

Vilniaus universitetas
TARPTAUTINIŲ SANTYKIŲ IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

POLITIKOS MOKSLŲ BAKALAURO PROGRAMA

KRISTINA MALŪKAITĖ

IV kurso studentė

**INSTITUCINIO PASITIKĖJIMO NACIONALINE SVEIKATOS APSAUGOS
SISTEMA VEIKSNIAI VIDURIO IR RYTŲ EUROPOS REGIONE**

BAKALAURO DARBAS

Darbo vadovas: L. Gudžinskas

Vilnius, 2017

BIBLIOGRAFINIO APRAŠO LAPAS

Malūkaitė K. Institucinio pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema veiksniai Vidurio ir Rytų Europos regione: Politikos mokslų specialybės, bakalauro darbas / VU Tarptautinių santykių ir politikos mokslų institutas; darbo vadovas L. Gudžinskas. – V., 2017. – 52 p.

Reikšminiai žodžiai: institucinio ir tarpasmeninio pasitikėjimo ryšys, institucinis pasitikėjimas, pasitikėjimas ir valdymo kokybė institucinio pasitikėjimo veiksniai, pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema.

Šiame darbe nagrinėjmi institucinio pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema veiksniai Vidurio ir Rytų Europos regione, pasitelkiant Newton ir Norris apibendrintas pasitikėjimo aiškinimo teoremas: socialinę-psichologinę, kultūrinę bei rezultatais grįstą. Tyrimas paremtas 2013/2014 m. statistiniais duomenimis surinktais iš Europos socialinės apklausos, Pasaulio banko, Quality of Government, Transparency International, Eurostat, Eurobarometer ir Health Consumer Powerhouse. Darbe pateikiama trumpa pasitikėjimo ir institucinio pasitikėjimo apibrėžimų apžvalga, pristatomi kitų empirinių tyrimų rezultatai ir prielaidos.

Empirinėje dalyje atlikta tiek agreguot lygmens, tiek individualaus lygmens analizė. Priklausomas kintamasis – pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema, išreikštas per subjektyviai vertinamą gaunamų paslaugų kokybę ir pasitenkinimą. Nepriklausomi kintamieji sugrupuoti remiantis Newton ir Norris aptartomis teorijomis.

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

Patvirtinu, kad įteikiamas darbas: *institucinio pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema veiksniai Vidurio ir Rytų Europos regione* yra:

1. Atliktas mano pačios ir nėra pateiktas kitam kursui šiame ar ankstesniuose semestruose;
2. Nebuvo naudotas kitame Institute/Universitete Lietuvoje ir užsienyje;
3. Nenaudoja šaltinių, kurie nėra nurodyti darbe, ir pateikia visą panaudotos literatūros sąrašą.

Kristina Malūkaitė

SANTRUMPOS

ANOVA – vienkryptė dispersinė analizė

BVP – Bendrasis vidaus produktas

ES – Europos Sąjunga

HDI – *human development index* – žmogaus išsivystymo indeksas

ICRG – *Indicator of quality of Government* – Vyriausybės darbo kokybės indikatorius

IHDI – *Income adjusted human development index* – žmogaus išsivystimo indeksas atsižvelgiant į pajamų nelygybę

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

SEC – Sveikatos ekonomikos centras

VRE – Vidurio ir Rytų Europa

ŽPV – žmogaus papildomos virusas

TURINYS

ĮVADAS	5
1. LITERATŪROS APŽVALGA	8
1.1. Pasitikėjimas	8
1.2. Teoriniai modeliai	10
1.3. Hipotezės	12
2. PASITIKĖJIMO SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMA RAIDA VRE	15
3. METODOLOGIJA	19
3.1. Kintamųjų operacionalizacija	21
4. DUOMENŲ ANALIZĖ IR REZULTATŲ APTARIMAS	24
4.1. Agreguto lygmens analizė	24
4.2. Individualaus lygmens analizė	28
IŠVADOS	32
ŠALTINIŲ IR LITERATŪROS SĄRAŠAS	34
PRIEDAI	39
SUMMARY	50

LENTELIŲ SĄRAŠAS

Lentelė 1: Pasitikėjimas nacionaline sveikatos apsaugos sistema VRE, 2009 – 2013 m.	17
Lentelė 2: Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas 2009 ir 2013 m.	19

IVADAS

Norint kurti veiksmingą nacionalinės sveikatos apsaugos sistemą, valžiai būtina užtikrinti aukštą visuomenės pasitikėjimo lygį sveikatos sistema. Taip sudaromos palankios sąlygos glaudžiam sistemos narių bendradarbiavimui – nustatyta tiesioginė priklausomybė tarp glaudaus sveikatossistemos narių bendradarbiavimo ir sveikatos paslaugų kokybės. Bet kuri valstybinė sistema, kuriai visuomenė išreiškia aukštą pasitikėjimo lygį, kuria didesnę socialinę vertę. Tai taikoma ir nacionalinei sveikatos apsaugos institucijai, nes ji atsakinga ne vien už visuomenės sveikatą,¹ bet, kaip ir visos kitos politinės bei socialinės institucijos, kuria ir diegia normas, kurios formuoja žmonių elgesį, ir taip tampa pagrindu stiprinti bendrą žmonių tarpusavio pasitikėjimą.²

Aukštas pasitikėjimo lygis šalies sveikatos apsaugos sistema mokslininkų taip pat siejamas su pacientų geresniu savo fizinės ir psichologinės sveikatos vertinimu,³ mažėjančiu priimamojo skyriaus apsilankymų skaičiumi, didesniu pacientų skaičiumi, sutinkančių vartoti antiretrovirusinius medikamentus,⁴ didesniu noru tapti organų donorais,⁵ palankesniu požiūriu į skiepus (pavyzdžiui, žmogaus papildomos viruso (ŽPV)).⁶ Tuo tarpu žemas pasitikėjimo lygis siejamas su krentančiu pacientų pasitenkinimu sveikatos apsaugos sistemos teikiamų paslaugų kokybe,⁷ dažnu gydytojų keitimu ir nepasitikėjimu pirminėmis diagnozėmis, o tai pratęsia sveikimo periodą.⁸

Calnan ir Sanford Didžiojoje Britanijoje atlikto empirinio tyrimo metu nustatė, kad nors pasitikėjimas gydytojais vis dar išlieka aukštas, pasitikėjimas pačia sveikatos apsaugos sistema (administracija, vadybininkais ir organizavimu) krenta.⁹ Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV)

¹ Lucy Gilson, „Trust in Health Care: Theoretical Perspectives and Research Needs.” *Journal of Health Organization and Management*, 20, 2006, 359–375.

² Eric M. Uslaner, „Trust as a Moral Value.” Pranešimas konferencijoje „Social Capital: Interdisciplinary Perspectives”, Exeter Universitetas, Didžioji Britanija, rugsėjo 15-20, 2001.

³ Mohabbat Mohseni ir Martin Lindstrom, „Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study.” *Social science & medicine* 64(7), 2007, 1373-1383.

⁴ Kathryn Whetten et al, „Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use.” *American Journal of Public Health* 96(4), 2006, 716-721.

⁵ Loyd Boulware et al, „Understanding disparities in donor behavior: race and gender differences in willingness to donate blood and cadaveric organs.” *Medical care*, 2002.

⁶ Laura Marlow, Jo Waller ir Jane Wardle, „Trust and experience as predictors of HPV vaccine acceptance.” *Human vaccines* 3(5), 2007, 171-175.

⁷ Thomas LaVeist, Kim Nickerson ir Janice Bowie, „Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients.” *Medical Care Research and Review* 57(4), 2000, 146-161.

⁸ Beiyao Zheng et al, „Development of a scale to measure patients' trust in health insurers.” *Health service research-Chicago*, 37(1), 2002, 187-202.

⁹ Michael Calnan ir Rosemary Rowe, *Trust matters in health care*. Berkshire: McGraw-Hill Education, 2008.

atlikti tyrimai patvirtino panašias išvadas.¹⁰ Be visa to, šiandien išsivysčiusių šalių sveikatos apsaugos sistemos susiduria ir su kitais iššūkiais. Dėl visuomenės senėjimo sparčiai auga sveikatos apsaugos sistemos teikiamų paslaugų paklausa, o dėl sparčios technologinės pažangos auga visuomenės lūkesčiai dėl sveikatos paslaugų, tai savo ruožtu didina valstybės išlaidas, skirtas padengti medikų rengimo ir naujų medicinos technologijų diegimo kaštus.¹¹ Norint sėkmingai susidoroti su visais šiais iššūkiais ir sklandžiai įgyvendinti reformas, svarbu užtikrinti aukštą visuomenės pasitikėjimą sveikatos apsauga. Todėl pagrindinis šio darbo tikslas – *nustatyti, kokie veiksniai lemia visuomenės pasitikėjimą nacionaline sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje ir Vidurio bei Rytų Europos (VRE) regione*. Identifikavus šiuos veiksnius, galima ieškoti efektyviausių problemos sprendimo būdų.

Iki šiol dauguma atliktų tyrimų pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema tematika daugiausiai dėmesio skyrė paciento-gydytojo santykiams ir tarpusavio pasitikėjimui. Ir, nors atlikta tyrimų, kurie nagrinėja pasitikėjimo reiškinį iš skirtingų perspektyvų ir bando nustatyti veiksnius, kuriančius ir stiprinančius pasitikėjimą, didžioji tyrimų dalis buvo atlikti JAV ir Kanadoje (apie 70 proc. visų tyrimų),¹² o Europoje panašūs tyrimai kol kas atlikti tik Didžiojoje Britanijoje, Nyderlanduose, Vokietijoje.

