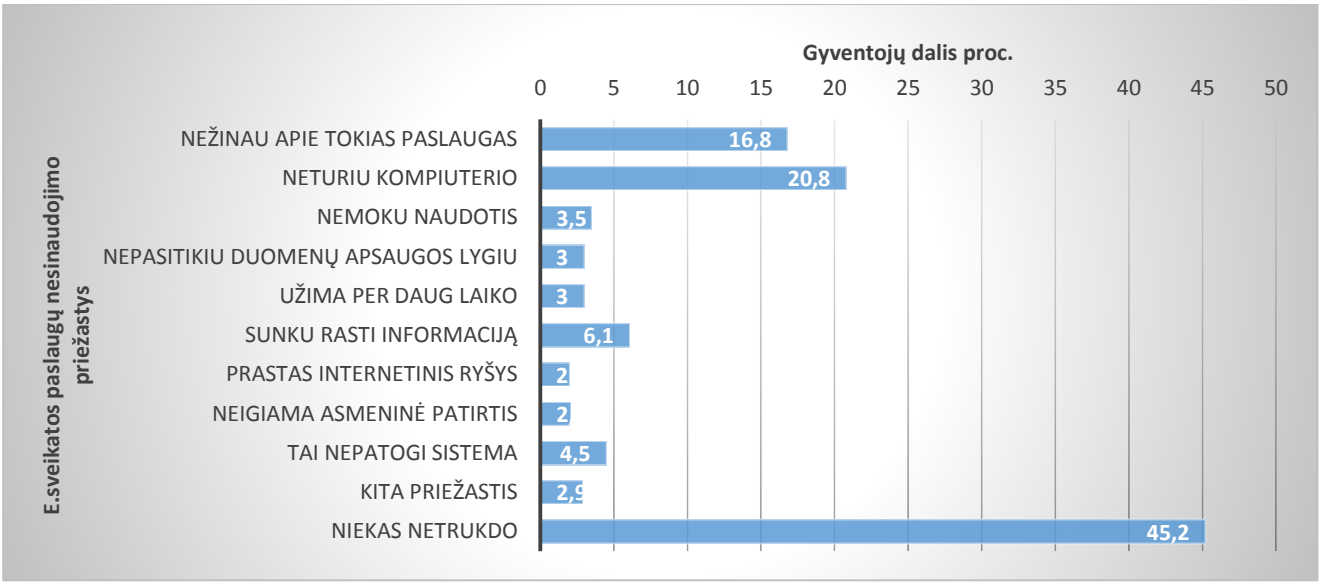
Taip pat nei viena e. sveikatos naudojimosi priežastis nepriklauso nuo gyventojų pajamų, t. y. nuo pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį.

7.3. E. sveikatos paslaugų nesinaudojimo priežastys

Siekiant išsiaiškini, dėl kokių priežasčių gyventojai nesinaudoja e. sveikatos paslaugomis, jų buvo klausiama: „kas trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis?“. Į šį klausimą atsakinėjo visi tyrime dalyvavę gyventojai (N = 1000).

Tyrimo rezultatai rodo, kad kas antram gyventojui niekas netrukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis. 20,8 proc. gyventojų teigė, kad neturi kompiuterio, 16,8 proc. gyventojų teigė, jog nežino apie tokias paslaugas. Kitos priežastys, tokios kaip: nemoku naudotis, nepasitikiu duomenų apsaugos lygiu, užima per daug laiko, sunku rasti informaciją, prastas internetinis ryšys, neigiama asmeninė patirtis, tai nepatogi sistema bei kitos priežastys buvo nurodomos pavienių asmenų sudarė nedidelę dalį visų apklaustųjų, nuo 2 proc. iki 6,1 proc. (žr. 18 pav.).

Įdomu yra tai, kad 45,2 proc. gyventojų teigė, jog jiems niekas netrukdė naudotis e. sveikatos paslaugomis, tuo pačiu beveik pusė jų (43,4 proc., N = 196) nurodė, kad per pastaruosius du metus nesinaudojo e. sveikatos paslaugomis.



18 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių pasiskirstymas tarp gyventojų.

Toliau trumpai analizuojama, ar tokie gyventojai, kurie nesinaudojo e. sveikatos paslaugomis per pastaruosius du metus, nors jiems niekas netrukdė tai daryti (N = 196), naudojosi sveikatos priežiūros paslaugomis per pastaruosius du metus. Nustatyta, kad 57,4 proc. (N = 113) šių respondentų per pastaruosius dvejus metus nesinaudojo sveikatos priežiūros paslaugomis arba naudojosi tik kartą, 21,7 proc. (N = 43) paslaugomis naudojosi 2 – 5 kartus, 17,9 proc. (N = 35) paslaugomis naudojosi dažnai t. y. 6 ir daugiau kartų per pastaruosius du metus, 3 proc. (N = 6) negalėjo tiksliai atsakyti į klausimą.

Taigi, toliau bus analizuojamos pagrindinės priežastys, dėl kuriu gyventojai nesinaudoja e. sveikatos paslaugomis, t. y. paslaugų nežinojimas, neturėjimas kompiuterio bei teiginys, jog naudotis šiomis paslaugomis niekas netrukdo, atsižvelgiant į socialines-demografines grupes.

7.3.1. Pagal socialines-demografines grupes

Gyventojų teigiančių, kad jie nežino apie tokias paslaugas buvo truputi daugiau tarp vyrų (19,4 proc., N = 88), nei tarp moterų (14,6 proc., N = 80), nustatytas statistiškai patikimas ryšys ($\chi 2$ = 4,086; p = 0,043). Neturintys kompiuterio kaip trukdį naudotis e. sveikatos paslaugomis įvardino panaši dalis vyrų (17,2 proc.) ir moterų (21,4 proc.) ($\chi 2$ = 2,746; p = 0,0937). Kad niekas netrukdo naudotis e. paslaugomis abi lytys nurodė vienodai, apie 45,5 proc. vyrų bei apie 45,0 proc. moterų.

Skirtingose gyvenamose vietose gyvenantys respondentai į klausimą, kas trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis, atsakė nevienodai. Daugiau kituose miestuose ar kaimuose gyvenančių respondentų, nei gyvenančių didmiesčiuose, susiduria su trukdžiais naudotis e. sveikatos paslaugomis.

Didesnė dalis kituose miestuose ar kaimuose gyvenančių respondentų nežino apie tokias paslaugas ($\chi2 = 29,368$; $p \leq 0,001$) arba neturi kompiuterio ($\chi2 = 22,261$; $p \leq 0,001$), todėl, tai trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis. Tuo tarpu daugiau didmiesčiuose gyvenančių, nei kitur gyvenančių, nurodo, kad naudotis e. sveikatos paslaugomis jiems niekas netrukdo ($\chi2 = 27,651$; $p \leq 0,001$).

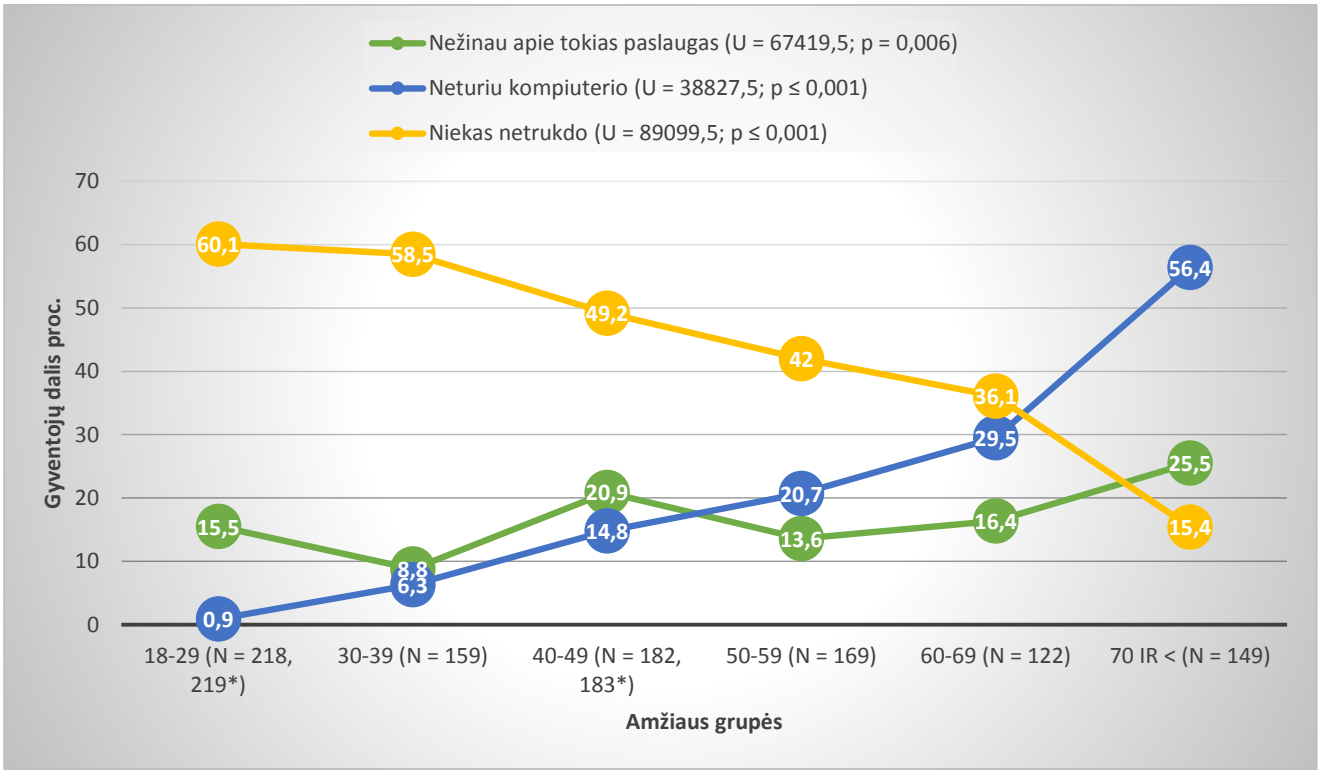
Visos trys nurodytos priežastys priklauso nuo gyventojų amžiaus (žr. 19 pav.). Vyresnėse gyventojų amžiaus grupėse didėja gyventojų dalis nurodanti, kad nesinaudoja e. sveikatos paslaugomis, nes nežino apie tokias paslaugas ($U = 67419,5$; $p = 0,006$), taip pat ženkliai didėja gyventojų dalis kiekvienoje amžiaus grupėje teigianti, kad neturi kompiuterio, todėl, tai trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis ($U = 38827,5$; $p \leq 0,001$). Tuo tarpu, kuo jaunesni gyventojai, tuo daugiau jų nurodė, kad naudotis e. sveikatos paslaugomis jiems niekas netrukdo ($U = 89099,5$; $p \leq 0,001$).

Tyrimo rezultatai rodo, kad visos trys nurodytos priežastys, kurios trukdo gyventojams naudotis e. sveikatos paslaugomis priklauso nuo gyventojų išsilavinimo (žr. 20 pav.). Nustatyta, kad daugiau turinčių žemesnį išsilavinimą gyventojų nurodo, jog jiems trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis nežinojimas apie tokias paslaugas, lyginant juos su aukštesnį išsilavinimą turinčiais gyventojais ($U = 54199,5$; $p \leq 0,001$). Taip pat ženkliai daugiau žemesnį išsilavinimą turinčių gyventojų nurodė neturintys kompiuterio, todėl tai jiems trukdo naudotis šiomis paslaugomis ($U = 52479,5$; $p \leq 0,001$). Tuo tarpu daugiau aukštesnį išsilavinimą turinčių gyventojų, nei turintys žemesnį išsilavinimą, nurodė, kad naudotis e. sveikatos paslaugomis jiems niekas netrukdo ($U = 96871,5$; $p \leq 0,001$).

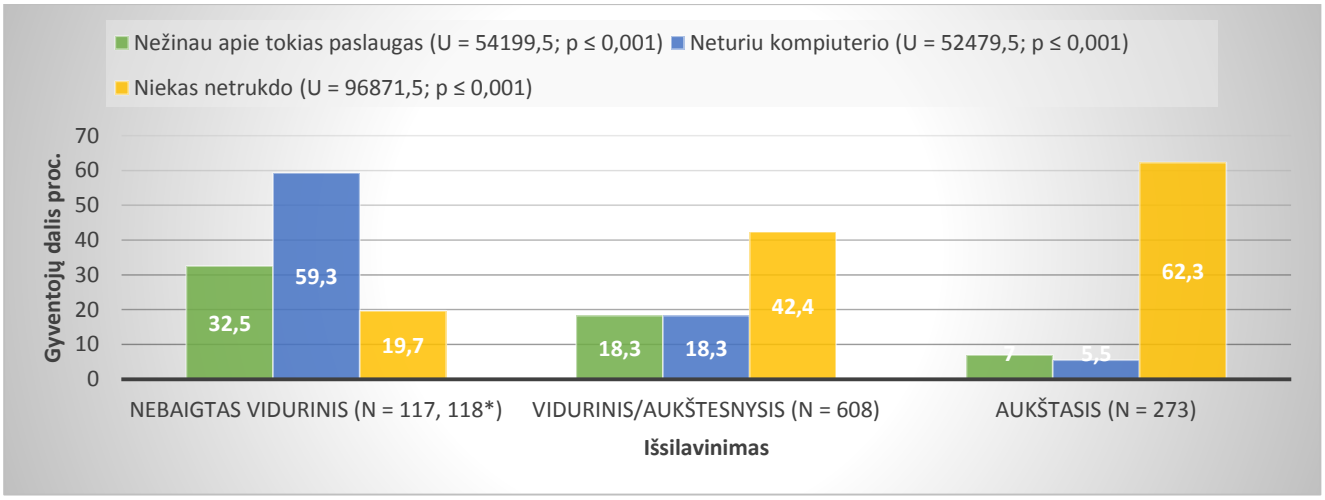
Analizuojant priežastis trukdančias gyventojams naudotis e. sveikatos paslaugomis, nustatyti statistiškai patikimi skirtumai tarp skirtingo užimtumo gyventojų (žr. 2 priedo 3 pav.). Daugiau pensininkų ar neįgaliųjų (21,0 proc.) bei bedarbių (20,6 proc.) nurodė, kad jiems trukdo naudotis e. sveikatos priežiūros paslaugomis nežinojimas apie tokias paslaugas ($\chi2 = 11,010$; $df = 4$; $p = 0,026$). Taip pat šios dvi socialinės grupės dominavo teigdamos, kad e. paslaugomis joms trukdo naudotis kompiuterio neturėjimas, tokių pensininkų ar neįgaliųjų buvo 45,6 proc., bedarbių – 23,7 proc. ($\chi2 = 184,172$; $df = 4$; $p \leq 0,001$). Tuo tarpu teigiančių, kad naudotis e. sveikatos paslaugomis niekas netrukdo buvo daugiausia tarp studentų ar moksleivių (60 proc.), taip pat didelė dalis tokių gyventojų buvo tarp verslininkų ar vadovų (55,6 proc.) bei specialistų ar darbininkų (55,7 proc.) ($\chi2 = 75,175$; $df = 4$; $p \leq 0,001$).

