

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS**  
**SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS**  
**VIEŠOSIOS POLITIKOS IR ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS**

**Ernesta Matulevičiūtė**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMŲ LIETUVOJE, OLANDIJOJE IR**  
**DANIJOJE LYGINAMOJI ANALIZĖ**  
**Magistro darbas**

**Darbo vadovė**  
**doc. dr. A. Balžekienė**

**KAUNAS, 2015**

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS**  
**SOCIALINIŲ, HUMANITARINIŲ MOKSLŲ IR MENŲ FAKULTETAS**  
**VIEŠOSIOS POLITIKOS IR ADMINISTRAVIMO INSTITUTAS**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMŲ LIETUVOJE, OLANDIJOJE IR  
DANIJOJE LYGINAMOJI ANALIZĖ**

**Socialinės politikos magistro darbas**  
**Studijų programa 621L40002**

**Darbo vadovas**

(parašas)

**Doc. dr. A. Balžekienė**

**2015- 01-12**

**Recenzentas**

**Dr. D. Jovarauskienė**

**2015-01-**

**Atliko**

**SMP-3/7 gr. stud.**

**E. Matulevičiūtė**

**Matuleviciute.ernesta@ktu.edu**

**2015-01-12**

**KAUNAS, 2015**

**PARENGTO MAGISTRO BAIGIAMOJO DARBO SAVARANKIŠKUMO  
PATVIRTINIMAS**

**Patvirtinu (-ame), kad parengtas magistro baigiamasis darbas**

**Sveikatos priežiūros sistemų Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė**

---

(įrašyti pavadinimą)

- atliktas savarankiškai ir nebuvo kaip visuma pateiktas jokiame dėstomajame dalyke atsiskaityti šiame ar ankstesniuose semestruose;
- nebuvo pateiktas atsiskaityti kitame KTU fakultete arba kitoje Lietuvos aukštojoje mokykloje;
- turi visas į bakalauro baigiamojo darbo literatūros sąrašą įtrauktą informacijos šaltinių nuorodas.

---

(vardą (-us) ir pavardę (-es) įrašyti ranka)

(parašas (-ai))

Data 2015 01 12

Matulevičiūtė, E. (2015). Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemų lyginamoji analizė. Socialinės politikos magistro darbas. Studijų programa 621L40002. Darbo vadovė doc. Dr. A. Balžekienė. Kaunas: Socialinių, humanitarinių mokslų ir menų fakultetas, Kauno technologijos universitetas, 2015, 70 p.

## SANTRAUKA

Magistro baigiamajame darbe analizuojami požiūriai į sveikatos priežiūros sistemas. Valstybės tobulina sveikatos priežiūros sistemas, gerina paslaugų kokybę ir efektyvumą, atsižvelgiant į visuomenės poreikius. Visuomenės požiūriai ir vertinimai atskleidžia problemines sistemos dalis, į kurias reiktų atkreipti dėmesį, siekiant gerinti efektyvumą. Darbe analizuojamos problemos: kaip skirtingus teorinius modelius taikančiose valstybėse gyventojai vertina sveikatos priežiūros sistemas? Kuri sistema vertinama palankiausiai? Kokie veiksniai sąlygoja nuostatas apie sveikatos priežiūros sistemas? Darbo objektas – požiūriai apie sveikatos priežiūros sistemas. Darbo tikslas - atlikti lyginamąją Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemų vartotojų vertinimo analizę. Tikslui pasiekti išskirti uždaviniai: apibrėžti sveikatos priežiūros sampratą ir aptarti sveikatos priežiūros sistemos modelius; išanalizuoti ir aptarti Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemas; suformuoti gyventojų požiūrio į sveikatos priežiūros sistemas empirinio tyrimo metodologiją; ištirti visuomenės požiūrius apie sveikatos priežiūros sistemą ir jos vertinimą Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje; ištirti nuostatas apie sveikatos priežiūros sistemas sąlygojančius veiksnius; suformuoti ir pateikti rekomendacijas. Visuomenės nuomonei analizuoti naudojami ISSP “Sveikata” (2011) tartptautinio tyrimo duomenys. ISSP “Sveikata” duomenys atskleidžia valstybių gyventojų požiūrius į sveikatos priežiūros sistemą, priėjimą prie paslaugų ir jų kokybę. Nuostatų apie sveikatos priežiūros sistemas atskleidimui naudojama kiekybinė duomenų analizė, panaudojant SPSS ir MS Excel programas. Tyrimo analizėje pateikiami bendri sveikatos subjektyvūs vertinimai, pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema, gydytojais, gaunamomis paslaugomis ir požiūris į valstybės įnašą sveikatos priežiūroje. Teoriniai sveikatos priežiūros sistemų pagrindai remiasi Europoje egzistuojančiais finansavimo modeliais. Vienas iš jų Bismarko, kuomet pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos akcentas yra atskiras sveikatos socialinis draudimas, kurio pagrindu finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos. Šiam modeliui priskiriama Olandija. Kitas modelis yra bendrais mokesčiais paremta ir visiems šalies piliečiams vienodai prieinama Beveridžo sveikatos priežiūros sistema būdinga Danijai. Kalbant apie Lietuvą, reiktų paminėti iki Nepriklausomybės atgavimo, egzistavusią Semaškos sveikatos priežiūros sistemą, kuri buvo labai centralizuota ir griežtai kontroliuojama. Jos bruožų dar yra išlikę Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. Taip pat Lietuvoje persipina Bismarko ir Beveridžo sveikatos priežiūros sistemos modeliai. Sveikatos priežiūros sistema

suprantama kaip valstybės, paslaugų teikėjų ir pacientų tarpusavio sąveika, kurioje įsiterpia kiti šalutiniai elementai, priklausomai nuo jos modelio.

Gauti analizės rezultatai parodė, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema yra vertinama gan prastai lyginant su Danija ir Olandija. Vienas iš prasčiausių rodiklių yra nepasitikėjimą gydytojais įtakojanti nuomonė, kad gydytojai prioritetą teikia uždarbiui, o ne pacientui. Taip pat Lietuvos gyventojai nėra labai patenkinti sveikatos priežiūros sistema, norėtų ją keisti, egzistuoja prastas paslaugų prieinamumas bei vyrauja nuomonė, kad prireikus nebūtų suteiktas geriausias gydymas ir pasirinkto gydytojo konsultacija. Aukščiausiais įvertinimais kone visose srityse pasižymėjo Danija ir Olandija. Danijoje, skirtingai nuo Olandijos, nemanoma, kad būtų suteiktas geriausias gydymas. Danijoje ir Olandijoje labai aukšti rodikliai yra vertinant sveikatos priežiūros sistemą, gydytojo paskirtą gydymą, išreiškiant pasitikėjimą sistema, gydytojais. Lietuvos gyventojai vidutiniškai pasitiki sveikatos priežiūros sistema ir gydytojais. Taip pat lietuviai vidutiniškai patenkinti gydytojo gydymu.

Matulevičiūtė, E. (2015). Comparative Analysis of Health Care Systems in Lithuania, the Netherlands and Denmark. Master's Thesis in Social Policy. Study Programme 621L40002. Supervisor assoc. prof. A. Balžekienė. Kaunas: Faculty of Social Sciences, Arts and Humanities, Kaunas University of Technology, 2015, 70 p.

## SUMMARY

The Master thesis analyzes the approaches to health care systems. Different countries are improving their health care policies, quality of services and efficiency based on public demands. Public attitudes and evaluations reveal a potential threat issues of the system. The health system should be addressed in order to improve efficiency.

The thesis addresses to following emerging issues: how local people in analysed countries are evaluating the health care policies that are based on different theoretical models? Which system is the preferred option? What factors account for the provisions of health care systems? The object of research is existing approaches to the health care systems in different countries. The aim of master thesis is to conduct a comparative analysis of Lithuanian, Netherlands and Danish health care policies in the respect of public evaluations. In order to achieve the goal of the thesis' following tasks are defined: to define a concept of health care system and to analyse models of a health care system; to analyse health care systems in Lithuania, The Netherlands and Denmark; to define an empirical research methodology of public attitudes to health care systems. to investigate public attitudes about a health care system and evaluations in Lithuania, the Netherlands and Denmark; to explore the factors, influencing provisions of the health care systems; to develop and make recommendations.

For the analysis of public opinion ISSP „Health“ (2011) research data is used. ISSP “Health” data reveals the attitudes about the health care system, the access to the services and it's quality. The study research represents the subjective evaluations of health system in general, satisfaction of health care system, and doctors, access to services and approach to the state contribution for health care.

Theoretical basis of health care systems in Europe is based on the existing funding models. One of them is “Bismarck” which mainly focuses on it's separate social health insurance as a basis of financial health-care services. The Netherlands is attributed to this model. Another model is called Beveridge, which is based on general taxes and it is equally accessible for all its citizens. This model is characterized by Denmark health care system. In the content of Lithuania, the period before Independence was marked by existing “Semaškos” health care system. This model was highly centralized and strictly controlled. The “Semaška” model features are still preserved in Lithuanian health care system. Lithuanian health care system also is featured by Beveridge and “Bismarck” health care system models. The health care system is understood as an interaction between state, service providers and patient, which intervenes by other elements that are depended on the model.

The research results reveal that Lithuania is perceived as a quite low quality health care system country in comparison with both Denmark and the Netherlands. One of the worst indicators in Lithuania is that people distrust doctors. The doctors are giving priority to material benefit, rather than the needs of patients. Also, Lithuanian residents are not satisfied with the health care system and would like to change it. There is also poor access to services and residents think that sometimes they do not get the best treatment or they do not get the care from a chosen doctor. Both Denmark and the Netherlands get the highest scores in almost all fields identified by research. There is no prevailing public opinion in the Netherlands that local people get health care of the highest level, and opposite results are revealed in Denmark. The health care systems of Denmark and the Netherlands are rated very high as well as treatment that is assigned by a doctor. Also people in these countries ; expressed confidence in both health system; and doctors. Lithuanian residents have the average trust level in both local health care system and doctors.

## TURINYS

Paveikslų sąrašas.....	10
Lentelių sąrašas.....	11
Pagrindinės sąvokos.....	12
Įvadas.....	13
1. Teoriniai sveikatos priežiūros sistemos pagrindai.....	16
1. 1. Sveikatos, sveikatos priežiūros sampratos.....	16
1. 2. Sveikatos priežiūros sistemų modeliai.....	17
1. 2. 1. Beveridžo modelis.....	18
1. 2. 2. Bismarko modelis.....	19
1. 2. 3. Semaškos modelis.....	21
1. 2. 4. Teorinių sveikatos priežiūros sistemų lyginamoji analizė.....	22
1. 3. Sveikatos priežiūros sistemos bruožai Lietuvoje, Danijoje ir Olandijoje.....	24
1. 3. 1. Danijos sveikatos priežiūros sistema.....	24
1. 3. 2. Olandijos sveikatos priežiūros sistema.....	27
1. 3. 3. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema.....	29
1. 3. 4. Danijos, Olandijos ir Lietuvos sveikatos rodiklių lyginamoji analizė.....	32
2. Sveikatos priežiūros sistemų lyginamosios analizės Tyrimo metodika.....	34
2. 1. Tyrimo metodikos pagrindimas.....	34
2. 2. Tyrimo indikatoriai ir analizės schema.....	36
3. Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų požiūrių ir nuostatų sveikatos priežiūros sistemų atžvilgiu lyginamoji analizė.....	40
3. 1. Bendras sveikatos ir laimės vertinimas.....	40
3. 2. Visuomenės požiūriai į sveikatos priežiūros sistemą.....	42
3. 3. Požiūriai į valstybės vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje.....	46
3. 4. Nuostatos apie gydytojo paslaugas sveikatos priežiūros sistemoje.....	48
3. 5. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje.....	52
3. 6. Asmeninė atsakomybė dėl sveikatos būklės.....	54



3. 7. Gyventojų požiūrių į sveikatos priežiūros sistemas Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė .....	55
Išvados .....	58
Rekomendacijos .....	60
Literatūra.....	61
Priedai .....	65

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos priežiūros sistemos schema .....	17
2 pav. Beveridžo sveikatos sistemos modelio schema (Stravinskas, 2000, p. 9) .....	18
3 pav. Bismarko sveikatos sistemos modelis (Stravinskas, 2000, p. 10).....	20
4 pav. Semaškos sveikatos priežiūros sistemos modelis (Stravinskas, 2000, p. 11) .....	22
5 pav. Sveikatos priežiūros sistema Danijoje (Šaltinis: Olejaz, et al., 2012, p. 21) .....	25
6 pav. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo schema Danijoje (Šaltinis: Olejaz, et al., 2012, p. 61).....	26
7 pav. Sveikatos priežiūros sistema Olandijoje (Šaltinis: Schäfer, et al., 2010, p. 14) .....	28
8 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos organizacinė struktūra (Šaltinis: Černiauskas, Murauskienė, 2000, p. 9).....	30
9 pav. Tyrimo dizainas.....	36
10 pav. Empirinio tyrimo eigos etapai .....	37
11 pav. Subjektyvus asmeninės sveikatos vertinimas Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje (%) (ISSP “Sveikata”, 2011) .....	41
12 pav. Gyventojų pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema šalyse (ISSP Sveikata, 2011).....	42
13 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas Olandijoje, Lietuvoje ir Danijoje (ISSP “Sveikata”, 2011) .....	44
14 pav. Pasitikėjimas gydytojais Danijoje, Lietuvoje ir Olandijoje (ISSP “Sveikata”, 2011) .....	48
15 pav. Pritarimas arba nepritarimas, kad gydytojams labiau rūpi uždarbis nei pacientai, vidurkis (ISSP “Sveikata”).....	49
16 pav. Pasitenkinimas gydytojo gydymu (ISSP “Sveikata”, 2011). .....	50

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros modelių palyginimas.....	23
2 lentelė. Lietuvos, Danijos ir Olandijos sveikatos rodikliai .....	33
3 lentelė. Tyrimo kintamųjų struktūra .....	37
4 lentelė. Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų laimės vertinimas (ISSP “Sveikata”, 2011, N 3973).....	41
5 lentelė. Ryšys tarp sveikatos būklės .....	42
6 lentelė. Ryšys tarp pasitenkinimo .....	43
7 lentelė. Nuomonė apie pokyčius sveikatos priežiūros sistemoje (ISSP “Sveikata”, 2011).....	44
8 lentelė. Tikėjimas, kad sveikatos priežiūros sistema šalyje taps efektyvesnė (ISSP “Sveikata”, 2011).....	44
9 lentelė. Gyventojų ryžtas mokėti didesnius mokesčius, dėl geresnio sveikatos priežiūros lygio šalyje.....	46
10 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugos, kurias visuomenės nuomone turėtų finansuoti/nefinansuoti valstybė, % (ISSP “Sveikata”, 2011) .....	47
11 lentelė. Ryšys tarp pasitenkinimo .....	51
12 lentelė. Gydytojo kvalifikacijos vertinimas .....	51
13 lentelė. Priežastys, dėl kurių neprieinamos sveikatos priežiūros paslaugos (%).....	53
14 lentelė. Respondentų žalingi įpročiai. Rūkymas.....	54
15 lentelė. Alkoholio vartojimas ir sveikos gyvensenos propagavimas .....	54
16 lentelė. Žalingų įpročių ir sveikos gyvensenos ryšys su sveikatos būklės vertinimu .....	55
17 lentelė. Visuomenės požiūrių į sveikatos priežiūros sistemą rodikliai .....	56

## PAGRINDINĖS SĄVOKOS

**Gydytojas** – medicinos gydytojas, gydytojas rezidentas, šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas (LR Medicinos praktikos įstatymas, 1996).

**Pacientas** – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis (LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996).

### **Sveikatos priežiūros įstaiga:**

1) įstaiga ar įmonė, įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus;

2) įstaigos ar įmonės, kuri verčiasi kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialas ar padalinys, turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas (LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996).

**Sveikatos priežiūros paslaugos** – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas (LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996).

**Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė** – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų ir kitų teisės aktų, vykdomas asmenų, turinčių atitinkamas licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas, licencijuotose atitinkamas paslaugas teikti sveikatos priežiūros paslaugas, licencijuotose atitinkamas paslaugas teikti ir apsidraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams įstaigose (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 13).

**Sveikatos priežiūros reforma** – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti (Janušonis, 2011, p. 5)

**Visuomenės sveikata** – gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė (LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002).

## IVADAS

Sveikata yra vienas iš svarbiausių žmogaus turtų. Mokslinių tyrimų duomenimis, gera sveikata turi didelės įtakos gyvenimo kokybei, asmeninių tikslų siekimui, pasitenkinimui gyvenimu, dalyvavimui visuomeninėje veikloje (Furmanavičius, 2001; Juozulynas et al., 2005; Janušauskaitė, 2008; Milaševičiūtė, Pukelienė, Vilkas, 2006). Tačiau žmogaus sveikata yra labai pažeidžiamas dalykas. Nelaimingo atsitiktinumo dėka ar susirgus įvairiomis ligomis, sveikatos būklė ima kisti ir jai reikia kvalifikuotos bei patikimos priežiūros. Sveikatos priežiūrą savo gyventojams valstybės prisiėmusios savo atsakomybėn. Kiekviena valstybė turi rūpintis savo gyventojų sveikatos apsauga, turi užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę sveikatos sektoriuje.

Šiandieninėje senėjančioje visuomenėje ypatingai svarbios yra sveikatos priežiūros paslaugos, kadangi vyresnio amžiaus žmonėms padidėja rizika medicininių paslaugų poreikiui. Taip pat atsiranda poreikis ilgalaikės sveikatos priežiūrai, nes daug senyvo amžiaus žmonių dažnai lieka vieniši arba artimieji neturi galimybių jais pasirūpinti. Taip pat besikeičiančioje visuomenėje, keičiantis jos poreikiams, pamažu keičiasi ir sveikatos priežiūros sistemos. Kiekvienoje iš valstybių atsiranda naujų idėjų, kaip pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

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. Pagal 2013 metų duomenis Olandija yra pirmaujanti valstybė Europoje skaičiuojant sveikatos apsaugos paslaugų naudotojo indeksą.

Kiekvienoje iš valstybių sveikatos priežiūros sistema formuojama skirtingai, tačiau remiasi koku nors sveikatos priežiūros sistemos finansavimo modeliu. Europoje paplitę du sveikatos priežiūros modeliai: Beveridžo ir Bismarko. Beveridžo modeliui būdinga valstybės kontroliuojama ir finansuojama sveikatos priežiūra visiems gyventojams, o Bismarko modelis orientuotas į socialinį draudimą. Sovietiniu laikotarpiu egzistavo Semaškos sveikatos priežiūros sistema. Šiai sistemai būdingas centralizuotas valdymas ir stipri valstybės kontrolė. Semaškos sveikatos priežiūros sistemos bruožų vis dar aptinkama Lietuvoje.

Olandijoje sveikatos priežiūros sistema remiasi Bismarko sveikatos priežiūros finansavimo modeliu, kita vertus Danijoje susiformavusi Beveridžo sistema, kuri kitokia nei anksčiau minėta, leidžia Danijai užimti ketvirtą vietą Europoje. Tai taip pat yra labai gerai vertinama pozicija (Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojo indeksas, 2013).

Tikėtina būsimo gyvenimo trukmė yra vienas iš trijų žmogaus socialinės raidos indekso sudedamųjų dalių. Pagal naujausius Jungtinių Tautų duomenis (2013) Olandijoje tikėtina būsimo gyvenimo trukmė yra 81 m., Danijoje – 79,4 m., Lietuvoje – 72,1 m. Pagal žmogaus socialinės raidos indeksą, Lietuva iš trijų lyginamų valstybių yra žemiausioje pozicijoje ir tikėtina būsimo gyvenimo trukmė įtakoja šio indekso reikšmę.

Siekiant geresnių sveikatos rodiklių šalyje, valstybė vykdo sveikatos politiką, kad užtikrintų kuo didesnę kokybę paslaugoms ir jų prieinamumui. Tai, kiek sveikatos priežiūra šalyje yra efektyvi, daugiausiai gali atskleisti gyventojų nuomonės, subjektyvus vertinimas. Remiantis jų išvalgomis galima surasti problemines sritis, į kurias verta atkreipti dėmesį ir tobulinti. Vienas iš naudingų ir svarbių tyrimų atskleidžiančių požiūrius į sveikatą ir sveikatos priežiūrą yra ISSP „Sveikata“ (2011)<sup>1</sup>. Šis tyrimas atliekas įvairiose pasaulio šalyse, tad yra paprasta lyginti pasirinktų valstybių duomenis.

Lietuvoje sveikatos priežiūros sistemą analizavo Černiauskas, Jankauskienė, Murauskienė (1998), Patašienė, Strazdienė, Žaltauskienė (2013). Į ekonominius sveikatos priežiūros sistemos pagrindus gilinasi Stravinskas (2000) ir Jovarauskienė (2014). Bartuškaitė ir Butkevičienė (2013) analizavo Lietuvos gyventojų požiūrį į sveikatos priežiūros sistemą. Plačiai Lietuvoje analizuojami gydytojo ir paciento santykiai sveikatos priežiūros sistemoje. Šiuos santykius analizavo Kaminskas, Peičius (2005), Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė (2007), Leonavičius, Plieskis, Petrauskienė (2003). Taip pat daug dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų pasitenkinimo vertinimui ir prieinamumui nustatyti. Šiomis temomis tyrimus vykdė Goštautaitė, Jankauskienė, Išganaitis (2011), Tamulienė, Černiauskaitė, Sruogaitė (2011). Nors tyrimai atliekami tyrinėjant įvairius aspektus, tačiau nepastebima lyginamosios analizės, tiriant vienodus aspektus skirtingose valstybėse.

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? Tyrimo **objektas** – požiūriai apie sveikatos priežiūros sistemas.

**Tyrimo tikslas** – atlikti lyginamąją Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemų vartotojų vertinimo analizę.

Tyrimo tikslui pasiekti išsikelti **uždaviniai**:

- Apibrėžti sveikatos priežiūros sampratą ir aptarti sveikatos priežiūros sistemos modelius;
- Išanalizuoti ir aptarti Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemas;

<sup>1</sup> ISSP „Sveikata“ 2011 apklausa Lietuvoje buvo atliekama remiantis Lietuvos mokslo tarybos finansuojamu 2010 – 2011 metais vykdomu projektu „Socialinių problemų stebėseną: Tarptautinės socialinio tyrimo programos įgyvendinimas“. Projektas koordinuojamas KTU Viešosios politikos ir administravimo instituto. ISSP „Sveikata“ apklausa Lietuvoje buvo vykdoma 2011 m. lapkričio – gruodžio mėnesiais. Tyrimas vykdytas net 29 pasaulio valstybėse apklausiant 45563 respondentus. ISSP yra tarptautinė tęstinė programa, tad tyrimai yra kartojami. ISSP „Sveikata“ atliekamas pirmą kartą. Prieiga per: [http://www.lidata.eu/index\\_search\\_results\\_data.php?pid=LiDA%3Aquant.LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/index_search_results_data.php?pid=LiDA%3Aquant.LiDA_ISSP_0238).