Šis darbas – tai pirmasis tokio tipo tyrimas atliktas Lietuvoje. Lietuvoje šiai dienai atlikti tik aprašomojo pobūdžio tyrimai, pavyzdžiui sveikatos ekonomikos centro (SEC) direktoriaus Buivvydo pranešimas „Pasitikėjimas sveikatos priežiūra“, kuriame aptariami 1998–2012 m. kasmėnesinės gyventojų nuomonės apklausos rezultatai apie pasitikėjimą institucijomis, analizuojamos pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema tendencijos.¹³ Taip pat 2003 m. atliktas Liubarskienės, Šoliūnienės, Kiliaus, ir Peičiaus tyrimas, kuriuo buvo siekiama nustatyti Kauno ir Alytaus miesto ligoninių pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros organizavimu ir teikiamų paslaugų kokybę.¹⁴ Šiame darbe pateikiama empirinė duomenų analizė prisideda prie detalesnio temos nagrinėjimo Lietuvos ir VRE kontekste, bei suteikia pagrindą tolimesniems kiekybiniais ir kokybiniais institucinio pasitikėjimo veiksnų tyrimams Lietuvoje.

¹⁰ William Ross Campbell, „The sources of institutional trust in East and West Germany: civic culture or economic performance?.” *German Politics* 13(3), 2004, 401-418.

¹¹ Derek Wanless, „*Securing our future health: taking a long-term view*.” London: HM Treasury 16, 2002.

¹² Calnan ir Rowe, 2008.

¹³ Romualdas Buivvydas „Pasitikėjimas sveikatos priežiūra”. Pranešimas konferencijoje „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos”, Mykolo Romerio Universitetas, Vilnius, 2012 spalio 24.

¹⁴ Zita Liubarskienė, Laima Šoliūnienė, Vaidas Kilius, Eimantas Peičius „Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra”. *Medicina* 40(3), 2004, 278-285.

Darbas susideda iš penkių dalių. Pirmoje dalyje pateikiama literatūros analizė ir apžvelgiami ankstesnių pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema tyrimų rezultatai, formuluojamos tyrime tikrinamos hipotezės. Antroje dalyje, remiantis specialaus Eurobarometro duomenimis, apžvelgiamos pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema tendencijos VRE (2009–2013 m.). Trečioje dalyje aptariami tyrime taikyti metodai, ketvirtoje – pateikiami ir aptariami statistinės analizės rezultatai. Skyrius užbaigiamas išvadamis ir pasiūlymais tolimesniems tyrimams.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Pasitikėjimas

Šiandien pasitikėjimas tapo neatsiejama kasdienio gyvenimo dalimi. Jis laikomas natūralia socialinio gyvenimo veikimo būseną, kuri padeda išgyventi šiame pasaulyje, nes kiekviena socialinė veikla susijusi su žmonių požiūriu į pasitikėjimą, o kiekvienos veiklos tikslas pasiekiamas remiantis pasitikėjimu.

Sveikatos apsaugos sistemoje žmonės dažnai turi pasitikėti nepažįstamaisiais. Jiems tenka pasikliauti taisyklėmis ir normomis, priimtomis visuomenėje ir nepriklausančiomis nuo individo asmeninių savybių. Todėl moderniose visuomenėse institucinis pasitikėjimas laikomas svarbiausia dimensija. Sveikatos apsaugos sistemos efektyvumas priklauso nuo to, kiek atskiri individai ir visa visuomenė pasitiki sveikatos priežiūra. Jei šios institucijos funkcionuoja efektyviai, tai paprastai stiprina ir žmonių tarpusavio pasitikėjimą.¹⁵

Pasitikėti sveikatos apsaugos institucija ypač svarbu sergantiems žmonėms, nes tuomet jie gali būti užtikrinti, kad jais bus pasirūpinta. Tik tada, kai tarp sistemos dalyvių egzistuoja pasitikėjimas, nereikalingas nuolatinis budrumo jausmas, baiminantis žalos ir apgaulės.¹⁶ Todėl literatūroje dauguma pasitikėjimo apibrėžimų įkūnija lūkestį, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai turės tinkamas žinias bei įgūdžius ir kad pacientų interesai bus atstovaujami sąžiningai ir teisingai.¹⁷

Sirdeshmukh, Singh ir Sabol pasitikėjimą apibrėžia kaip vartotojo lūkestį, kad paslaugas teikiantis asmuo ar institucija laikysis duotų pažadų.¹⁸ Anderson ir Weitz, teigia, kad pasitikėjimas – tai individo tikėjimas, kad jo poreikiai, bus nesavanaudiškai patenkinti kito individo ar institucijos veiksmų, kurių jie imsis ateityje.¹⁹ Galiausiai, anot Morgan ir Hunt, pasitikėjimas egzistuoja tik tada, kad viena pusė gali pasitikėti kitos veiksmų patikimumu ir vientisumu.²⁰

¹⁵ Dmitry Khodyakov, „Trust as a process: A three-dimensional approach.” *Sociology* 41(1) 2007, 115-132.

¹⁶ Edmund Pellegrino ir David Thomasma, „The virtues in medical practice”. New York: Oxford University Press; 1993.

¹⁷ Huw Davies, „Falling public trust in health services: implications for accountability.” *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 1999, 193-194.

¹⁸ Deepak Sirdeshmukh, Jagdip Singh ir Barry Sabol, „Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges.” *Journal of marketing* 66(1), 2002, 15-37.

¹⁹ Erin Anderson ir Barton Weitz, „Determinants of continuity in conventional industrial channel dyads.” *Marketing science* 8(4)1989, 310-323.

²⁰ Robert M. Morgan ir Shelby D. Hunt, „The commitment-trust theory of relationship marketing.” *The journal of marketing*, 1994, 20-38.

Mokslinėje literatūroje pasitikėjimą sveikatos apsauga bandoma aiškinti savoką skiriant į dvi dimensijas: tarpasmeninę, kurią sudaro ligonio pasitikėjimas savo gydytoju, ir institucinę (arba techninę), atspindinčią bendrą visuomenės pasitikėjimą tam tikra sveikatos apsaugos įstaigos kompetencija, ar visos nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos veiksmingumu.²¹ Krameris tai trumpai apibūdina kaip jausminį ir racionalųjį pasitikėjimo aspektus ir teigia, kad pasitikėjimas kuriamas remiantis racionalių pasirinkimu, kuris padeda atskleisti kitos pusės motyvus bei suteikia pagrindą ateities bendradarbiavimui.²² Tad norint išsiaiškinti, kaip stiprinti pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema, svarbu nustatyti ryšį tarp dviejų šios sąvokos dimensijų: institucinio ir tarpasmeninio pasitikėjimo. Pasitikėjimas šiame darbe apibrėžimas kaip individo ryšys su jo socialinėje aplinkoje veikiančiais individais ir institucijomis, kuriems patikimas vienas ar kitas gyvenimo aspektas, su lūkesčiu, kad nesavanaudiškai bus atsižvelgta į individo poreikius, be tikslo jam pakenkti.

Didžioji dalis literatūros, skirtos pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema analizei, daugiausia dėmesio skiria pacientų–gydytojų tarpusavio pasitikėjimui. Nustatyta, kad pasitikėjimas sveikatos apsauga turi terapinių savybių. Ligoniai, kurie labiau pasitiki savo gydytojais, greičiau sveiksta ir yra lengviau linkę priimti rekomenduojamą gydymą,²³ išreiškia mažiau susirūpinimo dėl gydymo proceso,²⁴ yra labiau linkę laikytis nurodyto gydymo plano.²⁵ Taip pat aukštas pasitikėjimo lygis palengvina priėjimą prie sveikatos paslaugų.²⁶

Pasitikėjimas taip pat siejamas ir su sveikatos paslaugų teikėjų darbo kokybe. Tyrimai rodo, kad pacientų pasitikėjimas sveikatos apsauga – tai paslaugų kokybės ir paciento patirties atitinkamoje institucijoje indikatorius.²⁷ Taip pat egzistuoja stipri koreliacija tarp pasitikėjimo ir paciento pasitenkinimo gautomis paslaugomis.²⁸ Pasitikėjimas taip pat siejamas ir su pacientų

²¹ Zheng et al., 2002

²² Roderick M. Kramer, „Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions.” *Annual review of psychology* 50(1), 1999, 569-598.

²³ Zheng et al., 2002

²⁴ Russell Paul Caterinicchio, „Testing plausible path models of interpersonal trust in patient-physician treatment relationships.” *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 13, 1979, 81-99.

²⁵ Petra Lukoschek, „African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study.” *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 14(4) 2003, 566-587.

²⁶ Rajiv Sharma, Mitchell Haas, ir Miron Stano, „Patient attitudes, insurance, and other determinants of self-referral to medical and chiropractic physicians.” *American journal of public health* 93(12), 2003, 2111-2117.

²⁷ Jessica Walker et al, „Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust.” *Journal of Nursing Management* 6(4), 1998, 193-200.

