


Sveikatos priežiūros sistemų Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė

Ernesta Matulevičiūtė, Aistė Balžekienė

*Kauno technologijos universitetas
A. Mickevičiaus g. 37, LT-44239 Kaunas*

 <http://dx.doi.org/10.5755/j01.ppa.15.1.14697>

Anotacija. Straipsnyje lyginami Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų požiūriai į šalyse veikiančias sveikatos priežiūros sistemas. Remiantis ISSP „Sveikata“ (2011) tyrimo rezultatais, siekiama nustatyti palankiausiai vertinamą sveikatos priežiūros sistemos modelį. Tyrimo rezultatai parodė, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema yra vertinama gerokai prasčiau nei Danijoje ir Olandijoje. Vienas iš prasčiausių rodiklių yra nepasitikėjimą gydytojais lemianti nuomonė, kad gydytojai prioritetą teikia uždarbiui, o ne pacientui. Danijoje gyventojai norėtų didesnių galimybių pasirinkti norimą gydytoją, o Olandijoje didesnio dėmesio gyventojai norėtų paslaugų kokybei. Bendrai, sveikatos sistemos vertinimai Danijoje ir Olandijoje yra labai aukšti ir tai atsispindi visuomenės sveikatos rodikliuose.

Raktažodžiai: sveikatos priežiūros sistema, sveikatos politika, sveikata.

Keywords: health care system, health policy, health.

Įvadas

Visuomenės sveikatos rodikliai Europos šalyse gerokai skiriasi. Mokslinių tyrimų duomenimis, gera sveikata turi didelės įtakos gyvenimo kokybei, asmeninių tikslų siekimui, pasitenkinimui gyvenimu, dalyvavimui visuomeninėje veikloje [7; 11; 9; 16]. Tačiau žmogaus sveikata yra labai pažeidžiamas dalykas. Dėl nelaimingo atsitiktinumo ar susirgus įvairiomis ligomis, sveikatos būklė ima kisti ir jai pagerinti reikia kvalifikuotos ir patikimos priežiūros. Valstybės yra atsakingos už savo gyventojų sveikatos priežiūrą. Kiekviena valstybė turi rūpintis savo gyventojų sveikatos apsauga, turi užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę sveikatos sektoriuje.

Tyrimo problema ir aktualumas. Nuo 2005 m. Europoje pradėtas stebėti Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojo indeksas. Šis indeksas sudaromas atsižvelgiant į įvairius visuomenės statistikos veiksnius, pacientų apklausas ir įvairius

tyrimus, kuriuos atlieka indekso stebėtojai Lietuvoje ir kitose šalyse. Naujausiais Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojo indekso sudarymo duomenimis, 2013 metais Lietuva užėmė 23 vietą ir pakilo trimis pozicijomis aukščiau, nei buvo ankstesniais metais. 2013 metų duomenimis, skaičiuojant sveikatos apsaugos paslaugų naudotojo indeksą Olandija yra pirmaujanti valstybė Europoje. Olandijoje sveikatos priežiūros sistema remiasi Bismarko sveikatos priežiūros finansavimo modeliu, kita vertus, Danijoje susiformavusi Beveridžo sistema, kitokia, nei anksčiau minėta, leidžia Danijai užimti ketvirtąją vietą Europoje. Tai taip pat yra labai gerai vertinama pozicija [5].

Tikėtina būsimo gyvenimo trukmė yra vienas iš trijų žmogaus socialinės raidos indekso sudedamųjų dalių. Naujausių Jungtinių Tautų duomenimis (2013) [10], Olandijoje tikėtina būsimo gyvenimo trukmė yra 81 m., Danijoje – 79,4 m., Lietuvoje – 72,1 m. Remiantis žmogaus socialinės raidos indeksu, Lietuva iš trijų lyginamų valstybių yra žemiausioje pozicijoje ir tikėtina būsimo gyvenimo trukmė lemia šio indekso reikšmę. Remiantis atliktais tyrimais, galima kelti *probleminius* klausimus: kaip skirtingus teorinius modelius taikančiose valstybėse gyventojai vertina sveikatos priežiūros sistemas? Kuri sistema vertinama palankiausiai? Kokie veiksniai sąlygoja nuostatas apie sveikatos priežiūros sistemas?

Straipsnio tikslas – atlikti lyginamąją Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemų vartotojų vertinimo analizę. *Tyrimo objektas* – požiūriai apie sveikatos priežiūros sistemas. Atsižvelgiant į tai, autorės kelia tokius uždavinius: 1) išanalizuoti ir aptarti Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemas; 2) ištirti visuomenės požiūrius apie sveikatos priežiūros sistemą ir jos vertinimą Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje.

Tyrimo metodai. Temos analizei atlikti taikomas mokslinės literatūros analizės metodas, pateikiami teoriniai sveikatos priežiūros sistemų pagrindai. Empiriniui tyrimui atlikti taikoma kiekybinė antrinė duomenų analizė. Taikant šį metodą analizuojami ISSP „Sveikata“ duomenys, kurie surinkti reprezentatyvios apklausos būdu (tiesioginiai interviu), taikant daugiapakopę stratifikuotą proporcinę atranką. Duomenų analizei taikomi statistiniai metodai: aprašomoji statistika (vidurkiai, dažniai, procentinis pasiskirstymas), daugiamatės statistikos metodai (trijų šalių gyventojų nuomonių skirtumų palyginimui naudoti neparametriniai Kruskal-Wallis testai); ranginių ir intervainių kintamųjų ryšių reikšmingumui nustatyti naudota koreliacinė analizė (Spearman). Reikšmingumo lygmuo $p < 0.05$

Šis straipsnis paruoštas dalinai vykdant mokslinių tyrimų projektą “Tarptautinė socialinio tyrimo programa: pilietiškumas, darbinės orientacijos ir socialinė gerovė Lietuvoje (ISSP LT-CIWO)”, finansuojamas Lietuvos mokslų tarybos mokslininkų grupių projektų (No. MIP-082/2014), vykdomas 2014-2016 laikotarpyje.

Bendrosios sveikatos priežiūros sistemų charakteristikos

Danija yra viena iš mažesnių, tačiau gana klestinčių valstybių Europoje. Ji stipriai siekia socialinės gerovės, taip pat siekia savo piliečiams užtikrinti sveikatos apsaugą. Analizuojamoje šalyje sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos

visiems šalies gyventojams, tačiau yra išskirčių, pavyzdžiui, už dantų priežiūros paslaugas pacientams reikia susimokėti iš privačių lėšų. Šalies gyventojams teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra apmokamos iš valstybės biudžeto, kurio lėšos surenkamos iš progresinių bendrųjų mokesčių. Danijos sveikatos priežiūros sistema yra valdoma nacionalinių valstybės įstaigų, bendradarbiaujant su regionais ir savivaldybėmis [22, p. 15]. Analizuojant Danijos sveikatos priežiūros sistemos valdymo ypatumus, ją galima priskirti prie Beveridžo sveikatos priežiūros sistemos modelio. Valstybėje finansuojant sveikatos priežiūros paslaugas remiamasi solidaraus finansavimo ir teisingumo principais.