- Suformuoti gyventojų požiūrio į sveikatos priežiūros sistemas empirinio tyrimo metodologiją;
- Ištirti visuomenės požiūrius apie sveikatos priežiūros sistemą ir jos vertinimą Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje;
- Ištirti nuostatas apie sveikatos priežiūros sistemas sąlygojančius veiksniai;
- Suformuoti ir pateikti rekomendacijas.

**Naudoti tyrimo metodai:**

Magistro baigiamajame darbe, naudojant mokslinės literatūros analizės metodą, pateikiami teoriniai sveikatos priežiūros sistemų pagrindai. Pateikiama sveikatos priežiūros sistemos samprata, pristatomi sveikatos sistemų modeliai. Empiriniui tyrimui atikti naudojama kiekybinės antrinės duomenų analizės metodas. Taikant šį metodą analizuojami ISSP “Sveikata” duomenys, kurie surinkti taikant daugiapakopės stratifikuotos proporcinės atrankos metodą ir tiesioginio interviu žodžiu duomenų rinkimo metodą. Darbe naudojami statistiniai metodai: aprašomoji statistika (vidurkiai, dažniai), daugiamatės statistikos metodai (vidurkių palyginimo testai, koreliacinė analizė).

**Darbo struktūra:** Magistro baigiamojo darbo struktūrą sudaro santrauka lietuvių anglų kalbomis, turinys, įvadas, teorinė bei tiriamoji dalys, išvados ir literatūros sąrašas. Pirmuosiuose darbo skyriuose aptariami teoriniai temos aspektai, apibrėžiama sveikatos priežiūros sistemos samprata, aprašomi Europoje veikiančios sveikatos priežiūros finansavimo modeliai. Teorinėje dalyje pateikia trys modeliai: Beveridžo, Bismarko ir Semaškos. Taip pat nagrinėjamos Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemos. Antrajame skyriuje pagrindžiama empirinio tyrimo metodologija, aptariami tyrimo indikatoriai ir eiga. Trečiame skyriuje išanalizuojami Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų požiūriai į sveikatos priežiūros sistemas, nuostatas lemiantys veiksniai. Pasirinktų valstybių gyventojų požiūriai lyginami tarpusavyje. Darbo pabaigoje suformuluojamos išvados ir pateikiamos rekomendacijos.

## 1. TEORINIAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS PAGRINDAI

*Šiame skyriuje pateikiama literatūros analizė sveikatos priežiūros sistemų teoriniu aspektu. Pirmoje šio skyriaus dalyje aptariama sveikatos samprata ir sveikatos politikos reikšmė. Toliau aprašomi teoriniai sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modeliai. Literatūroje randami trys pagrindiniai Europos valstybėse egzistuojantys modeliai: Beveridžo, Bismarko ir Semaškos. Teorinės analizės pabaigoje aprašomos empirinei darbo daliai pasirinktų valstybių sveikatos priežiūros sistemos. Taip pat analizuojama kaip šiose valstybėse susiformavo šiandieninės sistemos.*

### 1. 1. Sveikatos, sveikatos priežiūros sampratos

Sveikata yra vienas iš dažniausiai literatūroje diskutuojamų, analizuojamų objektų. Sveikata, kaip žmogaus būseną, yra daugelį sričių įtakojantis aspektas. Didelę įtaką sveikata turi gyvenimo kokybei. Furmanavičius (2001, p. 129) teigia, kad sveikatos būklė, kuri apibūdinama kaip sveikatos poveikis gebėti atlikti kasdienes darbus, uždavinius ir jaustis patenkintu ir laimingu, veikia bendrą gyvenimo kokybę. Pasaulio sveikatos organizacija (1993, cituojant pagal Furmonavičius, 2001, p. 128) gyvenimo kokybę apibūdina kaip individualų savo paskirties vertinimą kultūros ir vertybių sistemos, kurioje gyvena individas, požiūriu. Vertinimas priklauso nuo siekiamų tikslų, vilčių, nustatytų standartų ir interesų. Anot autoriaus tai plati koncepcija, kurią veikia asmens fizinė sveikata, psichologinė būklė bei socialiniai ryšiai.

Pasaulio sveikatos organizacija (2008, cituojant Jovarauskienė, 2014, p. 17) teigia, kad sveikata yra individo fizinė ir psichinė gerovė, be jokių ligų ar negalios. Beveik identišškai sveikata apibrėžiama ir LR sveikatos sistemos įstatyme (1994). Čia ji apibrėžiama kaip ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinės, dvasinės bei socialinės žmonių gerovės buvimas. Iš šių apibrėžimų galima spręsti, kad žmogaus gerbūvis atsiranda tik tuomet, kai sveikatos būklė yra pakankamai gera, nesiskundžiama jokiais sveikatos sutrikimais, psichologinė savijauta yra stabili ir optimistiška.

Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programoje (2014) sveikata traktuojama kaip žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad spręstume kasdienio gyvenimo klausimus, įveiktume naujus socialinius, ir ekonominius iššukius. Šiame dokumente sveikata apžvelgiama kaip esminis žmogaus tolesnio gyvenimo aspektas, kurio dėka pasiekiami užsibrėžti tikslai.

Kalėdienė, Petrauskienė ir Rimpelė (1999, p. 20 - 21) analizuoja sveikatos koncepcijas. Autoriai sveikatos apibrėžimus skirsto į kelias kategorijas: biomedicininis, sociologinis ir psichologinis požiūriai į sveikatą. Remiantis biomedicininio požiūriu sveikata apibūdinama kaip organizmo būklė, kuomet nėra psichinių ir fiziologinių funkcijų sutrikimų. Sociologiniu požiūriu sveikata siejama ir su

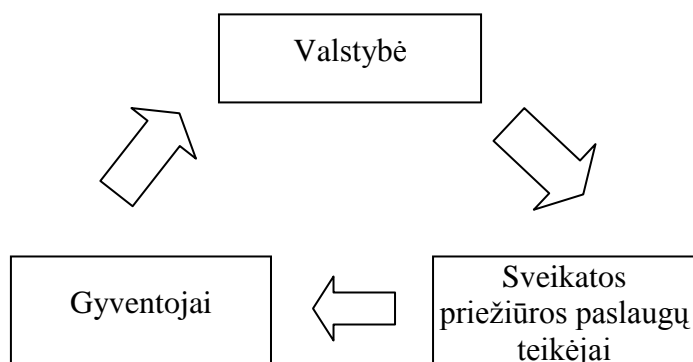


socialiniais ryšiais visuomenėje ir suprantama kaip nesutrikdytas ryšys tarp individų ir jų socialinės aplinkos. Psichologinė sveikata suprantama taip, kaip ją supranta pats individas.

Jovarauskienė (2014, p. 19) pateikia susistemintą ekonominiais pagrindais paremtą sveikatos sampratą. Anot autorės, “sveikata – tai individo genetinio pagrindo, jo gyvenimo būdo, socialinės, ekonominės, ekologinės aplinkos ir sveikatos priežiūros paslaugų poveikio pasėkmė, kurios vertė mainuose yra sunkiai įvertinama”. Paprastesniais žodžiais apibūdinant, sveikata yra kaip paslauga. Susilpnėjus žmogaus sveikatai griebiamasi gydymo, už kurį reikia susimokėti iš privačių lėšų arba apmokama iš valstybinių fondų. Kiekvienu atveju paslaugos kaina yra skirtinga.

Sveikatai palaikyti ir užtikrinti kiekvienoje iš valstybių yra vykdoma sveikatos priežiūros apsauga. Kuriamos, atitinkamais modeliais paremtos, sveikatos priežiūros sistemos, kurios savo veikimu užtikrina sveikatos apsaugą. Banaitytė (2012, p. 10) sveikatos priežiūros sistemą apibūdina kaip struktūrizuota įvairių valstybinių bei privačių institucijų, įstaigų visumą. Ši visuma yra nukreipta į sveikatos priežiūrą, kuri yra reglamentuota įstatymais ir kitais svarbiais dokumentais bei skirta tenkinti visuomenės interesus.

Analizuojant sveikatos priežiūros sistemos modelius galima išskirti tris pagrindinius dalyvius (žr. 1 pav.: paslaugos gavėjas, paslaugos teikėjas ir paslaugos finansuotojas (pirkėjas). Paslaugos gavėjai yra visi šalies gyventojai, pacientai ar potencialūs pacientai. Paslaugos finansuotojas arba pirkėjas yra valstybė, tam tikrais atvejais ši funkcija pavedama sveikatos draudimo fondams.



1 pav. Sveikatos priežiūros sistemos schema

Paslaugos teikėjai yra sveikatos priežiūros įstaigos, pavyzdžiui, ligoninės, slaugos namai, pirminės priežiūros centrai, gydytojai, slaugės ir pan. Tarp šių trijų pagrindinių sistemos elementų sąveikos, atskirose valstybėse taikant sveikatos priežiūros sistemos modelius, gali įsiterpti daugiau elementų, tačiau jie yra priklausomi nuo teorinio modelio taikymo. Sveikatos priežiūros sistemos modeliai aptariami kitame skyriuje.

## 1. 2. Sveikatos priežiūros sistemų modeliai

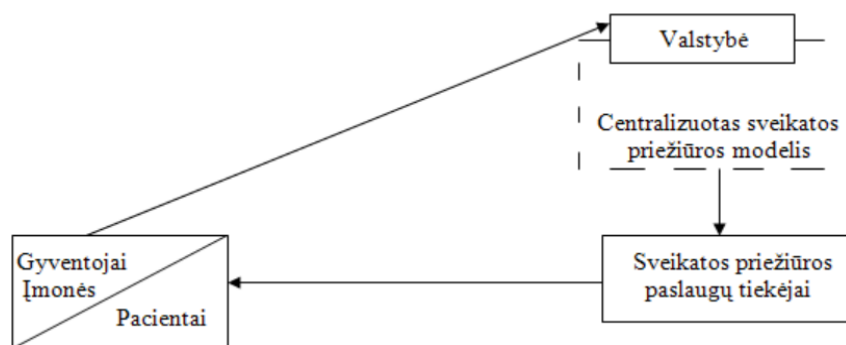
*Šiame skyrelyje nagrinėjami Europoje susiformavę teoriniai sveikatos priežiūros sistemų finansavimo modeliai. Iš viso po Antrojo pasaulinio karo susiformavo 3 modeliai: Beveridžo, Bismarko ir Semaškos. Pastarasis modelis šiandieninėse valstybių santvarkose nesutinkamas, galima pastebėti tik jo bruožų. Taip pat modeliai lyginami tarpusavyje, pateikiami abibendrinimai.*

### 1. 2. 1. Beveridžo modelis

Beveridžo modelis pavadintas Didžiosios Britanijos ekonomisto garbei, kuris šį modelį sugalvojo. Modelio pagrindinis veikimo mechanizmas yra tas, kad paramą gauna tie, kuriems reikia, nepriklausomai nuo to, kokio dydžio mokesčius sumoką į valstybės biudžetą. Anot Švagždienės, Bradauskaitės, Perkūmienės ir Čepienės (2011) tokio modelio tikslas yra pagerinti šalies gyventojų sveikatą, garantuoti kokybišką sveikatos priežiūrą. Beveridžo modelis skelbia, kad visi šalies piliečiai turi vienodas teises į sveikatos priežiūrą, tai duoda pagrindą lygių galimybių principo įgyvendinimui.

Tačiau gali kilti kontraversišku nuomonių dėl mokesčių surinkimo skirtumų.

Banaitytė (2012) Beveridžo sveikatos priežiūros modelį prilygina solidarumo principui, nes sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos didžiajai



2 pav. Beveridžo sveikatos sistemos modelio schema (Stravinskas, 2000, visuomenės daliai, o išmokų P. 9)

dydis, kuris skiriamas sveikatos priežiūros paslaugoms, niekaip nesusijęs su mokesčių įmokų dydžiu. Minėta autorė tokią priežiūros sistemą laiko finansiškai nepagrįsta, kadangi vis didesnė žmonių dalis gali naudotis daugiau kainuojančiomis medicininėmis paslaugomis ir išmokomis, kurių sumokėti įnašai į valstybės biudžetą nėra adekvatūs. Kita vertus tokia sistema mažina socialinę atskirtį, nes mažesnes pajamas gaunantys asmenys, turi teisę gauti tokias pačias sveikatos priežiūros paslaugas kaip ir didesnes pajamas gaunantys asmenys.

Stravinskas T. (2000, p. 8) savo daktaro disertacijoje išskiria keletą Beveridžo sveikatos sistemos modelio bruožų: sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš mokesčių; įnašų iš privataus sektoriaus nustatymas; asmens sveikatos priežiūros paslaugos finansuojamos iš valstybės biudžeto; sveikatos priežiūros tiekėjai ir vartotojai pavaldūs valstybiniam organams; sveikatos priežiūra prieinama visiems valstybės gyventojams; sveikatos priežiūros paslaugoms teikiama pirmenybė kitų socialinių paslaugų atžvilgiu; gydytojų atlyginimas priklauso nuo nuveiktų darbų, t.y. kiek pacientų aptarnauta; būdingos priemokos iš asmeninio pacientų biudžeto.

Paveiksle (žr. 2 pav.) pavaizduota schema, kaip veikia Beveridžo sveikatos priežiūros sistema. Iš pirmo žvilgsnio sistema yra nesudėtinga, tačiau taip pat turi ir kritikos. Juozaitytė S. (2010) teigia, kad tokia sistema apsunkina valstybės biudžeto ir sveikatos draudimu besirūpinančių įstaigų veiklą.

Valstybė pati viena negali kokybiškai ir optimaliai veikti centralizuotai visose srityse. Autorė mano, kad sveikatos priežiūros srityje reikalingas atskiras fondas.

Beveridžo modelis taikomas Graikijoje, Danijoje, Airijoje, Ispanijoje, Italijoje, Norvegijoje, Portugalijoje, Didžiojoje Britanijoje, Suomijoje ir Švedijoje.

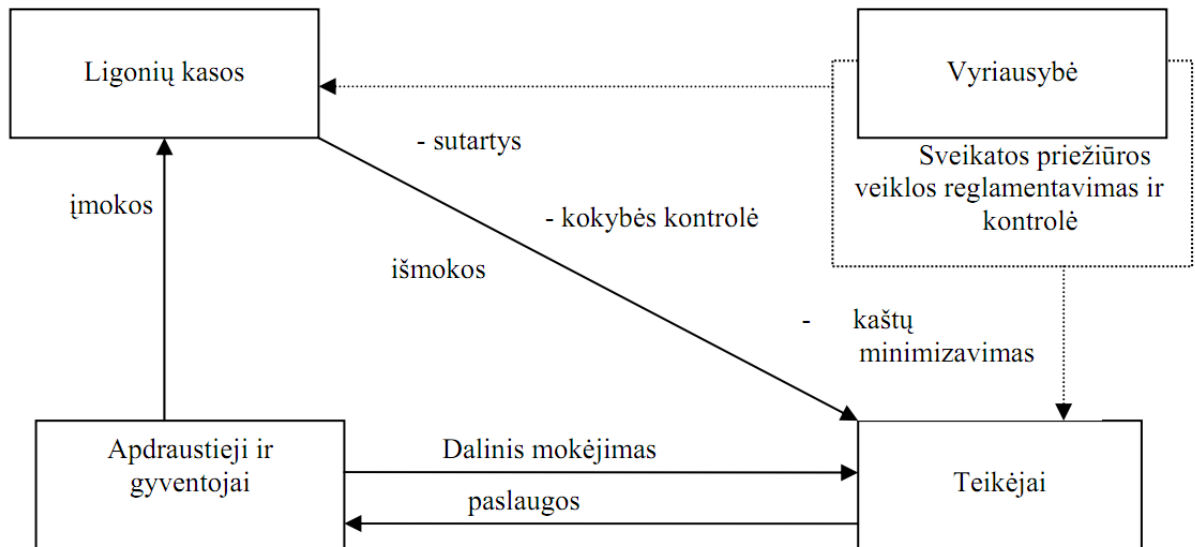
### **1. 2. 2. Bismarko modelis**

Visai kitoks modelis susiformavo XIX a. pabaigoje Vokietijoje. Bismarko modelis pavadintas Vokietijos vadovo Oto von Bismarko vardu. Šio modelio kūrimuisi pradžią davė Bismarko išleisti siūlymai teikti pagalbą tiems, kuriems labiausiai jos reikia, remtiniams žmonėms, bei rūpintis visų valstybės narių gerove. Prie gyventojų gerovės kūrimo ir įgyvendinimo, anot, Bismarko turi prisidėti ir tam tikros institucijos ir turi būti naudojami bendruomeniniai ištekliai. Taip pat išleidžiamas įstatymas socialinei apsaugos sistemai, dėl darbuotojų gamybinių traumų ir profesinių ligų (Sidabraitė, 2006, p. 19).

Bismarko modelis nuo Beveridžo skiriasi tuo, kad surenkami mokesčiai sveikatos apsaugai patenka ne į bendrą valstybės biudžetą, o į atskirą sveikatos priežiūrai skirtą fondą. Taip pat gaunamų išmokų dydis priklauso nuo anksčiau mokėtų įmokų dydžio. Taip pat skiriasi gyventojų aprėptis, kuriems taikoma sveikatos apsauga pagal Bismarko modelį. Jei esant tokiai sveikatos priežiūros sistemai kaip Beveridžo, sveikatos priežiūros paslaugos finansuojamos visiems be išimties nuolatiniams valstybės gyventojams, tai pagal Bismarko sistemą – sveikatos apsauga taikoma tik dirbantiems.

Sidabraitė (2006, p. 19-20) išnaginėjusi Bismarko sveikatos sistemos finansavimo modelį išskiria šiai sistemai būdingus bruožus:

- Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas iš privalomų darbuotojų ir darbdavių įmokų sveikatos draudimui arba socialinio draudimo mokesčių;
- Lėšų kaupimas sveikatos apsaugai skirtuose fonduose, t. y. nevyriausybiniuose įstatymais įteisintose valdymo struktūrose;
- Kontraktų dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sudarymas tarp paslaugų pirkėjų, t. y. sveikatos draudimo fondų, ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, t. y. ligoninių, šeimos gydytojų;
- Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas iš fiksuoto biudžeto ar honoraro principu.



**3 pav. Bismarko sveikatos sistemos modelis (Stravinskas, 2000, p. 10)**

Paveiksle (žr. 3 pav.) grafiškai pavaizduota Bismarko modelio schema ir kaip yra komunikuojama tarp atskirų sistemos dalių. Valstybė šiuo atveju nėra vienas iš svarbiausių proceso dalyvių, kadangi ji turi pavaldžias atskiras institucijas, kurios rūpinasi sveikatos paslaugų teikimu. Apdraustieji ir gyventojai moka įstatymų nustatytas sveikatos draudimo įmokas į tam skirtą fondą. Prireikus sveikatos priežiūros paslaugų apsidraudęs asmenys kreipiasi į paslaugų teikėjus, o finansavimas teikiamas iš sveikatos draudimo fondo, tačiau atitinkamai pagal mokėtų įmokų dydžius ir laikotarpį. Jei finansavimas skiriamas mažesnis nei reikėtų, už paslaugas reikia susimokėti privačiomis lėšomis.

Jefrey (2001, pagal Švagždienė et. al. 2011, p. 126) Bismarko sveikatos priežiūros finansavimo modelį apibūdina kaip tokį, kuris pasižymi solidarumu, konkurencija tarp ligonių kasų, draudimo įmokų proporcingu išskaidymu tiek darbuotojams, tiek darbdaviams bei valstybės netiesioginiu valdymu sveikatos srityje. Šiuo atžvilgiu autorius pažymi privalumą, kad valstybė rūpinasi teisine vidaus baze, kuri suteikia teises ir pareigas sveikatos priežiūros sektoriuje, kontroliuoja sveikatos apsaugą šalyje.

Rourke (2006, pagal Sidabraitė, 2006, p. 20) teigia, kad Bismarko modelis yra puiki investicija į sveikatos draudimo kūrimąsi ir formavimą. Taip pat atskiro nuo valstybės biudžeto fondo sukūrimas yra laikomas kaip sveikatos draudimo plėtros pradžia.

Apibendrinant Bismarko sveikatos sistemos finansavimo modelį galima teigti, kad taikant šį modelį yra ir privalumų ir trūkumų. Didžiausias trūkumas yra tai, kad sveikatos apsaugos sistemoje dalyvauja ne visi šalies gyventojai. Asmenys neturintys darbo ir nemokantys sveikatos draudimo neturi teisės pasinaudoti iš fondo finansuojamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Dėl egzistuojančių sutarčių su paslaugų teikėjais, reikia kreiptis į nurodytas įstaigas, negalima laisvai pasirinkti sau tinkamiausios ligoninės ar gydytojo kabineto. Kita vertus egzistuoja teisingumo principas, kuomet

gaunamų išmokų dydis yra adekvatus sumokėtų įmokų dydžiui, o atskiro fondo egzistavimas palengvina valstybės biudžeto paskirstymą.

### **1. 2. 3. Semaškos modelis**

Be anksčiau minėtų modelių, prieš keletą dešimtmečių Europoje egzistavo dar vienas sveikatos sistemos finansavimo modelis. Šis modelis susiformavo po Antrojo pasaulinio karo ir buvo būdingas Sovietų Sąjungos valstybėse. Šiandieninėse sveikatos priežiūros sistemose šis modelis neapraktikuojamas, tačiau dar yra aptinkama modelio užuomazgų. Semaškos modelis labiausiai pasižymėjo totalitariniui režimui būdingais bruožais, nes valdymas buvo centralizuotas, o sveikatos priežiūra buvo stipriai kontroliuojama.