²⁸ Zheng et al., 2002

pastovumu renkantis sveikatos instituciją ir specialistą.²⁹

Darbų, tiriančių institucinį pasitikėjimą sveikatos apsaugos srityje, nėra daug, tačiau atlikti tyrimai rodo, kad žemas institucinio pasitikėjimo lygis siejamas su dideliu pacientų nepatiklumu dėl pirminės diagnozės teisingumo, reikalavimu pateikti antro mediko išvadą,³⁰ sumažėjusiu pasitenkinimu sveikatos apsaugos sistemos teikiamomis paslaugomis.³¹ Tuo tarpu aukštas institucinio pasitikėjimo lygis siejamas su gerai įvertinta fizine ir psichologine sveikata, gyvenimo kokybe bei pilietiniu aktyvumu,³² sumažėjusiu priimamojo vizitų skaičiumi, didesniu pasitikėjimu skiriamam gydymui ir skiepams.³³ Taip pat aukštas institucinio pasitikėjimo organizacija, sistema ar įstaiga lygis nurodo institucijos darbo kokybę.³⁴

1.2. Teoriniai modeliai

Mokslinėje literatūroje, teorijų, kurios aiškintų pasitikėjimą vien sveikatos apsaugos sistemos institucijomis, nėra. Daugelis tyrimų remiasi bendromis teorijomis apie pasitikėjimą politinėmis institucijomis ir kelia hipotezes, kurios aiškina aukštą ar žemą pasitikėjimo lygį sveikatos apsauga. Newton ir Norris teigia, kad egzistuoja trys pagrindinės teorijos, kurios aiškina visuomenės pasitikėjimą institucijomis: (1) socialiniu-psichologiniu aiškinimu; (2) kultūriniu aiškinimu; (3) valdysenos kokybe.³⁵

Tyrimai, paremti pirmąja teorija, daug dėmesio skiria individo asmeninėms savybėms, tokioms kaip lytis, amžius, etninė ar rasinė priklausomybė, išsilavinimas, pajamos, pasitenkinimas gyvenimo kokybe ir pan. Nors daugelyje pasitikėjimo tyrimų socialinis-psichologinis aiškinimas nepasitvirtina, pasitikėjimo sveikatos apsauga atveju nustatyta, kad vyresni ir mažiau išsilavinę individai yra labiau linkę pasitikėti sveikatos apsaugos institucijomis.³⁶

²⁹ Dana Gelb Safran et al, „Linking primary care performance to outcomes of care.” *Journal of family practice* 47(3) 1998, 213-221.

³⁰ Rajesh Balkrishnan et al, „Trust and satisfaction with physicians, insurers, and the medical profession.” *Medical care* 41(9) 2003, 1058-1064.

³¹ LaVeist, Nickerson ir Bowie, 2000.

³² Mohseni ir Lindstrom, 2007

³³ Whetten et al, 2006.

³⁴ James S. Coleman, *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard university press, 1994.

³⁵ Kenneth Newton ir Pippa Norris, „Confidence in Public Institutions: Faith, Culture or Performance? Kn. Pharr, S. and Putnam, R.(sud.) „*Disaffected democracies: What's Troubling the Trilateral Countries*.” Princeton: Princeton University Press, 1999, 52-74.

³⁶ Žiūrėti pavyzdžiui: Lynda Anderson ir Robert F. Dedrick, „Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships.” *Psychological reports* 67(3), 1990, 1091-1100; Arch G. Mainous et al, „Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the

Nemažai tyrimų atlikta bandant paaiškinti pasitikėjimą remiantis visuomenės fragmentacija. Sveikatos apsaugos atžvilgiu tokie tyrimai daugiausia atlikti JAV. Jais nustatyta, kad lyginant su baltaodžiais, juodaodžiai yra linkę mažiau pasitikėti gydytojais.³⁷ Taip pat yra nustatyta, kad kuo visuomenė labiau susiskaldžiusi, tuo labiau apsunkinamas šalies ekonominis ir politinis vystymasis ir prastėja sveikatos institucijų teikiamų paslaugų kokybė.³⁸

Pagrindinis kultūrinis pasitikėjimo aiškinimo modelio teiginys – individo gyvenimo aplinkybės ir patirtys, istoriškai susiformavę tarpusavio bendravimo aspektai kuria tarpasmeninį (arba bendrąjį) pasitikėjimą, bendradarbiavimo ir pilietiškumo tradicijas, o tai savo ruožtu padeda kurti stiprias, efektyvias ir sėkmingas institucijas.³⁹ Egzistuoja tiesioginis ryšys tarp asmenų, kurie pasitiki institucijomis ir tarp stiprių ir veiksmingai funkcionuojančių institucijų. Kultūrinės perspektyvos šalininkai tvirtina, kad asmenys, kurie labiau pasitiki kitais žmonėmis, bus linkę išreikšti didesnę institucinį pasitikėjimą, bei aktyviau dalyvauti savanoriškose organizacijose, visuomeninėje veikloje. Ši hipotezė pirmiausia tikrinama individo lygmeniu. Tačiau ir agreguotu lygmeniu bendrasis pasitikėjimas yra susijęs su pasitikėjimu sveikatos apsaugos institucijomis.⁴⁰

Kitą hipotezę, susijusią su kultūriniu aiškinimu, pagrindžia Mohseni ir Lindstrom. Šie autoriai teigia, kad išsilavinimas pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema veikia dvejopai. Pirma, išsilavinimas neigiamai veikia institucinį pasitikėjimą korumpuotose visuomenėse ir turi teigiamą ryšį su pasitikėjimu skaidrioje visuomenėse. Antra, bendram išsilavinimo lygiui augant šalyje, neigiamas korupcijos poveikis instituciniam pasitikėjimui mažėja.⁴¹ Be to, keliuose tyrimuose nustatytas ryšys tarp pasitenkinimo gyvenimu ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos institucijomis,⁴² taip pat pasitikėjimo ir savarankiškai įsivertintos sveikatos.⁴³ Pastaruosiuose tyrimuose nustatyta, kad individai, kurie pozityviau žiūri į savo gyvenimą ar teigiamai vertina savo sveikatos lygį, yra labiau linkę pasitikėti sveikatos apsaugos sistema.

United Kingdom.” *Family Medicine* 33(1), 2001, 22-27. Balkrishnan et al, 2003; Carolyn Tarrant, Tim Stokes ir Richard Baker, „Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey.” *British Journal of General Practise*, 53(495), 2003, 798-800.

³⁷ Mark Doescher et al, „Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust.” *Archives of family medicine* 9(10), 2000, 1156-1163; Ebony Boulware et al, „Race and trust in the health care system.” *Public health reports* 118, 2003, 358-365.

³⁸ Alberto Alesina et al, „Fractionalization.” *Journal of Economic growth* 8(2), 2003, 155-194.

³⁹ Newton ir Norris, 1999.

⁴⁰ Ten pat.

⁴¹ Mohseni ir Lindstrom, 2007

⁴² Whetten et al, 2006

⁴³ Mohseni ir Lindstrom, 2007

Trečiasis pasitikėjimo institucijomis aiškinimas remiasi valdymo kokybe. Kai kurių tyrėjų ji pirmiausia traktuojama kaip veiklos rezultatai. Kaip teigia Newton ir Norris, kadangi visi piliečiai yra veikiami valdžios veiksmų, pasitikėjimas valdžios institucijomis visuomenėje turėtų pasiskirstyti atsitiktinai, nepriklausomai nuo jų asmeninių, kultūrinių ar socialinių bruožų.⁴⁴ Institucijomis, kurios, žmonių nuomone, veikia sėkmingai, arba tikimasi, kad jos taip veiks ateityje po reformų, pasitikima labiau, nei neefektyviai veikiančiomis.⁴⁵ Visgi nėra ir bendro sutarimo, kas geriausiai išreiškia institucijų pasiekiamus rezultatus. McAllister *et al.* siūlo atsižvelgti į ekonominius rodiklius ir analizuoti BVP augimą, nedarbą ir infliaciją.⁴⁶ Tuo tarpu Mishler ir Rose siūlo atkreipti dėmesį į tai, kaip nešališkai veikia institucijos. Šiuo atveju siūloma įvertinti korupciją ir kitus institucijų kokybės rodiklius, kaip jų veiklos veiksmingumą, reformų sėkmingumą, subjektyviai visuomenės vertinimą valdymo kokybę.⁴⁷

Be jau aptartų teorijų, svarbu paminėti, jog ekonominė nelygybė gali neigiamai paveikti pasitikėjimą. Apie nelygybės sukuriamą užburtą ratą rašo Uslaner savo knygoje „Corruption, Inequality, and the Rule of Law: The Bulging Pocket Makes the Easy Life”. Jis teigia, kad valstybės, kuriose pasitikėjimas institucijomis ypač žemas, turi neefektyviai veikiančias institucijas, kurios nesugeba sukurti pakankamai turto ir jo tinkamai perskirstyti, jose stebimas aukštas korupcijos lygis. Anot autoriaus, jei institucijos yra laikomos atsakingomis už resursų perskirstymą, didelė pajamų nelygybė egzistuojanti šalyje gali veikti pasitikėjimą tomis institucijomis.⁴⁸ Kitą vertus, remiantis Uslaner, svarbu atsižvelgti ir į tai, ar šalis turi komunistinį paveldą. Akcentuojama, kad valstybės, kurios priklausė komunistiniam blokui, pasižymi pakankamai maža turtine nelygybe, tačiau žemu pasitikėjimo lygiu. Tai gali būti aiškinama aukštu korupcijos mastu, būdingu pokomunistinėms valstybėms.⁴⁹

1.3. Hipotezės

Naudojantis mokslininkų įžvalgomis, siekiant atsakyti į pagrindinį tyrimo klausimą, galima

⁴⁴ Newton ir Norris, 1999.

⁴⁵ Coleman, 1990.

⁴⁶ Ian McAllister, „The Economic Performance of Governments.” Kn. Norris P. (sud.), „*Critical Citizens: Global Support for Democratic Government.*” Oxford: Oxford UP, 1999, 188-204.

⁴⁷ William Mishler ir Richard Rose, „What are the origins of political trust? Testing institutional and cultural theories in post-communist societies.” *Comparative political studies* 34(1), 2001, 30-62.

⁴⁸ Sonja Zmerli ir Juan Carlos Castillo, „Income inequality, distributive fairness and political trust in Latin America.” *Social science research* 52, 2015, 179-192.