Pagrindinis finansinių išteklių paskirstytojas ir surinkėjas yra valstybės nacionalinis biudžetas. Valstybė sveikatos sistemą finansuoja daugiau nei 80 % reikalingų lėšų. Lėšos į nacionalinį biudžetą surenkamos iš gyventojų pajamų mokesčio, sveikatos įmokų, turto, pelno mokesčių, PVM ir kt. Regionams tenka visos valstybės lėšos, skirtos sveikatos priežiūrai. Iš regionų paskirstoma sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Savivaldybės dalį lėšų susirenka iš vietinių mokesčių. Maždaug 19 % lėšų sveikatos sistemoje yra iš privačių pacientų lėšų. Dažniausiai šios lėšos yra skiriamos vaistams, dantų priežiūrai, lėšiams [17, p. 59–60].

Bendrais bruožais aptariant Danijos sveikatos priežiūros sistemą, verta paminėti, kad didžioji dalis valdymo atspindi Beveridžo modelį. Už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir finansavimą yra atsakinga valstybė. Ši skirsto lėšas sveikatos apsaugai iš nacionalinio valstybės biudžeto, kuris suformuojamas iš mokesčių. Priesti prie sveikatos priežiūros sistemos paslaugų gali visi šalies nuolatiniai gyventojai. Taip pat egzistuoja įnašai iš privačiojo sektoriaus. Taigi praktinis sistemos veikimas atitinka teorinį modelį.

Olandija yra turtinga šalis, kuri pagal BVP patenka tarp 20 turtingiausių pasaulio valstybių. Ši valstybė priskiriama prie Bismarko sveikatos priežiūros sistemos valdymo modelio. Taigi šioje valstybėje sveikatos sistemai finansuoti yra suformuoti atskiri fondai, į kuriuos lėšos surenkamos per socialinį draudimą. Olandijos sveikatos draudimo sistema yra sudaryta iš trijų pakopų: 1) šalies sveikatos apsaugos draudimas, skirtas medicinos išlaidoms ir privalomas visiems gyventojams; 2) ligos fondai ir privatusis sveikatos draudimas (daugiausia savanoriškas); 3) papildomas sveikatos draudimas (savanoriškas) [6, p. 13].

2006 m. Olandijoje pradėta vykdyti sveikatos priežiūros reforma, kuri apibūdinama kaip senos Bismarko sistemos naujovė. Vykdam šią reformą siekiama sujungti ligos fondo ir privačių draudikų sistemą, įtraukiami nauji mechanizmai į sveikatos priežiūros sistemą. Taip pat pristatomas vienas privalomas socialinis sveikatos draudimo planas, kuriame kaupiamieji privatus sveikatos draudikai konkuruoja dėl apdraustųjų asmenų. Įvykdžius šią struktūrinės sveikatos priežiūros sistemos reformą Olandijoje tikimasi, kad draudikai tarsis ir derėsis su paslaugų teikėjais, o tai skatins konkurenciją, mažesnes kainas ir paslaugų kokybę. Taip pat siekiama, kad pacientai žinotų kuo daugiau informacijos apie paslaugų teikimą ir draudikus [20, p. 197–198; 23, p. 22–23].

Sistemoje vyrauja trys pagrindiniai veikėjai: draudikai (fondai, į kuriuos

kaupiamos lėšos, naudojamos paslaugoms finansuoti), teikėjai (įstaigos ir asmenys, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias moka draudikai) ir gyventojai (tai potencialūs ar esami pacientai, kurie moka sveikatos draudimą). Tarp šių trijų sveikatos priežiūros sistemos veikėjų egzistuoja trys sveikatos paslaugų rinkos: sveikatos draudimo rinka (šioje rinkoje pacientai gali pasirinkti sveikatos draudimo pasiūlymą, kuriuo privalo apsidrausti), sveikatos pirkimo rinka (šioje rinkoje sveikatos draudikai derisi su pardavėjais dėl kainų, paslaugų teikimo apimties ir kokybės) ir sveikatos teikimo rinka (šioje rinkoje pacientai renkasi paslaugas teikėją, tačiau pasirinkimą gali riboti draudikai) [20, p. 22].

Olandijos sveikatos priežiūros sistemos svarbiausia socialinės apsaugos grandis yra socialinis draudimas. Ši sistema yra finansuojama iš socialinio draudimo fondų, į kuriuos surenkami mokesčiai iš darbdavių ir gyventojų. Vadinas, gyventojai, nemokantys sveikatos draudimo įmokų, neturi teisės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Gyventojai paslaugas gali pasirinkti iš keleto socialinio draudimo fondų pagal sau patraukliausią ir priimtinausią siūlomą paslaugų paketą. Šie sudaro sutartis su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Taigi Bismarko modelis atsispindi pagal svarbiausius Olandijos sveikatos priežiūros sistemos bruožus.

Lietuvoje vyksta sveikatos priežiūros sistemos kaita. Sovietiniu laikotarpiu vyravo Semaškos sveikatos priežiūros finansavimo modelis. Šio modelio esmė – sistema yra centralizuota. Tai yra visa sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, taip pat valstybė kontroliuoja visas socialinės apsaugos sritis. Tačiau, kaip rodo tyrimai [3, p. 16; 4, p. 65], Lietuvos gyventojai nebuvo patenkinti sovietinio režimo suformuota sveikatos priežiūros sistema ir troško reformų. 1991 m. tik 7 % gyventojų Lietuvoje buvo patenkinti esančia sveikatos priežiūra, o net 80 % pasisakė norintys reformų. Autoriai teigia, kad tuo laikotarpiu Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugos nebuvo lengvai prieinamos, nors ir buvo pakankamai gydytojų. Kadangi gydymas oficialiai nebuvo laisvai prieinamas, gyventojai dažnai paslaugas pirkė neoficialiai, davė kyšius, nešė dovanas. Tai sudarė apie 10 % visų išlaidų sveikatos priežiūrai. Tuometinėje sistemoje trūko vaistų, neišplėta specializuota priežiūra, neskiriama dėmesio sveikatinimo veiklai. Sveikatos sektoriuje dirbančių darbuotojų atlyginimai buvo taip pat labai maži, o privati priežiūra tuo metu nebuvo plėtojama. Veikiant šiems veiksniams nuspręsta reformuoti sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje.