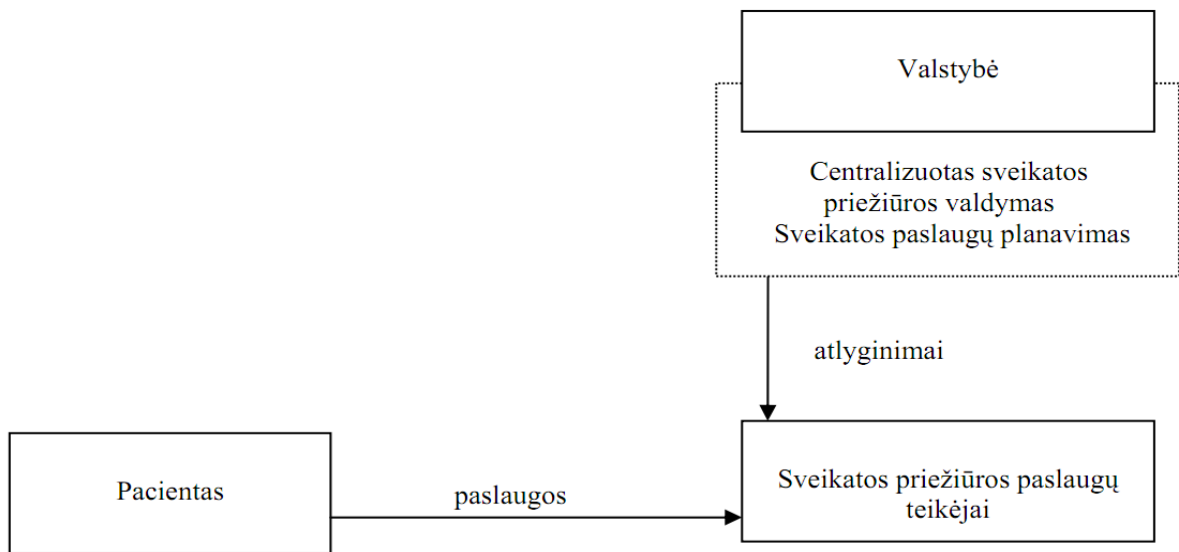
Juozaitytė (2010, p.17), analizavusi Semaškos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo modelį, išskiria šiai sistemai būdingus bruožus:

- Sveikatos priežiūros sistema finansuojama iš valstybės biudžeto;
- Sveikatos priežiūros sistema stipriai kontroliuojama valstybės, remiantis centrine planavimo sistema;
- Sveikatos priežiūros paslaugos gyventojams teikiamos nemokamai;
- Visi sveikatos priežiūros srityje dirbantys asmenys gauna atlyginimus;
- Nėra privataus sektoriaus;
- Sveikatos apsauga nėra prioritetinga valstybės valdymo srityje, nes nepriklauso gamybiniam sektoriui.

Iš pateiktų bruožų galima pastebėti, kad analizuojama sistema labai panaši į anksčiau aptartą Beveridžo sistemą, nes finansavimas yra iš bendro valstybės biudžeto. Taigi, kaip ir anksčiau buvo minėta, tai yra didelis krūvis valstybės biudžeto racionaliam paskirstymui. Didžiausias modelio privalumas yra tai, kad sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos visiems valstybės gyventojams nepriklausomai nuo materialinės ar socialinės padėties. Taip įgyvendinamas lygybės principas ir išpildoma kiekvieno asmens teisė į sveikatos priežiūros paslaugas. Kita vertus privataus sektoriaus nebuvimas gali skatinti neskaidrų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, nes gyventojai norintys gauti paslaugas, kurios tuo metu neskiriamos, duoda kyšius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Taip atsiranda prielaidą nesąžiningam paslaugų įsigijimui ir teikimui.

Šiandieninėje visuomenėje, kuomet sveikatos paslaugų sektoriuje siekiama kuo aukštesnės kokybės tiek aptarnavimo srityje, tiek paslaugų teikime, svarbu yra konkurencingumas. Konkurencija skatina išsikelti kuo aukštesnius tikslus sveikatos paslaugų teikėjams, pavyzdžiui, gydytojų kompetencija, aptarnaujamojo personalo kvalifikacija, aptarnavimo kokybė, medikamentai, medicininė įranga ir kt.. Remiantis Semaškos sveikatos modeliu, neskatinama konkurencija, nes gydytojais,

aptarnaujantis personalas gauna valstybės nustatytus atlyginimus nepriklausomai nuo pacientų skaičiaus.



**4 pav. Semaškos sveikatos priežiūros sistemos modelis (Stravinskas, 2000, p. 11)**

Pateiktame paveiksle (žr. 4 pav.) pavaizduota Semaškos sveikatos priežiūros modelio veikimo schema. Iš pirmo žvilgsnio schema nėra sudėtinga, mažai elementų. Tačiau iš esmės sistemos valdymas yra sudėtingas, nes nėra atskirų finansavimo fondų bei atskirų sveikatos priežiūros sistemos valdymo organų. Sovietinėje santvarkoje darbas buvo privalomas, tad beveik visi šalies gyventojai mokėjo nustatyto dydžio išmokas į valstybės biudžetą, iš kurio mokami atlyginimai sveikatos priežiūros teikėjams, o gyventojai nepriklausomai kokio dydžio išmokas sumokėjo, gauna sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat verta paminėti, kad sveikatos apsauga nebuvo prioritetinga sritis, kuriai valstybė turėtų teikti dėmesį. Tai yra svarbiausias valstybės trūkumas. Valstybė yra orientuota į gamybos sektoriaus plėtrą, ekonominį augimą ir pamiršamos žmogiškosios vertybės, svarbiausias žmogaus turtas - sveikata.

#### ***1. 2. 4. Teorinių sveikatos priežiūros sistemų lyginamoji analizė***

Lyginant tris aptartuosius modelius daugiausiai panašumų turi Beveridžo modelis su Semaškos modeliu. Pagrindinis šias sistemas siejantis aspektas yra sveikatos priežiūros sistemos finansavimas iš valstybės biudžeto, kuriame nėra suskirstytos lėšos pagal sritis. Tai yra neigiamas aspektas šiose sistemose, kadangi labai apsunkinamas valstybės finansinis planavimas. Valstybei sunku nustatyti kokia lėšų suma yra skiriama sveikatai ar bet kuriai kitai socialinės apsaugos sričiai. Tai pat sunku planuoti biudžetą kitoms įvairioms sritims, pavyzdžiui, pereikvojus biudžetą kuriai nors sričiai, gali nelikti lėšų kitai, kuri gali būti labai reikšminga.

Bismarko sistema pasižymi planavimu socialinės apsaugos srityje. Tai tokia sistema, kurioje yra pagrįstas mokesčių surinkimas, t. y. kiek lėšų surikta sveikatos draudimo įmokomis, tiek lėšų ir gali

būti skirta šios sistemos veikimui. Taip pat valstybės funkcijos tampa paprastesnės, visas sveikatos priežiūros administravimas priklauso socialinio draudimo fondams, o valstybei tenka kontrolės funkcija.

**1 lentelė. Sveikatos priežiūros modelių palyginimas**

<b>Kriterijus</b>	<b>Sveikatos priežiūros finansavimo modelis</b>		
	<b>Beveridžo modelis</b>	<b>Bismarko modelis</b>	<b>Semaškos modelis</b>
Finansavimo šaltiniai	Valstybės biudžetas	Socialinio draudimo fondai	Valstybės biudžetas
Finansavimo šaltinių pasirinkimas	Negalimas	Galimas	Negalimas
Lėšų finansavimui surinkimas	Bendri mokesčiai	Socialinio draudimo įmokos	Bendri mokesčiai
Lėšų sveikatos priežiūrai atskyrimas	Neatskirta	Yra atskiri fondai	Neatskirta
Įmokas nustato	Valstybė	Socialinio draudimo įstaigos (ligonių kasos)	Valstybė
Sveikatos priežiūros prieinamumas	Prieinama visiems valstybės gyventojams	Prieinama apdraustiesiems gyventojams	Prieinama visiems šalies gyventojams
Sveikatos priežiūros paslaugos	Visiems vienodos	Visiems vienodos	Visiems vienodos
Konkurencija tarp paslaugų teikėjų	Nedidelė	Didelė	Beveik nėra
Privatus sektorius	Yra	Yra	Nėra
Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų atlyginimai	Priklauso nuo pacientų skaičiaus	Priklauso nuo pacientų skaičiaus	Visiems vienodas

\*Sudaryta autorės, remiantis Banaitytė (2012, p. 31), Patašienė, Stazdienė, Žaltauskienė (2013, p. 415)

Vienintelis egzistuojantis panašumas tarp pateiktų trijų sveikatos priežiūros sistemos modelių yra vienodų paslaugų teikimas visiems gyventojams. Kiekvienoje iš šių sistemų egzistuoja lygybės principas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, nes jos neskirstomos pagal demografines charakteristikas ar kitus aspektus. Taip pat visose sistemose užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, išskyrus Bismarko sistemos apribojimus t. y. sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos apsidraudusiems ir apdraustiems sveikatos draudimu gyventojams. Tiems, kas neturi tokio draudimo yra galimybė naudotis privataus sektoriaus paslaugomis.

### **1. 3. Sveikatos priežiūros sistemos bruožai Lietuvoje, Danijoje ir Olandijoje**

*Šiame skyrelyje pristatomos trijų valstybių sveikatos priežiūros sistemos. Valstybės pasirinktos pagal ankstesniame skyriuje aptartus sveikatos sistemos finansavimo modelius. Beveridžo modelio taikymas apžvelgiamas Olandijoje, Bismarko – Vokietijoje. Trečioji šalis pasirinkta Lietuva, kurioje prieš keletą dešimtmečių buvo taikoma Semaškos sistema, o šiandieninė sistema turi tiek Bismarko, tiek Beveridžo sveikatos sistemos modelio bruožų.*

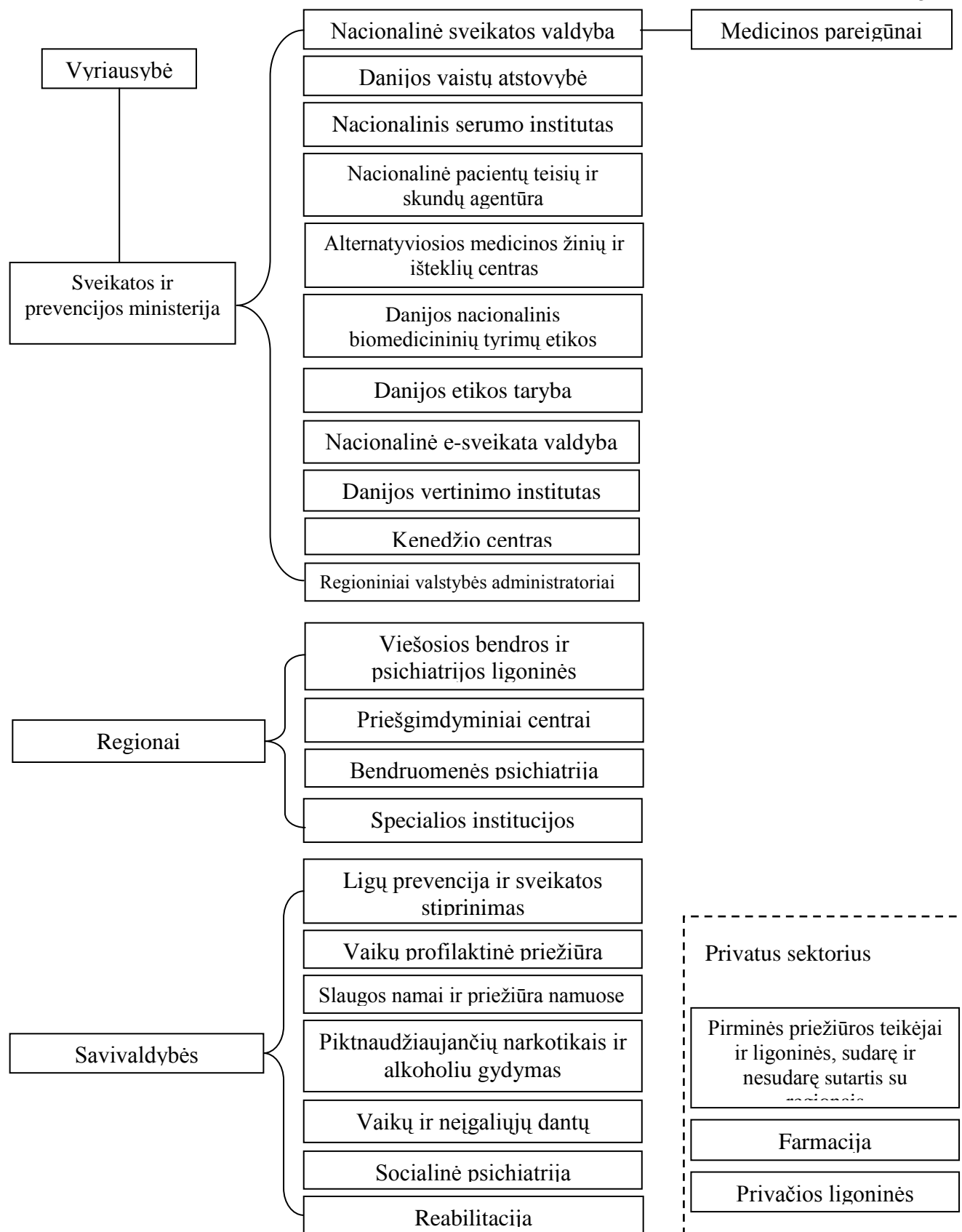
#### **1. 3. 1. Danijos sveikatos priežiūros sistema**

Danija yra viena iš mažesnių, tačiau gan klestinčių valstybių Europoje. Ji yra stipriai siekianti socialinės gerovės, taip pat ir sveikatos apsaugos užtikrinimo savo piliečiams. 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 (Strandberg – Larsen et al, 2007, p. XV). Analizuojant Danijos sveikatos priežiūros sistemos valdymo ypatumus, ją galima priskirti prie Beveridžo sveikatos priežiūros sistemos modelio. Valstybėje finansuojant sveikatos priežiūros paslaugas remiamasi solidaraus finansavimo bei teisingumo principais.

2003 metais išleistas oficialus vyriausybės pranešimas, kuriame yra išdėstomi Danijos sveikatos priežiūros sistemos tikslai: laisvas ir prieinamas gydymas; pasirinkimo galimybė; aukšta kokybė; nuoseklus pacientų gydymas; teikti pirmenybę pacientams, atsižvelgiant į jų poreikius; efektyvus išteklių naudojimas; efektyvi makroekonominių išteklių kontrolė; kontroliuoti demografinius procesus (Strandberg – Larsen, et al., 2007, p. 133).

Danijos sveikatos priežiūros sistemos valdymas yra decentralizuotas, suskirstytas į tris lygmenis: valstybės lygmuo, regionai, savivaldybės. Pateiktame paveiksle (žr. 5 Pav.) galima išvelgti šalyje esantį valdymo modelį sveikatos sektoriuje. Valstybinis lygmuo Danijoje susideda iš Parlamento, vyriausybinių ir įvairių valstybinių įstaigų. Šios įstaigos yra atsakingos už sveikatos sistemos priežiūrą ir kontrolę bei prižiūri regionuose ir savivaldybėse sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Valstybiniame lygmenyje didžiausias rūpestis yra teisinė sveikatos apsaugos bazė. Taip pat Sveikatos apsaugos ministerija kasmet dalyvauja nacionalinio valstybės biudžeto svarstyme, kad nustatytų prioritetinius tikslus sveikatos priežiūros išlaidoms. Nacionalinė sveikatos valdyba, prijungta prie Sveikatos apsaugos ministerijos, yra viena iš pagrindinių institucijų sveikatos sistemos valdyme. Ši įstaiga atsakinga už sveikatos sistemos personalo ir įstaigų priežiūrą,





5 pav. Sveikatos priežiūros sistema Danijoje (Šaltinis: Olejaz, et al., 2012, p. 21)

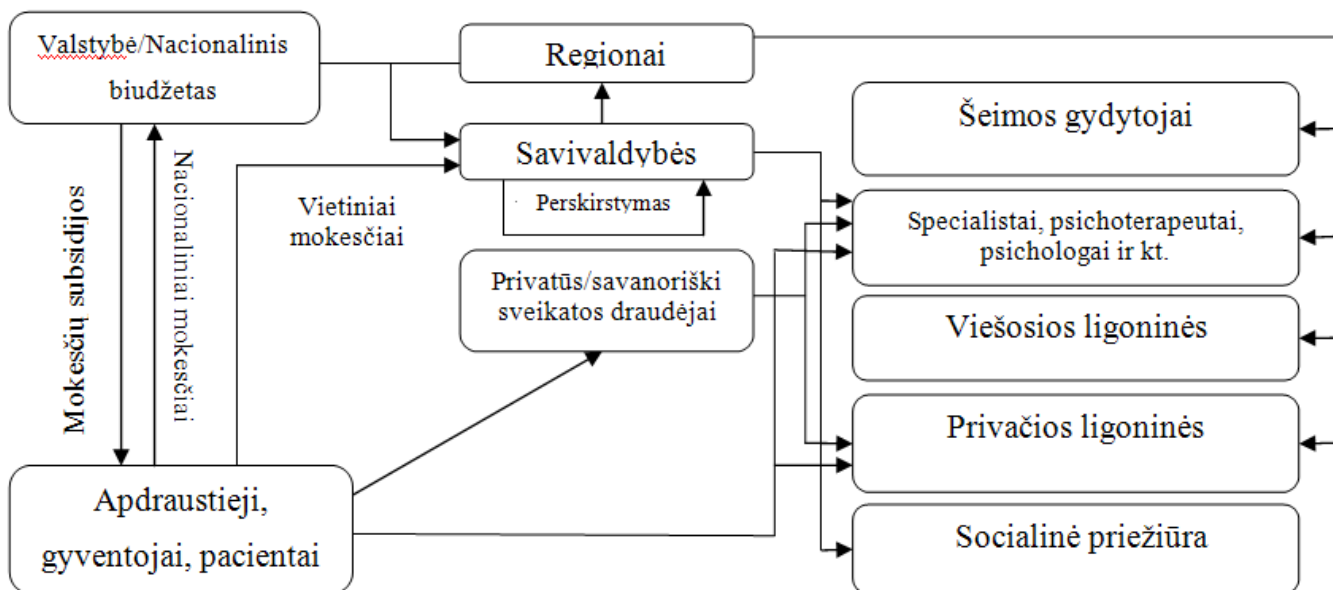
Danijoje yra penki regionai, kuriuose veikia tarybos, renkamos kas ketverius metus. Regionams

vadovauja iš šių tarybų atstovų sudaryta valdyba. Regionų funkcijoms sveikatos apsaugos sektoriuje priskirta administruoti ligonines, priešgimdyminius centrus, psichiatrines ligonines. Regionams taip pat priskirta skirti finansavimą vaistams. Regionai veda derybas su profesinėmis organizacijomis dėl apmokėjimų privatiems specialistams ir atlyginimų samdomiems sveikatos priežiūros specialistams (Olejaz et al., 2012, p. 27).

Trečiasis sveikatos priežiūros sistemos valdymo lygmuo yra savivaldybėse. Danijoje yra 98 savivaldybės. Joms, kaip ir regionams, vadovauja kas ketverius metus renkamos tarybos (jos renkamos tuo pačiu metu kaip ir regionų tarybos). Savivaldybės yra atsakingos už aprūpinimą tokiais paslaugomis kaip slaugos namai, vizituojantys slaugytojai ir slaugytojai namuose, mokyklinio amžiaus vaikų stomatologai, įstaigos žmonėms turintiems specialių poreikių, t. y. neįgaliesiems, priklausomybių ligomis sergantiems. Taip pat savivaldybės rūpinasi ligų prevencija ir sveikatos stiprinimu (Olejaz et al., 2012, p. 27).

Kaip matoma paveiksle (žr. 5 pav.) Danijoje egzistuoja ir privatus sektorius. Seniausia privataus sektoriaus dalis apima šeimos gydytojus ir farmaciją. Nuo 1990 – ūjų metų pradėjo steigtis privačios ligoninės. 2012 metais privačiose ligoninėse Danijoje buvo maždaug 500 lovų. Tai sudaro 2,5 proc. visų šalyje esančių ligonių lovų skaičiaus dalį. Nuo 2006 m. iki 2010 m. privačių ligoninių ir klinikų padidėjo 42 proc., tai sukėlė ilgas diskusijas Danijos parlamente (Olejaz et. al, 2012, p. 28).

6 paveiksle pateikta schema, kaip veikia Danijos sveikatos priežiūros finansavimo mechanizmas. 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 vyksta paskirstymas



6 pav. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo schema Danijoje (Šaltinis: Olejaz, et al., 2012, p. 61)

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 (Olejaz et al, 2012, p. 59 – 60).

2007 m. Danijoje buvo vykdyta struktūrinė sveikatos priežiūros sistemos reforma. Šia reforma buvo siekiama centralizuoti ligoninių administravimą, kad padidinti teikiamų paslaugų kokybę ir efektyvumą. Reformos metu 14 grafyščių buvo apjungtos į 5 regionus, o 275 savivaldybės apjungtos į 98. Regionai kūrė naują ligoninių infrastruktūrą: uždarė kai kurias ligonines, sujungė mažas ligonines ir statė naujas. Taip pat svarbus naujos struktūros aspektas – specializuotų skyrių kūrimas, intensyvios priežiūros rūpinimosi plėtra. Savivaldybės taip pat skatinamos daugiau dėmesio skirti prevencijai ir sveikatos stiprinimui (Vrangbaek, 2013, p. 35).

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 surenkamas iš mokesčių. Prieinamumas prie sveikatos priežiūros sistemos paslaugų yra visiems šalies nuolatiniais gyventojams. Taip pat egzistuoja įnašai iš privataus sektoriaus. Taigi, praktinis sistemos veikimas atitinka teorinį modelį.

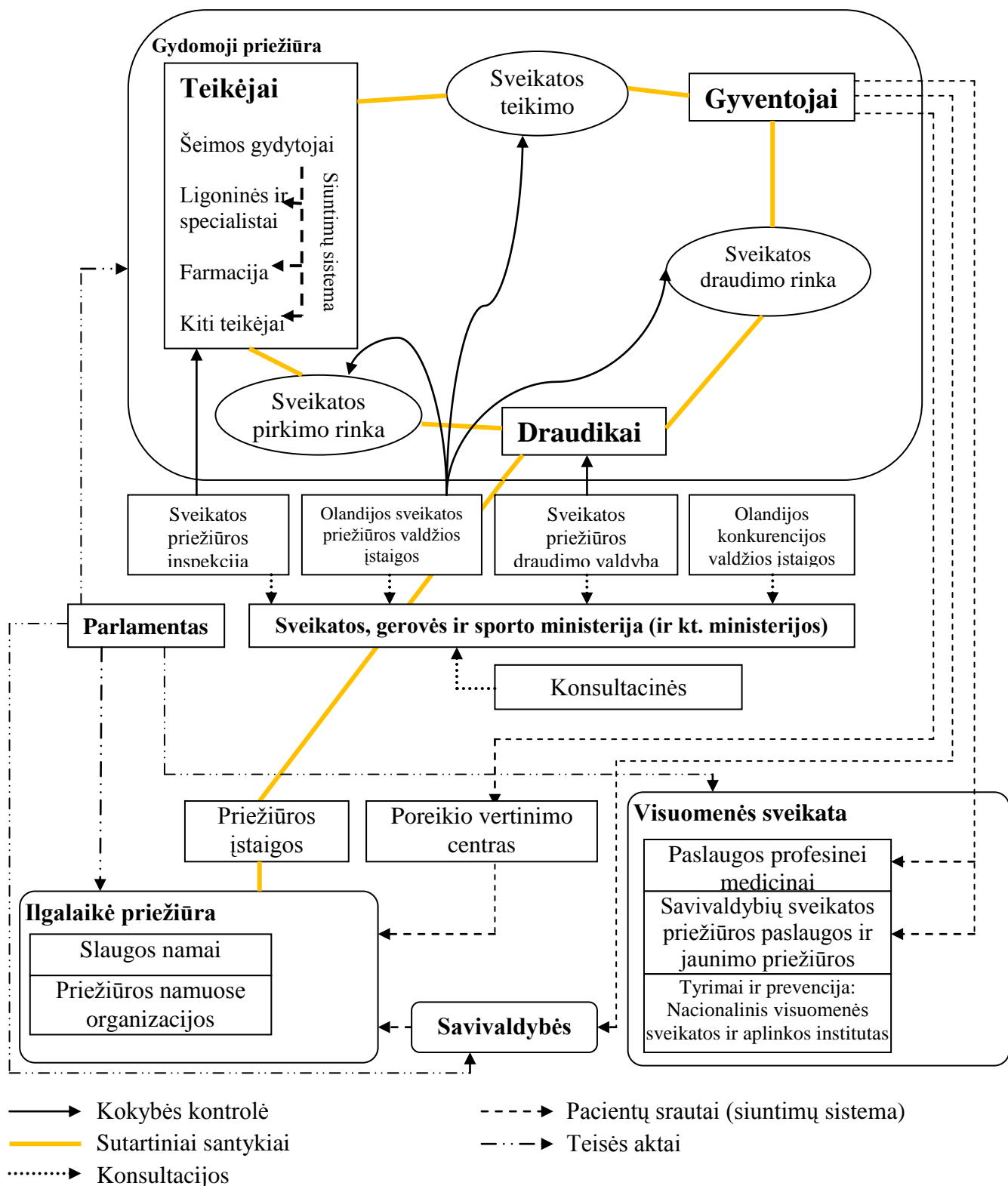
### ***1.3.2. Olandijos sveikatos priežiūros sistema***

Olandija yra turtinga šalis, pagal BVP, patenka tarp 20 turtingiausių pasaulio valstybių. Ši valstybė priskiriama prie Bismarko sveikatos priežiūros sistemos valdymo modelio. Taigi, šioje valstybėje sveikatos sistemos finansavimui yra suformuoti atskiri fondai, kuriuose 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 privatus sveikatos draudimas (daugiausiai savanoriškas); 3) Papildomas sveikatos draudimas (savanoriškas) (Exter, et al, 2004, p. 13).