⁴⁹ Eric M. Uslaner, *Corruption, Inequality, and the Rule of Law: The Bulging Pocket Makes the Easy Life*. New York: Cambridge University Press, 2008.

suformuluoti keletą hipotezių, kurios bus tikrinamos remiantis statistiniais duomenimis agreguotu lygmeniu:

H1: Didesnė visuomenės fragmentacija neigiamai veikia pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema;

H2: Aukštas tarpasmeninis pasitikėjimas turi teigiamą poveikį pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema;

H3: Gera valstybės ekonomikos padėtis turi teigiamą įtaką pasitikėjimui sveikatos apsaugos institucijomis;

H4: Aukštas šalies išsivystymas teigiamai veikia pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema;

H5: Aukšta institucijų valdymo kokybė teigiamai veikia pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema;

H6: Didesnė pajamų nelygybė turi neigiamą įtaką visuomenės pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema;

H7: Komunistinė praeitis turi įtakos visuomenės pasitikėjimui sveikatos apsaugos institucijomis.

Kadangi duomenų analizė individualiu lygmeniu suteikia galimybę į analizę įtraukti kintamuosius, kurių įtaka negali būti analizuojama agreguotu lygmeniu, žemiau pateikiama tikrinamų hipotezių santrauka.

H1: Individo asmeninės savybės turi įtakos jo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H1a: Individo amžius teigiamai koreliuoja su jo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H1b: Priklausymas etninėms mažumoms neigiamai koreliuoja su individo pasitikėjimu nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H1c: Savarankiškai įsivertintas sveikatos lygis teigiamai koreliuoja su individo pasitikėjimu nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H1d: Individo lytis daro įtaką jo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H2: Tarpasmeninis pasitikėjimas turi įtakos individo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H3: Subjektyviai vertinama valdymo kokybė turi įtakos individo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema (pasitikėjimas politinėmis institucijomis: šalies parlamentu, politinėmis partijomis, politikais; pasitikėjimas tvarkos institucijomis: policija ir teisine sistema, ir pasitenkinimas esama situacija valstybėje: pasitenkinimas demokratijos kokybe, vyriausybės veikla,

ekonominė situacija ir gyvenimo lygiu, turi įtakos individo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema);

H4: Individo gerbūvis ekonomiškai ir sveikatos atžvilgiu turi įtakos jo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H4a: Individo pajamų lygis teigiamai koreliuoja su jo pasitikėjimu nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H4b: Bendras laimės lygis teigiamai koreliuoja su individo pasitikėjimu nacionaline sveikatos apsaugos sistema;

H5: Individo politinės pažiūros turi įtakos jo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema.

2. PASITIKĖJIMO SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMA RAIDA VRE

Remiantis specialiojo Eurobarometro duomenimis, 1 lentelėje pateikiama pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema raida VRE regione 2009–2013 m. Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema matuojamas atsižvelgiant į tai, kaip atsakovai vertina nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos teikiamų paslaugų kokybę. Grönroos teigia, kad subjektyviai vertinama paslaugų kokybė skiriasi nuo objektyviai vertinamos, nes individas lygina lūkesčius, turėtus prieš susitikimą, su gautu rezultatu. Tuo tarpu objektyvus paslaugų kokybės rodiklis atsižvelgtų į jau iš anksto nustatytus standartus, kurie gali būti aiškiai pamatuojami.⁵⁰ Lim ir Tang skiria dvi dimensijas, kurios sudaro subjektyviai vertinamą sveikatos apsaugos sistemos teikiamų paslaugų kokybę: techninę, kuri atspindi sveikatos institucijų kompetencija pacietų akyse, bei emocinę, kuri nurodo tarpasmeninius santykius ir lūkesčius tarp paciento ir sveikatos apsaugos sistemos institucijų atstovų.⁵¹ Kadangi paslaugų kokybės vertinimą ir pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema sudaro kone identiškos dimensijos, galima teigti, kad subjektyviai įvertinta sveikatos apsaugos sistemos teikiamų paslaugų kokybė, reikšmingai nuspėja ir pasitikėjimą visa nacionaline sveikatos apsaugos sistema.⁵²

Kaip pagalbiniai kintamieji, pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistemos lygio įvertinimui, pasirinkti klausimai apie tikimybę būti sužalotiems ligoninėse ir kitose sveikatos įstaigose. 1 lentelėje pateikta informacija apie respondentus, kurie tiki, kad nebus sužaloti nei ligoninėse, nei kitose gydymo įstaigose. Tačiau šie klausimai nurodo atskirų sveikatos sistemos įstaigų pasitikėjimo lygius visuomenėje, todėl negali būti prilyginami pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema. Nepaisant to, apžvelgus šiuos duomenis, galima spręsti, kuria sistemos dalimi pasitikima mažiau ir kaip tas pasitikėjimas kito 2009–2013 m. VRE regione.

Iš 1-oje lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad nors 2009–2013 m. pasitikėjimas tiek ligoninėmis, tiek kitomis sveikatos įstaigomis VRE regione augo, truputį daugiau pasitikima ligoninėmis nei poliklinikomis, diagnostikos centrais, bendrosios praktikos gydytojų kabinetais ar vaistinėmis. Tuo tarpu ES mastu pasitikėjimo lygis tiek ligoninėmis, tiek kitomis sveikatos įstaigomis krito, tai iš dalies paaiškina išaugęs nelaimingų atsitikimų skaičius, kuris 2013 m. pralenkė VRE vidurkį. Tačiau, lyginant su Europos Sąjungos (ES) vidurkiu, pasitikėjimas

⁵⁰ Christian Grönroos, „A service quality model and its marketing implications.” *European Journal of marketing* 18(4), 1984, 36-44.

⁵¹ Puay Cheng Lim, ir Nelson KH Tang, „The development of a model for total quality healthcare.” *Managing Service Quality: An International Journal* 10(2), 2000, 103-111.

⁵² Laith, Alrubaiee ir Feras Alkaa'ida, „The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality–patient trust relationship.” *International Journal of Marketing Studies* 3(1), 2011, 103-127.

ligoninėmis ir kitomis sveikatos įstaigomis VRE regione 2009–2013 m. išlieka mažesnis, o tai reiškia, kad nors situacija VRE ir gerėja, naujosios valstybės vis dar bando pasivyti senąsias ES valstybes nares.

Lentelė 1: Pasitikėjimas nacionaline sveikatos apsaugos sistema VRE, 2009 – 2013 m.

	Proc. respondentų, kurie valstybinę sveikatos priežiūros kokybę įvertino „Gerai”		Proc. respondentų, kurie nurodė nesant tikimybės, kad gydantis ligoninėje pacientui būtų pakenkta		Proc. respondentų, kurie nurodė nesant tikimybės, kad lankantis poliklinikoje, atliekant diagnostiką ir pan., pacientui būtų pakenkta		Proc. respondentų ar jų šeimos narių, kurie patyrė sužalojimus ar nepalankumus lankantis sveikatos apsaugos sistemos įstaigose	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
ES vid.	71,4%	72,4%	47,9%	43,6%	51,6%	45,7%	26,0%	27,3%
VRE vid.	46,9%	53,6%	39,0%	41,3%	38,4%	39,8%	27,8%	24,2%
Bulgarija	31,3%	29,9%	25,9%	31,0%	19,1%	27,1%	15,3%	11,1%
Čekija	78,8%	78,8%	38,3%	44,8%	49,0%	43,3%	23,2%	20,0%
Estija	71,4%	74,5%	55,2%	61,9%	47,4%	52,0%	39,4%	38,4%
Kroatija	-	59,6%	-	52,0%	-	51,5%	-	25,3%
Latvija	37,4%	48,5%	21,9%	26,8%	24,7%	28,1%	43,4%	39,8%
Lenkija	30,9%	34,0%	28,1%	19,8%	29,5%	22,2%	20,4%	18,4%
Lietuva	40,8%	66,3%	37,2%	44,2%	30,9%	38,3%	36,4%	24,2%
Rumunija	27,7%	25,5%	36,0%	21,2%	36,0%	26,5%	16,8%	18,3%
Slovakija	53,5%	50,5%	52,6%	45,2%	50,0%	43,6%	29,3%	23,5%
Slovėnija	69,7%	73,7%	44,9%	52,6%	42,9%	45,7%	29,3%	31,3%
Vengrija	28,0%	48,0%	50,0%	55,4%	54,7%	59,1%	24,5%	16,3%

Šaltinis: TNS Opinion & Social, Special Eurobarometer, 327 (2010) ir 411 (2014)

Aukštas pasitikėjimo ligoninėmis lygis fiksuotas Estijoje, Kroatijoje, Vengrijoje ir Slovėnijoje, tuo tarpu smuko Rumunijoje, Lenkijoje ir Slovakijoje, nors pastarojoje vis viena išliko aukštesnis nei regiono vidurkis. Žemiausias pasitikėjimo lygis stebimas Lenkijoje, Rumunijoje ir Latvijoje. Aukščiausias pasitikėjimo lygis poliklinikomis, vaistinėmis, diagnostikos centrais ir kitomis gydymo įstaigomis fiksuojamas Estijoje, Kroatijoje ir Vengrijoje. Pasitikėjimas ligoninėmis Lietuvoje 2009 m. buvo mažesnis, nei regiono vidurkis, tačiau 2013 m. išaugo bene daugiausiai visame regione – 7 proc. punktais. Kalbant apie pasitikėjimą poliklinikomis ir kitomis sveikatos įstaigomis, Lietuva pasivijo VRE vidurkį ir fiksavo didžiausią pasitikėjimo augimą regione – 7,6 proc. punkto.