Atsisakius Semaškos sveikatos priežiūros valdymo sistemos Lietuvoje, sunku apibrėžti, kokiam sveikatos priežiūros sistemos modeliui priskirti esantį valdymą. Susiformavusioje sistemoje randama ir Beveridžo, ir Bismarko modelių bruožų. Nors Lietuvai būdinga socialinio draudimo sistema, tačiau daug lemia ir valstybė. Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema aprėpia visus šalies gyventojus [21, p. 34; 19, p. 416].

Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje finansuojama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, tačiau finansuojama ir iš nacionalinio valstybės biudžeto. Lėšos sveikatos priežiūrai surenkamos iš draudimo įmokų ir kt. mokesčių per Valstybinę mokesčių inspekciją. Mokesčius Lietuvoje nustato valstybė kartu su Privalomojo

socialinio draudimo fondo valdyba ir valstybinėmis ligonių kasomis [19, p. 415–416; 1, p. 31–32].

Analizuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą pastebima, kad nėra nusistovėjusio vieno sistemos modelio. Svarbus valstybės vaidmuo paskirstant lėšas, tačiau taip pat veikia ir socialinis draudimas. Skirtingai nuo Olandijos, Lietuvoje yra vienas socialinio draudimo fondas, kuris neturi konkurentų, ir jis priskiriamas valstybei, taigi vyrauja valstybės monopolija. Sveikatos priežiūros sistema aprėpia visus gyventojus, t. y. ne vien tuos, kurie dirba ir moka sveikatos draudimo įmokas.

Vertinant visuomenės požiūrius į sveikatos priežiūros sistemas, verta atkreipti dėmesį į pasauliniu mastu vertinamus rodiklius, susijusius su sveikata. Remiantis sveikatos indeksu, pirmoje vietoje yra Olandija. Vienas iš svarbiausių sveikatos rodiklių yra tikėtina būsimo gyvenimo trukmė. Tai yra viena iš trijų žmogaus socialinės raidos indekso sudedamųjų dalių. Ilgiausia tikėtina būsimo gyvenimo trukmė yra Olandijoje – 81 m. Lietuvoje šis amžius yra devyneriais metais trumpesnis. Tai gana didelis skirtumas. Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai rodo, kiek valstybė investuoja į sveikatos priežiūros sistemos veikimą šalyje ir užtikrinant paslaugų kokybę. Šis rodiklis taip pat gali rodyti, kad sveikatos priežiūros paslaugos šalyje yra brangios. Matoma (žr. 1 lent.), kad daugiausia į sveikatos apsaugą investuoja Danija. Tačiau nors investicijos yra nemažos, tai neužtikrina aukščiausių sveikatos rodiklių. Lietuvos išlaidos sveikatai yra daugiau nei septyniais kartais mažesnės nei Danijoje. Tai parodo ne itin aukštą šalies ekonominį lygį. Dėl mažų investicijų į sveikatos apsaugą prastėja teikiamų paslaugų kokybė.

1 lentelė. Lietuvos, Danijos ir Olandijos sveikatos rodikliai

Kriterijus	Lietuva	Danija	Olandija
Sveikatos indeksas (2013)	0,802	0,914	0,939
Tikėtina būsimo gyvenimo trukmė (2013)	72,1	79,4	81
Išlaidos sveikatos priežiūrai, BVP dalis vienam gyventojui, JAV \$ (2012)	859	6304	5737
Gimstamumas 1000 gyventojų (2012)	10	10	11
Mirtingumas 1000 gyventojų (2012)	14	9	8
Besinaudojančiųjų geromis sanitarinėmis sąlygomis, proc. (2012)	94	100	100
Išlaidos apmokėtos grynaisiais, privačių išlaidų dalis, proc. (2012)	97,7	87,2	41,7

Šaltinis: sudaryta autorių remiantis Pasaulio banko [18] ir Jungtinių Tautų [10] duomenimis

Lyginant gimstamumo rodiklius pasirinktose valstybėse, didelių skirtumų nepastebima, tačiau Lietuvos mirtingumo rodiklis yra gerokai prastesnis nei Danijos ir Olandijos. Tam įtakos gali turėti daug savižudybių Lietuvoje. Sveikatos būklei daug įtakos turi mityba, gyvenimo būdas, higiena ir sanitarinės sąlygos. Pastebima, kad Lietuvoje 6 proc. visuomenės dar neturi užtikrintų ir gerų sanitarinių sąlygų. Nesant šių sąlygų, gali plisti infekcijos ir užkratai, kurie blogina sveikatos rodiklius. Grynaisiais apmokėtos išlaidos kaip atsidėkojimas ar užmokestis vaistų, terapinių prietaisų ar kitų prekių ir paslaugų sveikatos priežiūros specialistams didžiausios yra Lietuvoje. Tai gali būti vienas iš Lietuvoje buvusios Semaškos sveikatos priežiūros sistemos bruožų, kuriuo dar yra linkę naudotis gyventojai. Mažiausiai šių išlaidų turi

olandai.

Apibendrinant Lietuvos, Danijos ir Olandijos sveikatos rodiklius, galima teigti, kad daugiausia šioje srityje pasiekusi Olandija. Visi rodikliai, išskyrus išlaidas sveikatos priežiūrai, yra aukščiausi. Tačiau išlaidos sveikatos priežiūrai taip pat gali rodyti valstybės sugebėjimą mažesniais kaštais pasiekti geresnių rezultatų. Lietuvoje visi sveikatos priežiūros rodikliai yra žemesni nei Danijoje ir Olandijoje.

Požirių į sveikatos priežiūros sistemas Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė

Požiriams į sveikatos priežiūros sistemas pasirinktose valstybėse atskleisti atlikta antrinė duomenų analizė. Analizei pasirinkti Tarptautinio socialinio tyrimo programos modulio (angl. ISSP) „Sveikata ir sveikatos priežiūra I“ duomenys [8]. ISSP – tai tarptautinis socialinis tyrimas, kurio išskirtinumas yra platus tyrinėjamų temų spektras, galimas tarptautinis palyginamumas viso pasaulio mastu, taip pat atliekami kartotiniai tyrimai, suteikiantys galimybę tyrinėti kaitą¹. ISSP „Sveikata“ duomenys nėra kartotiniai, t. y. pirmą kartą ISSP atlieka apklausą sveikatos srityje. Šiuo tyrimu siekiama atskleisti gyventojų požiūrį į sveikatos sistemą, pateikti jų nuomonę apie prieinamumą prie paslaugų ir jų kokybę, taip pat įvertinti gyvenamosios ypatumus². Tyrimo duomenys yra gana nauji ir mažai tyrinėti, be to, glaudžiai susiję su tiriamąja tema.