Nustatyta, kad analizuojamų priežasčių nurodymas taip pat priklauso ir nuo gyventojų šeiminės padėties (žr. 2 priedo 4 pav.). Nežinojimą apie tokias paslaugas, kaip trukdį naudotis e. sveikatos paslaugomis, nurodė daugiau našlių (26,2 proc.), gyvenančių neregistruotoje santuokoje (22,1 proc.) bei išsiskyrusių (20,7 proc.) gyventojų ($\chi2 = 14,838$; $df = 4$; $p = 0,005$). Nurodžiusių, kad neturi kompiuterio daugiausiai buvo tarp našlių (50,4 proc.), mažiausiai tarp nevedusių gyventojų (10,2 proc.) ($\chi2 = 102,586$; $df = 4$; $p \leq 0,001$). Teigiančių gyventojų, kad jiems niekas netrukdo naudotis e. sveikatos

priežiūros paslaugomis daugiausia buvo tarp nevedusių (57,1 proc.) respondentų, mažiausiai - tarp našlių (18,9 proc.) ($\chi 2 = 50{,}210$; df = 4; $p \leq 0{,}001$).



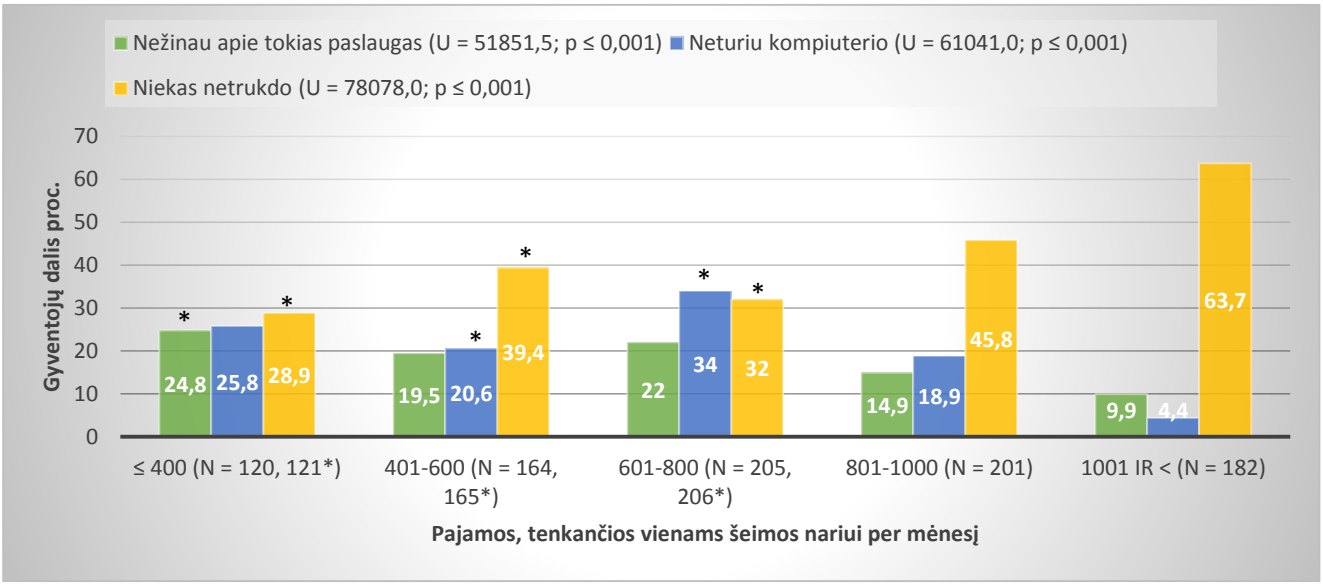
19 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų amžiaus (proc.)



20 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų išsilavinimo (proc.)

Tyrimo rezultatai rodo, kad nežinojimas apie e. sveikatos paslaugas, kaip priežastis trukdanti jomis naudotis, nepriklauso nuo šeimos dydžio, t. y. vaikų, iki 17 metų amžiaus, skaičiaus

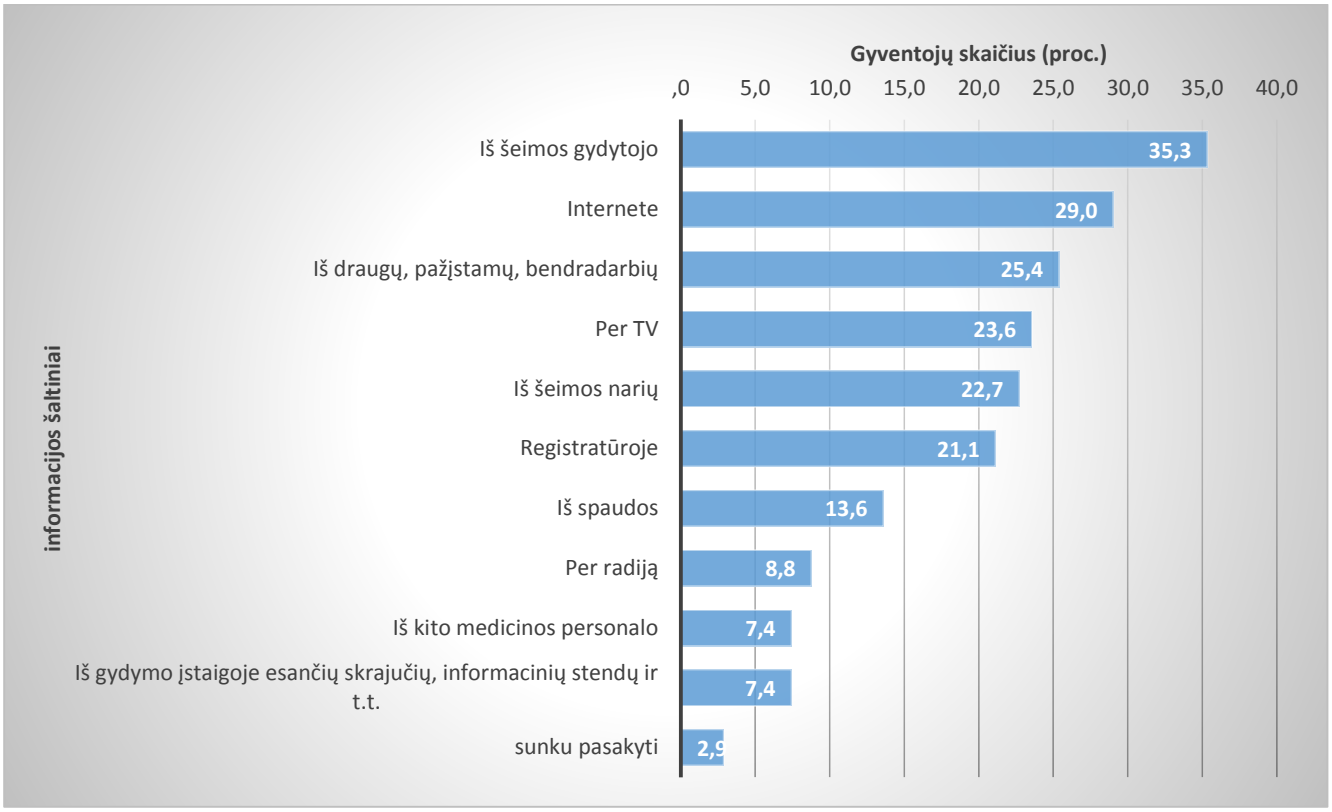
gyvenančio namų ūkyje (U = 73748,0; p = 0,209). Tuo tarpu kompiuterio neturėjimas (U = 71417,0; p ≤ 0,001) bei teiginys „niekas netrukdo“ (U = 118748,5; p ≤ 0,001) priklauso nuo šeimos dydžio (žr. 2 priedo 5 pav.). Su trukdžiu „kompiuterio neturėjimas“ daugiau susiduria tie gyventojai, kurie gyvena mažose šeimose (25,2 proc.), jų namų ūkyje, negyvena vaikai iki 17 metų amžiaus. Teigiančių, kad naudotis e. sveikatos paslaugomis niekas netrukdo daugiausia buvo tarp gyventojų, kurių namų ūkyje gyvena 1 vaikas iki 17 metų amžiaus (61,0 proc.). Didėjant vaikų skaičiui šeimoje, mažėja gyventojų teigiančių, kad jiems niekas netrukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis.



21 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų pajamų dydžio (proc.)

Tyrimo rezultatai rodo, kad visos nurodytos priežastys, dėl kurių gyventojai nesinaudoja e. sveikatos paslaugomis priklauso nuo gyventojų pajamų, t. y. pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį kiekio (žr. 21 pav.). Nustatyta, kad kuo didesnes pajams gavo respondentai, tuo mažiau jų nurodė, kad naudotis e. sveikatos paslaugomis trukdo nežinojimas apie tokias paslaugas (U = 51851,5; p ≤ 0,001), taip pat neturėjimas kompiuterio (U = 61041,0; p ≤ 0,001). Tuo tarpu didėjant gyventojų pajamoms, daugiau jų nurodo, kad naudotis e. sveikatos paslaugomis niekas netrukdo (U = 78078,0; p ≤ 0,001).

8. E. SVEIKATOS PASLAUGŲ INFORMACIJOS ŠALTINIAI



22 pav. Informacijos šaltinių apie e. sveikatos paslaugas pasiskirstymas tarp gyventojų (proc.)

Norint įvertinti gyventojų informuotumą apie e. sveikatos paslaugas, toliau analizuojama, iš kokių šaltinių gyventojai sužino apie e. sveikatos paslaugas. Tyrimo rezultatai rodo, kad 70,7 proc. (N = 707) respondentų žino bent vieną iš anketoje pateiktų e. sveikatos paslaugų. Šių gyventojų buvo klausiama iš kur jie sužinojo apie e. sveikatos paslaugas, buvo galima išsirinkti daugiau nei vieną atsakymo variantą (žr. 22 pav.). Paaiškėjo, kad populiariausias informacijos šaltinis buvo šeimos gydytojas, iš jo apie e. sveikatos paslaugas informacijos gavo 35,3 proc. (N = 250) e. sveikatos paslaugas žinančių gyventojų. Internetas taip pat yra populiarus informacijos šaltinis tarp gyventojų, trečdalis (29,0 proc., N = 205) e. sveikatos paslaugas žinančių gyventojų apie e. paslaugas sužinojo iš interneto. Ketvirtadalis gyventojų apie e. sveikatos paslaugas sužinojo bendraudami su aplinkiniais, taip pat žiūrėdami televiziją. 21,1 proc. gyventojų apie e. sveikatos paslaugas sužinojo sveikatos priežiūros įstaigų registratūrose. Mažiausiai populiarūs informacijos šaltiniai buvo spauda (N = 96), radijas (N = 62), kitas medicinos personalas (N = 53) bei gydymo įstaigose esančios skrajutės, informaciniai stendai (N = 53).

Analizuojant informacijos šaltinius pagal skirtingas gyventojų socialines-demografines grupes nustatyti keli netolygumai. Dauguma informacijos šaltinių, iš kurių gyventojai sužinojo apie e. sveikatos paslaugas, nepriklauso nuo to kokiai socialiniai-demografiniai grupei priklauso gyventojas. Vis dėlto, iš visų pateiktų šaltinių labiausiai išsiskyrė internetas, televizija bei šeimos gydytojas, skirtingų socialinių-demografinių grupių gyventojai dažniausiai iš šių šaltinių apie e. sveikatos paslaugas sužinojo nevienodai.

Analizuojant informacijos šaltinius pagal lytį nustatyta, kad daugiau moterų (9,2 proc.) nei vyrų (5,2 proc.) apie e. sveikatos paslaugas sužinojo iš kito medicinos personalo ($\chi2 = 4,001$; $p = 0,045$). Tuo tarpu daugiau vyrų (26,6 proc.) nei moterų apie e. sveikatos paslaugas sužinojo iš savo šeimos narių ($\chi2 = 4,647$; $p = 0,031$).

Analizuojant informacijos šaltinius pagal gyventojų amžių nustatyta, kad kuo jaunesni gyventojai, tuo daugiau jų informacijos apie e. sveikatos paslaugas sužinojo internete ($U = 38403,0$; $p \leq 0,001$). Tuo tarpų, kuo vyresni gyventojai, tuo daugiau jų informacijos apie paslaugas sužinojo per televiziją ($U = 38396,0$; $p \leq 0,001$), ar radiją ($U = 17717,0$; $p = 0,002$) (žr. 3 lentelėje).

3 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas internetu, per televiziją ir per radiją pagal gyventojų amžių.

Informacijos šaltinis		**Amžiaus intervalas**						**Patikimumo rodiklis**
		18 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 ir <	
Internete	N	73	36	46	29	17	7	$U = 38403,0$;
	%	42,2	30,0	33,6	22,8	16,9	10,6	$p \leq 0,001$
Per TV	N	32	18	34	28	29	25	$U = 38396,0$;
	%	18,6	15,0	25,0	22,0	34,9	37,3	$p \leq 0,001$
Per radiją	N	11	5	12	10	15	9	$U = 17717,0$;
	%	6,4	4,1	8,8	7,9	17,9	13,4	$p = 0,002$

Analizuojant informacijos šaltinius pagal gyventojų išsilavinimą taip pat nustatyti keli socialiniai-demografiniai netolygumai. Šiek tiek daugiau žemesnį išsilavinimą turinčių gyventojų apie e. sveikatos paslaugas sužinojo iš draugų, pažystamų, bendradarbių ($U = 44667,5$; $p = 0,020$), per televiziją ($U = 43042,5$; $p = 0,006$), tuo tarpu daugiau aukštesnį išsilavinimą turinčių gyventojų apie e. sveikatos paslaugas sužinojo internete, nei turintys žemesnį išsilavinimą ($U = 38241,5$; $p \leq 0,001$) (žr. 4 lentelėje).

4 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš draugų, pažystamų, bendradarbių, per televiziją ir internete pagal gyventojų išsilavinimą.

Informacijos šaltinis		**Išsilavinimas**			**Patikimumo rodiklis**
		Nebaigtas vidurinis	Spec. vidurinis / aukštesnysis	Aukštasis	
Iš draugų, pažystamų, bendradarbių	N	11	124	45	U = 44667,5; p = 0,020
	%	24,4	28,8	19,5	
Per TV	N	18	106	43	U = 43042,5; p = 0,006
	%	40,0	24,7	18,6	
Internete	N	4	101	101	U = 38241,5; p ≤ 0,001
	%	8,9	23,5	43,7	

Analizuojant informacijos šaltinius pagal gyventojų užimtumą nustatyta, kad dalis informacijos šaltinių, iš kurių gyventojai sužino apie e. sveikatos paslaugas, priklauso nuo to, kokiai socialiniai grupei pagal užimtumą priklauso gyventojai. Iš šeimos gydytojo daugiau apie e. sveikatos paslaugos sužinojo bedarbiai (39,8 proc.), pensininkai bei neįgalieji (37,3 proc.) ir darbininkai bei specialistai (37,6 proc.). Internete daugiau sužinojo moksleiviai bei studentai (51,0 proc.), taip pat ne mažas dalis verslininkų bei vadovų (39,4 proc.) ir darbininkų bei specialistų (32,3 proc.). Per televiziją daugiausiai apie paslaugas sužinojo pensininkai bei neįgalieji (33,3 proc.) ir bedarbiai (27,3 proc.). (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, internete ir per televiziją pagal gyventojų užimtumą.