Atsižvelgiant į VRE regiono vidurkį matyti, kad 2009–2013 m. padaugėjo respondentų, kurie teigiamai vertina sveikatos priežiūros kokybę ir nacionalinę sveikatos apsaugos sistemą, tačiau regiono vidurkis dar ženkliai atsilieka nuo ES vidurkio. 2013 m. šis skirtumas siekė 18,8 proc. punkto. Palankiausiai savo nacionalinę sveikatos apsaugos sistemą vertino čekai, estai ir slovėnai,

kurių nacionalinis pasitikėjimo lygis lenkė ES vidurkį. Žemiausias pasitikėjimo lygis fiksuotas Rumunijoje, Bulgarijoje ir Lenkijoje, kur jis buvo daugiau nei du kartus mažesnis nei ES vidurkis.

Lietuva tuo tarpu patyrė didžiausią pasitikėjimo augimą visame regione – nuo 40,8 proc. 2009 m. iki 66,3 proc. 2013 m. Tai rodo ir Budrio 2012 m. atliktas tyrimas apie pasitikėjimą Lietuvos sveikatos apsaugos sistema. Viena iš jo išvadų – pasitikėjimo sveikatos apsauga krizės sutampa su sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapais.⁵³ 2009 m. kaip tik pradėtas įgyvendinti trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos etapas,⁵⁴ taip pat šalies ekonomiką smarkiai paveikė ir finansų krizė. 2013 m. nurimus restruktūrizacijos sukeltam sąmyšiui, bei susitvarkius su finansų krize, pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje gerokai išaugo.

Naudingų įžvalgų apie regiono valstybių sveikatos apsaugos sistemų kokybę ir našumą pateikia Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas, kurį nuo 2005 m. kasmet sudaro Švedijoje įkurtas Health Consumer Powerhouse. 2-oje lentelėje pateikiamas 2009 ir 2013 m. indekso reitingavimas VRE valstybėms ir pokytis per 5 metus.

Lyginant 1-os ir 2-os lentelės duomenis matyti, kad tai, kaip našiai dirba sveikatos apsaugos sistemos institucijos ne visada atspindi tai, kaip kinta individų pasitikėjimas ir paslaugų kokybės vertinimas. Didžiausias našumo pokytis fiksuotas Lietuvoje, kurioje augo ir visuomenės pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema, ir Slovakijoje, tačiau čia, nors ir neženkliai, piliečiai buvo linkę sveikatos apsaugos sistema pasitikėti mažiau. Vengrijoje, tuo tarpu, matomas didelis sistemos veiksmingumo mažėjimas, tačiau gyventojų pasitikėjimas sveikatos institucijomis augo bene sparčiausiai visame regione. Lenkijoje matoma panaši situacija – krentant sveikatos sistemos našumui, visuomenės pasitikėjimas auga. Estijoje augant pasitikėjimui, našumas krenta. Tuo tarpu Bulgarijoje, Rumunijoje, Latvijoje, Slovėnijoje ir Čekijoje drastiškų pasikeitimų sveikatos apsaugos sistemos darbo našume neužfiksuota. Pozicijos reitingavimo lentelėje 2009–2013 m. kito neženkliai.

Tokių pokyčių priežastimi galima įvardinti VRE valstybėse vykdytas ar vykdomas sveikatos apsaugos sistemos reformas, bandymą susidoroti su finansų krize, kurios metu sveikatos apsaugos sistemos patyrė didelį spaudimą. Be to, Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas atsižvelgia ir į pacientų teises ir prieinamą informaciją, e.sveikatą, gydymo laukimo laiką, paslaugų ir vaistų prieinamumą – faktorius, kuriuos ne visada apsvarsto individai vertindami savo

⁵³ Budrys, 2012.

⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija „Sveikatos sistemos reformos“ [Žiūrėta 2017 03 11], <<https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/sveikatos-sistemos-reformos>>.

pasitikėjimą sveikatos institucijomis.

Lentelė 3: Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas 2009 ir 2013 m.

	2009	2013	Pokytis
Bulgarija	32	30	+2
Čekija	17	15	+2
Estija	18	22	-4
Kroatija	23	19	+4
Latvija	31	32	-1
Lenkija	26	31	-5
Lietuva	29	23	+6
Rumunija	32	33	-1
Slovakija	28	21	+7
Slovėnija	16	17	-1
Vengrija	20	28	-8

Šaltinis: Health Consumer Powerhouse „Health consumer Index” 2009 ir 2009

3. METODOLOGIJA

Siekiant atsakyti į pagrindinį tyrimo klausimą ir patikrinti pirmoje dalyje iškeltas hipotezes, taikomas statistinių duomenų analizės metodas. Naudojant STATA programinę įrangą, statistinių duomenų analizė atlikta tiek agreguotu (makro) VRE ir ES valstybių lygmeniu, tiek individualiu (mikro) lygmeniu. Individualaus lygmens duomenų analizė suteikia galimybę į analizę įtraukti kintamuosius, kurių įtaka negali būti analizuojama agreguotu lygmeniu. Taip pat tai įgalins detaliau įvertinti pasitikėjimą Lietuvos ir likusių VRE valstybių sveikatos apsaugos sistemomis.

Agreguotu lygmeniu analizuojami koreliaciniai ryšiai tarp pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema ir skirtingų nepriklausomų kintamųjų, kurių operacionalizacija aptariama žemiau. Tokia skerspjūvio (*ang. cross-sectional*) analizė padeda įvertinti skirtumus tarp regiono valstybių. Vėliau atlikta regresinė analizė (taikomas tiesinis mažiausių kvadratų metodas), kuri leidžia patikrinti išsikeltas hipotezes ir įvertinti priežastinių ryšių kryptis ir jų stiprumą.

Agreguoto lygmens duomenys surinkti iš specialiojo Eurobarometro tyrimo apie pacientų apsaugą ir teikiamų paslaugų kokybę ES valstybėse 2009 ir 2013 m., Eurostat, Pasaulio banko, Quality of Government instituto duomenų bazės. Kadangi agreguotu lygmeniu panelinė duomenų analizė neįmanoma dėl pametinių duomenų stokos, yra tik 11 taškų, kurie labai apriboja analizės galimybes. Gauti rezultatai taip pat turi būti interpretuojami atsargiai dėl mažo stebinių skaičiaus. Taip pat nevertėtų pamiršti ir praleistų ar neįvertintų kintamųjų, kurie, jei būtų išmatuoti ar įtraukti į analizę, galėtų pakeisti rezultatus. Galiausiai, analizuojant agreguoto lygmens duomenis, daryta prielaida, kad šalys yra homogeniškos, t.y. jose veikia vienodi procesai. Kadangi negalima atlikti panelinės duomenų analizės, negalima patikrinti ir valstybėms specifinių faktorių įtakos priklausomam kintamajam. Dėl šių priežasčių daugiausia dėmesio skiriama individualaus lygmens analizei.

Individualiu lygmeniu, siekiant tinkamai įvertinti nepriklausomų kintamųjų ryšį su pasitikėjimu sveikatos apsaugos sistema, buvo sukurti 4 indeksai: bendrojo pasitikėjimo politinėmis institucijomis (pasitikėjimas šalies parlamentu, politinėmis partijomis, politikais – trust inst), bendrojo pasitikėjimo tvarkos institucijomis (policija ir teisine sistema – trust law), tarpasmeninio pasitikėjimo (tikėjimas, kad dauguma žmonių padės ištikus nelaimei, kad yra sąžiningi ir jais galima pasitikėti visais atvejais – trustgen), pasitenkinimo bendra šalies situacija (pasitenkinimas vyriausybės veikla, bendru demokratijos lygiu, ekonomikos lygiu, gyvenimo situacija – satisf). Atliktas Kronbacho Alfa testas, kuris leidžia įsitikinti sukurtų indeksų patikimumu. Taikoma

taisyklė, jog Alfa vertė turėtų būti didesnė arba bent jau lygi 0,7.⁵⁵ Indeksų tarpusavio koreliacijos lentelės ir Kronbacho Alfa testo rezultatai pateikti 2-oje lentelėje prieduose.

Visos individualaus lygmens hipotezės buvo tikrinamos remiantis Europos socialinio tyrimo (*European Social Survey*) 7-osios bangos rezultatais, į analizę įtraukiant Čekiją, Estiją, Lietuvą, Lenkiją, Slovėniją ir Vengriją (apklausa vykdoma 2 metus, ne visoms Europos valstybėms iš karto, todėl į individualaus lygmens analizę neįmanoma įtraukti visų VRE regiono valstybių, trūksta duomenų apie Bulgariją, Kroatiją, Latviją, Rumuniją ir Slovakiją). Kitoje darbo dalyje aptariamieji rezultatai tiek visam regionui, tiek individualioms šalims.

Hipotezėms tikrinti pasirinkti nepriklausomi t testai, kurie naudoti siekiant palyginti dvi skirtingas grupes tarpusavyje (pavyzdžiui, vyrus ir moteris), vienakryptę dispersinę analizę (ANOVA). ANOVA analizė pasirinkta dėl analizuojamų kintamųjų tipo – priklausomas kintamasis yra tolydaus tipo, o nepriklausomi apima tolydžius ir kategorinius kintamuosius. Būtent toks analizės metodas, leidžia palyginti keletą skirtingų kategorinių nepriklausomųjų grupių tarpusavyje (pavyzdžiui, skirtingos amžiaus grupės, pajamų grupės ir pan.). Taip pat naudotas Scheffe testas, kuris, jau atlikus ANOVA analizę, leidžia lyginti skirtingų dydžių grupių rezultatus, bei leidžia nustatyti, ar tarp grupių egzistuojantys skirtumai yra statistiškai reikšmingi. Post hoc analizėje t-test ar F-test metodai netinkami, nes pastarieji taikomi tik iš anksto suplanuotų grupių palyginimui. Žinoma, Scheffe testo naudojimas suteikia lankstumo atliekant analizę, tačiau taip pat pasižymi maža statistinio reikšmingumo galia.