ISSP „Sveikata“ tyrimą Lietuvoje atliko ir koordinavo KTU Viešosios politikos ir administravimo institutas. Tyrimo vadovas – A. Krupavičius, vykdytojai: E. Butkevičienė, V. Morkevičius, L. Šarkutė, A. Telešienė, E. Vaidelytė, G. Žvaliauskas. Tyrimą Lietuvoje finansavo Lietuvos mokslo taryba. Lietuvoje apklausa buvo atliekama nuo 2011 m. lapkričio 22 d. iki 2011 m. gruodžio 19 d. Pasaulyje tarptautinio tyrimo programos modulio „Sveikata ir sveikatos priežiūra“ apklausa atliekama pirmą kartą. Pagal sudarytą klausimyną apklausos buvo atliekamos net 29-iose pasaulio šalyse: Australijoje, Belgijoje, Bulgarijoje, Čilėje, Kroatijoje, Čekijoje, Danijoje, Suomijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Didžiojoje Britanijoje, Izraelyje, Japonijoje, Lietuvoje, Olandijoje, Norvegijoje, Filipinuose, Lenkijoje, Portugalijoje, Rusijoje, Slovakijoje, Slovėnijoje, Pietų Afrikoje, Pietų Korėjoje, Švedijoje, Šveicarijoje, Taivane, Turkijoje ir JAV. Prieiga prie duomenų: <http://www.gesis.org/en/issp/issp-modules-profiles/health/2011/>³.

Iš viso tyrime dalyvavo 45563 respondentai iš išvardytų valstybių. Tyrimo analizei atlikti pasirinktose valstybėse apklausta: Lietuvoje – 1187, Danijoje – 1388,

¹ Plačiau apie ISSP tyrimą internete:

<http://www.lidata.eu/index.php?file=files/tyrimai/ISSP.html>.

² Plačiau apie ISSP „Sveikata“ tyrimą internete:

http://www.lidata.eu/index_search_results_data.php?pid=LiDA%3Aquant.LiDA_ISSP_0238.

³ ISSP Research Group (2013): International Social Survey Programme: Health and Health Care – ISSP 2011. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5800 Data file Version 2.0.0, doi:10.4232/1.11759.

Olandijoje – 1472 respondentai. Respondentų amžius yra ne mažesnis kaip 18 metų. Visi respondentai apklausti tiesioginės apklausos žodžiu (interviu) metodu, naudojant struktūruotą klausimyną. Gauti atsakymai suvesti į duomenų apdorojimo programą. Respondentai tyrimui atlikti skirstomi pagal daugiapakopę stratifikuotą proporcinę atranką, t. y. tiriamosios šalies teritorija suskirstoma pagal Europos Sąjungos patvirtintus oficialius šalies skirstymo vienetus ir kiekvienoje teritorijoje apklausiamas respondentų skaičius proporcingas tos teritorijos gyventojų skaičiui. Atliktu tyrimu siekiama iširti gyventojų požiūrį į sveikatos apsaugos sistemą, pateikti jų nuomonę apie prieinamumą prie paslaugų ir jų kokybę, įvertinti gyventojų gyvenamosios ypatumus [13].

Apklausoje dalyvavusių respondentų buvo prašoma nurodyti, kaip jie tuo metu vertino savo sveikatos būklę. Analizuojant Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų duomenis pastebima, kad kiekvienoje valstybėje bendros sveikatos būklės vertinimai skiriasi (Kruskal Wallis Test, $p=0,000$). Geriausiai sveikatos būklę vertina danai – kaip labai gerą ir puikią sveikatos būklę įvardija net 54,3 % respondentų. Lietuvoje tokia sveikatos būkle gali pasigirti vos 13,8 % respondentų. Olandijoje 45,8 % gyventojų savo sveikatą vertina kaip gerą ir tik 4 % ją vertina prastai. Apibendrinus rezultatus matoma, kad Lietuvoje sveikatos būklė, respondentų nuomone, yra prasčiausia. Išanalizavus apklausos duomenis pastebėta, kad prasta sveikatos būklė lemia ir asmenų laimės vertinimą. Tarp sveikatos būklės vertinimo ir asmens laimės vertinimo yra statistiškai reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys (Spearman $Rho=0,449$, $p=0,000$). Reikia pažymėti, kad Lietuvoje laimingi jaučiasi tik 50 % gyventojų.

Analizuojant požiūrius į sveikatos priežiūros sistemas, vienas iš svarbesnių aspektų yra pasitikėjimas šalyse veikiančiomis sistemomis. Apklausoje duomenimis, visuomenė labiausiai sveikatos priežiūros sistema pasitiki Danijoje – 91,6 %. Kita vertus, Olandijoje šia sistema pasitiki 86,1 % gyventojų, o Lietuvoje pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema siekia vos 64,3 %. Vertinimo vidurkiai Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje statistiškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test, $p=0,000$).

Patenkintų gyventojų šalyje veikiančia sveikatos sistema Danijoje ir Olandijoje yra daugiausiai, Danijoje – 81,1 %, Olandijoje – 83 %. Vadinas, šiose valstybėse nepasitenkinimas susiformavusiomis sveikatos priežiūros sistemomis yra gana mažas. Tokių gyventojų šalyse yra mažiau nei penktadalis. Lietuvoje tik 37,2 % žmonių patenkinti sveikatos sistema, o beveik ketvirtoji dalis yra nepatenkintų. Tačiau vertinant sveikatos sistemos efektyvumą šalyje skaičiai šiek tiek skiriasi nuo pasitenkinimo ar pasitikėjimo. Danijoje, Olandijoje ir Lietuvoje 32,9 % respondentų mano, kad sveikatos sistema jų šalyje veikia neefektyviai: Danijoje – 26,6 %, Olandijoje – 34 %, Lietuvoje – 38,7 %. Analizuojant sveikatos sistemų efektyvumą šalyse didelių skirtumų nepastebima, tačiau Lietuvoje skeptiškai vertinančių gyventojų yra daugiausiai.

Atlikus koreliacinę analizę galima tvirtinti, kad tarp pasitenkinimo esama sveikatos priežiūros sistema šalyje ir pasitikėjimo šia sistema egzistuoja stiprus ryšys (Spearman's $\rho=0,650$, $p=0,000$). Vadinas, kuo didesnę pasitenkinimą sveikatos

priežiūros sistema jaučia gyventojai šalyje, tuo labiau ja pasitiki. Danijoje pastebimas stipriausias ryšys tarp pasitenkinimo sveikatos priežiūra ir pasitikėjimo ja. Pasitenkinimą gali lemti daugelis veiksnių, pavyzdžiui, gautų paslaugų įvertinimas, valstybės vaidmuo reguliuojant sveikatos apsaugą, paslaugų prieinamumas ir kt.