Informacijos šaltinis		**Užimtumas**					**Patikimumo rodiklis (df = 4)**
		Bedarbis	Pensininkas, neįgalusis	Moksleivis, studentas	Verslininkas, vadovas	Darbininkas, specialistas	
Iš šeimos gydytojo	N	35	56	11	17	129	$\chi2$ = 10,066; p = 0,039
	%	39,8	37,3	21,6	23,9	37,6	
Internete	N	21	18	26	28	111	$\chi2$ = 39,335; p ≤ 0,001
	%	23,9	12,1	51,0	39,4	32,3	
Per TV	N	24	50	5	9	79	$\chi2$ = 18,250; p = 0,001
	%	27,3	33,3	9,8	12,9	23,0	

Analizuojant informacijos šaltinius pagal gyventojų šeiminę padėti nustatyta, kad dauguma informacijos šaltinių nepriklauso nuo to, kokia gyventojo šeiminė padėtis. Iš visų informacijos šaltinių šiek tiek išsiskyrė internetas bei televizija. Internete apie e. sveikatos paslaugas daugiausiai sužinojo nevedę/netekėjusios respondentai/ės, jie sudarė 40,3 proc. (N = 64) visų nevedusių/netekėjusių respondentų, kurie žinojo bent vieną e. sveikatos paslaugą ($\chi 2 = 16,251$; df = 4; p = 0,003). Atitinkamai per televiziją daugiausiai sužinojo neregistruotoje santuokoje gyvenantys respondentai, jie sudarė 30,6 proc. (N = 15) visų neregistruotoje santuokoje gyvenančių respondentų, kurie žinojo bent vieną e. sveikatos paslaugą ($\chi 2 = 12,353$; df = 4; p = 0,015).

Tyrimo rezultatai rodo, kad informacijos šaltiniai, susiję su sveikatos priežiūros įstaigomis, tokie kaip šeimos gydytojas (p = 0,001), registratūra (p = 0,004) bei kitas medicinos personalas (p = 0,035), iš kurių gyventojai sužinojo apie e. sveikatos paslaugas, statistiškai priklauso nuo šeimos dydžio, t. y. nuo vaikų iki 17 metų, gyvenančių respondento namų ūkyje, skaičiaus (žr. 6 lentelė). Kuo didesnei šeimai priklauso gyventojas, tuo didesnė tikimybė, kad informaciją apie e. sveikatos paslaugas jis gaus iš sveikatos priežiūros įstaigų. Tai yra tikėtina, kadangi vaikų sergamumas įvairiomis ligomis (pvz., infekcinėmis ligomis) yra didesnis nei suaugusiųjų, todėl, tokios šeimos nariai dažniau lankosi sveikatos priežiūros įstaigose.

6 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, registratūroje ir iškito medicinos personalo, pagal gyventojų šeimos dydį, t. y. nuo vaikų iki 17 metų, gyvenančių respondento namų ūkyje, skaičiaus.

Informacijos šaltinis		**Vaikų iki 17 metų, gyvenančių respondento namų ūkyje, sk.**				**Patikimumo rodiklis**
		0	1	2	3 ir <	
Iš šeimos gydytojo	N	149	58	38	7	U = 52907,5;
	%	31,1	42,6	48,7	30,8	p = 0,001
Registratūroje	N	90	26	31	3	U = 39000,5;
	%	18,8	19,3	39,7	21,4	p = 0,004
Iš kito medicinos personalo	N	29	15	7	2	U = 14812,5;
	%	6,1	11,0	9,0	14,3	p = 0,035

Analizuojant informacijos apie e. sveikatos paslaugas šaltinius pagal gyventojų pajamų dydį žymių skirtumų tarp šaltinių nenustatyta. Daugiau mažesnes pajamas gaunančių gyventojų, apie e. sveikatos paslaugas sužinojo iš šeimos gydytojų, lyginant juos su didesnes pajamas gaunančiais

gyventojais (p = 0,015). Tuo tarpu kuo didesnes pajamas gavo gyventojai, tuo daugiau jų apie e. sveikatos paslaugas sužinojo iš savo šeimos narių (p = 0,021) bei interneto (p = 0,002) (žr. 7 lentelė).

7 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, iš šeimos narių ir internete, pagal gyventojų pajamų dydį, t. y. pajamų tenkančios vienam šeimos nariui per mėnesį, dydį (Lt).

Informacijos šaltinis		**Pajamų dydis, tenkantis vienam šeimos nariui per mėnesį (Lt)**					**Patikimumo rodiklis**
		< 400	401-600	601-800	801-1000	1001 <	
Iš šeimos gydytojo	N	34	47	45	51	47	U = 40750,5;
	%	44,2	43,1	37,2	35,2	30,9	p = 0,015
Iš šeimos narių	N	12	17	20	38	39	U = 28457,0;
	%	15,6	15,6	16,5	26,2	25,7	p = 0,021
Internete	N	15	32	25	39	59	U = 32665,0;
	%	19,5	29,4	20,7	26,9	38,6	p = 0,002

8 lentelė. Gyventojų dalis sužinojusių apie e. sveikatos paslaugas iš šeimos gydytojo, registratūroje, iš šeimos narių, internete, per televiziją ir iš spaudos, pagal gyvenamą vietą.

Informacijos šaltinis		**Gyvenamoji vieta**		**Patikimumo rodiklis**
		Didmiesčiai	Kiti miestai ir kaimai	
Iš šeimos gydytojo	N	121	129	$\chi 2 = 6,851$;
	%	31,1	40,6	p = 0,009
Registratūroje	N	72	78	$\chi 2 = 3,861$;
	%	18,5	24,5	p = 0,049
Iš šeimos narių	N	107	54	$\chi 2 = 11,022$;
	%	27,5	17,0	p = 0,001
Internete	N	128	77	$\chi 2 = 6,180$;
	%	32,8	24,3	p = 0,013
Per TV	N	78	89	$\chi 2 = 6,321$;
	%	20,0	28,1	p = 0,012
Iš spaudos	N	38	58	$\chi 2 = 10,901$;
	%	9,7	18,3	p = 0,001

Analizuojant informacijos šaltinius, iš kurių respondentai sužinojo apie e. sveikatą, pagal respondentų gyvenamą vietą nustatyta daugiausiai reikšmingų skirtumų. Daugiau didmiesčių gyventojų apie e. paslaugas sužinojo iš šeimos narių (27,5 proc.) bei internete (32,8 proc.), lyginant juos su kitų miestų ar kaimų gyventojais. Tuo tarpu kitų miestų ar kaimų gyventojai daugiau apie paslaugas sužinojo iš šeimos gydytojo (40,6 proc.), registratūroje (24,5 proc.), per televiziją (28,1 proc.) bei iš spaudos (18,3 proc.) nei didmiesčių gyventojai (žr. 8 lentelė).

9. E. SVEIKATOS PASLAUGŲ VERTINIMAS IR DALYVAVIMAS

Siekiant išanalizuoti kaip gyventojai vertina e. sveikatos paslaugas Lietuvoje buvo pasirinkta ta gyventojų dalis, kuri į klausimą: „Ar Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos?“, atsakė teigiamai. Teigiančių, kad jų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamo e. sveikatos paslaugos buvo 44,9 proc. Lietuvos gyventojų (N = 449), 8,4 proc. (N = 84) tvirtino, kad neteikiamos, didelė dalis gyventojų, net 46,6 proc. (N = 466) nežinojo ar yra teikiamos. Tolimesnėje e. sveikatos paslaugų analizėje buvo nagrinėjami tie gyventojai, kurie žino (44,9 proc.), kad jų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos.

Tolimesnėje analizėje nagrinėjamų gyventojų charakteristika. Tarp gyventojų žinančių, kad jų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos truputį daugiau buvo moterų nei vyrų: atitinkamai moterų buvo 56,5 proc., o vyrų – 43,5 proc.

Didesnė dalis gyventojų gyvena didmiesčiuose, jie sudarė 67,8 proc. (N = 304) analizuojamų gyventojų, tuo tarpu gyvenančių kituose miestuose ar kaimuose buvo 32,2 proc. (N = 145) gyventojai.

Jaunesnio amžiaus gyventojų buvo daugiau nei vyresnių, pagal amžiaus grupes gyventojai pasiskirstė taip: 18-29 metų amžiaus gyventojai sudarė 27,1 proc. (N = 122), 30-39 metų amžiaus – 16,2 (N = 73), 40-49 metų amžiaus – 18,6 proc. (N = 84), 50-59 metų amžiaus – 16,7 proc. (N = 75), 60-69 metų amžiaus – 11,9 proc. (N = 53), 70 ir vyresni – 9,5 proc. (N = 43).

Analizuojant pagal išsilavinimą, daugiausia buvo vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą turinčių gyventojų, jų buvo 56,4 proc. (N = 253), nebaigtą vidurinį išsilavinimą turėjo – 6,5 proc. (N = 29), aukštąjį – 36,6 proc. (N = 164). 0,5 proc. (N = 2) gyventojų nenurodė savo išsilavinimo.

Pagal užimtumą daugiausiai gyventojų sudarė specialistai ar darbininkai – 48,3 proc. (N = 217), 21,4 proc. (N = 96) – pensininkai ar neįgalieji, 11,1 proc. (N = 50) – bedarbiai, ir mažiausiai 9,1 proc. (N = 41) studentai ar moksleiviai bei 9,4 proc. (N = 42) verslininkai ar vadovai.

Pagal šeiminę padėtį daugiausia gyventojų buvo vedę ar ištekėjusios, jie atitinkamai sudarė 48,1 proc. (N = 216). 26,9 proc. (N = 121) buvo nevedę ar netekėjusios, 10,9 proc. (N = 49) – išsiskyrę ar išsiskyrusios, 8,3 proc. (N = 38) – našliai ar našlės, 5,4 proc. (N = 24) – gyvenantys neregistruotoje santuokoje.

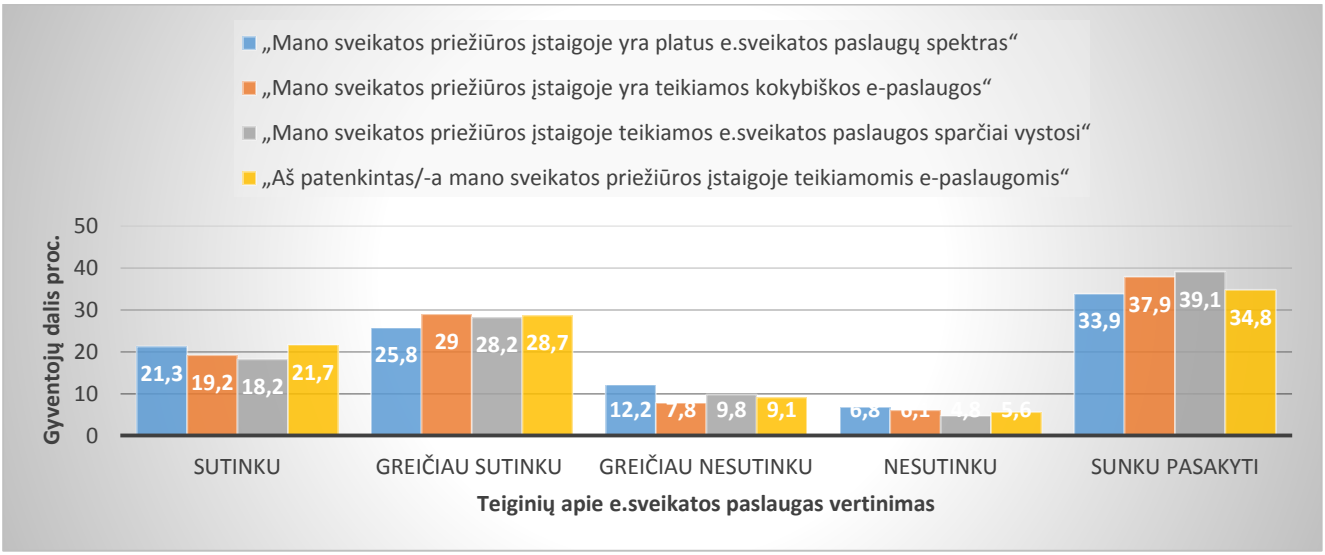
Pagal šeimos dydį, t. y. pagal vaikų, iki 17 metų, gyvenančių namų ūkyje skaičių, gyventojai pasiskirstė taip: nėra vaikų 70,7 proc. (N = 317), gyvena vienas vaikas – 18,3 proc. (N = 82), gyvena du vaikai – 9,5 proc. (N = 43), gyvena 3 ir daugiau vaikų – 1,5 proc. (N = 7).

Pagal pajamas gyventojai pasiskirstė taip: gyventojų, kurių pajamos buvo iki 400 Lt per mėnesį vienam šeimos nariui sudarė 10,4 proc. (N = 47) gyventojų, nuo 401-600 Lt – 12,8 proc. (N

=58), nuo 601-800 Lt – 15,7 proc. (N = 71), nuo 801-1000 Lt – 22,2 proc. (N = 100), 1001 ir daugiau – 22,7 proc. (N = 102), 16,2 proc. (N = 73) nenurodė pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį.

E. sveikatos paslaugų vertinimas. Siekiant nustatyti, kaip gyventojai vertina e. sveikatos paslaugas, respondentų buvo prašoma sutikti ar nesutikti su šiais teiginiais apie e. sveikatos paslaugas jų sveikatos priežiūros įstaigoje:

- „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“;
- „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos“;
- „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“;
- „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e-paslaugomis“.



23 pav. E. sveikatos paslaugų savo sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimas gyventojų požiūriu.

Tyrimo rezultatai rodo, kad didesnė dalis (apie 50 proc.) gyventojų e. sveikatos paslaugas savo įstaigoje vertino teigiamai, tačiau daugiau nei trečdalis respondentų, žinančių, kad jų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos nesugebėjo jų įvertinti (žr. 23 pav.).

Tų gyventojų, kurie neigiamai įvertino e. sveikatos paslaugas savo įstaigoje, t. y. kurie teigė, kad yra nepatenkinti ar greičiau nepatenkinti savo sveikatos priežiūros įstaigos teikiamomis e. sveikatos paslaugomis, buvo klausiama, kodėl jie yra nepatenkinti e. sveikatos paslaugomis. Nepatenkinti ar greičiau nepatenkinti, savo įstaigoje teikiamomis e. sveikatos paslaugomis, buvo 14,7 proc. (N = 67) gyventojų žinančių, kad jų įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos. Į šį klausimą respondentai atsakė taip: didžiausia dali (38,8 proc., N = 26) teigė, kad SPĮ per mažai paslaugų arba jų nėra, 19,4 proc. (N = 13) buvo nepatenkinti, nes tai yra netobula, bloga, nekokybiška sistema, 17,9 proc. (N = 12) nepatenkinti, dėl mažo informuotumo. Kitos priežastys, tokios kaip: nepasitiki duomenų

apsauga, verčia naudotis nurodė pavieniai asmenys. Įdomu tai, kad 20,9 proc. (N = 14) gyventojų neatsakė į klausimą, kodėl jie yra nepatenkinti savo SPĮ teikiamomis e. sveikatos paslaugomis, nors prieš tai teigė, kad yra jomis nepatenkinti.

Toliau poskyriuose analizuojama, kaip gyventojai vertina e. sveikatos paslaugas savo sveikatos priežiūros įstaigoje, atsižvelgiant į naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį, bei socialinius-demografinius rodiklius.