Iki 2006 m. egzistavo sistema, kuomet asmenys, kurių pajamos neviršijo 32.600 €, turėjo prisirašyti vienam iš ~30 valstybės kontroliuojamų ligos fondų. Tie, kurie gaudavo didesnes pajamas, galėjo pasirinkti prisirašyti viename iš fondų arba pirkti privatų draudimą. Ligos fondai finansuojami pagal mokestį nuo atlyginimo. Į ligos fondų finansuojamas paslaugas įėjo gydytojo priežiūra, priežiūra ligoninėje, specialisto konsultacijos, diagnostiniai tyrimai, receptiniai vaistai ir dantų priežiūra vaikams (Tanner, 2008, p. 22; Westert, Wames, 2013, p. 92).

2006 metais Olandijoje pradėta vykdyti sveikatos priežiūros reforma, kuri apibūdinama kaip senos bismarkinės sistemos naujovė. Šios reformos metu siekiama sujungti ligos fondo ir privačių draudikų sistemą, įvedami nauji mechanizmai į sveikatos priežiūros sistemą. Reformos metu įvedamas vienas privalomas socialinis sveikatos draudimo planas, kuriame kaupiamieji privatūs sveikatos

draudikai konkuruoja dėl apdraustųjų asmenų. Iš šios struktūrinės sveikatos priežiūros sistemos reformos Olandijoje tikimasi, kad draudikai tarsis ir derės su paslaugų teikėjais, tai skatins konkurenciją, mažesnes kainas ir paslaugų kokybę. Taip pat siekiama kad pacientai žinotų kuo daugiau informacijos apie paslaugų teikimą ir draudikus (Shäfer, et al., 2010, p. 197 – 198; Tanner, 2008, p. 22



7 pav. Sveikatos priežiūros sistema Olandijoje (Šaltinis: Schäfer, et al., 2010, p. 14)

je vyrauja trys pagrindiniai veikėjai: draudikai (fondai, į kuriuos kaupiamos lėšos ir kurios naudojamos paslaugų finansavimui), teikėjai (įstaigos ir asmenys teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias apmoka 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 save apsidrausti), sveikatos pirkimo rinka (šioje rinkoje sveikatos draudikai derisi su pardavėjais dėl kainų, paslaugų teikimo apimtys ir kokybės) ir sveikatos teikimo rinka (šioje rinkoje pacientai renkas paslaugos teikėją, tačiau pasirinkimą gali riboti draudikai) (Schäfer, et al. 2010, p. 22).

Sveikatos priežiūros sistemai vadovauja Sveikatos, sporto ir gerovės ministerija, kuri yra atsakinga parlamentui. Pagrindinis ministerijos tikslas – garantuoti priėjimą prie aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų. Didžioji dauguma sveikatos priežiūros paslaugų teikimo yra grįsta privačia iniciatyva, tad vyriausybė vaidmuo paslaugų teikime yra apribotas (Schäfer, et al., 2010, p. 21 – 23).

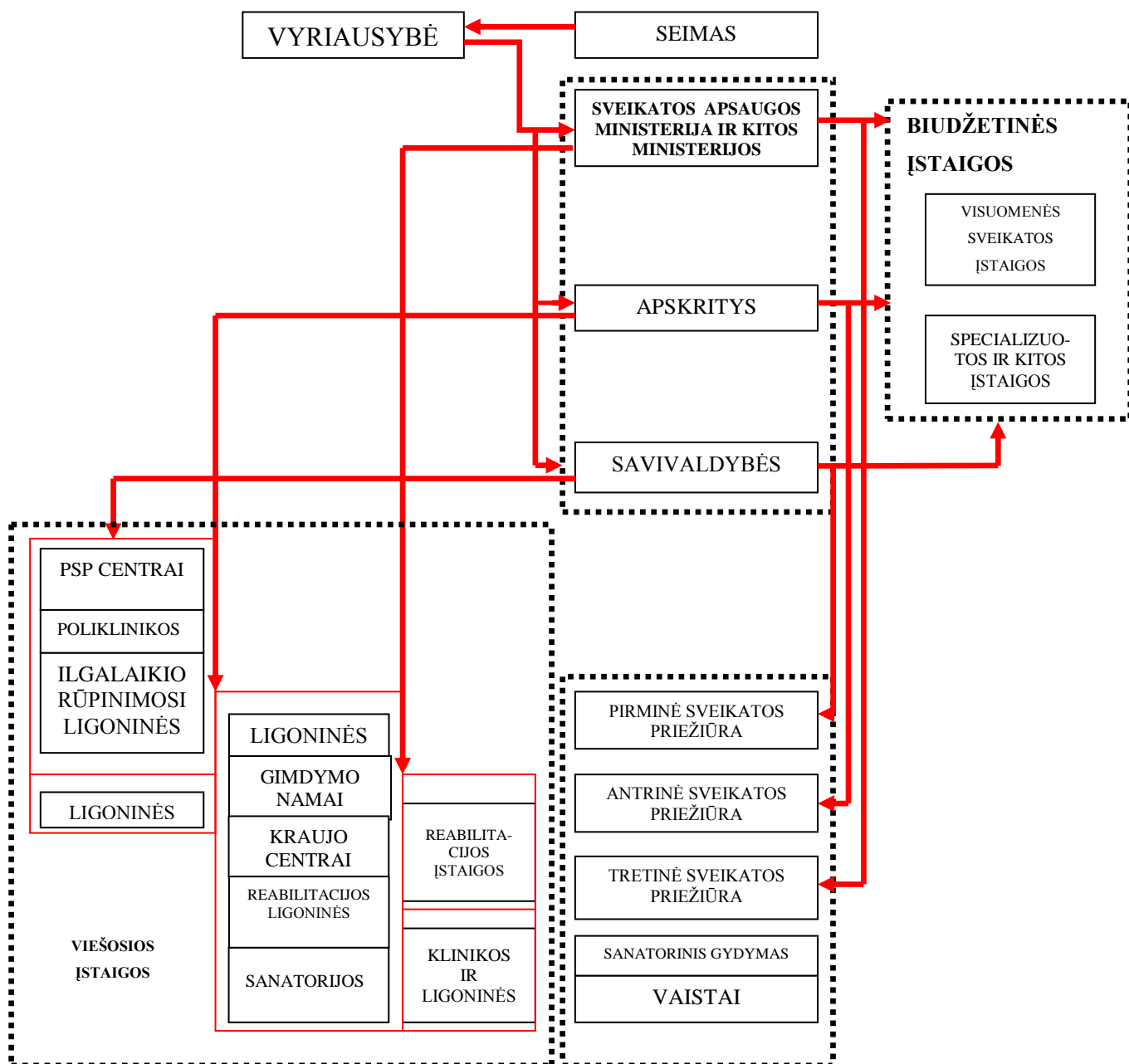
Iš viso Olandijoje veikia 443 savivaldybės, kurioms paslaugas teikia 29 savivaldybių sveikatos tarnybos. Savivaldybės rūpinasi ligų prevencija, sveikatos stiprinimu, sveikatos sauga, įgyvendina jaunimo sveikatos priežiūrą ir vykdo infekcinių ligų kontrolę. Kiekviena savivaldybė turi parengti planus 4 metams, kuriuose būtų integruoti valstybės strateginiai tikslai ir numatomi savivaldybių veiklos sveikatingumui prioritetai. Taip pat savivaldybės nuo 2007 metų tapo atsakingos už socialinės paramos įstatymo įgyvendinimą, kuris apima sveikatos priežiūrą namuose neįgaliesiems, senyvo amžiaus žmonėms. Teikiamos paslaugos gali būti pritaikytas apgyvendinimas, neįgaliųjų vežimėlių skyrimas, transportavimo pagalba žmonėms su negalia, aprūpinimas slaugytojais (Padaiga, et al., 2011, p. 5; Schäfer, 2010, p. 29).

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

### ***1. 3. 3. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema***

Iki nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje Sveikatos apsauga buvo finansuojama iš valstybės biudžeto, kadangi tuo metu nebuvo sukurta socialinio draudimo sistema. Minimu laikotarpiu mokesčius socialinei apsaugai mokėdavo tik įmonės ir organizacijos, darbuotojams nebuvo numatyti

privatūs mokesčiai. Visi mokesčiai patekdavo į bendrą valstybės biudžetą, kuris nebuvo suskirstytas pagal atskiras socialinio draudimo sritis, tad buvo nusistovėjusi nuostata, kad visos socialinės išmokos, šiuo atveju ir sveikatos priežiūros išlaidos, padengiamos valstybės lėšomis (Sodra, 2009).



**8 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos organizacinė struktūra (Šaltinis: Černiauskas, Murauskienė, 2000, p. 9)**

Sovietiniu laikotarpiu Lietuvoje vyravo Semaškos sveikatos priežiūros finansavimo modelis. Šio modelio esminis dalykas yra tai, kad sistema yra centralizuota. Tai reiškia, kad visa sveikatos priežiūros sistema yra finansuojama iš valstybės biudžeto, taip pat valstybė kontroliuoja visas socialinės apsaugos sritis. Tačiau kaip rodo tyrimai (Černiauskas, Jankauskienė, Murauskienė, 1998, p. 16, Černiauskas, Murauskienė, 2000, p. 65), Lietuvos gyventojai nebuvo patenkinti sovietinio režimo suformuota sveikatos priežiūros sistema ir norėjo reformų. 1991 metais 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, neišvystyta specializuota priežiūra, neskiriama dėmesio sveikatinimo veiklai. Sveikatos sektoriuje dirbančių darbuotojų atlyginimai buvo taip pat labai maži, o privati priežiūra tuo metu nebuvo vystoma.

Pagrindiniai 1990 metais prasidėjusios reformos tikslai yra:

1. įgyvendinti aktyvią sveikatos priežiūros politiką. Tai reiškia, kad nereikia susitelkti tik į ligų gydymą, bet taip pat reikia plėtoti ligų prevenciją, informuoti ir supažindinti apie sveiką gyvenseną, sveikatinimą ir sveikatos veiklą.
2. Pertvarkyti sveikatos apsaugą. Siekiama orientuotis į tai, kad stacionari priežiūra būtų kiek galima daugiau pakeista į ambulatorinę ir socialinę priežiūrą. Šiuo tikslu numatoma orientuotis į pirminės sveikatos priežiūros plėtojimą ir bendrosios praktikos gydytojo funkcijų plėtrą.
3. Užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, paslaugų teikėjus orientuoti į pacientų poreikius, taikant decentralizacijos metodą ir įdiegiant sveikatos draudimo sistemą.
4. Garantuoti finansines galimybes sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai (Černiauskas, Jankauskienė, Murauskienė, 1998, p. 18 - 26, Černiauskas, Murauskienė, 2000, p. 66).

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 didelis yra ir valstybės vaidmuo. Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema aprėpia visus šalies gyventojus (Sidabraitė, 2006, p. 34; Patašienė, Strazdienė, Žaltauskienė, 2013, p. 416).

Valstybė užima svarbų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje. Į jos funkcijas įeina įstatymų leidyba, kuri pavesta Seimui, sveikatos priežiūros sistemos reguliavimas, bendradarbiavimas su sveikatos draudimo fondu, mokesčių surinkimas ir kt. (Murauskienė, et. al, 2013, p. 21 – 22).

Viena iš didžiausių atsakomybę turinčių įstaigų sveikatos priežiūros sistemoje yra LR Sveikatos apsaugos ministerija. Ministerijos atsakomybės sritys yra teisės aktų sudarymas ir sveikatos priežiūros sistemos reguliavimas. Taip pat vysto sveikatos priežiūros infrastruktūrą ir ruošia šalies sveikatos apsaugos programas. Sveikatos apsaugos ministerija kartu su finansų ministerija priima sprendimus dėl pagrindinių infestacijų sveikatos sektoriuje (Murauskienė, et al, 2013, p. 22). Šiuo metu LR Sveikatos apsaugos ministerija yra išsikėlusį 4 strateginius tikslus:

1. Organizuoti kokybišką, saugią ir prieinamą sveikatos priežiūrą;
2. Skatinti sveiką gyvenseną, saugoti ir stiprinti sveikatą, vykdant ligų prevenciją;
3. Gerinti vaistų prieinamumą gyventojams ir užtikrinti, kad LR būtų geros kokybės, saugūs ir veiksmingi vaistai;

4. Užtikrinti nemokamą ir privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamą sveikatos priežiūrą (LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2014).

Iki 2010 metų Lietuvoje veikė 10 apskričių centrų, kuriems buvo pavesta prisidėti įgyvendinant sveikatos priežiūros programas ir bendradarbiavo su sveikatos priežiūros teikėjais. Nuo 2010 m. apskričių funkcijos buvo perleistos savivaldybėms arba vyriausybei. Šiuo metu regioninės reikšmės valdymo organai yra 5 ligonių kasų padaliniai ir 10 – ies sveikatos apsaugos centrų tinklas. Savivaldybės yra atsakingos už pirminių ir socialinių priežiūros paslaugų teikimą. Joms taip pat suteikta teisė į nuosavybę ambulatorinių centrų ir slaugos namų, taip pat mažų ir vidutinio dydžio ligoninių. Lietuvoje taip pat veikia privatus sektorius. Privačiame sektoriuje dažniausiai naudojamasi dantų priežiūros, plastinės chirurgijos, psichoterapijos ir kai kuriomis ambulatorinėmis paslaugomis (Murauskienė, et al, 2013, p. 25 – 26).

Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje finansuojama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, tačiau taip pat finansavimas skiriamas ir iš nacionalinio valstybės biudžeto. Lėšos sveikatos priežiūrai surenkamos iš draudimo įmokų ir kt. Mokesčių pes Valstybinę mokesčių inspekciją. Mokesčius Lietuvoje nustato valstybė kartu su privalomojo socialinio draudimo fondo valdyba ir valstybinėmis ligonių kasomis (Patašienė, et al., 2013, p. 415 – 416; Banaitytė, 2012, p. 31 – 32).

Analizuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą pastebima, kad nėra nusistovėjusio vieno sistemos modelio. Egzistuoja 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.

### ***1. 3. 4. Danijos, Olandijos ir Lietuvos sveikatos rodiklių lyginamoji analizė***

Vertinant visuomenės požiūrius į sveikatos priežiūros sistemas, verta atkreipti dėmesį į pasauliniu mastu matuojamus rodiklius susijusius su sveikata. Pagal sveikatos indeksą, 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 yra gan 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. 2 lentelė.), kad daugiausiai 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 nelabai gerą šalies ekonominį lygį. Dėl mažų investicijų į sveikatos apsaugą, nukenčia teikiamų paslaugų kokybė.



2 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

\*Sudaryta autorės, remiantis Pasaulio banko (prieiga per: <http://data.worldbank.org/indicator>) ir Jungtinių Tautų (prieiga per: <http://hdr.undp.org/en/data>) duomenimis

Lyginant gimstamumo rodiklius pasirinktose valstybėse didelių skirtumų nepastebima, tačiau Lietuvos mirtingumo rodiklis yra gerokai prastesnis nei Danijos ir Olandijos. Tam įtakos gali turėti didelis savižudybių skaičius 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. Grynaisiai 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 daugiausiai pasiekimų šioje srityje yra pelniusi Olandija. Visi rodikliai, išskyrus išlaidas sveikatos priežiūrai, yra aukščiausi. Tačiau išlaidos sveikatos priežiūrai taip pat gali reikšti valstybės sugebėjimą mažesniais kaštais pasiekti geresnių rezultatų. Lietuvoje visi sveikatos priežiūros rodikliai yra žemesni nei Danijoje ir Olandijoje.

## 2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMŲ LYGINAMOSIOS ANALIZĖS TYRIMO METODIKA

*Šiame skyriuje aptariama atliktos antrinės duomenų analizės tyrimo metodika. Pateikiami tyrimo pasirinkimo motyvai, tyrimo instrumentas ir tyrimo imtis, etapai, eiga ir specifika. Sudaromos kintamųjų grupės, kuriomis remiantis vykdoma duomenų analizė.*

### 2.1. Tyrimo metodikos pagrindimas

Atliekamas tyrimas susideda iš 3 dalių. Pirmoji dalis yra teorinės literatūros apžvalga ir analizė. Šioje dalyje aptariami pagrindiniai teoriniai sveikatos priežiūros sistemos aspektai, kurie duoda pagrindą empirinio tyrimo analizei. Antrojoje darbo dalyje konstruojama tyrimo metodika. Trečiojoje dalyje sveikatos priežiūros sistemų lyginamajai analizei atlikti naudojami Tarptautinės socialinio tyrimo programos ISSP 2011 m. modulio „Sveikata“ (ISSP module „Health“) duomenys.

**Tyrimo objektas:** Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemos.

**Tyrimo tikslas:** atlikti lyginamąją Lietuvos, Olandijos ir Danijos sveikatos priežiūros sistemų vartotojų vertinimo analizę.

#### Empirinio tyrimo uždaviniai:

1. Parengti tyrimo metodologiją;
2. Ištirti:
  - subjektyvų sveikatos sistemos vertinimą ir požiūrius į ją;
  - požiūrius į valstybės vaidmenį sveikatos priežiūros finansavimo srityje;
  - nuostatas apie gydytojo įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybei;
  - požiūrius į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę;
  - gyventojų asmeninę atsakomybę savo sveikatai.

**Empirinio tyrimo metodas – antrinė kiekybinių duomenų analizė.** Empirinio tyrimo pagrindas yra antrinių duomenų analizė. Šis metodas pasirinktas todėl, kad turi keletą esminių privalumų, kuriuos taip pat įvardija ir Butkevičienė, Vaicekauskaitė (2013):

- Tyrimas viešai publikuojamas internetiniuose portaluose, laisvai prieinamas, tad nereikia didelių kaštų duomenų surinkimui;
- Tyrimo duomenys jau yra apdoroti ir suvesti į analizei skirtą programą, tad sutaupoma laiko;
- Tyrimo duomenys reprezentatyvūs ir patikimi;
- Analizuojama problema yra tarptautinio lygmens, tad galima palyginti ir kitose valstybėse surinktus duomenis tarpusavyje.

Antrinei kiekybinių duomenų analizei pasirinkti Tarptautinio socialinio tyrimo programos modulio sveikata ir sveikatos priežiūra I duomenys. ISSP – tai tarptautinis socialinis tyrimas, kurio išskirtinumas yra platus tyrinėjamų temų spektras, galimas tarptautinis palyginamumas viso pasaulio mastu, taip pat vyksta kartotiniai tyrimai, kurie suteikia galimybę tyrinėti kaitą (prieiga per: <http://www.lidata.eu/index.php?file=files/tyrimai/ISSP.html>). ISSP „Sveikata“ duomenys nėra kartotiniai, t. y. pirmą kartą ISSP vykdo apklausą sveikatos srityje. Šiuo tyrimu siekiama atskleisti gyventojų požiūrį į sveikatos sistemą, nustatyti jų nuomonę apie prieinamumą prie paslaugų ir jų kokybę bei įvertinti gyvenimo ypatumus (plačiau prieiga per: [http://www.lidata.eu/index\\_search\\_results\\_data.php?pid=LiDA%3Aquant.LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/index_search_results_data.php?pid=LiDA%3Aquant.LiDA_ISSP_0238)). Tyrimo duomenys yra pakankamai nauji ir mažai tyrinėti, be to glaudžiai siejasi su tiriamą tema.

ISSP „Sveikata“ ir sveikatos priežiūra tyrimą Lietuvoje vykdė 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 vykdoma 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 vykdomos net 29 - iose pasaulio šalių: Australijoje, Belgijoje, Bulgarijoje, Čileje, 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/><sup>2</sup>

Iš viso tyrime dalyvavo 45563 respondentai iš išvardintų valstybių. Tyrimo analizei pasirinktose valstybėse apklausta: Lietuvoje – 1187, Vokietijoje – 1388, Olandijoje – 1472 respondentų. 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 buvo skirstomi pagal daugiapakopę stratifikuotą proporcinę atranką, t.y. tiriamos šalies teritorija suskirstoma pagal Europos Sąjungos patvirtintus oficialius šalies skirstymo vienetus ir kiekvienoje teritorijoje apklausama respondentų skaičius proporcingas tos teritorijos gyventojų skaičiui. Atliktu tyrimu siekiama iširti gyventojų požiūrį į sveikatos apsaugos sistemą, nustatyti jų nuomonę apie prieinamumą prie paslaugų ir jų kokybę, įvertinti gyventojų gyvenimo ypatumus (Krupavičius et. al., 2011).