Tikriausiai dėl to, kad teigiamai vertinamos sveikatos priežiūros sistemos Danijoje ir Olandijoje, šiose valstybėse vyrauja nuomonė, jog sveikatos priežiūros sistemoje reikia tik šiek tiek pokyčių. Danijoje beveik 79 % respondentų mano, kad reikėtų koreguoti tuo metu nusistovėjusią sistemą, o Olandijoje ~57 % pritarę tokiam teiginiui. Taip pat dauguma apklaustųjų danų tikisi, kad per ateinančius kelerius metus sveikatos priežiūros sistema taps efektyvesnė. Kita vertus, nors apklaustieji Olandijos gyventojai mano, jog sistemoje reikia minimalių pokyčių, tačiau jie netiki, kad per kelerius metus ši sistema taps efektyvesnė. Lietuvoje respondentai į sveikatos priežiūros sistemos kaitą žvelgia gana pesimistiškai. Net 44 % Lietuvoje apklaustų respondentų mano, kad šioje šalyje veikiančioje sveikatos priežiūros sistemoje reikia daug pokyčių, o net 15,5 % (4,5 karto daugiau nei Danijoje, 3 kartais daugiau nei Olandijoje) mano, kad sistemai reikia daug pokyčių. Taip pat 45,3 % procentų respondentų netiki, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema kelerių metų laikotarpiu taps efektyvesnė.

Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugas, labai svarbus aspektas yra jų prieinamumas. Paslaugų vartotojams neužtenka žinių apie tai, kokios paslaugos yra, kokiomis paslaugomis gali pasinaudoti, tačiau svarbiausia yra tai, kad prireikus reikiamos paslaugos būtų prieinamos ir jomis nebūtų piktnaudžiaujama. Analizuojant ISSP „Sveikata“ (2011) duomenis pastebima, kad Danijos ir Olandijos gyventojai mano, jog žmonės sveikatos priežiūros paslaugomis naudojasi daugiau, nei yra būtina. Taip galvoja kone 60 % Danijos ir Olandijos apklaustų gyventojų. Taip pat Danijoje 73,6 % respondentų mano, kad šalyje visiems gyventojams yra prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos arba menkai neprieinamos, Olandijoje taip mano 60,8 % respondentų.

Gydytojas yra žmogus, nuo kurio dažniausiai priklauso sergančių asmenų būklė. Taip pat tai asmuo, kuriuo turėtų būti pasitikima labiausiai, nes žmogaus sveikata atiduodama į gydytojų rankas. Lyginant, ar vienodai pasitikima gydytojais Lietuvoje, Danijoje ir Olandijoje, gautas rezultatas rodo, kad vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test, $p=0,000$). Lyginant pasitikėjimo vidurkius, labiausiai gydytojais pasitiki Danijos gyventojai.

Aptariant, kiek iš viso respondentų kiekvienoje valstybėje pritaria teiginiui, kad iš esmės gydytojais galima pasitikėti, didžiausią pasitikėjimą išreiškia Olandijos gyventojai – iš viso pasitiki 82,5 % respondentų. Vos keliais procentais atsilieka Danijos gyventojai – 80,7 %, o Lietuvoje gydytojais pasitiki tik 62,8 % respondentų. Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė [14, p. 121] teigia, kad pasitikėjimui bei gydytojo ir paciento santykiams daug įtakos turi demografinės charakteristikos. Autorių teigimu, gydytojais labiau pasitiki vyresnio amžiaus pacientai. Tyrimo rezultatai rodo, kad egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp amžiaus ir pasitikėjimo gydytojais (Spearman's $\rho=-0,050$, $p=0,002$), tačiau ryšys yra labai

silpnas. Įtakos pasitikėjimui gydytoju gali turėti keletas veiksnių: pasitenkinimas gydytojo gydymu, gydytojo kvalifikacija, gydytojo elgesys su pacientais ir bendravimas.

Pasitikėjimui gydytojais visuomenėje daug įtakos turi gydytojo rūpestis pacientais, jo požiūris į sergantįjį, komunikacija. Atliekant tyrimą respondentų buvo klausama, kas, jų nuomone, labiau rūpi gydytojams – pacientai ar uždarbis. Lyginant Lietuvos, Danijos ir Olandijos atsakymus, vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test, $p=0,000$). Tačiau Danijos ir Olandijos vidurkiai nesiskiria (Mann Withney U Test, $p=0,76>0,05$). Vadinasi, Lietuvoje nuomonės iš esmės skiriasi nuo kitų valstybių. Tiek Danijoje, tiek Olandijoje respondentai prieštarauja teiginiui, kad gydytojams rūpi užmokestis, o ne pacientai (Danijoje – 50,2 %, Olandijoje – 51,6 %). Lietuvoje situacija yra priešinga, net 53,3 % pritaria minėtam teiginiui. Iš gautų rezultatų galima teigti, kad Lietuvos gyventojai nėra labai patenkinti gydytojo elgesiu su pacientais. Galima priežastis gali būti Lietuvoje paplitusi nuomonė apie nelegalius gydytojo atlygius (kyšius), kuriuos Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė [14, p. 185] įvardija kaip sovietinės sistemos palikimą. Autorių atlikti tyrimai rodo, kad 2005 m. 58 % gyventojų manė, kad Lietuvoje labiausiai korumpuotos yra medicinos įstaigos. Iš apklausoje dalyvavusių respondentų net 30 % nurodė, kad yra davę dovaną gydytojui. 60 % iš jų tenorėjo padėkoti už suteiktą pagalbą, o 26 % davė kyšį, tikėdamiesi gauti didesnę gydytojo dėmesį [14, p. 186].

Koreliacinė analizė rodo, kad pasitikėjimui gydytojais turi įtakos teigiama nuomonė, jog gydytojams uždarbis yra svarbiau nei pacientai. Tarp šių kintamųjų yra statistiškai reikšmingas ryšys (Spearman's rho= $-0,393$, $p=0,000$). Taigi, kuo respondentų nuomonė apie gydytojų pirmumą uždarbiui stipresnė, tuo pasitikėjimas jais yra silpnesnis.