9.1. Vertinimas pagal naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnį

Visų teiginių vertinimai, apie SPĮ teikiamas e. sveikatos paslaugas, priklauso nuo to, kaip dažnai gyventojai naudojosi e. sveikatos paslaugomis, per pastaruosius du metus. Kuo dažniau gyventojai naudojasi e. sveikatos priežiūros paslaugomis, tuo daugiau jų sutinka su tuo, kad jų SPĮ yra platus e. sveikatos paslaugų spektras ($\chi2 = 17,768$; $df = 4$; $p = 0,001$) (žr. 2 priedo 6 pav.). Tuo pačiu, mažėja gyventojų dalis, kuri negalėjo tiksliai atsakyti ar sutinka su teiginiu, ar ne.

Taip pat nustatyta, kad kuo dažniau gyventojai naudojasi e. sveikatos paslaugomis, tuo daugiau jų sutinka su tuo, kad jų SPĮ yra teikiamos kokybiškos e. paslaugos ($\chi2 = 20,050$; $df = 4$; $p \leq 0,001$) (žr. 2 priedo 7 pav.). Tuo pačiu, mažėja gyventojų dalis, kuri negalėjo tiksliai atsakyti ar sutinka su teiginiu, ar ne.

Tyrimo rezultatai rodo, kad kuo dažniau gyventojai naudojasi e. sveikatos paslaugomis, tuo daugiau jų sutinka su tuo, kad jų SPĮ teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi ($\chi2 = 26,628$; $df = 4$; $p \leq 0,001$) (žr. 2 priedo 8 pav.). Tuo pačiu, mažėja gyventojų dalis, kuri negalėjo tiksliai atsakyti ar sutinka su teiginiu, ar ne.

Taip pat nustatyta, kad kuo dažniau gyventojai naudojasi e. sveikatos paslaugomis, tuo daugiau jų sutinka su tuo, kad jų yra patenkinti savo SPĮ teikiamomis e. sveikatos paslaugomis ($\chi2 = 13,714$; $df = 4$; $p = 0,008$) (žr. 2 priedo 9 pav.). Tuo pačiu, mažėja gyventojų dalis, kuri negalėjo tiksliai atsakyti ar sutinka su teiginiu, ar ne.

9.2. Vertinimas pagal socialinius demografinius rodiklius

Analizuojant teiginius, apie e. sveikatos paslaugas gyventojų SPĮ, lyties atžvilgiu nenustatytas statistiškai patikimas skirtumas tarp vyrų ir moterų, nei viename teiginyje. Vyrų ir moterų e. sveikatos paslaugų savo SPĮ vertinimas mažai skiriasi nuo bendro gyventojų e. paslaugų vertinimo pateikto skyriaus pradžioje.

Nustatyti stiprūs statistiškai patikimi skirtumai tarp teiginių, apie e. sveikatos paslaugas SPĮ, bei gyvenamos vietos. Respondentai gyvenantys didmiesčiuose linkę geriau vertinti e. sveikatos

paslaugas savo SPĮ, nei gyvenantys kituose miestuose ar kaimuose. Tuo tarpu gyventojų, kuriems buvo sunku įvertinti e. sveikatos paslaugas savo SPĮ, buvo daugiau kituose miestuose ar kaimuose nei didmiesčiuose. Daugiau didmiesčio gyventojų, nei kitur gyvenančių teigė, jog:

- jų SPĮ yra platus e. sveikatos paslaugų spektras ($\chi2 = 38,511$; $df = 4$; $p \leq 0,001$) (žr. 2 priedo 10 pav.);
- jų SPĮ yra teikiamos kokybiškos e. paslaugos ($\chi2 = 28,095$; $df = 4$; $p \leq 0,001$) (žr. 2 priedo 11 pav.);
- jų SPĮ teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi ($\chi2 = 48,181$; $df = 4$; $p \leq 0,001$) (žr. 2 priedo 12 pav.);
- yra patenkinti savo SPĮ teikiamomis e. paslaugomis ($\chi2 = 25,179$; $df = 4$; $p \leq 0,001$) (žr. 3 priedo 13 pav.).

Tyrimo rezultatai rodo, kad teiginių: „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“ ($\chi2 = 6,890$; $df = 4$; $p = 0,142$) bei „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e-paslaugomis“ ($\chi2 = 8,071$; $df = 4$; $p = 0,089$) vertinimai nepriklauso nuo gyventojų amžiaus. Nustatyta, kad jaunesni gyventojai savo SPĮ teikiamas paslaugas vertina šiek tiek geriau nei vyresni, daugiau jaunesnio amžiaus gyventojų sutinka su tuo, kad jų SPĮ yra teikiamos kokybiškos e. sveikatos paslaugos ($\chi2 = 11,221$; $df = 4$; $p = 0,024$), taip pat daugiau linkę sutikti, kad e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi jų SPĮ ($\chi2 = 11,290$; $df = 4$; $p = 0,023$) (žr. 2 priedo 14 pav.).

Analizuojant teiginius, apie e. sveikatos paslaugas gyventojų SPĮ, išsilavinimo atžvilgiu nenustatytas statistiškai patikimas skirtumas nei viename teiginyje. Tiek žemesnį, tiek aukštesnį išsilavinimą turinčių gyventojų, e. sveikatos paslaugų savo SPĮ, vertinimas mažai skiriasi nuo bendro gyventojų e. paslaugų vertinimo pateikto skyriaus pradžioje.

Nustatyta, kad skirtingo užimtumo gyventojai teiginius: „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“ ($\chi2 = 51,462$; $df = 20$; $p \leq 0,001$) bei „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e-paslaugomis“ ($\chi2 = 35,874$; $df = 20$; $p = 0,016$) vertina skirtingai. Verslininkai ar vadovai daugiau yra linkę nesutikti, kad jų SPĮ e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi, su šiuo teiginiu labiau linkę sutikti pensininkai ar neįgalieji, taip pat studentai ar moksleiviai, specialistai ar darbininkai. Studentai ar moksleivei bei darbininkai ar specialistai daugiau linkę sutikti su teiginiu, kad jie yra patenkinti SPĮ teikiamomis e. sveikatos paslaugomis, daugiau vadovų ar verslininkų nesutinka su šiuo teiginiu.

Teiginių vertinimas nepriklauso nuo gyventojų šeimyninės padėties.

Nustatyta, kad kuo daugiau namų ūkyje gyvena vaikų, iki 17 metų amžiaus, tuo daugiau gyventojų yra patenkinti savo SPĮ teikiamomis e. sveikatos paslaugomis ($\chi2 = 10,417$; $df = 4$; $p = 0,034$). Kiti teiginiai nepriklauso nuo vaikų skaičiau šeimoje.

Taip pat nustatyta, kad šių teiginių, apie e. sveikatos paslaugų teikimą gyventojų SPĮ, vertinimas, nepriklauso nuo gyventojų pajamų, tiek didesnes, tiek mažesnes pajamas gaunantys respondentai šiuos teiginius įvertino panašiai.

9.3. Gyventojų dalyvavimas e. sveikatos politikos formavime

Siekiant išsiaiškinti, ar gyventojai dalyvauja ar yra įtraukiami į e. sveikatos paslaugų tobulinimo procesą, tolimesnei analizei pasirinkti tokie klausimai: „Ar kas nors klausė/teiravosi Jūsų nuomonės apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?“, „Ar sveikatos priežiūros įstaigoje Jūs pats savo iniciatyva esate pateikęs siūlymų dėl e. sveikatos paslaugų?“ ir „Ar Jūs priklausote pacientų interesus atstovaujančiai organizacijai?“.

Taigi tyrimo duomenys rodo, kad tik 2,1 proc. (N = 21) gyventojų buvo teirautasi jų SPĮ apie e. sveikatos paslaugas. Iš jų pusė pateikė savo pasiūlymus SPĮ (N = 11), kitą pusė siūlymų nepateikė (N = 10). 95,8 proc. (N = 958) gyventojų teigė, kad jų niekas SPĮ neklausė, nesiteiravo dėl e. sveikatos paslaugų. Likusiems 2,1 proc. (N = 21) sunku buvo atsakyti į šį klausimą.

Taip pat nustatyta, kad tik 1,7 proc. (N = 17) gyventojų savo iniciatyva SPĮ yra teikę siūlymus dėl e. sveikatos paslaugų. 97,5 proc. (N = 975) gyventojų tokių pasiūlymų neteikė, 0,5 proc. (N = 5) neatsakė į klausimą.

Tik 0,7 proc. (N = 7) gyventojų, priklausė pacientų interesus atstovaujančiai organizacijai.

10. SVEIKATOS PASLAUGŲ „ŽINOTOJŲ IR NAUDOTOJŲ PORTRETAI“

9 lentelė. E. sveikatos paslaugų „žinotojų ir naudotojų portretai“

E. sveikatos paslaugų „žinotojų portretai“	**E. sveikatos paslaugų „naudotojų portretai“**
Pacientų registracija pas gydytoją internetu	
• Moteris, gyvenanti didmiestyje • Jauna, 18–29 metų • Studijuojanti universitete ar jau įgijusi aukštąjį išsilavinimą • Gali būti ištekėjusi • Namų ūkyje gyvena 3 ir daugiau vaikų iki 17 metų • Vienam šeimos nariui tenka didelės pajamos, 1001 Lt ir daugiau • Į ASPĮ per pastaruosius dvejus metus kreipėsi nedažnai, nuo 2 iki 5 kartų	• Jaunas 18–29 metų didmiesčio gyventojas • Nevedęs ar neištekėjusi, šeimos ūkyje gyvena vienas vaikas (iki 17 metų) • Studijuojantis universitete ar jau įgijęs aukštąjį išsilavinimą • Į ASPĮ per pastaruosius dvejus metus kreipėsi nedažnai, nuo 2 iki 5 kartų
Pacientas gauna priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el. paštu	
• Moteris, gyvenanti didmiestyje • Jauna, 18–29 metų • Studijuojanti universitete ar jau įgijusi aukštąjį išsilavinimą • Netekėjusi • Namų ūkyje gyvena 3 ir daugiau vaikų iki 17 metų • Vienam šeimos nariui tenka didelės pajamos, 1001 Lt ir daugiau • Į ASPĮ per pastaruosius dvejus metus kreipėsi nedažnai, nuo 2 iki 5 kartų	• Jaunas 18–29 metų didmiesčio gyventojas • Turintis aukštąjį išsilavinimą, tačiau yra bedarbis • Nevedęs ar neištekėjusi • Į ASPĮ per pastaruosius dvejus metus kreipėsi nedažnai, nuo 2 iki 5 kartų

Taigi, išrinkus dominuojančius, statistiškai patikimus demografinius-socialinius požymius, buvo nustatyta sveikatos paslaugų dviejų rūšių „portretai“: e. sveikatos paslaugų „naudotojų

portretas“ bei dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančio gyventojo „portretas“. Gauti tokie e. sveikatos paslaugų „naudotojų portretai“ (žr. 9, 10 lenteles).

10 lentelė. E. sveikatos paslaugos „Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu“ „žinotojo ir naudotojo portretai“

E. sveikatos paslaugų „žinotojų portretas“	**E. sveikatos paslaugų „naudotojų portretas“**
Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu	
• Didmiesčio gyventojas, vedęs ar ištekėjusi • Vidutinio amžiaus, 40–49 metų • Turi aukštąjį išsilavinimą • Užima aukštas pareigas, yra verslininkas (-ė) ar vadovas (-ė) • Namų ūkyje gyvena vienas du vaikai iki 17 metų • Vienam šeimos nariui tenka didelės pajamos, 1001 Lt ir daugiau • Į ASPĮ per pastaruosius dvejus metus kreipėsi nedažnai, nuo 2 iki 5 kartų	• Didmiesčio gyventojas • Vidutinio amžiaus, 40–49 metų • Turintis aukštąjį išsilavinimą • Yra specialistas ar darbininkas • Vienam šeimos nariui tenka didelės pajamos, 1001 Lt ir daugiau • Išsiskyręs (-usi) • Į ASPĮ per pastaruosius dvejus metus kreipėsi nedažnai, nuo 2 iki 5 kartų

11 lentelė. Dažnai besinaudojančio sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojo „portretas“.

Dažnai besinaudojančio sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojo „portretas“
• Didmiestyje gyvenanti moteris • Vyresnio amžiaus, turinti 60 metų ir daugiau, nedirbanti arba neįgali pensininkė • Įgijusi specialųjį vidurinįjį ar aukštesnįjį išsilavinimą • Ištekėjusi,, namų ūkyje negyvena nė vienas vaikas (iki 17 metų) • Vienam šeimos nariui tenka vidutinės pajamos nuo 601 iki 1000 Lt • Dažniausiai lankosi valstybinėse ASPĮ

Pastarosios e. sveikatos paslaugos „naudotojo portretas“ išsiskiria iš kitų, kadangi naudojimasis šia paslauga nepriklauso nuo laisvo naudotojo pasirinkimo. Šia paslauga daugiau naudojasi tie gyventojai, kurie dažniau serga, todėl yra priversti kreiptis į gydytojus dėl nedarbingumo. Būtent tokio amžiaus asmenų padidėja sergamumas įvairiomis ligomis, traumų ir nelaimingų atsitikimų rizika.

Taip pat išrinkus dominuojančius demografinius-socialinius požymius, gautas toks dažnai besinaudojančio sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojo „portretas“ (žr. 11 lentelę).

Tyrimas padėjo pagrindą tolesniems e. sveikatos paslaugų „naudotojų portretų“ ir „personų“ tyrimams. Kadangi, kaip jau ir buvo minėta, „naudotojo portretas“ yra pirmas ir svarbus žingsnis siekiant nustatyti, kokie asmenys turėtų būti įtraukti į paslaugos ar produkto projektavimą, šiuo atveju e. sveikatos paslaugų kūrimą ir plėtrą Lietuvoje.

IŠVADOS

1. E. sveikata Lietuvoje yra jauna, besivystanti sritis, kuri Lietuvos teisinėje bazėje atsirado pakankamai neseniai. Esminiai dokumentai šiuo metu reglamentuojantys E. sveikatos paslaugas Lietuvoje yra strateginio pobūdžio.

2. Apie dauguma e. sveikatos paslaugų Lietuvos gyventojai yra mažai informuoti, dar mažesnė dalis jomis naudojasi. Nustatyti įvairūs socialiniai-demografiniai netolygumai tarp e. sveikatas žinančių bei jas naudojančių gyventojų. Ryškiausi e. sveikatos paslaugų žinojimo ir naudojimosi jomis socialiniai-demografiniai netolygumai nustatyti tarp didmiesčių ir kitų miestų / kaimo gyvenviečių, tarp skirtingų amžiaus grupių, išsilavinimo grupių bei pajamų dydžio.

Išanalizavus e. sveikatos paslaugą e. nedarbingumo pažymėjimas, kuri visoje Lietuvoje pradėjo funkcionuoti nuo 2009 metų, pastebima, kad nepriklausomai nuo gero e. sveikatos paslaugos prieinamumo ir paplitimo Lietuvoje e. sveikatos paslaugos suvokimas yra ribotas. Informacijos apie e. sveikatos paslaugą sklaida yra komplikuota. Net tie gyventojai, kurie yra šios paslaugos naudotojai ne visuomet suvokia gaunantys e. paslaugą.