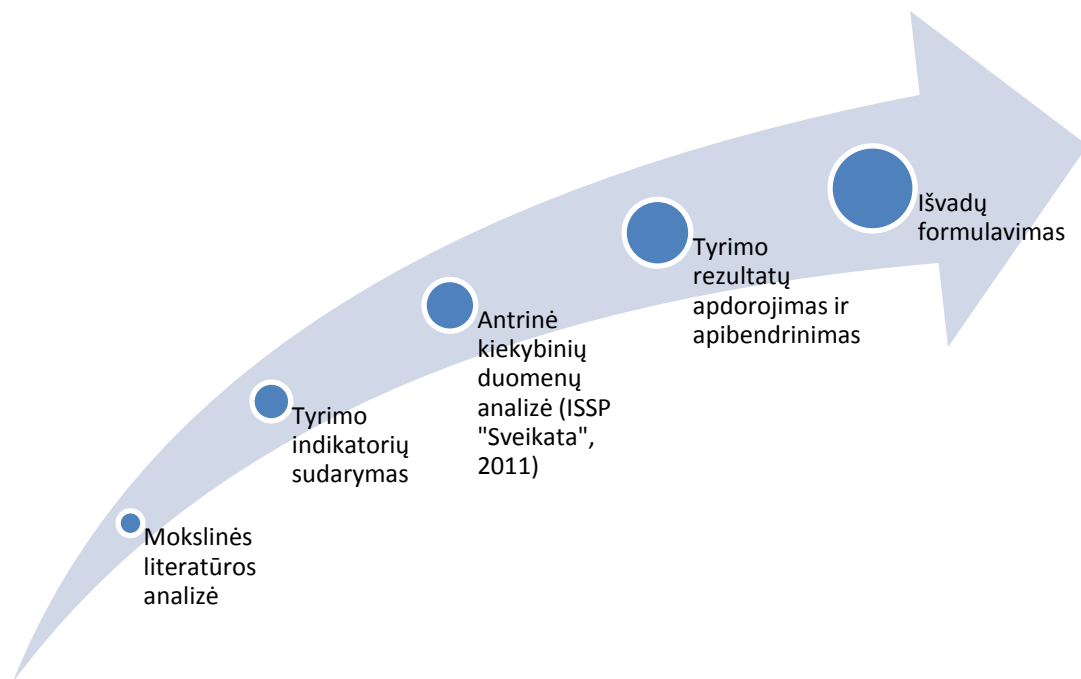
<sup>2</sup> ISSP Research Group (2013): *International Social Survey Programme: Health and Health Care - ISSP 2011. GESIS Data Archive, Cologne. ZA5800 Data file Version 2.0.0, doi:10.4232/1.11759*

## 2. 2. Tyrimo indikatoriai ir analizės schema

Išanalizavus Tarptautinio socialinio tyrimo programos modulio sveikata klausimyną, sudarytos kintamųjų grupės:

- Subjektyvūs laimės ir sveikatos vertinimai;
- Požiūriai į sveikatos priežiūros sistemą, jos pokyčius, teikiamų paslaugų prieinamumą ir naudojimąsi;
- Nuostatos apie valstybės įtaka sveikatos priežiūros sistemai paslaugų teikimo atžvilgiu ir finansavimo aspektai;
- Nuomonės apie gydytojo įtaka sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, gydytojų kompetencijos vertinimas;
- Gyventojų sveikatos priežiūros sistemos paslaugų prieinamumo vertinimas ir kliūčių nustatymas;
- Socio-demografinių veiksnių (lyties, išsilavinimo, gyvenamosios vietos) įtaką sveikatos priežiūros sistemos vertinimui.

Empirinio tyrimo eigai nusakyti, sudaryta tyrimo dizaino schema (žr. 4 Pav.).



9 pav. Tyrimo dizainas

Pirmasis etapas yra mokslinės literatūros analizė. Šiame etape apibrėžtos sveikatos ir sveikatos sistemos sampratos, nustatyti sveikatos priežiūros sistemos modeliai, kurie davė pagrindą analizuojamų valstybių pasirinkimui. Taip pat aptarta kiekvienos iš pasirinktų valstybių sveikatos sistemos raida. Atsižvelgiant į mokslinės literatūros rezultatus pasirinktas reprezentatyvus tarptautinis tyrimas ISSP "Sveikata" 2011 m.. Iš šio tyrimo klausimyno atrinkti klausimai ir sugrupuoti į kintamųjų kategorijas, kuriomis remiamasi analizėje. Pasirinkti duomenys analizuojami naudojant kiekybinės

duomenų analizės metodą. Gauti analizės rezultatai pateikiami skaitinėmis charakteristikomis, analizuojami ir interpretuojami. Pagal gautus rezultatus formuojamos darbo išvados.



### 10 pav. Empirinio tyrimo eigos etapai

9 Pav. pateikiama Antrinės duomenų analizės tyrimo etapų eiga. Šioje schemoje atskleidžiama nuosekli darbų eiga vykdant tyrimą. Visų pirma pasirinkti reprezentatyvūs tarptautiniai duomenys. Iš visos duomenų aibės tikslinės atrankos būdu atsirenkama tyrimui reikalinga imtis: Lietuvos, Olandijos ir Vokietijos gyventojai. Toliau analizuojamas apklausos klausimynas ir vykdoma klausimų, tinkančių analizei, atranka. Atrinkti klausimai apjungiami į kintamųjų kategorijas, o kintamieji sujungiami į kintamųjų grupes. Kintamųjų struktūros formavimo rezultatai matomi 3 lentelėje (analizei naudotų klausimai pateikiamas 1 Priede; prieiga prie ISSP „Sveikata“ klausimyno per: [http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238/OTHER.001](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238/OTHER.001)). Iš viso sukurtos septynios kintamųjų grupės.

3 lentelė. Tyrimo kintamųjų struktūra

Kintamųjų grupė	Kintamasis	Pirminiai indikatoriai
Bendras sveikatos ir laimės vertinimas	Subjektyvus laimės vertinimas	Q1. Vertindami savo gyvenimą pastaruoju metu pasakykite, ar, apskritai, esate laiminga(s) ar nelaiminga(s)? (ISSP, 2011)
	Subjektyvus asmeninės sveikatos vertinimas	Q26. Ar Jūsų sveikata apskritai yra... (ISSP, 2011)
Nuomonė apie sveikatos sistemą	Subjektyvus sveikatos sistemos vertinimas	Q2b. Apskritai ar pasitikite sveikatos priežiūros sistema? (ISSP, 2011) Q22. Apskritai, ar esate patenkintas, -a arba nepatenkintas, -a sveikatos priežiūros sistema šalyje? (ISSP, 2011) Q6d. Sveikatos priežiūros sistema šalyje yra neefektyvi. (ISSP, 2011)
	Sveikatos sistemos kaita	Q3. Apskritai, ką manote apie sveikatos priežiūros sistemos pasikeitimą? (ISSP, 2011) Q6a. Per ateinančius kelerius metus sveikatos priežiūros sistema taps geresnė. (ISSP, 2011)
	Sveikatos priežiūros sistemos naudojimas ir prieinamumas	Q6b. Žmonės naudojami sveikatos priežiūros sistema daugiau nei būtina. (ISSP, 2011) Q10. Jūsų nuomone, kokiai daliai žmonių šalyje nėra prieinamos jiems reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos? (ISSP, 2011)
	Indėlis į sveikatos sistemą	Q7. Ar noriai mokėtumėte didesnius mokesčius, jei dėl to pakiltų visų žmonių sveikatos priežiūros lygis šalyje? (ISSP, 2011)

Valstybės vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje	Sveikatos paslaugų teikimas valstybėje	Q6c. Valdžia turėtų teikti tik būtinausias sveikatos priežiūros paslaugas. (ISSP, 2011)
	Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas	Q8a. Valstybė turėtų finansuoti profilaktinius medicininius patikrinimus. (ISSP, 2011) Q8b. Valstybė turėtų finansuoti ŽIV/AIDS gydymą. (ISSP, 2011) Q8c. Valstybė turėtų finansuoti prevencines nutukimo programas. (ISSP, 2011) Q8d. Valstybė turėtų finansuoti organų persodinimą. (ISSP, 2011)
Gydytojo vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje	Pasitikėjimas gydytojais	Q16a. Iš esmės gydytojais galima pasitikėti. (ISSP, 2011) Q16d. Gydytojams labiau rūpi uždėtis nei pacientai. (ISSP, 2011)
	Pasitenkinimas gydytojų teikiamomis paslaugomis	Q23a. Ar buvote patenkintas, -a ar nepatenkintas, -a tu, kaip Jus gydė, kai paskutinį kartą lankėtės pas gydytoją? (ISSP, 2011)
	Gydytojų kvalifikacijos vertinimas	Q16c. Gydytojų kvalifikacija nėra tokia gera, kokia turėtų būti. (ISSP, 2011)
	Gydytojo komunikacija su pacientais	Q16b. Gydytojai su savo pacientu aptaria visus gydymo būdus. (ISSP, 2011) Q16e. Gydytojai paprastai informuoja savo pacientus, jei gydymo metu padaro klaidą. (ISSP, 2011)
Sveikatos paslaugų prieinamumas	Naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis dažnis	Q18a. Ar dažnai per pastaruosius 12 mėnesių Jūs lankėtės pas arba Jus aplankė gydytojas? (ISSP, 2011) Q19. Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums teko gulėti ligoninės ar klinikos stacionare ilgiau nei dieną? (ISSP, 2011)
	Priežastys, dėl kurių neprieinamos sveikatos priežiūros paslaugos	Q20a. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes negalėjote už jį susimokėti? (ISSP, 2011) Q20b. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes negalėjote tuo metu atsiprašyti iš darbo arba turėjote kitų išipareigojimų? (ISSP, 2011) Q20c. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes Jums reikalingas gydymas nebuvo prieinamas ten, kur gyvenate ar netoliese? (ISSP, 2011) Q20d. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes laukiančiųjų eilė buvo per ilga? (ISSP, 2011)
	Tikėjimas paslaugų prieinamumu	Q21a. Jei rimtai susirgtumėte, kiek tikėtina, kad Jums būtų ar nebūtų suteiktas geriausias šalyje įmanomas gydymas? (ISSP, 2011) Q21b. Jei rimtai susirgtumėte, kiek tikėtina, kad Jums būtų ar nebūtų suteiktas Jūsų pasirinkti gydytojo gydymas? (ISSP, 2011)
Indėlis į asmeninę sveikatos būklę	Žalingų įpročių vartojimas	Q24. Ar rūkote cigaretes, ir jei taip, kiek jų apytiksliai surūkote per dieną? (ISSP, 2011) Q25a. Ar dažnai Jūs per dieną išgeriate 4 ir daugiau alkoholinių gėrimų vienetus per dieną, pvz., 4 ar daugiau taureles (50g) stipraus alkoholinio gėrimo, 4 ar daugiau taures (150 g) vyno, 4 ar daugiau bokalus (500g) alaus ir pan.? (ISSP, 2011)

	Sveikos gyvensenos propagavimas	Q25b. Ar dažnai Jūs užsiimate fizine veikla bent 20 minučių taip, kad suprakaituojate ar imate kvėpuoti intensyviau nei įprastai? (ISSP, 2011) Q25c. Ar dažnai Jūs valgate šviežių vaisių ar daržovių? (ISSP, 2011)
Socio-demografiniai kintamieji	Lytis	Jūsų lytis? (ISSP, 2011)
	Išsilavinimas	Koks yra Jūsų aukščiausias pasiektas išsilavinimo lygis? (ISSP, 2011)
	Gyvenamoji vieta	Kaip Jūs apibūdintumėte vietovę, kurioje gyvenate? (ISSP, 2011)
	Šeimyninė padėtis	Kokia yra Jūsų dabartinė oficiali šeimyninė padėtis? (ISSP, 2011)

**Duomenų analizės metodai.** Sveikatos tyrimo duomenys bus analizuojami SPSS 20.0 programine įranga bei apdorojami Microsoft Excel 2007 programa. Analizei naudojami statistiniai metodai:

- Aprašomoji statistika – procentiniai įverčiai, vidurkiai.
- Daugiamatės statistikos metodai: koreliacinė analizė, vidurkių palyginimo testai.

Analizės metu gauti rezultatai pateikiami skaitinėmis charakteristikomis ir grafiškai. Rezultatai interpretuojami su statistinio reikšmingumo kriterijumi  $\alpha=0,05$ , tad gauti rezultatai buvo vertinami kaip statistiškai reikšmingi, kaip  $p<0,05$ .

### 3. LIETUVOS, OLANDIJOS IR DANIJOS GYVENTOJŲ POŽIŪRIŲ IR NUOSTATŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMŲ ATŽVILGIU LYGINAMOJI ANALIZĖ

*Šiame skyriuje analizuojami 2011 metų tarptautiniai duomenys ISSP "Sveikata". Iš šių duomenų pasirinkti trijų valstybių (Lietuvos, Olandijos ir Danijos) gyventojų atsakymai, kurie atskleidžia jų nuomones ir vertinimą apie sveikatos priežiūrą šalyje. Skyrius sudarytas iš 6 atskirų skyrelių, kuriuose nagrinėjamos kintamųjų grupės (žr. 1 lentelė). Kiekviename iš šių skyrelių, siekiama atskleisti analizuojamų veiksmų įtaka sveikatos priežiūros sistemos vertinimui šalyse. Valstybių duomenys analizuojami ir lyginami tarpusavyje, taip pat gilinamasi į teorines žinias bei objektyvius valstybių duomenis.*

#### 3. 1. Bendras sveikatos ir laimės vertinimas

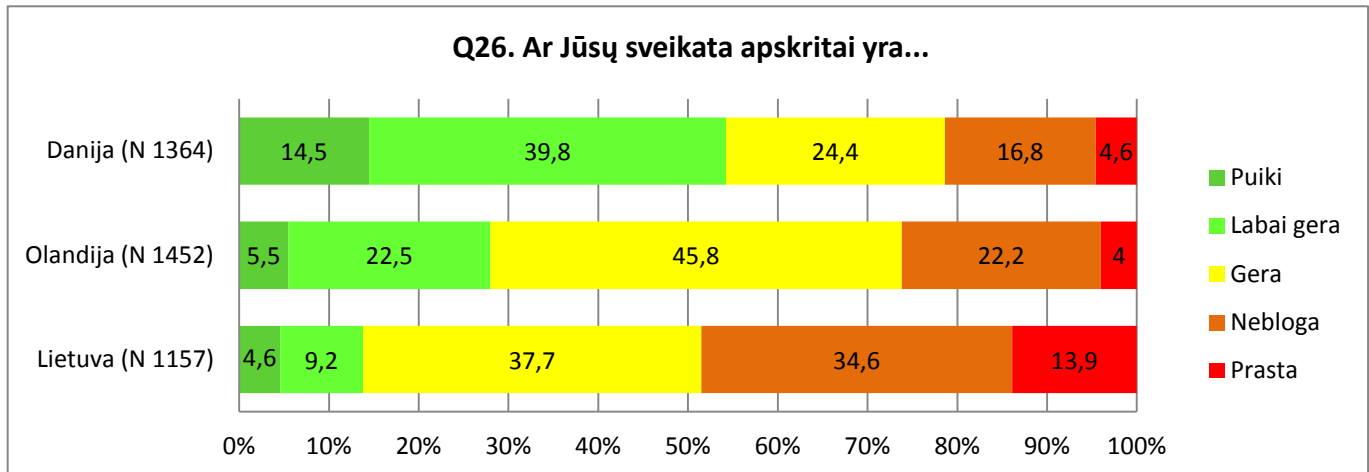
Dalis autorių teigia, kad nuo sveikatos būklės priklauso žmogaus gyvenimo kokybė. Janušauskaitė (2008) analizuodama gyvenimo kokybės koncepciją, teigia, kad sveikata yra vienas iš įtakos turinčių veiksnių pasitenkinimui gyvenimu. Autorė remiasi Šumskienės (pagal Janušauskaitė, 2008, p. 37) nuomone, kad sveikatos dimensija gyvenimo kokybės tyrimuose atsirado po Pasaulio sveikatos organizacijos pateikto sveikatos apibrėžimo, kuris nusako, jog sveikata yra visapusi socialinė gerovė. Milaševičiūtė, Pukelienė ir Vilkas (2006, p. 168) teigia, kad sveikata turi didžiausią įtaką gyvenimo kokybės nustatymui, kadangi sveikata priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų šalyje. Remiantis nuomonėmis apie sveikatos įtaką gyvenimo kokybei, verta analizuoti žmonių pasitenkinimą gyvenimu ir sveikatos būkle.

Apklausoje dalyvavusių respondentų buvo prašoma nurodyti, kaip jie tuo metu vertino savo sveikatos būklę. Analizuojant Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų duomenis (žr. **Error! Reference source not found.** pastebima, kad kiekvienoje valstybėje bendra sveikatos būklė skiriasi (Kruskal Wallis Test,  $p=0,000$ ). Iš pateiktos diagramos matyti, kad aukščiausiais sveikatos būklės vertinimais pasižymi danai – kaip labai gerą ir puikią sveikatos būklę įvardija net 54,3 % respondentų Danijoje. 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.

Grabauskas et al. (2013) tyrinėjo suaugusių Lietuvos gyventojų gyvenseną. Autoriai nustatė, panašias tendencijas kaip atsispindi ir analizuojamame tyrime. Grabauskas su bendraautoriais ištyrė, kad Lietuvoje pusė gyventojų įvertina savo sveikatą kaip gerą ar gana gerą. Taip pat pastebi, kad



subjektyvus sveikatos vertinimas kilo iki 2008 m., vėliau skaičiai nesikeitė (Grabauskas et al., 2013, p. 19).



**11 pav. Subjektyvus asmeninės sveikatos vertinimas Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje (%) (ISSP “Sveikata”, 2011)**

Vykdamas ISSP “Sveikata” (2011) tyrimą, respondentų buvo prašoma, atsižvelgiant į savo gyvenimą pastaruosiu metu, įvertinti ar jie laimingi ar nelaimingi. Palyginus Lietuvos, Danijos ir Olandijos vidurkius, galima teigti, kad jie statistiškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test,  $p=0,000$ ). Apžvelgiant trijų pasirinktų valstybių gyventojų asmeninės sveikatos įvertinimus (žr. 4 lentelė). Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų laimės vertinimas, galima pastebėti, kad Lietuvoje laimingais jaučiasi vos daugiau nei pusė šalies gyventojų, kai tuo pat metu Olandijoje ir Danijoje laimingais jaučiasi daugiau nei 80 procentų šalies gyventojų. Lyginant Danijos ir Olandijos vidurkius, pastebima, šių šalių gyventojai vienodai vertina savo gyvenimą pastaruosiu metu (Mann – Withney U,  $p=0,059>0,05$ ). Taip pat Lietuvoje net 13,4 % gyventojų jaučiasi nelaimingais, kai kitose valstybėse šis dydis siekia vos kelis procentus. Atsižvelgiant į šiuos laimės įvertinimus, nagrinėjama, ar tokiems rodikliams įtakos turi asmeninis sveikatos būklės įvertinimas.

**4 lentelė. Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojų laimės vertinimas (ISSP “Sveikata”, 2011, N 3973)**

	Lietuva n=1157	Olandija n=1452	Danija n=1364
<b>Laimingas/-a</b>	50.6%	88.1%	83.2%
<b>Nei laimingas/-a, nei nelaimingas/-a</b>	36.0%	9.5%	12.7%
<b>Nelaimingas/-a</b>	13.4%	2.4%	4.1%

\*Q1. Vertindami savo gyvenimą pastaruosiu metu pasakykite, ar, apskritai, esate laiminga(s) ar nelaiminga(s)? Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Visiškai laimingas/-a; 5 – Visiškai nelaimingas/-a. Lentelėje pateikti atsakymai sujungiant atsakymų variantus 1 ir 2 – Laimingas/-a; 3 – Nei laimingas/-a, nei nelaimingas/-a; 4 ir 5 – Nelaimingas/-a.

Atlikus tiesinės koreliacijos analizę tarp kintamųjų sveikatos būklės vertinimas ir laimės vertinimas su 99 % garantija galima teigti, kad tarp pasirinktų kintamųjų yra statistiškai reikšmingas

**5 lentelė. Ryšys tarp sveikatos būklės ir laimės vertinimo**

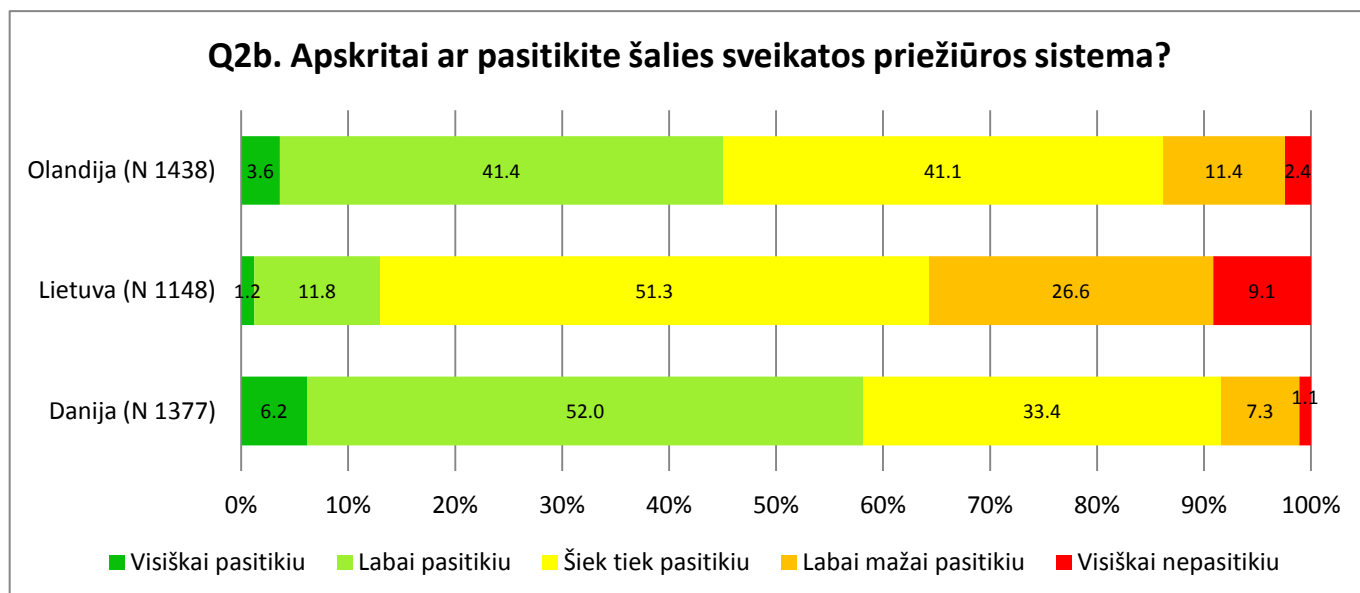
	<b>p</b>	<b>Spearman's rho</b>
Lietuva	0.000	0.502**
Danija	0.000	0.358**
Olandija	0.000	0.370**
Bendra	0.000	0.449**

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

ryšys (Spearman Rho=0,449, p=0.000). Tarp kintamųjų egzistuoja vidutinio stiprumo ryšys. Teigiama tiesinė koreliacija reiškia, kad kuo prastesnė sveikatos būklė, tuo prasčiau yra įvertinamas laimės jausmas, pasitenkinimas esamu gyvenimu. Analizuojat atskirų valstybių duomenis pastebima, kad stipriausias ryšys yra Lietuvoje (Spearman's rho=0,502). Vadinasi Lietuvos gyventojai labiausiai linkę atsižvelgti į sveikatos būklę, vertinant pasitenkinimą gyvenimu. Gauti analizės rezultatai patvirtina anksčiau aptartų autorių teiginius, kad sveikata turi įtakos gyvenimo kokybei.