Dar vienas veiksnys, kuris gali lemti visuomenės pasitikėjimą gydytojais, gali būti pasitenkinimas gydytojo gydymu. Atliekant tyrimą respondentų buvo klausama, ar jie buvo patenkinti tuo, kaip juos gydė gydytojas paskutinio vizito metu. Visų trijų valstybių pasitenkinimo vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test, $p=0,000$). Stipriausią pasitenkinimą (t. y. visiškai patenkinti gydytojo gydymu) išreiškė danai – 27,3 %. Bendrai paėmus, Olandijoje paskutinio vizito pas gydytoją metu skirtu gydymu liko patenkinti 88,7 % respondentų, Danijoje – 86,5 %, o Lietuvoje – 62,7 %. Lietuvoje pasitenkinimas yra ~20 % mažesnis nei kitose šalyse. Leonavičius, Plieskis, Petrauskienė [15, p. 100] teigia, kad tik ketvirtadalis pacientų nesutinka su bendrosios praktikos gydytojo paskirtu gydymu. Tokie pacientai bando daugiau išsiaiškinti apie gydymą, nėra patenkinti gauta informacija, gydytojo skirtu laiku ir dėmesiu. Autoriai daro prielaidą, kad tokie pacientai dažniausiai yra didesnes pajamas gaunantys gyventojai. Kaminskas, Peičius [12], tyrinėję gydytojų ir pacientų santykius, pastebėjo, kad gyventojai Lietuvoje mano, jog gydytojai, skirdami gydymą pacientams, neišsiaiškina pacientų finansinių galimybių ir asmeninių gyvenimo ypatumų, pavyzdžiui, darbo pobūdžio, gyvenamosios vietos ir kt. Tai sukelia savotišką konfliktą tarp gydytojo ir paciento. Autoriai rekomenduoja šiais klausimais

gydytojams diskutuoti su pacientais [12, p. 68].

Koreliacine analizė rodo, kad tarp pasitenkinimo skirtu gydymu paskutinio vizito pas gydytoją metu ir pasitikėjimo gydytojais egzistuoja statistškai reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys. (Spearman's $\rho=436$, $p=0,000$). Stipriausias ryšys pastebimas Lietuvoje. Vadinasi, jei žmonės yra patenkinti gydymu paskutinio vizito pas gydytoją metu, tikėtina, kad jie bus labiau linkę pasitikėti gydytojais.

Atsižvelgiant į tai, kaip gyventojai įvertino savo sveikatą, atsispindi ir sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas, tačiau pastebimas paradoksas Lietuvos atveju. Nors Lietuvoje sveikatos būklė subjektyviai yra įvertinta prasčiausiai iš analizuojamų valstybių, tačiau, palyginti su Danija ir Olandija, gyventojų, nesilankusių pas gydytoją nė karto per metus, yra didžiausias procentas (23,5 %). Danijoje per paskutinius metus į gydytojus nesikreipė 22 % respondentų, Olandijoje – 19,1 % respondentų. Iš Lietuvoje apklaustų respondentų 84,6 % per paskutinius 12 mėn. gulėjo ligoninėje ar klinikos stacionare. Danijoje šiomis paslaugomis naudojosi 88,8 %, Olandijoje – 87,9 % respondentų. Šių trijų valstybių vidurkiai statistškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test, $p=0,004$). Galima daryti prielaidą, kad Lietuvos gyventojai savo sveikatos problemas linkę spręsti patys, be specialistų pagalbos. Taip pat savo ligoms gydyti ir sveikatai gerinti jie naudojami alternatyviosios medicinos paslaugomis. Bartuškaitė, Butkevičienė [2, p. 102] ištyrė, kad 1/6 dalis visuomenės mano, kad alternatyvioji medicina geriau sprendžia sveikatos problemas nei įprastinė medicina. Taip pat pastebi, kad šiam teiginiui labiau linkę pritarti kaimo ir vienkienių gyventojai.

Analizuojant sveikatos priežiūros sistemos prieinamumą, svarbu matyti, kokios priežastys lemia negalėjimą pasinaudoti teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Analizuojamos priėjimo prie teikiamų paslaugų kliūtys yra finansinės (pacientas negalėjo susimokėti už gydymą), organizacinio pobūdžio (negalėjo atsiprašyti iš darbo, paslaugos neprieinamos gyvenamojoje aplinkoje, laukiančiųjų eilė buvo per ilga). Visose trijose valstybėse yra gyventojų, kurie susiduria su šiomis kliūtimis, tačiau skaičiai neviršija 10 %. Didžiausia kliūtis Lietuvoje įvardijama, kad norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas reikia laukti eilę, kuri penktadaliui respondentų yra per ilga. Tai yra kliūtis, dėl kurios nesuteikiamas gydymas. Taip gali būti dėl to, kad per daug pacientų sveikatos priežiūros įstaigoje arba per mažai specialistų.

Net 78,2 % danų tiki, kad prireikus jiems būtų suteiktas geriausias gydymas šalyje, tačiau net 28,4 % mano, kad negalėtų gauti pasirinkto gydytojo gydymo. Tokią respondentų nuomonę gali sąlygoti Beveridžo sveikatos priežiūros sistema, kai pacientams teikiama mažai laisvės pasirinkti tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Lietuvoje 34,3 % respondentų tikėtusi geriausio gydymo šalyje ir net 46,4 % mano, kad gautų pasirinkto gydytojo gydymą. Olandijoje vyrauja panašios tendencijos: 53,7 % respondentų labiausiai tiki, kad gali sulaukti gydymo iš pasirinkto gydytojo, o 68,7 % respondentų tiki geriausio gydymo šalyje galimybe. Tikėjimą galimybe gauti pasirinkto gydytojo gydymą Lietuvoje ir Olandijoje gali sąlygoti laisvas pacientų pasirinkimas paslaugų teikėjų rinkoje. 2 lentelėje pateikiamas

visuomenės požiūrių į sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje, Danijoje ir Olandijoje palyginimas.

2 lentelė. Visuomenės požiūrių į sveikatos priežiūros sistemą palyginimas

Kintamasis	Lietuva	Danija	Olandija
Subjektyvus laimės vertinimas (jaučiasi laimingais)	50,60 %	88,10 %	83,20 %
Subjektyvus asmeninės sveikatos vertinimas (sveikata gera, labai gerai, puiki)	51,50 %	78,70 %	73,80 %
Pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema (šiek tiek pasitiki, labai pasitiki, visiškai pasitiki)	64,30 %	91,60 %	86,10 %
Pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema	37,20 %	81,10 %	83,00 %
Noras keisti sveikatos priežiūros sistemą (nereikia pokyčių, reikia šiek tiek pokyčių)	40,50 %	73,30 %	63,50 %
Paslaugų prieinamumas (visiems prieinamos, labai mažai daliai neprieinamos)	36,40 %	73,60 %	60,80 %
Indėlis į sveikatos priežiūros sistemą (mokėtų didesnius mokesčius, jei nuo to pakiltų priežiūros lygis šalyje)	22,00 %	35,90 %	33,80 %
Valdžia turėtų teikti tik būtiniausias sveikatos priežiūros paslaugas (pritaria)	17,50 %	14,10 %	17,50 %
Pasitikėjimas gydytojais (pasitiki)	62,80 %	80,70 %	82,50 %
Gydytojams labiau rūpi uždarbis nei pacientai (nepitaria, labai nepitaria)	11,10 %	50,20 %	51,60 %
Pasitenkinimas gydytojo gydymu (visiškai patenkini, labai patenkinti, gana patenkinti)	62,70 %	86,50 %	88,70 %
Nebuvo suteiktas gydymas, nes negalėjo už jį susimokėti (buvo suteiktas)	90,50 %	90,20 %	97,20 %
Nebuvo prieinamas gydymas vietovėje, kurioje gyvenama arba netoliese (buvo suteiktas)	91,20 %	95,00 %	97,80 %
Nebuvo suteiktas gydymas, nes laukiančiųjų eilė buvo per ilga (buvo suteiktas)	79,80 %	90,60 %	95,80 %
Tikėjimas, kad prireikus būtų suteiktas geriausias gydymas šalyje	34,30 %	78,20 %	68,0 %
Tikėjimas, kad prireikus būtų suteiktas pasirinkto gydytojo gydymas	46,40 %	42,80 %	53,70 %
Nerūkančiųjų skaičius	72,70 %	78,50 %	82,00 %
Nevartojančiųjų alkoholio skaičius (nevartoja, vartoja kartą per mėnesį ar rečiau)	77,20 %	74,70 %	71,60 %
Užsiimančių dažna fizine veikla skaičius (keletą kartų per savaitę, kasdien)	37,90 %	58,00 %	57,00 %
Dažna sveika mityba (keletą kartų per savaitę, kasdien)	80,60 %	89,80 %	94,90 %