3. Laiko taupymas ir patogumas yra pagrindinės naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežastys, kurias nurodo Lietuvos gyventojai. Jos ypač dominuoja tarp didmiesčio gyventojų, tarp jaunesnių gyventojų grupių, tarp aukštesnį išsilavinimą turinčių gyventojų grupių bei didesnes pajamas gaunančių gyventojų grupių. Tuo tarpų kitų miestų / kaimų gyventojai, vyresni, turintys žemesnį išsilavinimą, ar gaunantys mažesnes pajamas jomis daugiau naudojasi dėl to, kad to reikalauja medikai.

Pagrindinės nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastys ar kliūtys yra nežinojimas apie tokias paslaugas ir neturėjimas tinkamų priemonių jomis naudotis, t. y. kompiuterio neturėjimas (tikriausiai ir nemokėjimas juo naudotis). Šios priežastys daugiau dominuoja tarp kitų miestų / kaimų gyventojų, vyresnių gyventojų grupių, tarp žemesnį išsilavinimą turinčių gyventojų bei gaunančių mažesnes pajamas.

4. Nors naudojimasis e. sveikatos paslaugomis Lietuvoje nėra itin paplitęs, tačiau tie gyventojai, kurie naudojosi e. sveikatos paslaugomis savo sveikatos priežiūros įstaigose jas vertina daugiau teigiamai nei neigiamai. Tiesa didelės dalis gyventojų nesugebėjo įvertinti e. sveikatos paslaugų savo sveikatos priežiūros įstaigoje, nors žinojo, kad jos egzistuoja. Tai vėl gi rodo per mažą gyventojų informuotumą apie e. sveikatos paslaugas.

Tik nedidelė dalis gyventojų prisidėjo prie e. sveikatos paslaugų kokybės gerinimo, tik 1,1 proc. pateikė savo pasiūlymus, kai gyventojų buvo teirautasi apie e. sveikatos priežiūros paslaugas jų sveikatos priežiūros įstaigoje. Taip pat nedidelė dalis gyventojų 1,7 proc. savo iniciatyva sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikę siūlymus dėl e. sveikatos paslaugų.

5. „Naudotojo portreto“ tyrimas parodė, kad egzistuoja objektyvūs socialiniai-demografiniai netolygumai tarp e. sveikatos paslaugų naudotojų, kurie aiškiai rodo netolygumus ir e. sveikatos plėtroje. E. sveikatos paslaugos kokybiškiau veikia dideliuose miestuose, kokybiškesnė internetinė prieiga yra pasiekiama didesnių pajamų, aukštesnio išsilavinimo, ir jaunesnių gyventojų grupei. Tuo tarpu e. paslaugų poreikis kitoms amžiaus grupėms yra net labiau reikalingas dėl didesnio sveikatos paslaugų poreikio. Tad „portretų“ socialinių-demografinių netolygumų stebėsena leidžia nustatyti e. sveikatos sistemos vystymosi spragas, kurios gali būti siūlytinos tobulinti pirmiausia.

Nustatyti dviejų rūšių sveikatos paslaugomis besinaudojančiųjų „portretai“: e. sveikatos paslaugas „naudojančio portretas“ bei dažnai sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojančio gyventojo „portretas“. E. sveikatos paslaugų naudotojų ir sveikatos priežiūros paslaugų „naudotojo portretai“ yra labai skirtingi. Manome, kad iš šio tyrimo galima daryti prielaidą, kad dabartinės e. sveikatos paslaugos Lietuvoje netenkina dažno sveikatos priežiūros paslaugų naudotojo. Išsamesnė šios problemos analizė galėtų būti atlikta kituose tyrimuose.

REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI

1. Periodiškai atlikti e. sveikatos paslaugų naudotojo portreto tyrimus bei stebėti pokyčius, kadangi tai atspindi e. sveikatos paslaugu prieinamumą.
2. Prieš diegiant naujas e. sveikatos paslaugos modulius, įtraukti pacientus, patikrinant ar naujas modulis bus patrauklus sveikatos priežiūros paslaugų naudotojui.
3. Stebėtis priežastis, dėl ko e. sveikatos paslaugas naudojančių ir jas žinančių „portretai“ nesutampa, nes tai sufleruoja apie e. sveiktos paslaugos kokybės netolygumus.
4. Kurti gyventojų informuotumo apie e. sveikatos paslaugas didinimo priemones, grįstas interaktyvumu, bei didinti informacijos sklaidą apie e. sveikatos paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose.
5. Formuojant e. sveikatos paslaugų politiką atsižvelgti į socialinius-demografinius netolygumus Lietuvoje, kurti priemones skatinančias naudotis e. sveikatos paslaugomis visose socialinėse-demografinėse grupėse.

LITERATŪROS ŠALTINIAI

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317 [aktuali redakcija]
2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231 [aktuali redakcija]
3. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio papildymo ir įstatymo I dalies papildymo III skyriumi įstatymas. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 74-3541.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 *„Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 108-4430.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2009 m. rugsėjo 29 d. įsakymas Nr. V-816/A1-597 *„Dėl elektroninių nedarbingumo pažymėjimų bei elektroninių nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų pildymo ir išdavimo pereinamuoju laikotarpiu tvarkos aprašo ir jų formų patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 117-5032.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 19 d. įsakymas Nr. V-136 *„Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio d, įsakymo Nr. V-811 „Dėl Lietuvos e. sveikatos 2007-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“ pakeitimo“*. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 21-1015.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 23-1079.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. V-570 *„Dėl e. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“ Valstybės žinios*. 2012, Nr. 136-6998.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2010 m. liepos 21 d. įsakymas Nr. V-653/A1-356 *„Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. v-533/a1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklių, šių pažymėjimų blankų, taip pat sunkių ligų, kuriomis sergantiems vaikams iki 18 metų stacionare ar medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje slaugyti išduodamas pažymėjimas ne ilgiau kaip 120 kalendorinių dienų per kalendorinius*

metus, sąrašo bei ligų ir būklių, dėl kurių suteikiamos papildomos 14 kalendorinių dienų nėštumo ir gimdymo atostogos, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios. 2010, Nr. 89-4740.

10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-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“*. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157-8002.

Moksliniai šaltiniai (knygos, moksliniai straipsniai, leidiniai ir kt.):

11. Abras, C.; Maloney-Krichmar, D.; Preece, J. User-Centered Design. In Bainbridge, W. *Encyclopedia of Human-Computer Interaction.* Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.
12. Andreassen, H. K., *et al. European citizens' use of E-health services: A study of seven countries.* BMC Public Health 2007, 7: 53.
13. Armenakis, A.A., Harris, S.G., Mossholder, K.W. 1993. Creating readiness for organizational-change, Human Relations, 46, p. 681–703.
14. Carroll, J.M., Neale, D.C., Isenhour, P.L., Rosson, M.B., McCrickard, D.S. 2003. Notification and awareness: synchronizing task-oriented collaborative activity. International Journal of Human-Computer Studies, 58, 5, p. 605–632.
15. Cooper, A.; Reimann, R.; Cronin, D. *About Face, 3rd ed., The Essentials of Interaction Design.* Wiley Publishing, Inc., Indianapolis, IN, 2007.
16. Dayton, D. Audiences involved, imagined, and invoked: trends in user-centered interactive information design. In *Professional Communication Conference*. IPCC 2003, IEEE International, Piscataway, NJ, 2003.
17. Friedman, C.P., Iakovidis, I., Debenedetti, L. Lorenzi, N.M. 2009. Across the Atlantic cooperation to address international challenges in eHealth and health IT: managing toward a common goal. Int J Med Inform.,78, 11, p. 778-784.
18. Griškevičius J., Kizlaitis J. Mokomoji knyga, Informacinės sistemos medicinoje. Vilnius, „Technika“, 2012: p. 7-10.
19. Yen, H.R., Wang, W., Wei, Ch.P., Hsu, Sh.H.Y., Chiu, H.Ch. 2012. Service innovation readiness: Dimensions and performance outcome. Decision Support Systems, 53, 4, p. 813–824.
20. Kairys, J., *et al.* Pacientų nuomonė apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose pagal pacientų amžių. *Medicinos teorija ir praktika*. 2011, 11(1): 55–64. ISSN, 1392-1312.
21. Karapanos, E.; Martens, J. B. Characterizing the Diversity in Users' Perceptions *Human-Computer Interaction – INTERACT 2007.* The Netherlands, Eindhoven, Eindhoven University of Technology, LNCS 4662, Part I, 2007, p. 515–518.

22. Kiesler, S., Sproull, L. 1982. Managerial response to changing environments: perspectives on problem sensing from social cognition, Administrative Science Quarterly, 27, p. 548 – 570.
23. Kwahk, K.Y., Lee, J.N. 2008. The role of readiness for change in ERP implementation: theoretical bases and empirical validation, Information Management, 45, p. 474-481.
24. LeRouge, C., *et al. User profiles and personas in the design and development of consumer health technologies.* Int. J. Med. Inform. (2011), doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.03.006
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio mėn. 11 d. įsakymu Nr. V-608 patvirtinta. *Sveikatos priežiūros sistemos analizės ir vertinimo ataskaita.*
26. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė. Valstybinio audito ataskaita, *Elektroninės sveikatos informacinės sistemos plėtra ir audito rekomendacijų įgyvendinimas*.
27. Pruitt, J.; Adlin, T. *The Persona Lifecycle: Keeping People in Mind Throughout Product Design.* Morgan Kaufmann Publishers, San Francisco, CA, 2006.
28. Ray, P., Shahrestani, S., Daneshgar, F. 2005. The role of awareness modelling in cooperative management. Journal of Information Systems Frontiers, 7, p. 299–316.
29. Stašys, R. *Elektroninės sveikatos paslaugos ir jų poreikio vertinimas,* Verslas, vadyba ir studijos, 2009, p. 246-260.
30. Stead, W.W., Kelly, B.J., and Kolodner, R.M. 2005. Achievable Steps Toward Building a NationalHealth Information Infrastructure in the United States. . J Am Med Inform Assoc., 12, 2 p. 113–120.
31. Van Velsen, L., *et al*. *Personas: The Linking Pin in Holistic Design for eHealth*. *e*TELEMED 2012: The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, 2012.
32. Weingart, S. N.; Rind, D.; Tofias, Z; Sands, D. Z. Who Uses the Patient Internet Portal? The PatientSite Experience. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2006, 139 (1): 91 – 95.

Internetiniai šaltiniai:

33. Europos Komisija. E. sveikata [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://ec.europa.eu/health/ehealth/portal/index_lt.htm>
34. Išankstinės pacientų registracijos sistema [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.sergu.lt/>
35. J. Med. Internet Res., 2001; 3(2): e20 [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-03-25]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>
36. Neįgaliųjų reikalų departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. *Lietuvoje sukurta išankstinė pacientų registracijos sistema*. [interaktyvus] [žiūrėta 2015-03-25] <http://www.ndt.lt/lietuvoje-sukurta-isankstines-pacientu-registracijos-sistema/>

SANTRAUKA

ELEKTRONINIŲ SVEIKATOS PASLAUGŲ SKVERBTIS LIETUVOJE

Lietuvos e. sveikatos sistemos plėtra išgyveno ne vieną iššūkį ir nesėkmę, kai įdėtos pastangos neatnešė tikėtinų rezultatų, tačiau taip pat reikia pripažinti ir nemenkus proveržius kuriant atskiras jos dalis. Norint kryptingai tobulinti e. sveikatos sistemą ir padidinti gyventojų naudojimąsi e. sveikatos paslaugomis, kurie yra pagrindiniai sveikatos priežiūros paslaugų naudotojai, reikia turėti specifinių žinių apie sistemos trūkumus. Geriausiai veikiančios e. sveikatos prieinamumą rodo naudotojai ir jų noras naudotis sukurtomis sistemomis. „Naudotojo portretas“ atskleidžia būdingus tam tikros tikslinės naudotojų grupės bruožus ir leidžia prognozuoti kitų naudotojų elgesį ateityje.

Šio tyrimo ***tikslas*** - įvertinti elektroninių sveikatos paslaugų paplitimą Lietuvoje gyventojų požiūriu. Tikslui pasiekti, buvo iškelti šie ***uždaviniai:***

1. Išanalizuoti e. sveikatos paslaugų teisinį reglamentavimą Lietuvoje.
2. Įvertinti gyventojų informuotumą apie e. sveikatos paslaugas bei naudojimąsi jomis atsižvelgiant į gyventojų socialines-demografines grupes.
3. Įvertinti gyventojų naudojimosi / nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežastis atsižvelgiant į jų socialines-demografines grupes.
4. Nustatyti kaip gyventojai vertina e. sveikatos paslaugas savo sveikatos priežiūros įstaigose, ar dalyvauja formuojant e. sveikatos politiką.
5. Nustatyti e. sveikatos paslaugų „naudotojo portretą“ bei dažnai besinaudojančio sveikatos priežiūros paslaugomis gyventojo „portretą“, palyginti tarpusavyje.

Metodologija. Tyrimui atlikti buvo taikoma antrinės kiekybinių duomenų analizė metodas, kuri buvo atlikta naudojat statistinių duomenų apdorojimo programą SPSS.

Rezultatai. Apie e. sveikatos paslaugas daugiau žino (nuo 55,4 proc. iki 59,9 proc.; $p \leq 0,001$), daugiau naudoja (nuo 61,3 proc. iki 67,3 proc.; $p = 0,007$; $p = 0,012$) didmiesčių gyventojai. Paslaugas daugiau žino ($p \leq 0,001$) ir jas naudoja ($p \leq 0,001$) jaunesnio amžiaus gyventojai. Kuo aukštesnis gyventojų išsilavinimas, tuo daugiau gyventojų žino ($p \leq 0,001$) apie e. sveikatos paslaugas ir jomis naudojasi ($p = 0,001$; $p = 0,015$; $p = 0,012$). Didesnes pajamas gaunantys gyventojai paslaugas žino geriau nei gaunantieji mažesnes ($p = 0,001$; $p = 0,030$; $p \leq 0,001$). Gyventojai e. sveikatos paslaugomis naudojasi dėl laiko taupymo (53 proc.) ir patogumo (56,8 proc.). Nesinaudoja dėl paslaugų nežinojimo (16,8 proc.) arba neturėjimo kompiuterio (20,8 proc.). Apie e. paslaugas gyventojai daugiausiai sužino iš šeimos gydytojo – 35,3 proc. Apie 50 proc. gyventojų e. sveikatos paslaugas savo įstaigoje vertino teigiamai. Tik 2,1 proc. ($N = 21$) gyventojų buvo teirautasi jų sveikatos priežiūros įstaigoje apie e. sveikatos paslaugas. Tik 1,7 proc. ($N = 17$) gyventojų savo iniciatyva sveikatos priežiūros įstaigai yra teikę siūlymus dėl e. sveikatos paslaugų.

Išvados. Tyrimas parodė, kad egzistuoja gan objektyvūs socialiniai-demografiniai netolygumai tarp e. sveikatos paslaugų naudotojų, kurie aiškiai rodo netolygumus ir e. sveikatos plėtroje Lietuvoje. E. sveikatos paslaugos kokybiškiau veikia dideliuose miestuose, kokybiškesnė internetinė prieiga yra pasiekiama didesnių pajamų, aukštesnio išsilavinimo, ir jaunesnių gyventojų grupei. Tuo tarpu e. paslaugų poreikis kitoms amžiaus grupėms yra net labiau reikalingas dėl didesnio sveikatos paslaugų poreikio. „Portretų“ socialinių-demografinių netolygumų stebėsena leidžia nustatyti e. sveikatos sistemos vystymosi spragas, kurios gali būti siūlytinos tobulinti pirmiausia.