Tyrimo naudojama Pearsono koreliacija, kuri skiriama nustatyti ryšių, tarp pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema ir skaitinėmis reikšmėmis įvertintų nepriklausomų kintamųjų, kryptis ir stiprumą. Koreliaciniai ryšiai interpretuoti iš anksto nustatyta taisykle, kuri teigia, jog absoliutinė koreliacijos reikšmė, kuri didesnė nei 0,5, laikytina didele/stipria, koreliacija intervale tarp 0,3 ir 0,5 laikoma vidutine, o mažesnė nei 0,3 – silpna.

Dėl tyrimo metodo vertėtų atkreipti dėmesį į koreliacinę analizę, nes pastaroji leidžia nustatyti tik priežastinio ryšio kryptį ir stiprumą, tačiau nieko nepasako apie to ryšio priežastingumą, todėl interpretuojant gautus rezultatus, į tai reikia atsižvelgti.

Interpretuojant tiek individualaus, tiek agreguoto lygmens analizę, būtina atkreipti dėmesį į tyrimo metodo ribotumus. Vienas iš jų – praleisti ir neįvertinti kintamieji. Šiame tyrime pasirinktos aiškinamosios teorijos nebūtinai atspindi visus galimus pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema

⁵⁵ Joseph A. Gliem ir Rosemary R. Gliem, „Calculating, interpreting, and reporting Cronbach’s alpha reliability coefficient for Likert-type scales.” Pranešimas konferencijoje „Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education”, Columbus, 2003.

veiksnius. Taip pat analizuojami duomenys surinkti apklausos būdu, o pastariesiems būdingas psichologinis efektas, kai respondentai nėra linkę atskleisti visos tiesos apie save (pvz. pajamas) arba jie nesugeba objektyviai įvertinti savo situacijos (pvz. pasitenkinimas bendru gyvenimo lygiu dažnai atspindi pasitenkinimą lyginant su artimoje aplinkoje esančiais individualiais, o ne visos šalies mastu). Taip net mažesnes pajamas ar prastesnės sveikatos respondentai gali teigti, kad gyvena pakankamai gerai, lyginant su didmiestyje gyvenančiais ir aukštesnes pajamas gaunančiais asmenimis, kurie save lygina su turtingiausiais šalies verslininkais ir dažniau serga virusinėmis ligomis, vien dėl to, kad susiduriant su didesniu kiekiu žmonių, tikimybė užsikrėsti didėja. Galiausiai apklausos būdu surinkti duomenys gali būti nepatikimi ir dėl imties atrinkimo šališkumo.

3.1. Kintamųjų operacionalizacija

Detali kintamųjų operacionalizacija, šaltiniai, darbe naudojami kintamųjų trumpiniai ir kodai pateikti 2-ame ir 3-iame prieduose.

Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema: Thom, Hall ir Pawlson teigia, kad tai, kaip pacientai vertina sveikatos sistemos teigiamų paslaugų kokybę, gali būti laikoma jų pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema indikatoriumi (detaliau šio kintamojo operacionalizacija aptarta antrame darbo skyriuje).⁵⁶ Todėl priklausomas kintamasis šiame tyrime – pasitikėjimas sveikatos apsaugos Sistema – agreguotame lygmenyje operacionalizuojamas remiantis specialiojo Eurobarometro duomenimis: kokia dalis respondentų savo valstybinę sveikatos priežiūros kokybę įvertino „gerai“. O individualiu lygmeniu pasitikėjimas operacionalizuojamas remiantis Europos socialinio tyrimo klausimo „ką jūs manote apie dabartinę savo šalies sveikatos apsaugos sistemos būklę?“ atsakymais.

Tarpasmeninis pasitikėjimas: agreguoto lygmens analizei sumuojami klausimo apie bendrąjį pasitikėjimą kitais asmenimis duomenys, kai pasitikinčiais laikomi ta dalis respondentų, kurie atsakydami į klausimą apie pasitikėjimą kitais, pasirinko rodiklį 6 ir daugiau. Bendrojo pasitikėjimo kintamasis agreguoto lygmens analizėje turi mažesnę atvejų skaičių nei kiti kintamieji (6 taškus, vietoj 11). Tai nutinka todėl, kad Europos socialinis tyrimas nevykdomas kasmet ir neturi duomenų visoms valstybėms visiems metams. Individualaus lygmens duomenys apie pasitikėjimą kitais asmenimis paimti iš Europos socialinio tyrimo, remiantis klausimu „...ar dauguma žmonių galima pasitikėti, ar su žmonėmis reikia būti labai atsargiam/-iai?“ Vėliau, apjungiant visus klausimus, susijusius su tarpasmeniniu pasitikėjimu, formuojamas indeksas šiam kintamajam

⁵⁶ David H. Thom, Mark A. Hall, ir L. Gregory Pawlson, „Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care.“ *Health affairs* 23(4), 2004, 124-132.

tiksliau įvertinti.

Išsilavinimo lygis matuojamas remiantis Europos socialinio tyrimo duomenimis. Vertinamas respondentų nurodytas mokymosi metų skaičius. Agreguoto lygmens analizėje naudojamas šalies vidurkis. Individualiu lygmeniu respondentai suskirstyti į grupes: nebaigtas pradinis, pradinis, profesinis, pagrindinis, vidurinis, aukštesnysis arba specialusis vidurinis, aukštasis neuniversitetinis arba koleginis, aukštasis universitetinis (bakalauro laipsnis), aukštasis universitetinis (magistro laipsnis), doktorantas ar mokslų daktaro laipsnis.

Savarankiškai įvertintas sveikatos lygis matuojamas remiantis Europos socialinio tyrimo duomenimis. Agreguoto lygmens analizėje naudojamosi respondentų, kurie savo sveikatą įvertino „gerai“ ir „labai gerai“ atsakymais. Individualaus lygmens analizėje naudojama skalė nuo 0 iki 10 (čia 10 atspindi labai gerą sveikatos lygį).

Analizuojant korupcijos poveikį pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema, remtasi „Transparency International“ sudaryto pasaulinio korupcijos barometro duomenimis, kuris nurodo, kokia procentinė dalis respondentų nacionalinę sveikatos apsaugos sistemą vertina kaip korumpuotą arba labiau korumpuotą. Kaip alternatyva, tyrime taip pat naudotas Quality of Government instituto sudarytas Viešojo sektoriaus korupcijos indeksas. Iš tos pačios duomenų bazės paimtas ir kyšio davimo sveikatos paslaugų sektoriuje tikimybės kintamasis. Jis išreikštas santykinė dalimi respondentų, kurie teigiamai atsakė į klausimą „ar per paskutinius 12 mėn. jūs ar jūsų šeimos narys davėte kyšį kam nors iš sveikatos paslaugų sektoriaus?“

Pagrindiniai aptartoje literatūroje naudoti ekonominės situacijos indikatoriai – nedarbo lygis ir realus BVP, tenkantis vienam gyventojui. Jie pasirinkti ir šiame darbe, duomenys paimti iš Eurostat duomenų bazės. Taip pat, atsižvelgiama į išlaidas sveikatos apsaugos sistemai, kaip procentinę šalies BVP dalį, nes, kaip teigia Velenyi, egzistuoja abipusis ryšys tarp išlaidų sveikatos apsaugai ir ekonomikos augimo: kuo daugiau investuojama į sveikatos apsaugą, tuo labiau didėja žmonių produktyvumas, nes tai skatina ekonomikos vystymąsi šalyje, o ekonomiskai išsivysčiusios šalys investuoja į žmogiškąjį kapitalą ir produktyvumo kėlimą, ir viena iš investicijų sričių – sveikata.⁵⁷ Individualiai analizei naudotas bendrasis namų ūkio pajamų lygis, kuris, siekiant palyginti skirtingas pajamas gaunačių respondentų pasitikėjimo sveikatos pasauga lygį, suskirstytas į decilius.

Kalbant apie šalies išsivystymo rodiklius, tyrimuose dažnai naudojami ir papildomi

⁵⁷ Edit V. Velenyi, „Health Care Spending and Economic Growth.“ Kn. Richard M. Scheffer (sud.) *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Volume 1: The Economics of Health and Health Systems*. Singapūras: World Scientific Publishing. 2016. 1-154.

institucijų veiklos rodikliai – žmogaus vystymosi indeksas (HDI, *ang. human development index*), kuris atsižvelgia į gyvenimo trukmę, išsilavinimą ir pajamas vienam gyventojui, bei žmogaus vystymosi indeksas, atsižvelgiant į pajamų pasiskirstymą, kuris be jau minėtų parametrų atsižvelgia į nelygybę valstybėje (IHDI, *ang. income adjusted human development index*). Abu indeksai randami Quality of Government instituto duomenų bazėje.