0 %–24 %	25 %–49 %	50 %–74 %	75 %–100 %
Prastai	Patenkinamai	Vidutiniškai	Labai gerai

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis ISSP tyrimų rezultatais

Analizuojant gautus rezultatus pastebima, kad vertinant gaunamas sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje pateikiami labai geri rezultatai. Per pastaruosius metus daugiau nei 90 % gavo reikiamas paslaugas, nepaisant gyvenamosios vietos ir paslaugų kainos, ir šiek tiek mažiau paslaugų buvo suteikta dėl to, kad buvo ilgos laukiančiųjų eilės. Lietuvos gyventojai vidutiniškai vertina savo sveikatos būklę, kuri lemia laimingumo kriterijų. Jis vertinamas taip pat vidutiniškai.

Pastebėta, kad Lietuvos visuomenės pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema ir gydytojais nėra labai geras. Yra pagrindo teigti, kad šiems vertinimams įtakos turi pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema, kurio įvertinimas prastesnis nei vidutiniškas, įvardijamas prastas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir gana stiprios nuostatos pakeisti esamą sistemą. Lietuvos gyventojai taip pat prastai vertina galimybę susirgus gauti geriausią gydymą šalyje arba pasirinkto gydytojo gydymą. Vienas iš labai prastai vertinamų rodiklių yra gydytojo ir paciento santykiai. Daugelis

Lietuvos gyventojų mano, kad gydytojams labiau rūpi uždarbis nei pacientai. Tai negatyvios nuostatos, kurios stipriai lemia pasitikėjimą gydytojais.

Vertinant Lietuvos gyventojų gyvenimosios ypatumus, pastebima, kad mažai laiko skiriama fizinei veiklai, tačiau populiaru sveika mityba, t. y. vartojama daug šviežių vaisių ir daržovių, nemažai nerūkančiųjų ir nevartojančių alkoholio.

Danijoje pastebimi gana geri įvertinimai daugeliu klausimų. Šioje šalyje išreiškiamas itin stiprus pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema ir gydytojais. Taip pat danai yra patenkinti šiuo metu egzistuojančia sveikatos priežiūra, savo sveikatos būklę vertina labai gerai ir jaučiasi labai laimingi. Atkreipiant dėmesį į nuomones apie paslaugas, Danijoje yra itin mažai kliūčių, trukdančių gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, gyventojai yra patenkinti gydytojo priežiūra. Dauguma Danijos gyventojų tiki, kad susirgus jiems būtų suteiktas geriausias gydymas šalyje.

Kiek žemesniais balais vertinamas paslaugų prieinamumas. Visuomenėje manoma, kad paslaugos yra prieinamos ne visiems šalies gyventojams. Taip pat kaip ir Lietuvoje, manoma, kad gydytojai skiria daugiau dėmesio uždarbiui, o ne pacientui, tačiau Danijos vertinimai yra gerokai geresni nei Lietuvoje. Gydytojo pasirinkimo galimybė Danijoje vertinama gana prastai. Visuomenė mano, kad prireikus jiems nebus galimybės gauti pasirinkto gydytojo gydymo. Dauguma danų atsakingi dėl savo sveikatos ir rūpinasi ja. Labai daug yra nerūkančiųjų ir nevengiančių sveikos mitybos, šiek tiek mažiau yra nevartojančių alkoholio ir užsiimančių fizine veikla. Tokios pat gyvenimosios tendencijos pastebimos ir Olandijoje.

Olandijoje pastebimi panašūs sveikatos priežiūros sistemos vertinimai kaip ir Danijoje. Olandai yra labai patenkinti jų šalyje veikiančia sveikatos priežiūros sistema ir nenori jos keisti. Puikus pasitenkinimas sistema lemia stiprų pasitikėjimą ja. Taip pat olandai vertina labai gerai savo sveikatą, tai lemia aukštą pasitenkinimą gyvenimu.

Gyventojų nuomone, Olandijoje silpnų grandžių sistemoje nepastebėta. Stipriai pasitikima gydytojais, labai pasitenkinama gydytojo gydymu, daugeliui šalies gyventojų prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos. Tačiau olandai linkę vertinti vidutiniškai galimybę gauti geriausią gydymą šalyje ar pasirinkto gydytojo gydymą.

Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje yra nemaža dalis sričių, kurias reikėtų tobulinti, t. y. gerinti priėjimą prie paslaugų, gerinti paslaugų kokybę, skatinti gydytojų atsakomybę dėl pacientų pasitenkinimo. Danijoje reikėtų gerinti pasirinkimo galimybes, kad būtų įmanomas norimo gydytojo gydymo pasirinkimas. Olandijoje sveikatos priežiūros sistema, gyventojų nuomone, veikia labai gerai. Šiek tiek daugiau dėmesio reikėtų skirti paslaugų prieinamumui ir kokybei.

Išvados

1. Išanalizavus sveikatos priežiūros sistemas Lietuvoje, Danijoje ir Olandijoje pastebima, kad Lietuvos sveikatos sistema yra labiausiai kintanti sistema. Po nepriklausomybės atgavimo Lietuvoje imta visiškai reformuoti sveikatos priežiūros sistemą. Reformomis siekiama atsikratyti sovietinio sistemos palikimo ir perimti

europietišku modeliu bruožus. Danijoje veikia Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis. 2007 m. Danijoje buvo vykdoma struktūrinė sistemos reforma. Olandijai būdinga Bismarko sistema, kurios pagrindinis akcentas yra socialinis draudimas. Olandijoje taip pat įgyvendinamos reformos: 2006 m. pertvarkoma sveikatos draudimo sistema.