Darbo struktūra. Magistro baigiamasis darbas apima 81 puslapius, darbo pabaigoje pateikti 2 priedai. Pateiktos 11 lentelių, 23 paveikslai. Panaudota 36 literatūros šaltiniai.

Rašant magistro baigiamąjį darbą buvo išleistos šios ***publikacijos*:**

1. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *E. Sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje*. Studentų moksliniai tyrimai 2013/2014, Konferencijos pranešimų santraukos, I dalis, Lietuvos mokslo taryba, Vilnius, p. 29-31. ISBN 978-609-417-084-3
2. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *E-health Services "User profile" in Lithuanian / E. sveikatos paslaugų „naudotojų portretas" Lietuvoje*. Health policy and management (Research journal) / Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbų žurnalas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, t. 7, Nr. 7, p. 31-47. ISSN 2029-3569
3. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *Customer perception of e-health service: availability and awareness.* "Social technologies'14: Social Technologies and Collective Intelligence", Conference abstracts, 23-24 October, 2014, Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania, p. 19-20. ISBN 978-9955-19-682-2 (online)
4. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *Customer perception of e-health service: availability and awareness*. International conference social technologies'14, "Development of Social Technologies in the Complex World: Special focus on Collective Intelligence", Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania, p. 28-35. ISBN 978-9955-19-689-1 (online)

Skaitytas pranešimas nacionalinėje studentų konferencijoje Lietuvoje:

1. E. Caronkutė, B. Mikulskienė. E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. Konferencija „Studentų moksliniai tyrimai 2013/2014“, LMT, Vilnius (Lietuva), 2014 m. birželio 27 d., ISBN 978-609-417-084-3, p. 29-31.

Raktiniai žodžiai: e. sveikata, e. sveikatos paslaugos, naudotojo portretas.

SUMMARY
SPREAD OF ELECTRONIC HEALTH SERVICES IN LITHUANIA

The spread of Lithuanian e. health system outlasted more than a single challenge and failure when the efforts did not bring the desired outcome. However, it is necessary to recognise considerable breakthroughs while creating some of its separate parts. In order to improve purposefully e. healthcare system and increase the number of residents (who are main users of healthcare services) using services of e. healthcare, it is necessary to have specific knowledge about the drawbacks of the system. The accessibility of e. health system is shown by its users and their willingness to use the newly created systems. "User's Profiles" reveals common features of target group and lets predetermine the actions of other users in the future.

The ***aim*** of this research is to assess the spread of electronic healthcare services in Lithuania according to its residents. To achieve the aim, these ***objectives*** were raised*:*

6. Analyse legal regulation of e. health services in Lithuania.
7. Assess population awareness about e. health services and using them according to socio-demographical groups.
8. Evaluate the reasons for using/not using e. health services according to socio-demographical groups.
9. Determine how the residents rate e. health services in their healthcare institutions and if they participate in formation of e. healthcare policy.
10. Establish e. health services "user profile" and the "profile" of a frequent healthcare service user; compare them.

Methodology. Secondary quantitative data analysis method was used to carry out the study, which was done using statistical data processing program SPSS.

Results. City residents know more about e. health services (from 55,4 % to 59,9 %; $p \leq 0{,}001$), and use these services (from 61,3% to 67,3 %; $p = 0{,}007$; $p = 0{,}012$). Younger population know more about the services ($p \leq 0{,}001$) and use it ($p \leq 0{,}001$). The higher education of the population, the more they know ($p \leq 0{,}001$) about e. health services and use them ($p = 0{,}001$; $p = 0{,}015$; $p = 0{,}012$). Higher income residents know about the services than lower income residents ($p = 0{,}001$; $p = 0{,}030$; $p \leq 0{,}001$). Residents use e. health services to save time (53 %) and for convenience (56,8 %). Some people do not use the system because they do not know about it (16,8 %) or because they do not possess a computer (20,8 %). Most people get information about e. health services from their general practitioner – 35,3 %. About 50 % of residents gave a positive evaluation to the e. health services in their own institution. Only 2,1 % (N = 21) population in their own institution was asked about e. health services. Only 1,7 % (N = 17) residents have suggested some implementations to e. health service system by their own initiative.

***Conclusions*.** The study showed that there are quite objective socio-demographical differences among the users of health services, which clearly represents the e. health development in Lithuania. E. health services better function in bigger cities, residents having higher income, higher education and younger ones have better online access to e. health services. Meanwhile the demand for e. services for other age groups is even more necessary. The observation of "profiles" socio-demographical differences enables to determine e. health system drawbacks of its development, which could be implemented in the first case.

Structure of the Thesis. Master's Thesis includes 81 pages, there are 2 appendixes at the end of the Thesis. There are 11 tables, 23 pictures presented in the Thesis. 36 resources are used in the Thesis.

While writing Master's thesis these ***publications*** were released**:**

5. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *E. Sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje*. Studentų moksliniai tyrimai 2013/2014, Konferencijos pranešimų santraukos, I dalis, Lietuvos mokslo taryba, Vilnius, p. 29-31. ISBN 978-609-417-084-3
6. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *E-health Services "User profile" in Lithuanian / E. sveikatos paslaugų „naudotojų portretas" Lietuvoje*. Health policy and management (Research journal) / Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbų žurnalas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, t. 7, Nr. 7, p. 31-47. ISSN 2029-3569
7. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *Customer perception of e-health service: availability and awareness.* "Social technologies'14: Social Technologies and Collective Intelligence", Conference abstracts, 23-24 October, 2014, Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania, p. 19-20. ISBN 978-9955-19-682-2 (online)
8. E. Caronkutė, E. Mikulskienė. 2014. *Customer perception of e-health service: availability and awareness*. International conference social technologies'14, "Development of Social Technologies in the Complex World: Special focus on Collective Intelligence", Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania, p. 28-35. ISBN 978-9955-19-689-1 (online)

Presentation in the National student conference was read:

2. E. Caronkutė, B. Mikulskienė. E. sveikatos paslaugų naudotojo portretas Lietuvoje. Konferencija „Studentų moksliniai tyrimai 2013/2014", LMT, Vilnius (Lietuva), 2014 m. birželio 27 d., ISBN 978-609-417-084-3, p. 29-31.

Key words: e. health, e. health services, user profile.

PRIEDAI

1 priedas - Tyrimo anketa, klausimų formuluotės.

Dabar užduosime kelis klausimus apie sveikatos priežiūros paslaugas. Teirausimės jūsų nuomonės apie E. sveikatą.

E. sveikata yra naujai kylanti sritis sveikatos apsaugos, medicininės informatikos ir administracinės veiklos sandūroje, kuri skirta sveikatos paslaugoms ir jai reikalingai informacijai pateikti bei tobulinti panaudojant internetą ir panašias technologijas. Platesne prasme - šis terminas reiškia ne tik technologinę plėtrą, bet taip pat sąmoningumo lygį, mąstymo būdą, požiūrį ir atsidavimą globaliai, tinklinei veiklai ir mąstymui, leidžiančiam esmingai pagerinti sveikatos apsaugos paslaugas lokaliame, regioniniame ir pasauliniame lygyje, panaudojant informacines ir komunikacijų technologijas. /pagal Intel/

1. Ar naudojotės ir kaip dažnai naudojotės sveikatos priežiūros paslaugomis per paskutiniuosius 2-jus metus?

1. Nesinaudojau
2. Vieną kartą
3. 2 – 5 kartus
4. 6 – 10 kartų
5. Daugiau negu 10 kartų
6. *Sunku pasakyti*

2. Kokiose įstaigose lankotės dažniau? ***Vienas*** *atsakymas*

1. Privačiose (pvz., Šeimos medicinos centras, UAB, IĮ šeimos sveikatos centras ir pan.)
2. Valstybinėse (pvz., poliklinika, ambulatorija ir pan.)
3. Nesilankau

3. Ar Jums teko girdėti, kas yra e. sveikatos paslaugos, t. y. paslaugos, kurios gaunamos iš sveikatos priežiūros įstaigų, naudojant informacines komunikacines technologijas, pvz., registracija pas gydytoją internetu, Jūsų rentgeno nuotrauka, laboratorinių tyrimų rezultatai šeimos ar kito gydytojo (specialisto) kompiuteryje (ir ypač kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje, nei buvo daryti minėti tyrimai) ir pan.?

1. Taip, teko
2. Ne, neteko
3. *Sunku pasakyti*

1 priedas - Tyrimo anketa, klausimų formuluotės.

PARODYKITE **E4** KORTELĘ

4. Ar <u>žinote</u> šias e. sveikatos paslaugas?

5. Kokiomis e. sveikatos paslaugomis <u>per pastaruosius 2-jus metus</u> <u>naudojotės</u> Jūs ir / ar Jus gydantis gydytojas?

Klausti apie kiekvieną e. paslaugą	**4. kl. Ar žinote šią e. sveikatos paslaugą?**		**5. kl. <u>Ar naudojotės</u> Jūs ir / ar Jus gydantis gydytojas?**	
	Taip	**Ne**	**Taip, naudojausi aš ar gydytojas**	**Ne**
1. Pacientų registracija pas gydytoją internetu	1	2	1	2
2. Pacientas gauna priminimą apie vizitą pas gydytoją SMS žinute ar el.paštu	1	2	1	2
3. Gydantis gydytojas elektroniniu būdu registruoja paciento siuntimą konsultacijai, tyrimui, gydymui pas <u>savo</u> įstaigos specialistus	1	2	1	2
4. Gydantis gydytojas pildo ir išsiunčia elektroniniu būdu paciento siuntimą konsultacijai, tyrimui, gydymui į <u>kitą gydymo</u> įstaigą	1	2	1	2
5. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu tvarko medicininę informaciją apie paciento stacionarinį gydymą (anamnezė, nusiskundimai ir kt.)	1	2	1	2
6. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu užsako laboratorijos tyrimus ir/ ar gauna rezultatus	1	2	1	2
7. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu saugo ir / ar peržiūri skaitmeninius vaizdus (radiologinių ir/ar instrumentinių tyrimų rezultatus)	1	2	1	2
8. Gydantis gydytojas pildo receptus el. būdu	1	2	1	2
9. Gydantis gydytojas el. būdu planuoja hospitalizavimą (chirurginiam ar terapiniam gydymui ir kt.)	1	2	1	2
10. Gydantis gydytojas / slaugytoja el. būdu planuoja imunoprofilaktiką (skiepijimus) ir/ar jų apskaitą	1	2	1	2
11. Gydantis gydytojas naudojasi telemedicina (telemonitoringas, telepaslaugos ir kt.)	1	2	1	2
12. Gydantis gydytojas el. būdu stebi / seka nėštumo eigą	1	2	1	2
13. Pacientas turi galimybę pasižiūrėti savo elektroninę ligos istoriją	1	2	1	2
14. Gydantis gydytojas pildo nedarbingumo lapelį el. būdu	1	2	1	2
15. Kita (nurodykite) _____	1	2	1	2

KLAUSTI TŲ, KURIE ŽINO BENT VIENĄ e. sveikatos PASLAUGĄ (žr. 4 kl.)

1 priedas - Tyrimo anketa, klausimų formuluotės.

6. Iš kur Jūs sužinojote apie e. sveikatos paslaugas? *Galimi keli atsakymai*

1. Iš šeimos gydytojo
2. Registratūroje
3. Iš kito medicinos personalo
4. Iš gydymo įstaigoje esančių skrajučių, informacinių stendų ir t.t
5. Iš šeimos narių
6. Iš draugų, pažįstamų, bendradarbių
7. Internete
8. Per TV
9. Per radiją
10. Iš spaudos
11. *Sunku pasakyti*

7 - 8 KL. KLAUSTI TŲ, KURIE NAUDOJOSI BENT VIENA e. sveikatos PASLAUGA (žr.5 kl.)

7. Kaip dažnai naudojotės e. sveikatos paslaugomis <u>per pastaruosius 2-jus metus</u>?	**8. Kodėl Jūs naudojatės e. sveikatos paslaugomis?** *Galimi keli atsakymai*
1. Vieną kartą 2. 2 – 5 kartus 3. 6 – 10 kartų 4. Daugiau negu 10 kartų 5. *Sunku pasakyti*	1. Sutaupau laiką 2. Taip patogiau 3. Reikalauja medikai 4. Laiku gaunu informaciją 5. Gaunu visą informaciją apie savo gydymą 6. Tai drausmina medikus 7. Tokia mada 8. Kita (nurodykite):_____ 9. *Sunku pasakyti*

KLAUSTI VISŲ

9. Kas trukdo naudotis e. sveikatos paslaugomis? *Galimi keli atsakymai*

1. Nežinau apie tokias paslaugas
2. Neturiu kompiuterio
3. Nemoku naudotis
4. Nepasitikiu duomenų apsaugos lygiu
5. Užima per daug laiko
6. Sunku rasti informaciją
7. Prastas internetinis ryšys
8. Neigiama asmeninė patirtis
9. Tai nepatogi sistema
10. Kita (nurodykite):_____
11. Niekas netrukdo

1 priedas - Tyrimo anketa, klausimų formuluotės.

10-13. Ar Jūs sutinkate, ar nesutinkate su šiais teiginiais?

Kiekvienoje eilutėje –po atsakymą	Sutinku	Greičiau sutinku	Greičiau nesutinku	Nesu-tinku	Sunku pasakyti
10. Esu patenkintas savo informuotumu apie e. sveikatos paslaugas	1	2	3	4	5
11. Lietuvoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras	1	2	3	4	5
12. Lietuvoje e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi	1	2	3	4	5
13. Lietuvoje yra kokybiškos e. sveikatos paslaugos	1	2	3	4	5

14. Kaip vertinate e. sveikatos paslaugas Lietuvoje apskritai?

1. Gerai
2. Greičiau gerai
3. Greičiau blogai
4. Blogai
5. *Sunku pasakyti*

15. Ar Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos e. sveikatos paslaugos?

1. Taip
2. Ne
3. *Nežinau*

16 - 19. Ar Jūs sutinkate ar nesutinkate su šiais teiginiais apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPĮ)?

Kiekvienoje eilutėje – po atsakymą	Sutinku	Greičiau sutinku	Greičiau nesutinku	Nesu-tinku	Sunku pasakyti
16. Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras	1	2	3	4	5
17. Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos	1	2	3	4	5
18. Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi	1	2	3	4	5
19. Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e-paslaugomis	1	2	3	4	5

20 kl. KLAUSKITE TŲ, KURIE Į 19 kl. atsakė nesutinku arba greičiau nesutinku *(žr. 19kl. – ats. 3 ar 4)*

20. <u>Kodėl Jūs nepatenkinti/ greičiau nepatenkinti</u> Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPĮ) teikiamomis e-paslaugomis?

Įrašykite:_____

_____

21. Ar kas nors klausė/ teiravosi Jūsų nuomonės apie e. sveikatos paslaugas Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje ?