### 3. 2. Visuomenės požiūriai į sveikatos priežiūros sistemą

ISSP "Sveikata" (2011) atliktame tyrime daug klausimų yra skirta sveikatos priežiūros sistemų vertinimui šalyse. Vertinimas atliekamas remiantis šalyse gyvenančių žmonių pasisakymais ir nuomonėmis. Pagal apklausos duomenis (žr. 12 pav. Gyventojų pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema šalyse galima pastebėti, kad visuomenė labiausiai sveikatos priežiūros sistema pasitiki Danijoje. Šioje valstybėje visiškai arba labai pasitiki sveikatos sistema 58,2 % gyventojų. Kita vertus Olandijoje pasitiki 45 % gyventojų, o Lietuvoje pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema siekia vos 13 %. vertinimo vidurkiai Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje statistiškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test, p=0,000).



**12 pav. Gyventojų pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema šalyse (ISSP Sveikata, 2011)**

Apskritai patenkintų gyventojų šalyje veikiančia sveikatos sistema Danijoje ir Olandijoje yra daugiausiai, Danijoje – 81,1 %, Olandijoje – 83 %. Vadinasi šiose valstybėse nepasitenkinimas

susiformavusiomis sveikatos priežiūros sistemomis yra gana mažas. Tokių gyventojų šalyse yra mažiau nei penktadalis. Tuo tarpu Lietuvoje tik 37,2 % žmonių patenkinti sveikatos sistema, o beveik ketvirtoji dalis yra nepatenkinti. Tačiau vertinant sveikatos sistemos efektyvumą šalyje skaičiai kiek skiriasi nuo pasitenkinimo ar pasitikėjimo. Apskritai 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.

Apibendrinus sveikatos sistemos vertinimus pasirinktose valstybėse pastebima, kad Danijoje pagal analizuojamus rodiklius situacija yra įvertinta geriausiai. Lietuvoje situacija visais atžvilgiais įvertinama prastai. Bartuškaitė, Butkevičienė (2013, p. 102) teigia, kad šiandieninėje visuomenėje sveikatos priežiūros sistemos vertinimas paremtas visais laisvėjančiu paciento statusu, nes jiems vis dažniau siekiama suteikti galimybę pasirinkti tiek gydymo įstaigas, gydytojus, teikiamas paslaugas ir kt.

**6 lentelė. Ryšys tarp pasitenkinimo sveikatos sistema ir pasitikėjimo ja.**

	p	Spearman's rho
Lietuva	0.000	0.568**
Danija	0.000	0.614**
Olandija	0.000	0.520**
Bendra	0.000	0.650**

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

Atlikus koreliacinę analizę, galima tvirtinti, kad pasitenkinimo esama sveikatos priežiūros sistema šalyje ir pasitikėjimo šia sistema egzistuoja vidutinio stiprumo ryšys (Spearman's rho=0,650, p=0,000). Vadinas kuo labiau gyventojai jaučia didesnę pasitenkinimą sveikatos priežiūros sistema šalyje, tuo labiau ja pasitiki. Danijoje pastebimas stipriausias ryšys tarp pasitenkinimo sveikatos priežiūra ir pasitikėjimo ja. Pasitenkinimą gali lemti daugelis veiksnių, pavyzdžiui, įvertinimas gautų paslaugų, valstybės vaidmuo reguliuojant sveikatos apsaugą, paslaugų prieinamumas ir kt.

Tikriausiai dėka to, kad teigiamai vertinamos sveikatos priežiūros sistemos Danijoje ir Olandijoje, šiose valstybėse vyrauja nuomonė, kad sveikatos priežiūros sistemoje reikia tik šiek tiek pokyčių. Danijoje beveik 79 % respondentų mano, kad reiktų koreguoti tuo metu nusistovėjusią sistemą, o Olandijoje ~57 % pritartų tokiam teiginiui. Taip pat dauguma apklaustųjų danų tikisi, kad per ateinančius kelerius metus sveikatos priežiūros sistema taps efektyvesnė. Kita vertus, nors apklaustieji Olandijos gyventojai manantys, jog sistemoje reikia minimalių pokyčių, netiki, kad per kelerius metus ši sistema taps efektyvesnė. Lietuvoje respondentų akimis sveikatos priežiūros sistemos kaita matoma gan 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.

**7 lentelė. Nuomonė apie pokyčius sveikatos priežiūros sistemoje (ISSP “Sveikata”, 2011)**

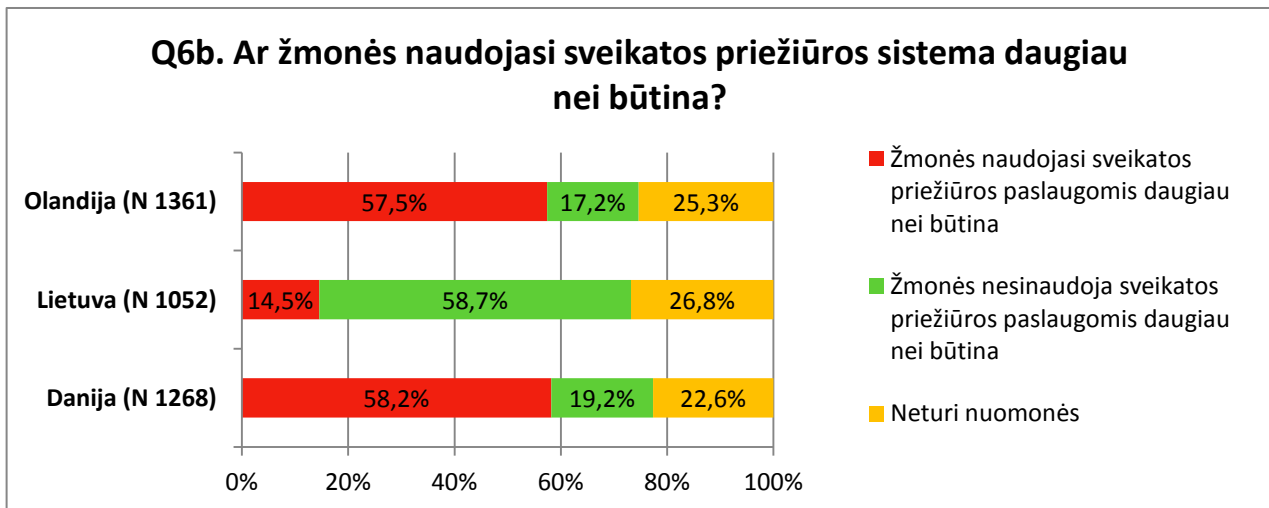
	Danija (N 1305)	Lietuva (N 1118)	Olandija (N 1409)	Iš viso:
Nereikia pokyčių	3.8%	3.1%	6.8%	4.7%
Reikia šiek tiek pokyčių	69.5%	37.4%	56.7%	55.4%
Reikia daug pokyčių	23.2%	44.0%	31.4%	32.3%
Ją reikia visiškai pakeisti	3.4%	15.5%	5.1%	7.6%
Iš viso:	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**8 lentelė. Tikėjimas, kad sveikatos priežiūros sistema šalyje taps efektyvesnė (ISSP “Sveikata”, 2011)**

	Danija (N 1259)	Lietuva (N 994)	Olandija (N 1298)
Sistema taps efektyvesnė	47.3%	23.5%	22.9%
Sistema netaps efektyvesnė	26.4%	45.3%	47.8%
Neturi nuomonės	26.4%	31.2%	29.3%

\* Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Labai pritariu; 5 – Labai nepritariu. Lentelėje pateikti atsakymai sujungiant atsakymų variantus: 1 ir 2 – Sistema taps efektyvesnė, 4 ir 5 – Sistema netaps efektyvesnė, 3 –neturi nuomonės.

Nors didžioji dalis respondentų Lietuvoje teigia, kad sveikatos priežiūros sistemai reikia pokyčių, tačiau nėra linkę tų pokyčių vertinti teigiamai. Goštautaitė, Jankauskienė, Išganaitis (2011, p. 17) analizavę pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą, pastebėjo, kad visuomenė mažai žino apie tai, kokius pokyčius valstybė siekia įgyvendinti. Taip pat neigiamai prieš pokyčius yra nusiteikę 38 % darbingo amžiaus ir 44 % vyresnio amžiaus asmenų. Taigi didelė dalis gyventojų mano, kad įgyvendinami pokyčiai pablogins sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. O vertinant jau įvykusius pokyčius pastebima, kad respondentai nelinke vertinti ar tai sistemą paveikė teigiamai ar neigiamai. Iš matomų įvertinimų pastebima, kad penktadalis respondentų mano, kad šeimos gydytojo paslaugos tapo kokybiškesnės ir labiau prieinamos.



\* Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Labai pritariu; 5 – Labai nepritariu. Paveikslėlyje pateikti atsakymai sujungiant atsakymų variantus: 1 ir 2 – Žmonės naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis daugiau nei būtina, 4 ir 5 – Žmonė nesinaudoja sveikatos priežiūros paslaugomis daugiau nei būtina, 3 –neturi nuomonės.

**13 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas Olandijoje, Lietuvoje ir Danijoje (ISSP “Sveikata”, 2011)**

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 (žr.

13 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų naudojimas Olandijoje, Lietuvoje ir Danijoje, kad Danijos ir Olandijos gyventojai mano, jog žmonės sveikatos priežiūros paslaugomis naudojami daugiau nei yra būtina. Taip galvoja kone 60 % Danijos ir Olandijos apklaustų gyventojų. Taip pat Danijoje 73,6 % mano, kad šalyje visiems gyventojams yra prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos arba neprieinamos tik labai mažai daliai, Olandijoje taip pat manančių yra 60,8 %. Šioje vietoje negalima išskirti kurios nors valdymo sistemos. Tiek Danijoje, kur sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos visiems šalies gyventojams, tiek Olandijoje, kur sveikatos priežiūros sistema gali naudotis tik apdraustieji, nepastebima paslaugų naudojimosi išskirčių.

Lietuvoje situacija šiuo klausimu yra visiškai priešinga. Tik 14,5 % Lietuvoje yra manančių, kad žmonės per daug naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis, o 58,7 % mano priešingai. Taip pat Lietuvoje 63,6 % mano, kad sveikatos priežiūros paslaugos tam tikrai daliai arba daugeliui gyventojų neprieinamos. Tamulienė, Černiauskaitė ir Sruogaitė (2011) nustatė keletą kliūčių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui Lietuvoje. Autoriai kliūtis suskirstė į tris kategorijas: finansinės, teritorinės/komunikacinės, organizacinės. Pirmosios kategorijos kliūtys yra brangūs nekompensuojami ar iš dalies kompensuojami vaistai, brangios mokamos odontologų, tyrimų ir kt. paslaugos. Teritorinės/komunikacinės kliūtys yra susijusios su šalies infrastruktūra. Dažniausiai šios kliūtys pasireiškia atokesnėse gyvenamosiose vietovėse, kuomet viešojo transporto tvarkaraščiai nėra suderinti su sveikatos priežiūros įstaigų darbo grafiku. Dar viena iš kliūčių specialistų trūkumas tam tikrose vietovėse, kas sąlygoja neatitikimą tarp pasiūlos ir paklausos. Tokių specialistų darbo laikas yra ribotas, o pacientų eilės yra ilgos. Ne visi pacientai turi galimybę šiomis paslaugomis pasinaudoti (Tamulienė, Černiauskaitė, Sruogaitė, 2011, p. 107 – 108).

Nagrinėjant klausimą, ar Lietuvos, Olandijos ir Danijos gyventojai vienodai pasiryžę mokėti didesnius mokesčius, kad pagerėtų sveikatos priežiūros paslaugos šalyje, pastebimi statistiškai reikšmingi skirtumai (Kruskal Wallis Test,  $p=0,000$ ). Iš gautų rezultatų matoma, kad lietuviai labiausiai nelinkę mokėti didesnių mokesčių (žr. . Net 46% respondentų nenoriai mokėtų mokesčius. Galima teigti, kad lietuviai labiau linkę palikti šią problemą spręsti valstybei perskirstant savo resursus ir tobulinant sveikatos priežiūros sistemą. Taip pat galbūt Lietuvos gyventojai nelinkę finansiškai prisidėti prie sveikatos priežiūros sistemos gerinimo, kadangi tik nedidelė dalis pasitiki šalyje veikiančia sistema. Olandijoje ir Danijoje respondentai vienodai noriai

mokėtų didesnius mokesčius, kad pakiltų sveikatos priežiūros lygis šalyje (Mann Withney U,  $p=0,318>0,05$ ). Viena iš priežasčių tokių skirtumų tarp Olandijos ir Danijos su Lietuva galėtų būti ekonominis šalies lygis. Pasaulio banko duomenimis (2013) BVP tenkantis vienam gyventojui šalyje (JAV \$) Danijoje siekia 59 832 \$, Olandijoje 50 793 \$, o Lietuvoje tuo pačiu laikotarpiu vos 15 538 \$. Skirtumas tarp Lietuvos ir Danijos bei Olandijos yra daugiau nei 3 kartai. Tai galėtų būti viena iš priežasčių, lemiančių, tai, kad šalies gyventojai nenoriai mokėtų papildomus mokesčius.

**9 lentelė. Gyventojų ryžtas mokėti didesnius mokesčius, dėl geresnio sveikatos priežiūros lygio šalyje**

	<b>Danija (N 1134)</b>	<b>Lietuva (N 997)</b>	<b>Olandija (N 1392)</b>
<b>Noriai mokėtų</b>	35.9%	22.0%	33.8%
<b>Nei noriai, nei nenoriai</b>	31.9%	32.0%	34.6%
<b>Nenoriai mokėtų</b>	32.2%	46.0%	31.5%

\*Q7. Ar noriai mokėtumėte didesnius mokesčius, jei dėl to pakiltų visų žmonių sveikatos priežiūros lygis šalyje? Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Labai noriai; 5 – Labai nenoriai. Lentelėje pateikti atsakymai sujungiant atsakymų variantus: 1 ir 2 – Noriai mokėtų, 3 – Nei noriai, nei nenoriai, 4 ir 5 – Nenoriai mokėtų.

Apžvelgiant požiūrius į sveikatos priežiūros sistemą pastebima, kad Lietuvos gyventojai yra labiausiai nusivylę ir nepatenkinti sveikatos priežiūros sistema. Taip pat didžioji dalis gyventojų mano, kad sveikatos priežiūros sistemoje reikia didesnių ar mažesnių pokyčių ir tik 3,1 % mano, kad nieko nereikėtų keisti (t. y. dar mažesnis procentas nei prieš pradėdant vykdyti reformas Lietuvoje). Lietuviai taip pat nelinkę ateities vertinti optimistiškai ir netiki, kad sistema bus efektyvesnė bei nenori įnešti asmeninio indėlio, kad sveikatos priežiūros sistema taptų geresnė.

### **3.3. Požiūriai į valstybės vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje**

Valstybė yra svarbus veikėjas užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Kiekvienos valstybės funkcijų sąrašė yra rūpinimasis gyventojų sveikatos apsauga. Dalis valstybių pačios koordinuoja ir valdo sveikatos priežiūros institucijų veiklą, kita dalis – rūpinasi tik teismine baze, o sveikatos priežiūros sistemos organizavimu rūpinasi pavaldžios institucijos, finansavimą paskirsto atskiri fondai.

Atliekamo tyrimo metu, respondentų teirautasi apie tai, kokias sveikatos priežiūros paslaugas turėtų teikti valstybė. Teiginiui, kad valdžia turėtų teikti tik būtiniausias sveikatos priežiūros paslaugas, visose trijose valstybėse (Lietuvoje, Olandijoje, Danijoje), pritariama ne vienodai (Kruskal Wallis Test,  $p=0,000$ ). Šiose valstybėse apklausti respondentai linkę nesutikti su pateiktu teiginiu. Danijoje tokiam teiginiui nepritaria arba labai nepritaria 73,5%, Lietuvoje – 64,9%, Olandijoje – 66,2%. Vadinasi, galima teigti, kad šalių gyventojai norėtų iš valstybės visapusiškos apsaugos sveikatos sektoriuje.

Dažnai sveikatos paslaugų teikimas valstybėje priklauso nuo šalies ekonominio lygio ir to, kokias lėšas skiria sveikatos apsaugai. Pasaulio banko duomenimis (2012) valstybės sveikatos išlaidos tenkančios vienam gyventojui šiose valstybėse ženkliai skiriasi. Daugiausiai lėšų skiriama Danijoje – 6304 \$, tik truputį mažiau Olandijoje – 5737 \$, o Lietuvoje skiriama vos 859 \$. Akivaizdu, kad Danijoje ir Olandijoje sveikatos apsaugai skiriama 6 – 7 kartus daugiau nei Lietuvoje. Vadinasi šiose valstybėse yra didelė tikimybė, kad teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų spektras yra platesnis nei Lietuvoje. Janušonis, Popovienė (2004) teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso nuo sveikatos priežiūros finansavimo. Autoriai teigia, kad tai yra abipusė priklausomybė: blogas sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas sąlygoja nekokybišką sveikatos priežiūrą, o nekokybiška sveikatos priežiūra organizacijoje – blogą jos finansavimą (Janušonis, Popovienė, 2004, p. 9). Remiantis minėtų autorių pasisakymais, tam kad būtų užtikrinta visapusiška sveikatos priežiūros apsauga valstybėje, ši turėtų pakankamai į ją investuoti.

Toliau gilinamasi, kokias sritis sveikatos sektoriuje respondentų nuomone turėtų finansuoti valstybė. Iš pateiktų duomenų (žr. 10 lentelė). Sveikatos priežiūros paslaugos, kurias visuomenės nuomone turėtų finansuoti/nefinansuoti valstybė akivaizdu, kad labiausiai yra pritariama toms paslaugoms, kurios yra aktualios didžiajai visuomenės daliai, pavyzdžiui, profilaktiniai medicininiai patikrinimai, taip pat organų persodinimas. Kiek mažiau svarbi sritis yra ŽIV/AIDS gydymas, o mažiausiai finansavimo respondentų nuomone turėtų sulaukti prevencinės nutukimo programos. Tikriausiai, ši problema suprantama ne kaip medicininė, o žmogaus asmeninė problema, kurią turi spręsti pats žmogus.

**10 lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugos, kurias visuomenės nuomone turėtų finansuoti/nefinansuoti valstybė, % (ISSP “Sveikata”, 2011)**

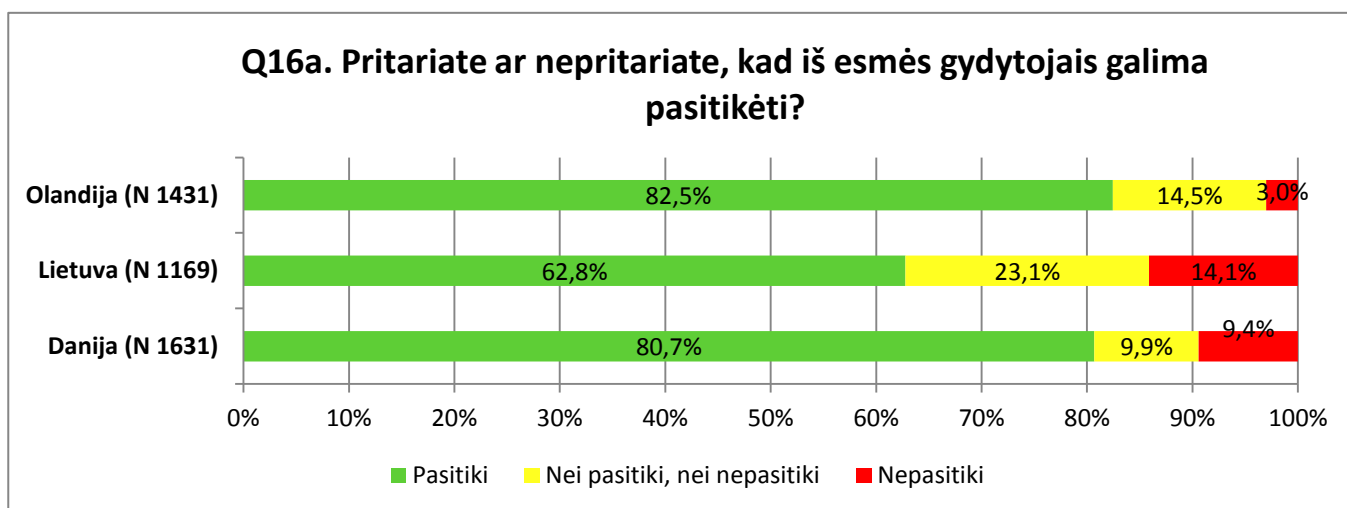
	Danija				Lietuva				Olandija			
	Profilaktinių medicininių patikrinimų finansavimas	ŽIV/AIDS gydymo finansavimas	Prevencinių nutukimo programų finansavimas	Organų persodinimo finansavimas	Profilaktinių medicininių patikrinimų finansavimas	ŽIV/AIDS gydymo finansavimas	Prevencinių nutukimo programų finansavimas	Organų persodinimo finansavimas	Profilaktinių medicininių patikrinimų finansavimas	ŽIV/AIDS gydymo finansavimas	Prevencinių nutukimo programų finansavimas	Organų persodinimo finansavimas
<b>Pritaria</b>	90.1	88.2	59.3	90.7	90.3	72.2	49.3	90.9	77.2	63	46.4	77.9
<b>Nei pritaria, nei nepritaria</b>	6.8	7.8	18.8	7	6.8	18.1	25.8	6.9	15	25	25.3	17.4
<b>Nepritaria</b>	3.1	3.9	21.9	2.3	2.9	9.7	24.9	2.2	7.8	12	28.3	4.7

\*Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Labai pritariu; 5 – Labai nepritariu. Lentelėje pateikti atsakymai sujungiant atsakymų variantus: 1 ir 2 – Pritaria; 3 – Nei pritaria, nei nepritaria; 4 ir 5 – Nepritaria.

Analizuojant gautus rezultatus, negalima įvertinti kiek įtakos turi sveikatos priežiūros sistemos vertinimui valstybės vaidmuo iš subjektyvios perspektyvos. Tačiau remiantis objektyviais duomenimis, valstybės skiriamos lėšos gali turėti didelės įtakos sveikatos priežiūros sistemos kokybei. Lietuvoje vidutinės išlaidos sveikatos apsaugai vienam gyventojui yra mažiausios iš trijų analizuojamų valstybių. Galima prielaida, remiantis teoriniais aspektais, kad prastas valstybės finansavimas neužtikrina kokybiškų ir prieinamų paslaugų sveikatos priežiūros sistemoje.