Valdymo kokybei vertinti pasirinkti keli skirtingi kintamieji. Vienas iš jų – ICRG (*angl. Indicator of Quality of Government*), kuris atsižvelgia į vidutinę korupcijos, įstatymo viršenybės ir biurokratijos kokybės reikšmę. Indikatorius gali įgyti reikšmes nuo 0 iki 1, kur aukštesnis skaičius reiškia aukštesnę valdymo kokybę. Duomenys paimti iš Quality of Government instituto duomenų bazės. Iš tos pačios duomenų bazės paimtas ir sveikatos politikos efektyvumo rodiklis, kuris atsižvelgia į sveikatos politiką šalyje, išlaidas sveikatos programoms, gyvenimo trukmę, kūdikių mirtingumą bei savarankiškai įsivertintą sveikatos statusą. Kaip alternatyva ICRG kintamajam gali būti naudojamas Pasaulio banko valdysenos indeksas, kuris skaidomas į keletą skirtingų dimensijų. Remiantis literatūros analize, konkrečiam tyrimui aktualiausias yra valdžios veiksmingumo rodiklis, kuris apjungia viešųjų paslaugų kokybės, biurokratijos kokybės, viešojo sektoriaus darbuotojų kompetencijos lygio ir jų nepriklausomybės nuo politinio spaudimo, bei valdžios patikimumo įgyvendinant politikas rodiklius. Individualiu lygmeniu analizuojami kintamieji susiję su pasitikėjimu kitomis politinėmis ir tvarkos institucijomis, taip pat atsižvelgiama į pasitenkinimą esama padėtimi valstybėje, demokratijos kokybe, valdžios vertinimu ir bendru laimės lygmeniu.

Pajamų nelygybė vertinama remiantis Gini koeficientu, kurio įverčiai paimti iš Eurostat duomenų bazės. Šis rodiklis matuoja, kiek valstybės pajamų pasiskirstymas yra nutolęs nuo tobulai lygaus pasiskirstymo. Koeficientas gali įgauti reikšmę nuo 0, kuri žymi visišką lygybę, iki 100, kuri žymi visišką nelygybę.

Matuojant fragmentaciją, remiamasi Quality of Government instituto duomenų bazės duomenimis apie religinę ir lingvistinę fragmentaciją. Šie duomenys atspindi tikimybę, kad du atsitiktinai pasirinkti žmonės iš tos pačios valstybės priklausys skirtingoms religinėms grupėms ar kalbės skirtingomis kalbomis. Kuo didesnis skaičius, tuo labiau fragmentuota visuomenė. Individualiu lygmeniu prieinami duomenys tik dėl priklausymo etninėms mažumoms. Galiausia individualaus lygmens analizėje taip pat įtraukiamas savarankiškai įsivertintos sveikatos kintamasis. Siekiant atsakyti į klausimą, ar politinės pažiūros lemia pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema, įtraukiamas prašymas nurodyti, savo padėtį kairės – dešinės skalėje.

4. DUOMENŲ ANALIZĖ IR REZULTATŲ APTARIMAS

4.1. Agreguto lygmens analizė

Visų pirma agreguoto lygmens analizėje nustatytos koreliacinių ryšių kryptys ir stiprumai tarp priklausomo (pasitikėjimo sveikatos apsauga) ir nepriklausomų kintamųjų. Visi skaičiavimų rezultatai pateikti 4-ame priede.

Stipriausia koreliacija yra tarp pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema ir HDI (0,83), bei IHDI (0,77). Gini koeficientas su pasitikėjimu sveikatos apsauga koreliuoja neigiamai (kaip ir su IHDI – - 0,65), kas paaiškina faktą, kodėl IHDI koreliacija su pasitikėjimu krenta lyginant su HDI koeficientu. Tai iš dalies patvirtina įžvalgą apie tai, kad aukštas šalies išsivystymas teigiamai veikia pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema, bet esant aukštai pajamų nelygybei, šis efektas tampa nebe toks stiprus.

Taip pat stiprus teigiamas koreliacinis ryšys matomas tarp pasitikėjimo sveikatos apsauga ir visų į analizę įtrauktų valdysenos kokybės indikatorių: vyriausybės veiksmingumo koeficiento (0,82), socialinės politikos veiksmingumo indekso (0,76), valdymo kokybės indikatorius (0,67). Tai leidžia daryti preliminarą išvadą, kad aukšta institucijų valdymo kokybė teigiamai veikia pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema. Deja, dėl šios išvados tvirtumo gali kilti abejonių, nes koreliacinė analizė atskleidžia tik ryšio stiprumą ir kryptį, bet ne priežastingumą. Tai bus tikrinama vėliau regresijos pagalba.

Galiausiai stiprus koreliacinis ryšys pastebimas tarp pasitikėjimo sveikatos apsaugos Sistema ir BVP, tenkančio vienam gyventojui (0,72) – kuo aukštesnis BVP, tenkantis vienam gyventojui, tuo aukštesnis ir pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema. Tačiau šio teigiamo ryšio stiprumą neigiamai veikia infliacija.

Kalbant apie korupcijos ir pasitikėjimo tarpusavio koreliacijos ryšius, stiprus neigiamas koreliacinis ryšys matomas su viešojo sektoriaus korupcijos indeksu (-0,55), kuris šiuo atveju yra gerokai stipresnis nei Transparency International pateikiamas korupcijos lygio medicinos ir sveikatos apsaugos sektoriuje (-0,12). Tai, galbūt, galima sieti su tuo, kad stipresnę įtaką pasitikėjimui turi viso viešojo sektoriaus situacija, nei konkrečios jo dalies korupcijos lygis. Kyšių davimo medicinos sektoriuje ir pasitikėjimo koreliacija (-0,23) – neigiama, tačiau ryšys nėra labai stiprus, nes kaip ir minėta, daugiau įtakos pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema turi viešojo sektoriaus korupcijos situacija, o ne tai, kas vyksta medicinos sektoriuje.

Kultūrinio aiškinimo hipotezės kintamasis – tarpasmeninis pasitikėjimas – neturi stipraus koreliacinio ryšio su pasitikėjimu sveikatos apsauga. Kiti rezultatais grįsto aiškinimo kintamieji

(infliacija, nedarbas) taip pat pasižymi silpna neigiama koreliacija su pasitikėjimu. Pastebėta, kad neigiamai (nors ir silpnai) su priklausomu kintamuoju koreliuoja realaus BVP augimas, lėšų suma, skiriama sveikatos programų įgyvendinimui.

Nagrinėjant alternatyvias hipotezes, susijusias su visuomenės fragmentacija (religine ir kalbine), stebimas vidutinio stiprumo koreliacinis ryšys su pasitikėjimu sveikatos apsauga. Ir priešingai, nei teigia ankstesni tyrimai, VRE regione šis ryšys yra teigiamas. Išsilavinimo lygis taip pat nepasižymi stipriu koreliaciniu ryšiu su pasitikėjimu sveikatos apsauga, nors aukštesnis išsilavinimo lygis teigiamai koreliuoja su pasitikėjimo lygiu. Ryšys toks, kaip ir buvo preliminariai spėta remiantis analizuota literatūra.

Toliau atsižvelgiama į nepriklausomų kintamų aiškinamąją galią, aiškinant pasitikėjimo lygį sveikatos apsaugos sistema VRE valstybėse. Tai iš pradžių daroma kuriant atskirą modelį su kiekvienu nepriklausomu kintamuoju (formuotos porinės regresijos, analizės duomenys pateikti 5-ame priede). Vėliau, remiantis aptarta mokslinė literatūra, į regresinius modelius įtraukta po keletą skirtingų kintamųjų, kurie leidžia patikrinti sudėtingesnes, kelianares hipotezes ir ryšį tarp priklausomo ir nepriklausomų kintamųjų.

Atliekant porinių regresijų skaičiavimus matyti, kad nors visi valdymo kokybės indeksai turi didelę ir statistiškai reikšmingą aiškinamąją galią, Pasaulio banko teikiamas valdžios efektyvumo indikatorius paaiškina didžiausią dalį pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema variacijos. Šiam indikatoriumi padidėjus vienu vienetu, pasitikėjimas sveikatos apsauga pakils 0,45 proc. punkto, visiems kitiems faktoriams nekintant, 5 proc. lygmeniu.

Statistiškai reikšmingi išlieka ir HDI bei IHDI kintamieji, tačiau HDI nepriklausomas kintamasis paaiškina gerokai didesnę pasitikėjimo sveikatos apsauga variacijos dalį (0,6902), lyginant su IHDI. Tad aukštas valstybės išsivystymo lygis teigiamai veikia pasitikėjimą nacionaline sveikatos apsaugos Sistema – HDI padidėjus vienu vienetu, pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema išaugtų 5,08 proc. punkto, visiems kitiems faktoriams nekintant, 5 proc. lygmeniu.

Kalbant apie korupcijos indikatorius, vienintelis statistiškai reikšmingas rezultatas gaunamas įtraukiant viešojo sektoriaus korupcijos indeksą (šiam indeksui didėjant vienu vienetu, pasitikėjimas sveikatos apsauga krenta 0,64 proc. punkto, visiems kitiems faktoriams nekintant 10 proc. lygmeniu). Nors Transparency International korupcijos vertinimo sveikatos sektoriuje indeksas turi pakankamai didelę aiškinamąją galią lyginant su kitais nepriklausomais kintamaisiais, determinacijos koeficientas nėra statistiškai reikšmingas.

Iš rezultatais grįsto aiškinimo vienintelis statistiškai svarbus ir svarus lieka realaus BVP, tenkančio vienam gyventojui kintamasis, tačiau determinacijos koeficientas mažesnis nei 0,001.

Į porines regresijas įtraukiamas komunistinės praeities kintamasis. Kadangi tai pseudo kintamasis, visi stebiniai negali turėti vienodos reikšmės, todėl į duomenų bazę įtraukiamos visos ES valstybės. Apskaičiavus porinę regresiją su komunistinės praeities kintamuoju matyti, kad egzistuoja statistiškai reikšmingas neigiamas ryšys, t.y. šalys, kurios turi komunistinio režimo istoriją, yra linkusios mažiau pasitikėti sveikatos apsaugos sistema, nei šalys, kurios komunizmo priespaudos neišgyveno. Šis kintamasis paaiškina trečdalį visos priklausomo kintamojo variacijos.