1. Neklausė, nesiteiravo → **pereiti prie 25 kl.**
2. Klausė, pateikiau siūlymus → **klausti 22 kl.**
3. Klausė, bet siūlymų nepateikiau → **klausti 22 kl.**
4. *Sunku pasakyti*

22. Ko Jūsų klausė apie e. sveikatos paslaugas?

Įrašykite:_____

_____

23. Kokiu būdu buvo sužinota apie Jūsų nuomonę?

1. Pildžiau anketą, kurią pateikė mano sveikatos priežiūros įstaiga (SPĮ)
2. Atsakiau žodžiu (interviu) į klausimus, kai mane kalbino šia tema mano sveikatos priežiūros įstaigoje (SPĮ)
3. Dalyvavau apklausoje internetu ar telefonu
4. Dalyvavau diskusijoje
5. Dalyvavau e. sveikatos plėtros darbo grupėse konkrečioje sveikatos priežiūros įstaigoje (SPĮ) ar kitoje su sveikatos priežiūros sektoriumi susijusioje organizacijoje
6. Nuomonės buvo klausta, bet siūlymų neteikiau

24. Kada Jūs išsakėte savo nuomonę?

1. Kai Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje (SPĮ) buvo renkama informacija apie pacientų pasitenkinimą e. sveikatos paslaugomis
2. Kai buvo kuriamas e. sveikatos technologinis produktas
3. Kita (nurodykite):_____
4. Sunku pasakyti

KLAUSTI VISŲ

25. Ar sveikatos priežiūros įstaigoje Jūs pats savo iniciatyva esate pateikęs siūlymus dėl e. sveikatos paslaugų?

1. Taip, esu pateikęs
2. Ne, nesu pateikęs

26. Kokių e-paslaugų trūksta Jūsų sveikatos priežiūros įstaigoje?

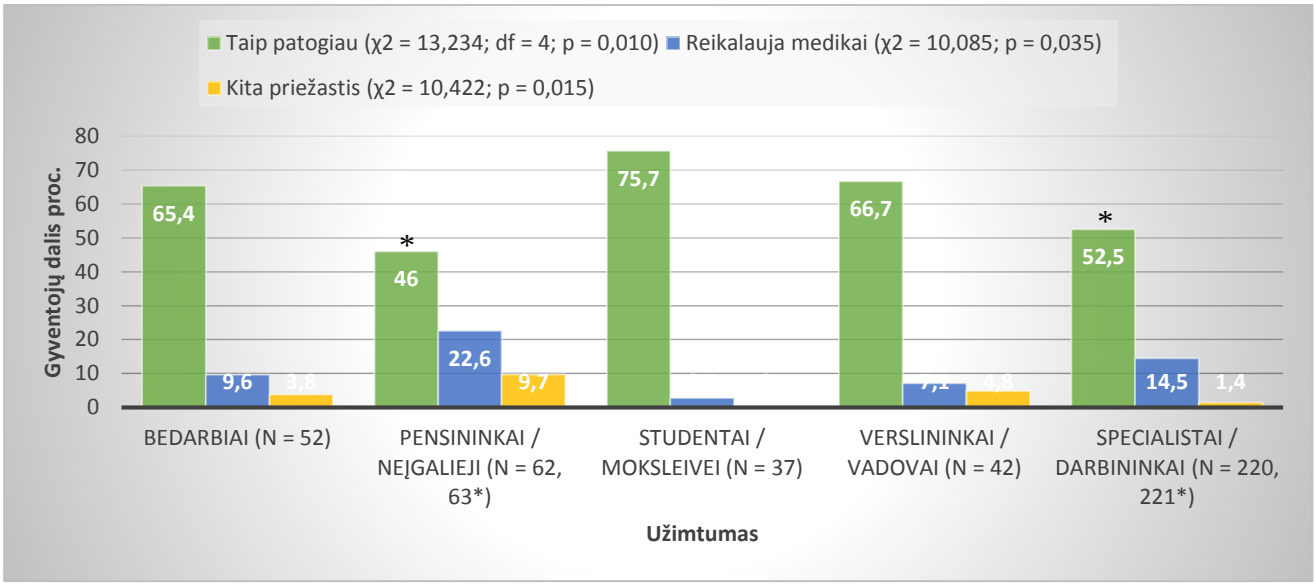
Įrašykite:_____

_____

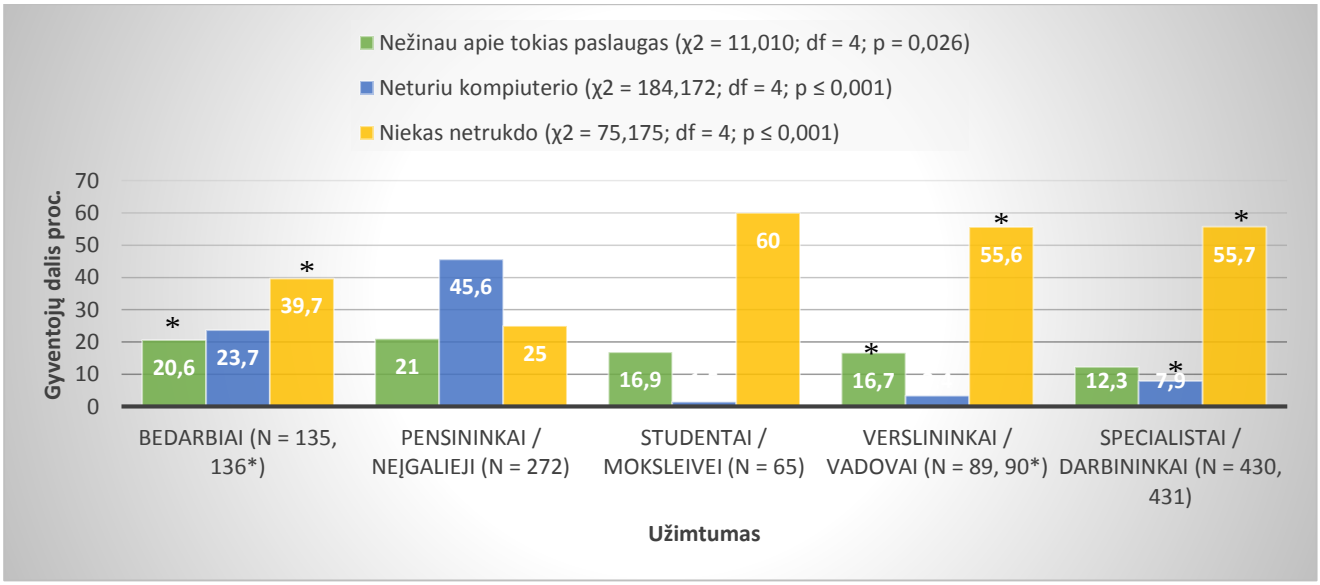
27. Ar Jūs priklausote pacientų interesus atstovaujančiai organizacijai?

1. Priklausau
2. Nepriklausau

2 priedas – Kai kurių tyrimo duomenų grafinis vaizdavimas.

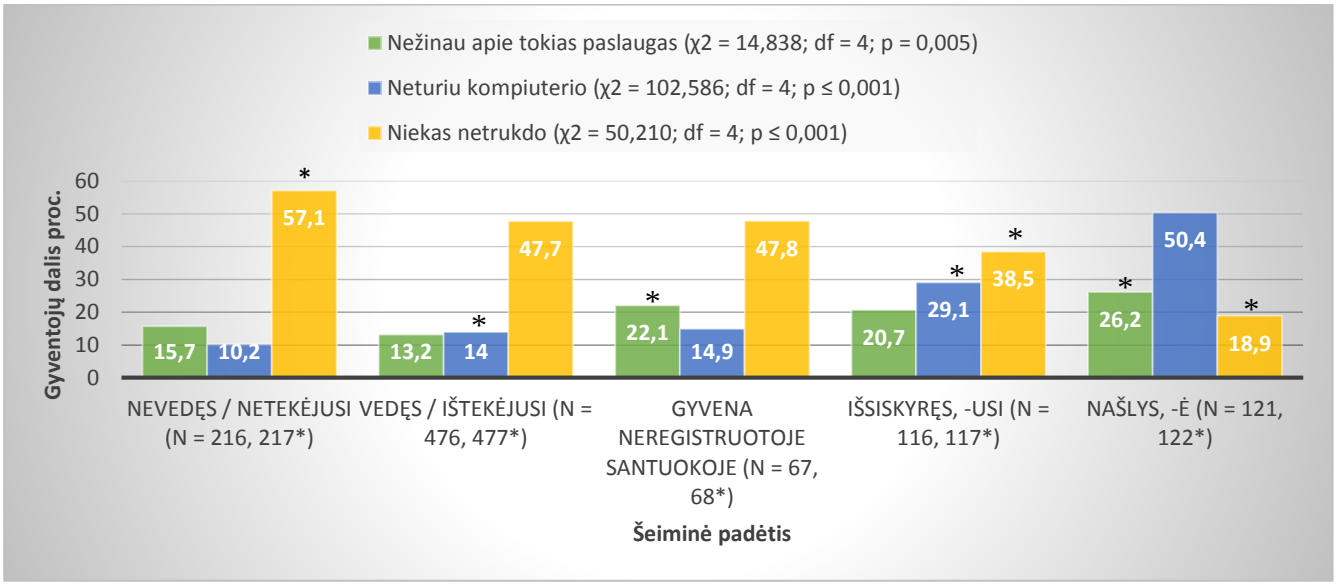


1 pav. Naudojimosi e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų užimtumo (proc.)

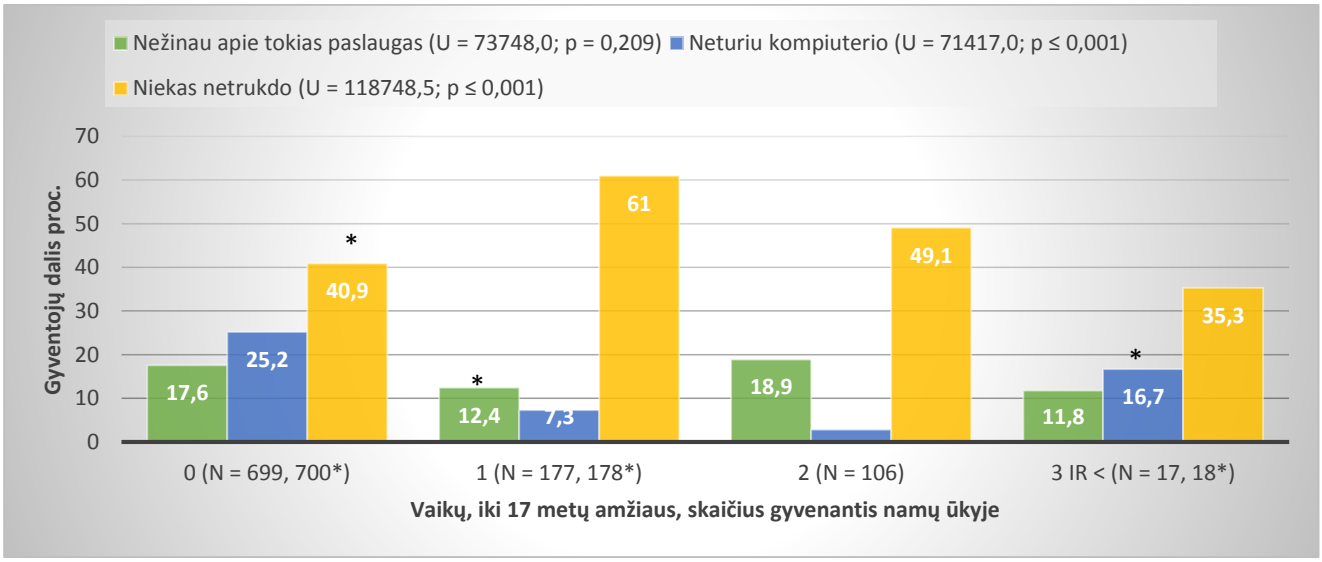


2 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų užimtumo (proc.)

2 priedas – Kai kurių tyrimo duomenų grafinis vaizdavimas.

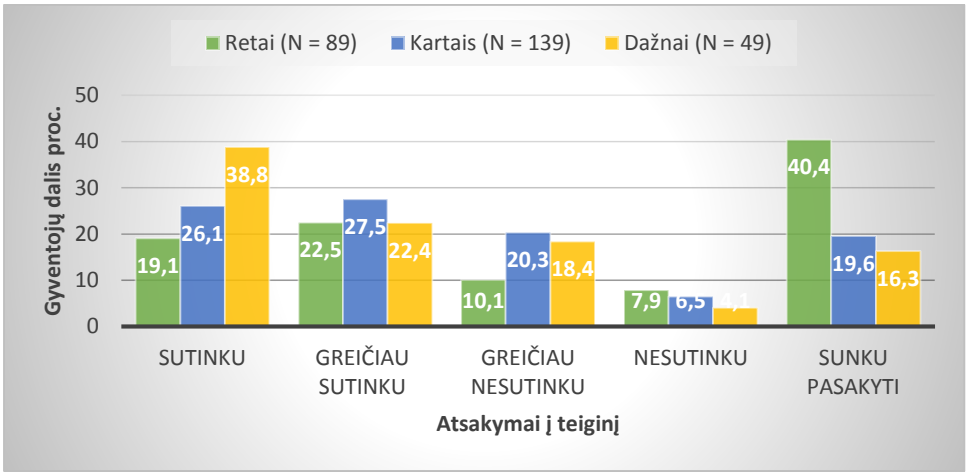


3 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų šeiminės padėties (proc.)

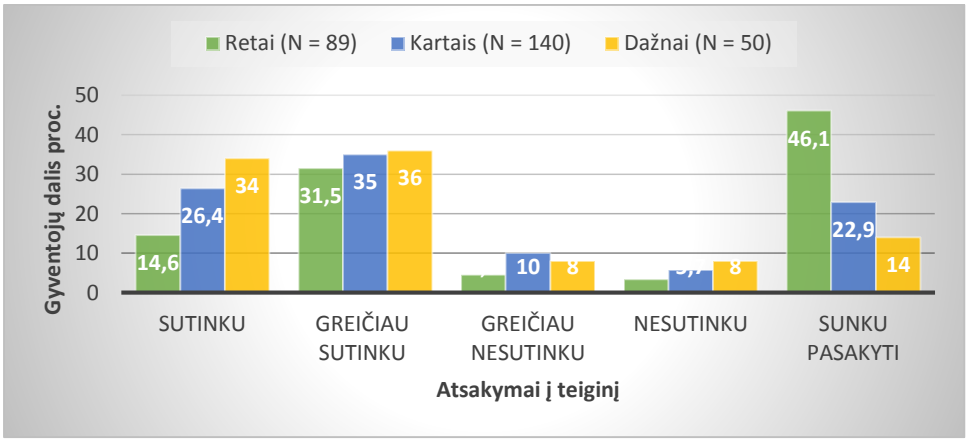


4 pav. Nesinaudojimo e. sveikatos paslaugomis priežasčių priklausomybė nuo gyventojų šeimos dydžio (proc.)