### 3. 4. Nuostatos apie gydytojo paslaugas sveikatos priežiūros sistemoje

Gydytojas yra žmogus, nuo kurio dažniausiai priklauso sergančiųjų būklė. Taip pat tai asmuo, kuris turėtų sulaukti didžiausio pasitikėjimo, 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, stipriausiai gydytojais pasitiki Danijos gyventojai.



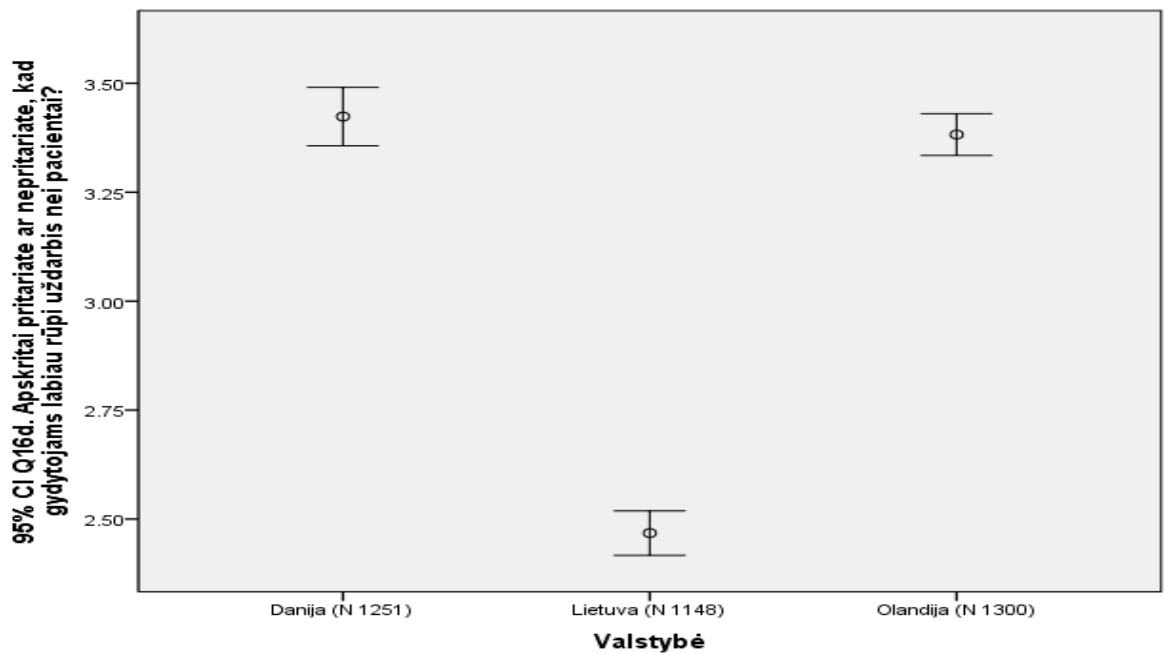
\*Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Labai pritariu; 5 – Labai nepritariu. Lentelėje pateikti atsakymai sujungiant atsakymų variantus: 1 ir 2 – Pasitiki; 3 – Nei pasitiki, nei nepasitiki; 4 ir 5 – Nepasitiki.

#### 14 pav. Pasitikėjimas gydytojais Danijoje, Lietuvoje ir Olandijoje (ISSP “Sveikata”, 2011)

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 62,8 % pasitiki gydytojais. Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė (2007, p. 121) teigia, kad pasitikėjimui ir gydytojo – paciento santykiams daug įtakos teikia demografinės charakteristikos. Autorių teigimu, gydytojais labiau pasitiki vyresnio amžiaus pacientai. Naudojant ISSP “Sveikata” (2011) duomenis analizuojama ar egzistuoja ryšys tarp amžiaus ir pasitikėjimo gydytojais. Egzistuoja statistiškai reikšmingas ryšys tarp amžiaus ir pasitikėjimo gydytojais (Spearman’s  $\rho=-0,050$ ,  $p=0,002$ ), tačiau ryšys yra labai silpnas ir rodo, kad kuo vyresnio amžiaus respondentas, tuo stipriau



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



\*Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Labai pritariu; 5 – Labai nepritariu.

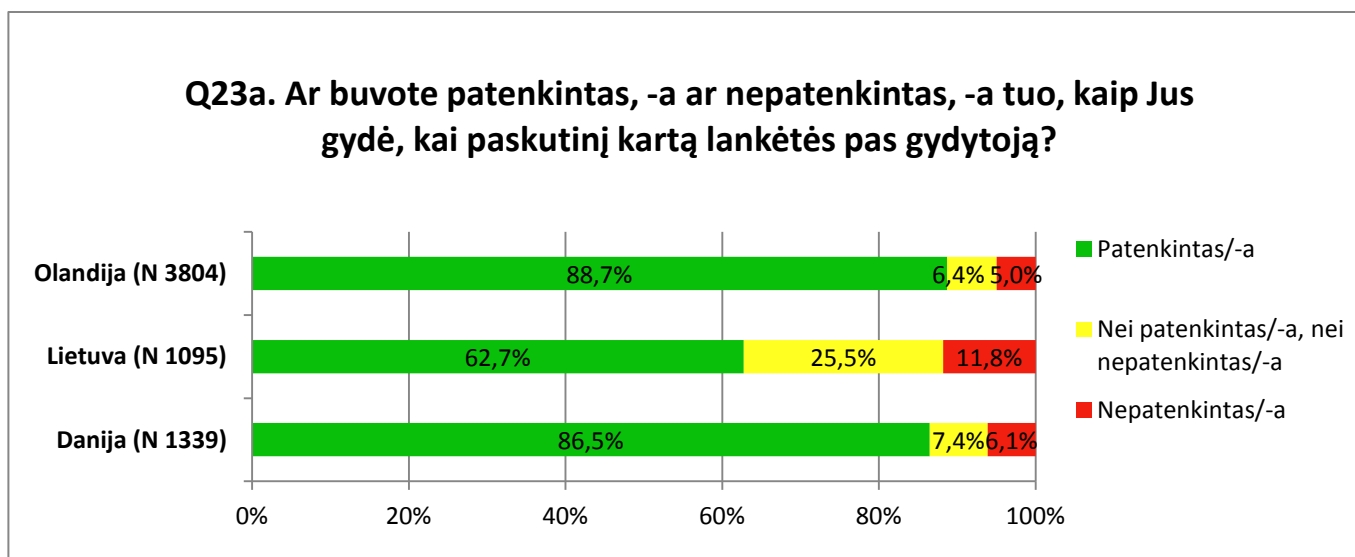
### 15 pav. Pritarimas arba nepritarimas, kad gydytojams labiau rūpi uždarbis nei pacientai, vidurkis (ISSP “Sveikata”)

Pasitikėjimui gydytojais visuomenėje daug įtakos turi, gydytojo rūpestis pacientais, jo požiūris į sergantįjį, komunikacija. Tyrimo metu 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,  $p=0,76>0,05$ ). Vadinas Lietuvoje nuomonės kardinaliai skiriasi nuo kitų valstybių. Tiek Danijoje, tiek Olandijoje respondantai 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 (2007, 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 kyši tikėdamiesi gauti didesnę gydytojo dėmesį (Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė, 2007, p. 186).

Koreliacinė analizė rodo, kad pasitikėjimui gydytojais turi įtakos teigiama nuomonė, kad gydytojams svarbiau yra uždarbis, nei pacientai. Tarp šių kintamųjų yra statistiškai reikšmingas,

tačiau ne itin stiprus ryšys (Spearman's  $\rho = -0,393$ ,  $p = 0,000$ ). Taigi, kuo respondentų nuomonė apie gydytojų prioritetą uždarbiui stipresnė, tuo pasitikėjimas jais yra silpnesnis.

Dar vienas veiksnys, kuris gali lemti visuomenės pasitikėjimą gydytojais, gali būti pasitenkinimas gydytojo gydymu. Tyrimo metu respondentų buvo klausiama 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. daugiausiai visiškai patenkintų gydytojo gydymu) išreiškia 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 (2003, 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 (2005) tyrinėję gydytojų ir pacientų santykius, pastebėjo, kad gyventojai Lietuvoje mano, kad 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 vesti diskusijas su pacientais (Kaminskas, Peičius, 2005, p. 68).



\*Respondentams buvo pateikta 7 balų skalė: 1 – Visiškai patenkintas/-a; 7 – Visiškai nepatenkintas/-a. Paveiksle pateikti duomenys apjungiant atsakymų variantus: 1, 2, 3 – Patenkintas/-a; 4 – Nei patenkintas/-a, nei nepatenkintas/-a; 5, 6, 7 – Nepatenkintas/-a.

#### 16 pav. Pasitenkinimas gydytojo gydymu (ISSP “Sveikata”, 2011).

Koreliacine analize siekiama nustatyti, ar tarp pasitenkinimo skirtu gydymu paskutinio vizito pas gydytoją metu ir pasitikėjimo gydytojais bendrai egzistuoja ryšys. Koreliacinė analizė parodė (žr. 9 lentelė), kad su 95 % tikimybe, galima teigti, kad tarp šių kintamųjų yra statistiškai

reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys (Spearman's rho=0,436, p=0,000). Stipriausias ryšys pastebimas Lietuvoje. Vadinas, jei žmonės yra patenkinti gydymu paskutinio vizito pas gydytoją

**11 lentelė. Ryšys tarp pasitenkinimo skirtu gydymu ir pasitikėjimo gydytoju**

	p	Spearman's rho
Lietuva	0.000	0.463**
Danija	0.000	0.346**
Olandija	0.000	0.337**
Bendra	0.000	0.436**

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

metu, tikėtina, kad jie bus labiau linkę pasitikėti gydytojais.

Pastebima, kad respondentai atsargiai vertina gydytojų kvalifikaciją. Šiuo klausimu yra daugiausiai neapsisprendusių. Danai maždaug vienodai pasisako, kad gydytojų kvalifikacija nėra tokia gera, kokia turėtų būti (teiginiui pritaria 37,2 %), o turimą gydytojų kvalifikaciją vertina teigiamai 38,2 %. Lietuvoje 41,1 % respondentų nelinkę vertinti gydytojų kvalifikacijos, 27 % vertina palankiai, 31,9 % vertina neigiamai. Olandijoje gydytojų kvalifikacija vertinama palankiausiai: 42,4 % vertina teigiamai ir tik 19,5% – neigiamai. Pastebima, kad vertinimai nėra labai skirtingi, galbūt dėl to, kad bendrosios praktikos gydytojų rengimo trukmė visose valstybėse yra panašios trukmės – 9 – 9,5 m. (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 66- 68).

**12 lentelė. Gydytojo kvalifikacijos vertinimas**

	Danija (N 1258)	Lietuva (N 1108)	Olandija (N 1320)
Pritaria	37.2%	27.0%	19.5%
Nei pritaria nei, nepritaria	24.6%	41.1%	38.0%
Nepritaria	38.2%	31.9%	42.4%

\*Q16c. Gydytojo kvalifikacija nėra tokia gera, kokia turėtų būti. Respondentams buvo pateikta 5 balų skalė: 1 – Labai pritariu teiginiui, 5 – Labai nepritariu teiginiui. Lentelėje pateikti duomenys apjungiant atsakymų variantus: 1, 2 – Pritaria, 3 – Nei pritaria, nei nepritaria, 4, 5 – Nepritaria.

Kaip jau anksčiau buvo minėta, svarbus yra bendravimas tarp gydytojo ir paciento. Diskusijos apie susirgimus, teikiamą gydymą didina pacientų pasitikėjimą gydytojais. Atliekant tyrimą buvo teirautasi, ar gydytojai su savo pacientais aptaria visus gydymo būdus. Respondentų nuomone tiek Danijoje, tiek Olandijoje didžioji dauguma respondentų mano, kad gydytojai su pacientais aptaria visus gydymo būdus (Danijoje – 50,7 %, Olandijoje – 45,9 %). Lietuvoje taip pat manančių yra mažesnė dalis – 34 %, šiek tiek daugiau yra prieštaraujančių minėtam teiginiui – 34,2 %. Leonavičius, Baltrušaitytė, Naujokaitė (2007, p. 175 -179) savo atliktais tyrimais nustatė, kad 2004 metais didžioji dalis Lietuvos gyventojų pritarė, kad gydytojai išdėmiai išklauso pacientų nusiskundimus, skiria pakankamai laiko ir dėmesio pacientui, suprantamai paaiškina apie negalavimus, gydymo būdus, riziką ir pan..

Vertinant, ar gydytojai pripažįsta savo padarytas klaidas gydymo metu, 29,6 % Danijos gyventojų pritaria šiam teiginiui. Tai yra didžiausias pritarimas iš visų lyginamų valstybių. Lietuvos gyventojai labiausiai linkę manyti, kad gydytojai savo padarytas klaidas nuslepia nuo pacientų. Taip mano 66,3 % respondentų Lietuvoje. Olandijoje 11,5 % mano, kad pripažįsta padarytas klaidas, o 54,4 % to nepripažįsta.

Apibendrinant rezultatus pastebimos tendencijos, kad Lietuvoje pasitenkinimas gydytojais užima prastesnę situaciją nei Danijoje ir Olandijoje. Tam įtakos gali turėti iš sovietinės sistemos paveldėti bruožai paslaugas nusipirkti neoficialiai, tai skatina kyšininkavimą, o tai savo ruožtu – nepasitikėjimą gydytojais. Taip pat vienas iš veiksnių gali būti per didelis pacientų skaičius tenkantis gydytojui, nes kitų tyrėjų duomenys atskleidžia, jog konsultacija pas gydytoją vyksta skubokai, kas mažina paslaugos kokybę. 2012 m. duomenimis (Obcarskienė, Kazakova, Marcikonytė, 2013, p. 12) Lietuvoje 10 000 gyventojų vidutiniškai tenka 7,4 šeimos gydytojo. Vadinasi vienam gydytojui Lietuvoje tenka daugiau nei 1300 pacientų.

### **3. 5. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje**

Priklausomai nuo to, 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 gyventojų nesilankiusių pas gydytoją nė karto per metus yra didžiausias procentas (nesilankė 23,5 %) lyginant su Danija ir Olandija. Danijoje per paskutiniuosius metus į gydytojus nesikreipė 22 % respondentų, Olandijoje – 19,1 %. Iš Lietuvoje apklaustų respondentų mažiausia dalis turėjo per paskutiniuosius 12 mėn. gulėti ligoninėje ar klinikos stacionare – 84,6 %. Danijoje šiomis paslaugomis naudojosi 88,8 %, Olandijoje – 87,9 %. Šių trijų valstybių vidurkiai statistiškai reikšmingai skiriasi (Kruskal Wallis Test,  $p=0,004$ ). Galima daryti prielaidą, kad Lietuvos gyventojai savo sveikatos problemas linkę spręsti patys, o nepasitelkiant specialistų pagalbos. Taip pat galimas alternatyviosios medicinos pasitelkimas ligų gydymui ir sveikatos gerinimui. Bartuškaitė, Butkevičienė (2013, 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 vienkiamų gyventojai.

Analizuojant sveikatos priežiūros sistemos prieinamumą, svarbu yra matyti kokios priežastys lemia negalėjimą pasinaudoti teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Analizuojamos kliūtys priėjimui prie teikiamų paslaugų yra finansinės (pacientas negalėjo susimokėti už gydymą), organizacinio pobūdžio (negalėjo atsiprašyti iš darbo, neprieinamas gyvenamojoje aplinkoje,

laukiančiųjų eilė buvo per ilga). Visose trijose valstybėse yra gyventojų, kuriems egzistuoja įvardintos kliūtys, tačiau skaičiai neviršija 10 %. Didžiausia kliūtis Lietuvoje įvardijama, kad norint gauti sveikatos priežiūros paslaugas reikia išlaukti eilę, kuri penktadaliui respondentų yra per ilga. Tai yra kliūtis, dėl kurios yra nesuteikiamas gydymas. Tai gali pasireikšti dėl per didelio pacientų skaičiaus sveikatos priežiūros įstaigoje arba per mažo specialistų skaičiaus.

**13 lentelė. Priežastys, dėl kurių neprieinamos sveikatos priežiūros paslaugos (%)**

	<i>Q20a. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes negalėjote už jį susimokėti?</i>		<i>Q20b. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes negalėjote tuo metu atsiprašyti iš darbo arba turėjote kitų įsipareigojimų?</i>		<i>Q20c. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes Jums reikalingas gydymas nebuvo prieinamas ten, kur gyvenate ar netoliese?</i>		<i>Q20d. Ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo atsitikę taip, kad Jums nebuvo suteiktas reikalingas gydymas, nes laukiančiųjų eilė buvo per ilga?</i>	
	<b>Taip</b>	<b>Ne</b>	<b>Taip</b>	<b>Ne</b>	<b>Taip</b>	<b>Ne</b>	<b>Taip</b>	<b>Ne</b>
<b>Danija</b>	9.8	90.2	7.3	92.7	5	95	9.4	90.6
<b>Lietuva</b>	9.5	90.5	8.4	91.6	8.8	91.2	<b>20.2</b>	<b>79.8</b>
<b>Olandija</b>	2.8	97.2	2.8	97.2	2.2	97.8	4.2	95.8

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, kuomet 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: labiausiai tikima, kad gali sulaukti gydymo iš pasirinkto gydytojo – 53,7 %, o 68,7 % tiki geriausio gydymo šalyje galimybe. Tikėjimą galimybe gauti pasirinkto gydytojo gydymą Lietuvoje ir Olandijoje gali sąlygoti laisvas pacientų pasirinkimas paslaugų teikėjų rinkoje.

Gydytojo pasirinkimo galimybes gali riboti gyvenamoji vieta, kadangi mažesnėse gyvenvietėse nėra daug sveikatos priežiūros įstaigų, dažniausiai gali nebūti alternatyvų pasirinkimui. Taip pat dėl susisiekimo gali kilti kliūčių, nes ne kiekvienas turi transporto priemonę ar vairavimo teises, viešasis transportas nevažiuoja arba važiuoja retai. Tačiau analizuojant ar gyvenamoji vieta turi įtakos tyrime dalyvavusių respondentų nuomonei nepastebėta.

### 3. 6. Asmeninė atsakomybė dėl sveikatos būklės

Dažnai visuomenėje žmonės linkę kritikuoti kitus, vertinti visa, kas yra aplink, tačiau kiek visuomenė yra linkusi pati inicijuoti veiklas, kurios padeda pasiekti tam tikrų rezultatų. Verta analizuoti, ar tyrinėjant sveikatos priežiūros sistemų subjektyvų vertinimą, respondentai linkę laukti pagalbos iš aplinkos, ar ir patys stengiasi sau padėti. Taip pat aktualu tyrinėti, kaip besirūpinantieji savo sveikata linkę vertinti sveikatos priežiūros sistemą.

**14 lentelė. Respondentų žalingi įpročiai. Rūkymas**

	<b>Danija (N 1373)</b>	<b>Lietuva (N 1182)</b>	<b>Olandija (N 1442)</b>
<b>Nerūkau ir niekada nerūkiu</b>	46.6%	55.4%	40.7%
<b>Nerūkau, tačiau rūkiu anksčiau</b>	31.9%	17.3%	41.3%
<b>Rūkau</b>	21.5%	27.3%	18.0%

\* Q24. Ar rūkote cigaretes, ir jei taip, kiek jų apytiksliai surūkote per dieną? Respondentams buvo pateikti 7 atsakymo variantai. Lentelėje pateikiami duomenys apjungiant 3 – 7 atsakymo variantus į „Rūkau“.

Analizuojama, kiek pasirinktose šalyse paplitęs žalingų įpročių vartojimas. Analizuojant rūkymo tendencijas, pastebima, kad daugiausiai nerūkančių respondentų yra Olandijoje – 82 %, iš jų 41,3 % yra rūkusių anksčiau. Danijoje iš viso nerūko 78,5 %, o Lietuvoje – 72,7 %. Gauti rezultatai rodo, kad rūkančiųjų Danijoje ir Lietuvoje yra apie ketvirtadalį respondentų, o Olandijoje mažiau nei penktadalis.

Pastebima, kad Olandijoje taip pat daugiausiai respondentų yra, kurie niekada nevartoja alkoholinių gėrimų. Iš viso nevartojančių alkoholio Olandijoje yra beveik pusė respondentų. Danijoje ir Lietuvoje maždaug trys ketvirtadaliai respondentų visai nevartoja alkoholio, vartoja kartą ar kelis kartus per mėnesį. Taigi, galima teigti, kad analizuojamose valstybėse nepastebima didelių išskirtinimų žalingų įpročių vartojime.

**15 lentelė. Alkoholio vartojimas ir sveikos gyvensenos propagavimas**

	<b>Alkoholio vartojimas</b>			<b>Fizinė veikla</b>			<b>Vaisių ir daržovių vartojimas</b>		
	<b>Danija (N 1376)</b>	<b>Lietuva (N 1157)</b>	<b>Olandija (N 1445)</b>	<b>Danija (N 1349)</b>	<b>Lietuva (N 1131)</b>	<b>Olandija (N 1422)</b>	<b>Danija (N 1383)</b>	<b>Lietuva (N 1162)</b>	<b>Olandija (N 1441)</b>
<b>Niekada</b>	34.4%	34.2%	49.2%	7.6%	27.9%	15.7%	0.5%	0.2%	0.7%
<b>Kartą per mėnesį ar rečiau</b>	40.3%	43.0%	22.4%	12.2%	17.6%	7.6%	1.9%	4.7%	1.2%
<b>Keletą kartų per mėnesį</b>	19.2%	17.5%	16.9%	22.2%	16.6%	19.7%	7.8%	14.5%	3.1%
<b>Keletą kartų per savaitę</b>	4.2%	4.8%	8.9%	41.6%	22.9%	40.7%	28.0%	44.7%	24.5%
<b>Kasdien</b>	1.9%	0.5%	2.7%	16.5%	15.0%	16.3%	61.8%	35.9%	70.4%

Analizuojant ar respondentai stengiasi užsiimti fizine veikla, pastebima, kad Danijoje ir Olandijoje daugiau nei pusė respondentų kasdien, arba kelis kartus per savaitę užsiima fizine veikla. Kita vertus Lietuvoje užsiimančių dažna fizine veikla yra gerokai mažiau – 37,9 %. Vaisiu ir daržoves savo racione kasdien arba kelis kartus per savaitę daugiausiai naudoja Olandai - beveik 95 % respondentų, Danijoje beveik 90 %, o Lietuvoje 80 %.