2. Tyrimo rezultatai parodė, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema yra vertinama prasčiausiai. Pasitikėjimas šia sistema Lietuvoje yra vidutinio stiprumo, o pasitenkinimas žemesnis nei vidutinis. Priešingai nei Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje gyventojai labai patenkinti sveikatos priežiūros sistema ir išreiškia stiprų pasitikėjimą ja. Pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema turi įtakos pasitikėjimui ja, nes tarp šių kintamųjų egzistuoja vidutinio stiprumo tiesinis ryšys.

3. Nustatyta, kad pasitenkinimui sveikatos priežiūros sistema įtakos turi finansavimas iš valstybės. Respondentai iš valstybės tikisi visapusiškos apsaugos, o ne tik būtinausių paslaugų. Teigiamiems požiūriams į sveikatos priežiūros sistemą įtakos turi pasitikėjimas gydytojais, kuris Lietuvoje yra vidutiniškas, taip pat vidutiniškai vertinamos ir gydytojo teikiamos paslaugos. Danijoje ir Olandijoje vyrauja stiprus pasitikėjimas gydytojais ir gyventojai yra labai patenkinti gydytojų teikiamu gydymu.

Literatūra

1. Banaitytė, K. *Asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių analizė*. Magistro darbas: socialiniai mokslai, ekonomika. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2012.
2. Bartuškaitė, M., Butkevičienė, E. Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną. *Viešojo politika ir administravimas*, 2013, Nr. 1, p. 94–107.
3. Černiauskas, G., Jankauskienė, D., Murauskienė, L. Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir socialinis draudimas Reng. R. Buivydas. *Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva Vokietija*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998, p. 16–29.
4. Černiauskas, G., Murauskienė, L. *Health Care Systems in Transition*. Lithuania, 2000. Prieiga internete: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95127/E69920.pdf?ua=1 [2014-11-05].
5. *Europos sveikatos apsaugos paslaugų vartotojų indeksas*, 2013. Prieiga internete: <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf> [2014-11-17].
6. Exter, A., Hermans, H., Dosljakm, M., Busse, R. *Health Care Systems in Transition: Netherlands*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
7. Furmanavičius, T. Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina*, 2001, Nr. 2, p. 128–132.
8. ISSP 2011: *Health and Health care*. Prieiga internete: <http://www.gesis.org/en/issp/issp-modules-profiles/health/2011/> [2011-11-10].
9. Janušauskaitė, G. Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės. *Filosofija. Sociologija*, 2008, Nr. 4, p. 34–44.

10. *Jungtinių Tautų duomenų bazė*. Prieiga internete: <http://hdr.undp.org/en/data>.
11. Juozulynas, A., Čeremnych, E., Kurtinaitis, J. et al. Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Socialiniai mokslai*, 2005, Nr. 1, p. 71–74.
12. Kaminskas, R., Peičius, E. Gydytojo ir paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai. *Filosofija. Sociologija*, 2005, Nr. 4, p. 62–69.
13. Krupavičius, A. et al. ISSP 2011: *Sveikata ir sveikatos priežiūra I*, 2011 m. lapkritis–gruodis = ISSP 2011: *Health and Health Care I*, November–December 2011: LiDA [platintojas], 2012. (Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2012). (ISSP: Tarptautinė socialinio tyrimo programa). Prieiga internete: www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238.
14. Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Naujokaitė, I. *Sociologija ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų vartotojas*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2007.
15. Leonavičius, V., Plieskis, M., Petrauskienė, J. Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 2003, Nr. 1, p. 93–101.
16. Milaševičiūtė, V., Pukelienė, V., Vilkas, E. Indeksas gyvenimo kokybei matuoti: analizė, vertinimas ir tyrimas Lietuvos atveju. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 2006, Nr. 39, p. 161–178.
17. Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. *Denmark: Health System Review. Health Systems in Transition*, 2012, Nr. 14 (2), p. 1–192.
18. Pasaulio banko duomenų bazė. Prieiga internete: <http://data.worldbank.org> [2015-01-03].
19. Patašienė, R., Strazdienė, D., Žaltauskienė, N. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai*, 2013, Nr. 3, p. 412–423.
20. Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., and van Ginneken, E. *The Netherlands: Health System Review. Health Systems in Transition*. 2010, Nr. 12 (1), p. 1–229.
21. Sidabraitė, S. *Sveikatos draudimo sistema ir jos tobulinimas*. Magistro darbas: socialiniai mokslai, vadyba ir verslo administravimas. Kaunas: Lietuvos žemės ūkio universitetas, 2006.
22. Strandberg-Larsen, M., Nielsen, MB, Vallgård, S, Krasnik, A, Vrangbæk, K., and Mossialos, E. *Denmark: Health System Review. Health Systems in Transition*, 2007, Nr. 9 (6), p. 1–164.
23. Tanner, M.. The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World. *Policy Analysis*, 2008, Nr. 613, p. 1–48.

Ernesta Matulevičiūtė, Aistė Balžekienė

Comparative Analysis of Health Care Systems in Lithuania, the Netherlands and Denmark

Abstract

This article aims at comparing health care systems in Lithuania, the Netherlands and Denmark, based on macro level data about health care system and representative public

opinion surveys from International Social Survey module “Health” data (2011) that reveal public opinions about health care systems in selected countries. These countries have different models of health care systems and our research aimed at identifying in which model people are mostly satisfied with health care services. Research results revealed that health care system in Lithuania is evaluated by public worse in almost all aspects than in the Netherlands and Denmark. One of the worst indicators is public opinion in Lithuania that doctors put priority mainly on earnings but not on patients. Also people in Lithuania are not satisfied with the accessibility of health care services and they express a need for the changes in the system. These tendencies in public opinion lead to a significant level of mistrust in doctors particularly and in health care system generally. There is a high level of trust in doctors in the Netherlands and Denmark.

Ernesta Matulevičiūtė, Kauno technologijos universiteto Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakulteto Socialinės politikos magistrė.

E. paštas: matuleviciute.ernesta@gmail.com

Aistė Balžekienė, socialinių mokslų daktarė, Kauno technologijos universiteto Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakulteto Viešosios politikos ir administravimo instituto docentė.

E. paštas: aiste.balzekiene@ktu.lt

Ernesta Matulevičiūtė is Master of Social Policy at the Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

E-mail: matuleviciute.ernesta@gmail.com

Aistė Balžekienė, PhD in Social Sciences, Associated professor at the Public Policy and Administration Institute, Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology.

E-mail: aiste.balzekiene@ktu.lt

Straipsnis įteiktas redakcijai 2015 m. birželio mėn.; recenzuotas; parengtas spaudai 2015 m. spalio mėn.