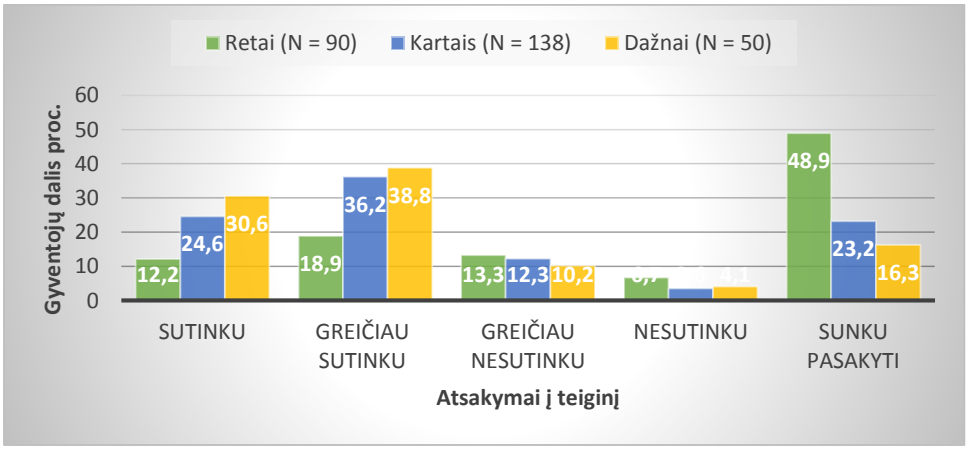
2 priedas – Kai kurių tyrimo duomenų grafinis vaizdavimas.



5 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

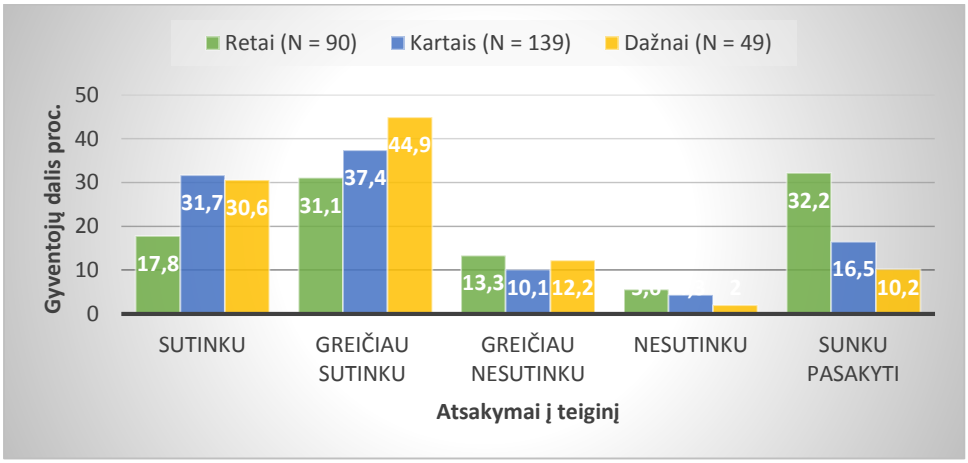


6 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

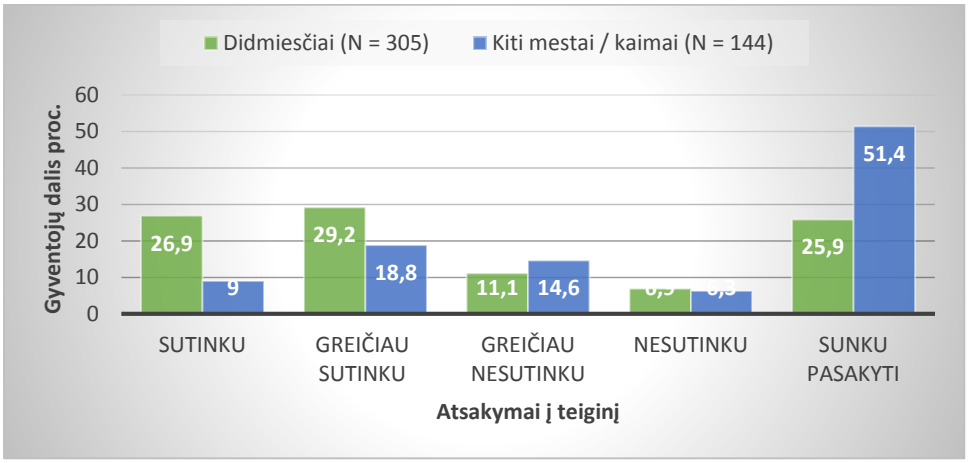


7 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

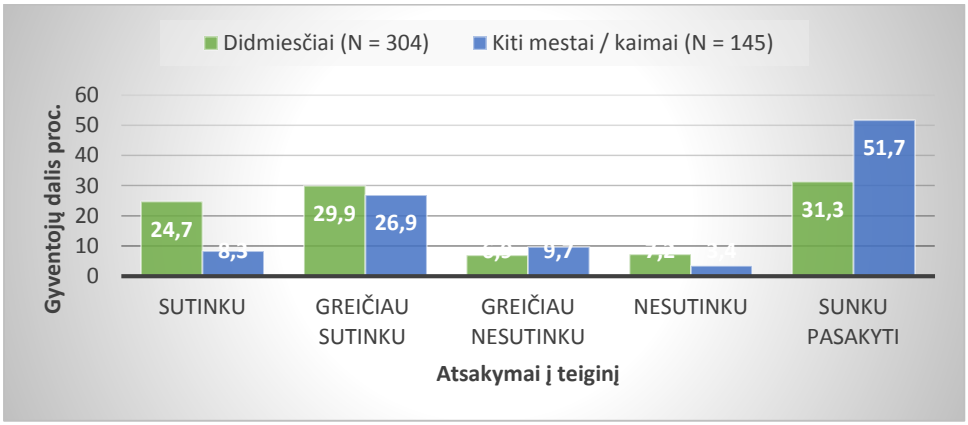
2 priedas – Kai kurių tyrimo duomenų grafinis vaizdavimas.



8 pav. Teiginio „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi e. sveikatos paslaugomis dažnio.

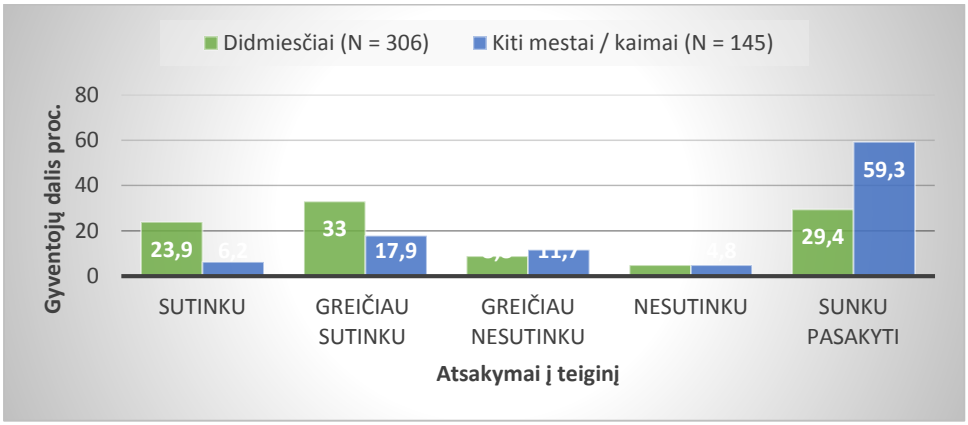


9 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra platus e. sveikatos paslaugų spektras“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamo vietos.

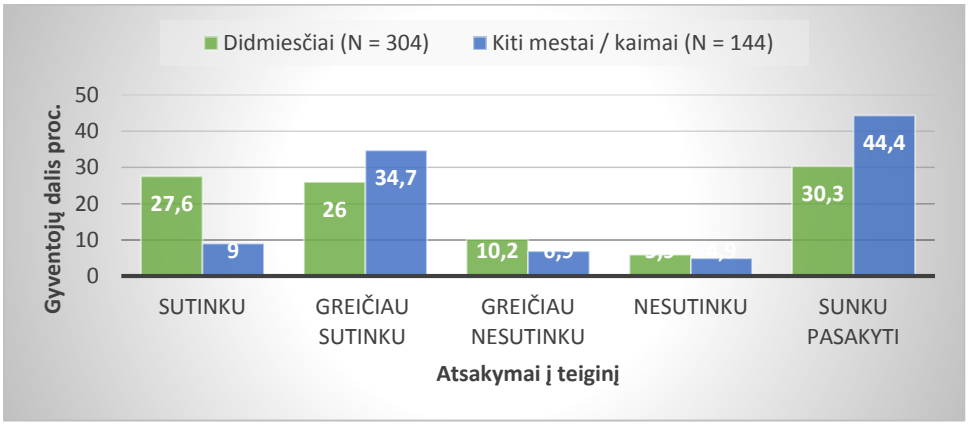


10 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos“ vertinimo priklausomybė nuo naudojimosi gyvenamos vietos.

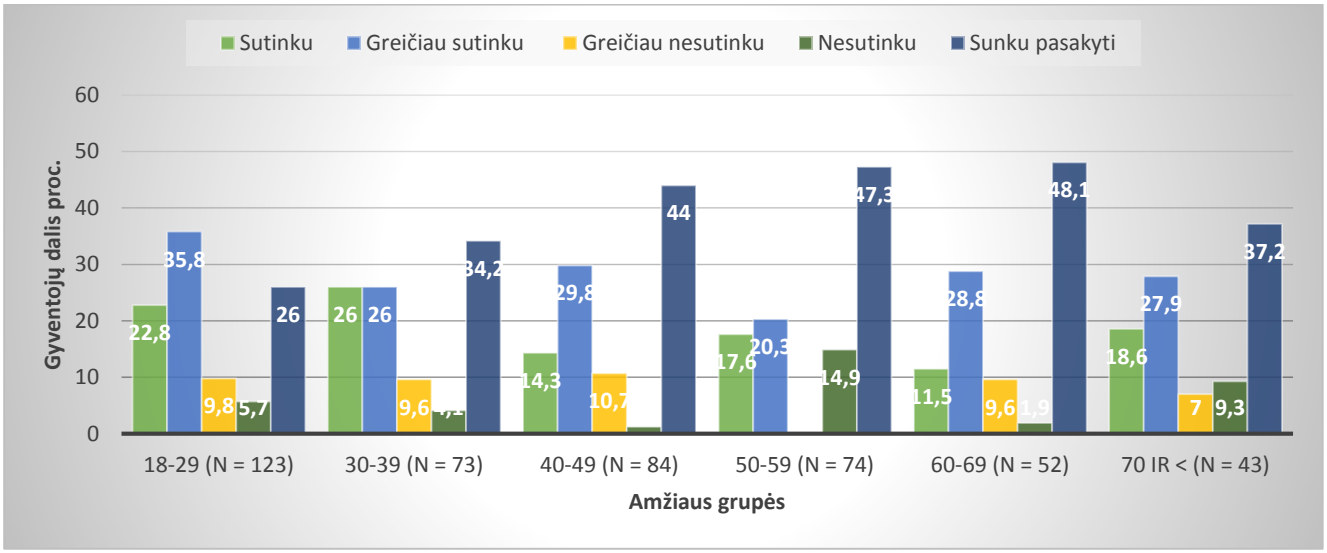
2 priedas – Kai kurių tyrimo duomenų grafinis vaizdavimas.



11 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamos vietos.

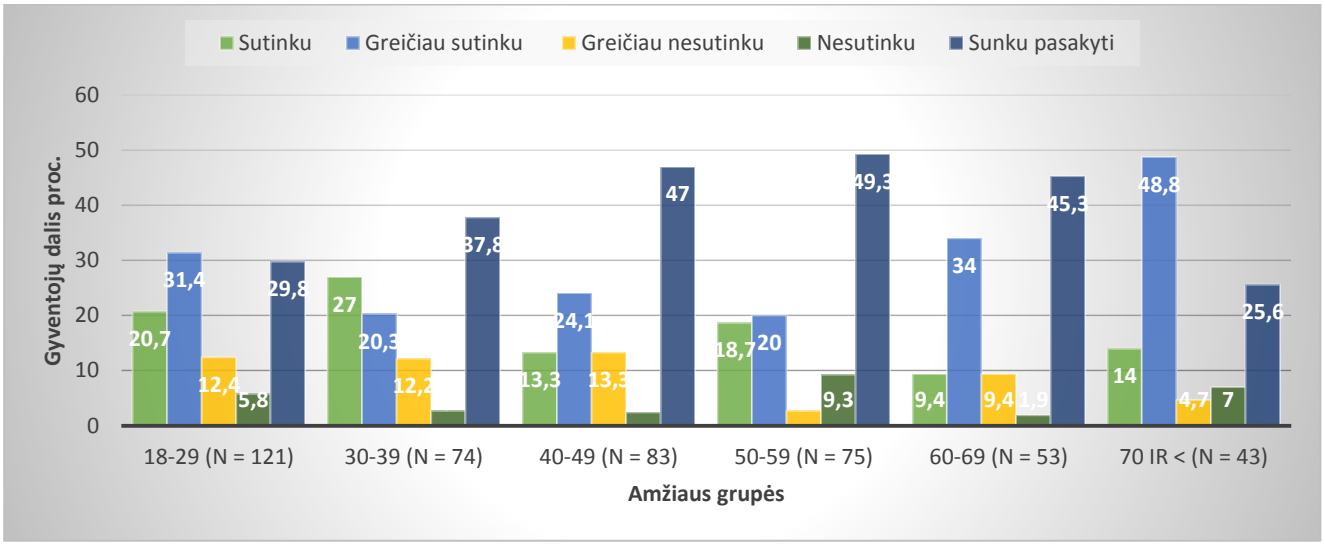


12 pav. Teiginio „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamos vietos.

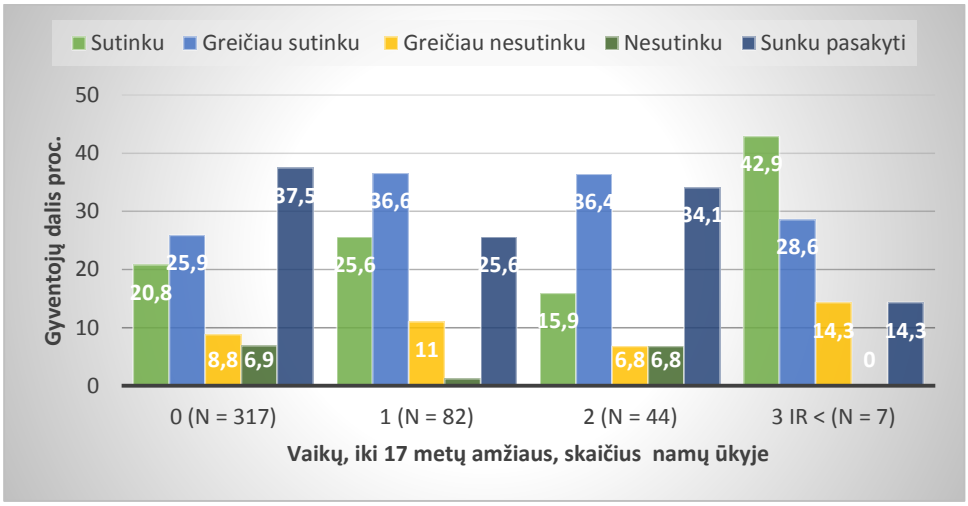


13 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje yra teikiamos kokybiškos e-paslaugos“ vertinimo priklausomybė nuo gyventojų amžiaus.

2 priedas – Kai kurių tyrimo duomenų grafinis vaizdavimas.



14 pav. Teiginio „Mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamos e. sveikatos paslaugos sparčiai vystosi“ vertinimo priklausomybė nuo gyvenamos vietos.



15 pav. Teiginio „Aš patenkintas/-a mano sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamomis e. paslaugomis“ vertinimo priklausomybė nuo šeimos dydžio.