**16 lentelė. Žalingų įpročių ir sveikos gyvensenos ryšys su sveikatos būklės vertinimu**

	<b>p</b>	<b>Spearman's rho</b>
<b>Rūkymas</b>	0.000	0.101**
<b>Alkoholio vartojimas</b>	0.000	-0.050**
<b>Fizinė veikla</b>	0.000	-0.242**
<b>Sveika mityba</b>	0.000	-0.191**

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed)

Nagrinėjama ar egzistuoja koreliacija tarp sveikatos būklės vertinimo ir respondentų rūkymo ar nerūkymo, alkoholio vartojimo ar nevartojimo, užsiėmimo ar neužsiėmimo fizine veikla, vaisių ir daržovių naudojimo savo racione. Stipriausias ryšys pastebimas tarp sveikatos ir užsiėmimo fizine veikla (Spearman's rho=-0,242, p=0,000). Kuo intensyviau respondentai užsiima fizine veikla bent 20 minučių taip, kad suprakaituoja ar ima kvėpuoti intensyviau, tuo savo sveikatą yra linkę vertinti geriau. Taip pat vienas iš statistiškai reikšmingai stipresnių ryšių pastebimas tarp sveikos mitybos, t. y. vaisių ir daržovių vartojimo, ir sveikatos vertinimo (Spearman's rho=-0,191). Tarp kitų kintamųjų stipraus ryšio nepastebėta.

### **3. 7. Gyventojų požiūrių į sveikatos priežiūros sistemas Lietuvoje, Olandijoje ir Danijoje lyginamoji analizė**

Analizuojant gautus rezultatus pastebima, kad Lietuvoje aukšti rezultatai vertinant gaunamas sveikatos priežiūros paslaugas. Per paskutiniuosius metus daugiau nei 90 % gavo reikiamas paslaugas, neatsižvelgiant į gyvenamąją vietą ir paslaugų kainą ir šiek tiek mažiau paslaugų buvo suteikta, dėl to, kad buvo ilgos laukiančiųjų eilės. Lietuvos gyventojai vidutiniškai vertina savo sveikatos būklę, kuri įtakoja laimingumo kriterijus. Šie vertinami taip pat vidutiniškai.

Pastebėta, kad Lietuvos visuomenė neišreiškia labai aukšto pasitikėjimo sveikatos priežiūros sistema ir gydytojais. Yra pagrindo teigti, kad šiems vertinimams įtakos turi pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema, kurio įvertinimas prastesnis nei vidutiniškas, įvardijamas prastas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir gan 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 – paciento

santykiai. Labai didelė dalis Lietuvos gyventojų mano, kad gydytojams labiau rūpi uždarbis nei pacientai. Tai negatyvios nuostatos, kurios stipriai įtakoja pasitikėjimą gydytojais.

**17 lentelė. Visuomenės požiūrių į sveikatos priežiūros sistemą rodikliai**

Rodiklis	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 (nepritaria, labai nepritaria)	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%	68.70%
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



Vertinant Lietuvos gyventojų gyvenimos ypatumus, pastebima, kad mažai laiko skiriama fizinei veiklai, tačiau populiarī sveika mityba, t. y. vartoja daug šviežių vaisių ir daržovių, nemažas nerūkančių ir nevartojančių alkoholio skaičius.

Danijoje pastebimi gan aukšti 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 laimingais. Atkreipiant dėmesį į nuomones apie paslaugas matoma, kad Danijoje yra itin mažai kliūčių, trukdančių gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, bei yra patenkinti gydytojo priežiūra. Dauguma Danijos gyventojų tiki, kad ligos atveju 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 labiau orientuojasi į uždarbį, o ne į pacientą, tačiau, Danijos vertinimai yra gerokai aukštesni nei Lietuvoje. Gydytojo pasirinkimo galimybė Danijoje vertinama gan prastai. Visuomenė mano, kad prireikus jiems nebus galimybės gauti pasirinkto gydytojo gydymo. Dauguma danų jaučia atsakomybę dėl savo sveikatos ir rūpinasi ja. Labai daug yra nerūkančių ir nevengiančių sveikos mitybos, šiek tiek mažiau yra nevartojančių alkoholio ir užsiimančių fizine veikla. Tokios pat gyvenimos 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. Aukštas pasitenkinimas sistema lemia stiprų pasitikėjimą ja. Taip pat olandai savo sveikatą vertinti labai gerai, tai lemia aukštą pasitenkinimą gyvenimu.

Gyventojų nuomone, Olandijoje silpnų grandžių sistemoje nepastebėta. Egzistuoja stiprus pasitikėjimas gydytojais, aukštas pasitenkinimas gydytojo gydymu, didžiajai šalies gyventojų daliai 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 yra veikianti labai gerai. Kiek daugiau dėmesio reikėtų skirti paslaugų prieinamumui ir kokybei.

## IŠVADOS

- Sveikata apibrėžiama kaip viena iš didžiausių žmogaus vertybių. Jos būklė daugeliu atvejų lemia individo gyvenimo kokybę. Sveikatos būklė priklauso nuo asmeninio rūpinimosi sveikata bei valstybės pagalba palaikant gerą sveikatos būklę. Sveikatos priežiūra šalyse vykdoma taikant skirtingus sveikatos priežiūros sistemos modelius. Europoje šiandieninėje visuomenėje yra veikiantys du modeliai: Beveridžo arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis ir Bismarko arba socialinio draudimo modelis.
- 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 europietišką modelių bruožus. Danijoje veikia Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis. 2007 metais Danijoje buvo vykdoma struktūrinė sistemos reforma. Olandijai būdinga Bismarko sistema, kurioje pagrindinis akcentas yra socialinis draudimas. Olandijoje taip pat įgyvendinamos reformos: 2006 metais pertvarkoma sveikatos draudimo sistema.
- Gyventojų požiūrių į sveikatos priežiūros sistemas analizei naudojami tarptautinio tyrimo ISSP “Sveikata” duomenys. Pasirinktas tyrimas duoda priegą lyginti skirtingas valstybes pagal vienodus kriterijus. Tyrimui pasirinktas kiekybinės antrinės duomenų analizės metodas. Iš tyrimo klausimyno atsirinkti klausimai ir suskirstyti į temas: bendras sveikatos ir laimės vertinimas, pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema, nuostatos apie valstybės funkcijas sveikatos priežiūros sistemoje, požiūriai į gydytojo vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje, paslaugų prieinamumas ir kokybė, asmeninė atsakomybė dėl sveikatos.
- Tyrimo rezultatai atskleidė, 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.
- Nustatyta, kad pasitenkinimui sveikatos priežiūros sistema turi įtakos finansavimas iš valstybės. Respondentai iš valstybės tikisi visapusiškos apsaugos, o ne tik būtiniausių 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, bei gyventojai yra labai patenkinti gydytojų teikiamu gydymu.

- Bendrai apžvelgiant pasitenkinimą paslaugomis didelių išskirtinimų nepastebėta. Tačiau pastebimas sveikatos priežiūros paslaugų paklausos ir pasiūlos neatitikimas Lietuvoje. Penktadalis respondentų įvardija, kad nepavyksta gauti sveikatos priežiūros paslaugų dėl per didelių eilių. Nors rezultatai rodo, kad didžioji dalis gyventojų gavo reikiamas paslaugas kiekvienoje iš valstybių, tačiau Lietuvoje gyventojai mano, kad egzistuoja prastas prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų ir ne visiems gyventojams jos yra prieinamos.
- Lyginant Lietuvos, Danijos ir Olandijos pasitenkinimo sveikatos priežiūros sistemomis rezultatus ir juos įtakojančius veiksnius verta atkreipti dėmesį, kad iš esmės nėra skirtumo, kuris sveikatos sistemos modelis taikomas. Svarbiausia, kad sistema būtų tviri ir stabili. Tiek Olandijos, tiek Danijos sveikatos priežiūros sistemos vertinamos aukštais balais, nors sveikatos priežiūros sistemos modeliai yra skirtingi.

## REKOMENDACIJOS

1. Viena iš pagrindinių rekomendacijų Lietuvos valstybei yra stabilizuoti sveikatos priežiūros sistemą. Tyrimas parodė, kad nesvarbu, koku teoriniu modeliu remiasi sveikatos priežiūros sistemos valdymas: tiek Bismarko, tiek Beveridžo sveikatos priežiūros sistema yra vertinamos palankiai. Lietuvoje keletą dešimtmečių sveikatos priežiūros sistema yra reformų laikotarpyje, tad reikėtų priėti prie stabilios ir nesikeičiančios struktūros.
2. Sveikatos priežiūros teikėjams reikėtų labiau orientuotis į tai koks poreikis yra tam tikroms paslaugoms. Reikėtų pasirūpinti didesniu kiekiu atitinkamos srities sveikatos priežiūros specialistų ar gydytojų, kuriems poreikis yra didesnis nei įprasta. Tai sumažintų ilgas laukiančiųjų eiles ir pagerintų paslaugų prieinamumą.
3. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams rekomenduojama gerinti norimo gydytojo pasirinkimo sąlygas. Tai sudarytų galimybę konkuruoti gydytojams, dėl ko gerėtų priežiūros kokybė. Visuomenėje pasikeistų nuostatos apie galimybę gauti geriausią gydymą šalyje.
4. Gydytojams rekomenduojama daugiau dėmesio skirti pacientui, atidžiau išklausti nusiskundimus, įsigilinti į paciento problemas, nuosekliai ir aiškiai paaiškinti apie susirgimus bei aptarti visas gydymosi alternatyvas.

## LITERATŪRA

1. Banaitytė, K. (2012). *Asmens sveikatos priežiūros finansavimo modelių analizė*. Magistro darbas: socialiniai mokslai, ekonomika. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas.
2. Bartuškaitė, M., Butkevičienė, E., (2013). Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 1, p. 94 – 107.
3. Butkevičienė, E., Vaicekauskaitė, A., (2013). *Antrinė kiekybinių duomenų analizė*. [žiūrėta 2014 11 27] Prieiga per internetą <[http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/kiek2/kiek2.html&course\\_file=kiek2\\_1\\_2.html](http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/kiek2/kiek2.html&course_file=kiek2_1_2.html)>
4. Černiauskas, G., Jankauskienė, D., Murauskienė, L., (1998). Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir socialinis draudimas Reng. Buivydas, R., *Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva Vokietija.*, p. 16 – 29. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
5. Černiauskas, G., Murauskienė, L. (2000). Health Care Systems in Transition. Lithuania. [žiūrėta 2014 11 05] Prieiga per internetą: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/95127/E69920.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95127/E69920.pdf?ua=1)>
6. Europos sveikatos apsaugos paslaugų vartotojų indeksas (2013). [Žiūrėta 2014 11 17]. Prieiga per internetą: <<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf>>
7. Exter, A., Hermans, H., Dosljakm M., Busse, R. (2004). *Health care systems in transition: Netherlands*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
8. Furmanavičius, T. (2001). Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje. *Biomedicina*, 2, 128 – 132.
9. Goštautaitė, B., Jankauskienė, D., Išganaitis, V., (2011). *Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe ir prieinamumu analizė (I dalis)*. Vilnius: UAB „Socialinės informacijos centras“, UAB „Europos tyrimai“.
10. Grabauskas, V., Klumbienė, J., Petkevičienė J, et al. (2013). *Suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas 2012*. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Medicinos akademija.
11. ISSP 2011 – Health and Health care. [Žiūrėta 2011 11 10]. Prieiga per internetą: <<http://www.gesis.org/en/issp/issp-modules-profiles/health/2011/>>

12. Jankauskienė, D., Pečiūra, R., (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Riomerio universiteto leidybos centras.
13. Janušauskaitė, G. (2008). Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės. *Filosofija. Sociologija. Nr. 4*, p. 34-44.
14. Janušonis, V., (2011). Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai. *Socialiniai mokslai*, Nr. 4, p. 5 – 11.
15. Janušonis, V., Popovienė, J., (2004). *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose. Monografija*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla - spaustuvė.
16. Jovarauskienė, D. (2014). *Asmens sveikatos priežiūros lėšų surinkimo sistemos modelis*. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, ekonomika (04S). Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
17. Jungtinių Tautų duomenų bazė. Prieiga per: <http://hdr.undp.org/en/data>
18. Juozaitytė, S. (2010). *Privalomojo ir papildomojo sveikatos draudimo sąveika tobulinant sveikatos draudimo sistemos finansavimą Lietuvoje*. Magistro darbas: socialiniai mokslai, vadyba ir verslo administravimas. Kaunas, Lietuvos žemės ūkio universitetas.
19. Juozulynas, A., Čeremnych, E., Kurtinaitis, J., et al. (2005). Gyvenimo kokybė ir sveikata. *Socialiniai mokslai*, Nr. 1, p. 71 – 74.
20. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelā, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa.
21. Kaminskas, R., Peičius, E., (2005). Gydytojo – paciento santykių sociologiniai ir etiniai aspektai. *Filosofija. Sociologija.*, Nr. 4, p. 62 – 69.
22. Krupavičius, Algis 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 per internetą: <[www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238)>
23. Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Naujokaitė, I., (2007). *Sociologija ir sveikatos priežiūros sistemos paslaugų vartotojas*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
24. Leonavičius, V., Plieskis, M., Petrauskienė, J., (2003). Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, Nr. 1, p. 93 – 101.
25. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas Nr. I-1555. *Žin.*, 1996, Nr. 102-2313, 2004, Nr. IX-2148.

26. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo“.
27. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, (2014). Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/Misija46>
28. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367. *Žin.*, 1996, Nr. 66-1572, 1998, Nr. VIII-940.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552. *Žin.*, 1994, Nr. 63-1231, 1998, Nr. VIII-946.
30. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas Nr. IX-886. *Žin.*, 2002, Nr. 56-2225.
31. Milaševičiūtė, V., Pukelienė, V., Vilkas, E. (2006). Indeksas gyvenimo kokybei matuoti: analizė, vertinimas ir tyrimas Lietuvos atveju. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Nr. 39, p. 161 – 178.
32. Murauskienė, L., Janonienė, R., Veniute, M., van Ginneken, E., Karanikolas, M. (2013). *Lithuania: health system review. Health Systems in Transition*. Nr. 15(2), p. 1–150.
33. Obcarskienė, R., Kazakova, V., Marcikonytė R. (2013). *Valstybinio audito ataskaita: ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?* Vilnius: Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė.
34. Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A, Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. (2012). *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*, Nr. 14 (2), p. 1–192.
35. Padaiga, Ž., Tarvydienė, N., Strička, M. et al. (2011). *Projekto ataskaita: Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, kurios gali būti paskirtos savarankiškajai savivaldybės funkcijai, nomenklatūros ir minimalių normatyvų projekto parengimas*. Vilnius: UAB E-sveikata.
36. Pasaulio banko duomenų bazė. Peržiūrėta 2015, sausio 3 d, adresu <http://data.worldbank.org>.
37. Patašienė, R., Strazdienė, D., Žaltauskienė, N., (2013). *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai*, Nr. 3, p. 412 – 423).
38. Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. and van Ginneken, E. (2010). *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition*. Nr. 12 (1), p. 1 – 229.
39. Sidabraitė, S. (2006). *Sveikatos draudimo sistema ir jos tobulinimas*. Magistro darbas: socialiniai mokslai, vadyba ir verslo administravimas. Kaunas: Lietuvos žemės ūkio universitetas.

40. Sodra (2009). *Istorija*. [Žiūrėta 2014 11 08]. Prieiga per internetą: <<http://sena.sodra.lt/index.php?cid=2303>>.
41. Strandberg-Larsen, M, Nielsen, MB, Vallgård, S, Krasnik, A, Vrangbæk, K and Mossialos, E. (2007). *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*. Nr. 9 (6), p. 1–164.
42. Stravinskas, T. (2000). *Ekonominio asmens sveikatos priežiūros modelio plėtotė Lietuvoje*. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, ekonomika (04S). Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
43. Švagždienė, B., Bradauskienė, K., Perkūmienė, D., Čepienė, K. (2011). Lietuvos ir Vokietijos sveikatos draudimo lyginamoji analizė. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1 (21), 124 – 134.
44. Tamulienė, I., Černiauskaitė, I., Sruogaitė, A. (2011). Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai. *Kultūra ir visuomenė*, 2 (1), p. 95 – 110.
45. Tanner, M., (2008). The Grass is not always greener. A Look at National Health Care Systems Around the World. *Policy Analysis*, Nr. 613, p. 1 – 48.
46. Vrangbaek, K., (2013). The Danish Health Care System. *International profiles or Health Care Systems 2013*, 1, p. 28 – 36.
47. Westert, G., Wammes, J., (2013). The Dutch Health Care System. *International profiles or Health Care Systems 2013*, 1, p. 85 – 94.



## PRIEDAI

### Q1. VERTINDAMI SAVO GYVENIMĄ PASTARUOJU METU PASAKYKITE, AR, APSKRITAI, ESATE LAIMINGA(S) AR NELAIMINGA(S)?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1. Visiškai laimingas/a                 | 5. Šiek tiek laimingas/a           |
| 2. Labai laimingas/a                    | 6. Labai nelaimingas/a             |
| 3. Šiek tiek laimingas/a                | 7. Visiškai nelaimingas/a          |
| 4. Nei nelaimingas/a, nei nelaimingas/a | 98. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i> |

### Q2b. APSKRITAI, AR PASITIKITE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMA?

- |                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1. Visiškai pasitikiu  | 4. Labai mažai pasitikiu          |
| 2. Labai pasitikiu     | 5. Visiškai nepasitikiu           |
| 3. Šiek tiek pasitikiu | 6. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i> |

### Q3. APSKRITAI, AR MANOTE, KAD SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMAI.....?

- |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nereikia pokyčių         | 4. Ją reikia visiškai pakeisti    |
| 2. Reikia šiek tiek pokyčių | 8. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i> |
| 3. Reikia daug pokyčių      |                                   |

### Q6. PRITARIATE AR NEPRITARIATE ŠIEMS TEIGINIAMS?

	Labai pritariu	Pritariu	Nei pritariu, nei nepritariu	Nepritariu	Labai nepritariu	<i>Nežinau, sunku pasakyti</i>
a. Per ateinančius kelerius metus Lietuvos sveikatos priežiūros sistema taps geresnė	1	2	3	4	5	8
b. Žmonės naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis daugiau nei reikėtų	1	2	3	4	5	8
c. Valdžia turėtų teikti tik būtiniausias sveikatos priežiūros paslaugas	1	2	3	4	5	8
d. Apskritai, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema yra neefektyvi	1	2	3	4	5	8

### Q7. AR NORIAI MOKĖTUMĖTE DIDESNIUS MOKESČIUS, JEI DĖL TO PAKILTŲ VISŲ ŽMONIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS LYGIS ŠALYJE?

- |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Labai noriai             | 4. Gana nenoriai                  |
| 2. Gana noriai              | 5. Labai nenoriai                 |
| 3. Nei noriai, nei nenoriai | 8. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i> |

**Q8. PRITARIATE AR NEPRITARIATE, KAD VALSTYBĖ FINANSUOTŲ...?**

	<b>Labai pritariu</b>	<b>Pritariu</b>	<b>Nei pritariu, nei nepritariu</b>	<b>Nepritariu</b>	<b>Labai nepritariu</b>	<i>Nežinau, sunku pasakyti</i>
a.Profilaktinius medicininius patikrinimus	1	2	3	4	5	8
b.ŽIV/AIDS gydymą	1	2	3	4	5	8
c.Prevenčines nutukimo programas	1	2	3	4	5	8
d.Organų persodinimą	1	2	3	4	5	8

**Q10. JŪSŲ NUOMONE, KOKIAI DALIAI ŽMONIŲ ŠALYJE NĖRA PRIEINAMOS JIEMS REIKALINGOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS?**

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Visiems prieinamos            | 3. Tam tikrai daliai              |
| 2. Labai mažai daliai prieinamos | 4. Daugeliui neprieinamos         |
|                                  | 8. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i> |

**Q16. APSKRITAI AR PRITARIATE AR NEPRITARIATE ŠIEMS TEIGINIAMS APIE LIETUVOS ĮVYKIUS?**

	<b>Labai pritariu</b>	<b>Pritariu</b>	<b>Nei pritariu, nei nepritariu</b>	<b>Nepritariu</b>	<b>Labai nepritariu</b>	<i>Nežinau, sunku pasakyti</i>
a.Iš esmės gydytojais galima pasitikėti	1	2	3	4	5	8
b.Gydytojai su savo pacientais aptaria visus gydymo būdus	1	2	3	4	5	8
c.Gydytojų kvalifikacija nėra tokia gera, kokia turėtų būti	1	2	3	4	5	8
d.Gydytojams labiau rūpi uždarbis nei pacientai	1	2	3	4	5	8
e.Gydytojai paprastai informuoja savo pacientus, jei gydymo metu padaro klaidą	1	2	3	4	5	8



**Q23a. AR BUVOTE PATENKINTAS, -A AR NEPATENKINTAS, -A TUO, KAIP JUS GYDĖ, KAI PASKUTINĮ KARTĄ LANKĖTĖS PAS GYDYTOJĄ?**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1. Visiškai patenkintas/a                 | 5. Gana nepatenkintas/a            |
| 2. Labai patenkintas/a                    | 6. Labai nepatenkintas/a           |
| 3. Gana patenkintas/a                     | 7. Visiškai nepatenkintas/a        |
| 4. Nei patenkintas/a, nei nepatenkintas/a | 98. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i> |

**Q24. AR RŪKOTE CIGARETES, IR JEI TAIP, KIEK JŲ APYTIKSLIAI SURŪKOTE PER DIENĄ?**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. Nerūkau ir niekada nerūkiu       | 5. Surūkau 11-20 cigarečių per dieną          |
| 2. Nerūkau, tačiau rūkiu anksčiau   | 6. Surūkau 21-40 cigarečių per dieną          |
| 3. Surūkau 1-5 cigaretes per dieną  | 7. Surūkau daugiau nei 40 cigarečių per dieną |
| 4. Surūkau 6-10 cigarečių per dieną | 98. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i>            |

**Q25a-25c. AR DAŽNAI JŪS.....?**

	Niekada	Kartą per mėnesį ar rečiau	Keletą kartų per mėnesį	Keletą kartų per savaitę	Niekada	<i>Nežinau, sunku pasakyti</i>
a. Per dieną išgeriate 4-s ar daugiau alkoholinių gėrimų vienetus, pvz. 4 ar daugiau taureles (50 g) stipraus alkoholinio gėrimo, 4 ar daugiau taures (150 g) vyno, 4 ar daugiau bokalus (500 g) alaus ir pan.?	1	2	3	4	5	8
b. Ar dažnai Jūs užsiimate fizine veikla bent 20 minučių taip, kad suprakaituojate ar imate kvėpuoti intensyviau nei įprastai?	1	2	3	4	5	8
c. Ar dažnai Jūs valgote šviežių vaisių ar daržovių?	1	2	3	4	5	8

**Q26. AR JŪSŲ SVEIKATA APSKRITAI YRA...**

- |               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| 1. Puiki      | 4. Nebloga                        |
| 2. Labai gera | 5. Prasta                         |
| 3. Gera       | 8. <i>Nežinau, sunku pasakyti</i> |

**JŪSŲ LYTIS?**

1. Vyras
2. Moteris

**KAIP JŪS APIBŪDINTUMĖTE VIETOVĖ, KURIOJE GYVENATE?**

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1. Didmiestis                               | 4. Kaimas                        |
| 2. Didmiesčio priemiestis arba<br>pakraštys | 5. Vienkiemis arba atskiras ūkis |
| 3. Miestas arba miestelis                   | 9. <i>Nėra atsakymo.</i>         |