Toliau atliekama daugianarė regresinė analizė, kai į modelius įtraukiama daugiau nei po vieną nepriklausomą kintamąjį, atsižvelgiant į teorinėje dalyje aptartą Uslaner nelygybės rato teoriją, bei grupuojant reikšmingus nepriklausomus kintamuosius, stengiantis geriau paaiškinti pasitikėjimo sveikatos apsauga kitimą. Tiesa, dėl itin mažo nagrinėjamų atvejų skaičiaus (svyruoja nuo 10 iki 28), šių regresijų rezultatus reikėtų interpretuoti atsargiai (regresijų modeliai ir rezultatai pateikiami 6-ame ir 7-ame prieduose).

Pirmiausia, remiantis Uslaner teorija apie užburtą nelygybės ratą, į regresiją įtraukiami korupcijos sveikatos apsaugos sektoriuje vertinimas ir nelygybės kintamieji (žiūrėti 1-ą modelį, 6-ame priede). Nei vienas iš įtrauktų nepriklausomų kintamųjų nėra statistiškai reikšmingas aiškinant pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema. 2-ame modelyje Transparency International siūlomą sveikatos sektoriaus korupcijos vertinimą pakeitus viešojo sektoriaus korupcijos suvokimo indeksu, regresinio modelio aiškinamoji galia išauga, o nepriklausomas korupcijos kintamasis, tampa statistiškai reikšmingas 10 proc. lygiu. 3-iasis modelis į šią regresiją įtraukia nedarbą, tačiau tai nepadidina modelio aiškinamosios galios. Kadangi ne visi regresijoje įtraukti nepriklausomi kintamieji yra statistiškai reikšmingi, išvadų apie priežastinius ryšius daryti nevertėtų, reikėtų ieškoti praleistų kintamųjų. Vienas iš galimų praleistų kintamųjų, kaip ir spėjo Uslaner – komunistinė praeitis. Į regresiją įtraukus komunistinės praeities pseudo kintamąjį, pajamų nelygybę ir viešojo sektoriaus korupciją (žiūrėti 7 priedo 2-ą modelį) – visi nepriklausomi kintamieji yra statistiškai reikšmingi, modelis paaiškina du trečdalius priklausomojo kintamojo variacijos. Tad galima daryti išvadą, kad jei valstybė, yra priklausiusi komunistinių šalių blokui (šiuo atveju yra VRE), tai vieno vieneto viešojo sektoriaus korupcijos padidėjimas lems 0,13 proc. punkto didesnę kritimą sveikatos apsaugos sistemos pasitikėjimo lygyje pokomunistinėse valstybėse, nei likusiose ES valstybėse, kitoms sąlygoms nekintant.

Toliau į regresinius modelius įtraukiami valdymo kokybės indikatoriai su pagalbiniais nepriklausomais kintamaisiais (4-as, 5-as ir 6-as ir 8-as modeliai, 6-ame priede). Nors įtraukiant kontrolinius kintamuosius visuose regresiniuose modeliuose valdymo kokybės kintamieji išlieka statistiškai reikšmingi, modelių aiškinamoji galia stipriai skiriasi. Tik 5-ame modelyje, įtraukiant

nedarbo lygį ir socialinės politikos veiksmingumą, visi įtraukti nepriklausomi kintamieji lieka statistiškai reikšmingi. Tai reiškia, kad socialinės politikos efektyvumui padidėjus vienu vienetu, pasitikėjimas sveikatos apsauga padidės 0,2 proc. punkto, kitoms sąlygoms nekintant, 1 proc. lygmeniu. Atliekant regresijas su Pasaulio banko valdžios efektyvumo indikatoriumi ar ICRG valdymo kokybės indeksu bei įvairiais kontroliniais kintamaisiais, pastebėta, kad nors valdymo kokybės indikatoriai išlieka statistiškai reikšmingi, regresijose atsiranda nereikšmingų kintamųjų, o tai mažina modelio aiškinamąją galią, atsiranda praleisti kintamieji.

Į regresinius modelius kartu įtraukiant valdymo kokybės kintamuosius, komunistinės praeities pseudo kintamąjį ir kitus kontrolinius kintamuosius (5-as – 14-as modeliai 7-ame priede), matyti, kad modelių aiškinamoji galia stipriai išauga (porinius regresijų modelius lyginant su 5-u, 8-u, 11-u modeliais 7-ame priede). Daugianarėse regresijose valdymo kokybės kintamieji visada lieka statistiškai reikšmingi, kai tuo tarpu komunizmo kintamasis – statistiškai nereikšmingas. Tai leidžia daryti išvadą, kad valdymo kokybės indikatoriai koreliuoja tarpusavyje su komunistinės praeities kintamuoju ir juos kartu traukiant į regresinį modelį, pirmieji sugeria visą pseudo kintamojo variaciją.

Nors porinė regresija ir neatskleidė statistiškai reikšmingo ryšio tarp tarpasmeninio pasitikėjimo ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema, mokslinėje literatūroje teigiama, kad toks ryšys egzistuoja, todėl buvo nuspręsta įtraukti keletą kontrolinių kintamųjų ir patikrinti šią hipotezę VRE kontekste. 6 priedo 7-ame modelyje matyti, kad įtraukus nelygybę reprezentuojanį žmogaus išsivystymo lygio (IHDI) kintamąjį, modelio aiškinamoji galia išauga, ir visi lygties kintamieji tampa statistiškai reikšmingi. Tai reiškia, jog pasitikėjimą sveikatos apsauga lemia tarpasmeninis pasitikėjimas, bet tuo pačiu mes turime atsižvelgti ir į šalies IHDI indikatorių, arba komunistinę praeitį (4-as modelis 7-ame priede). Pavyzdžiui, jei tarpasmeninis pasitikėjimas padidėja vienu vienetu, tai pokomunistinėse šalyse (VRE regione), pasitikėjimas sveikatos apsauga padidės 0,17 proc. punkto mažiau nei likusiose ES valstybėse, kitoms sąlygoms nekintant.

Apibendrinant agreguoto lygmens analizės rezultatus, galima teigti, kad visuomenės fragmentacija nepaaiškina pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema šalyje lygio (H1). Tarpasmeninis pasitikėjimas turi aukštą ir statistiškai reikšmingą determinacinį koeficientą tik tada, kai į regresiją įtraukiami valstybės išsivystymo rodikliai ar komunistinės praeities pseudo kintamasis (H2). Iš rezultatais grįsto aiškinimo pasiteisina tik realaus BVP, tenkančiam vienam gyventojui, kintamasis (H3), o aukštas šalies išsivystymas, šiuo atveju IHDI, teigiamai veikia pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema (H4). Visi su institucijų kokybe susiję kintamieji turi aukštą determinacijos koeficientą ir yra statistiškai reikšmingi aiškinant pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema (H5).

Viešojo sektoriaus korupcijos indeksas turi stipresnį ir statistiškai reikšmingesnį neigiamą determinacijos koeficientą nei Transparency International siūlomas sveikatos apsaugos sektoriaus korupcijos suvokimo indeksas (H5). Pajamų nelygybė nepaaiškina visuomenės pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema kitimo (H6). Komunistinės praeities kintamasis, nors ir neturi labai didelio determinacinio koeficiento, beveik visose naudotose regresijose išlieka statistiškai reikšmingas arba koreliuoja su kitais nepriklausomais kintamaisiais (H7).

4.2. Individualaus lygmens analizė

Analizuojant pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema VRE regione individualiu lygmeniu matyti, kad vidutinis individo pasitikėjimo lygis aukščiausias Čekijoje, Estijoje, Lietuvoje ir Slovėnijoje, stipriai atsilieka Lenkija ir Vengrija (žiūrėti individualaus lygmens duomenų vidurkių lentelę 8-ame priede). Kas lemia tokius pasitikėjimo skirtumus tarp valstybių? Šioje darbo dalyje, aptariami individualaus lygmens duomenų statistinių testų rezultatai ir tikrinamos mokslinės literatūros analizės metu suformuluotos hipotezės.

Pirmoji hipotezė teigė, kad individo asmeninės savybės (amžius, lytis, priklausymas etninėms mažumoms ir subjektyviai įsivertintas sveikatos lygis) turi įtakos jo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema.

Atlikus ANOVA testus, priešingai nei analizuotoje literatūroje, negalima visiškai sutikti, kad VRE regione vyresnio amžiaus žmonės yra linkę daugiau pasitikėti sveikatos apsaugos sistema nei jaunimas. Išties, labiausiai sveikatos apsauga pasitiki patys vyriausi (65–99 m.) bei patys jauniausi respondentai (25–34 m.). Mažiausiai nacionaline sveikatos apsaugos sistema pasitiki 50–64 m. amžiaus respondentai. Šis pasitikėjimo lygio skirtumas statistiškai reikšmingas, lyginant pastarąją grupę su bet kuria kita analizuojama respondentų grupe.

Lietuvoje jaunimas linkęs sveikatos apsaugos sistema pasitikėti labiau nei vyresnio amžiaus žmonės. 15–24 m. respondentai, sveikatos apsauga pasitiki vidutiniškai 1 balu (10 balų skalėje) daugiau nei 65–99 m. respondentai. Mažiausiai sveikatos apsauga Lietuvoje, kaip ir VRE, pasitiki 50–64 m. amžiaus asmenys.

Analizuojant visą VRE regioną matyti, kad čia gyvenantys etninių mažumų atstovai yra linkę pasitikėti sveikatos apsaugos sistema šiek tiek labiau nei likę respondentai, ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas 10 proc. lygmeniu. Šis skirtumas ypač ryškus Čekijoje, tačiau Estijoje fiksuojamas priešingas santykis – asmenys priklausantys tautinėms mažumoms yra linkę mažiau pasitikėti sveikatos apsauga nei likusi populiacijos dalis ($p < 0,05$). Tuo tarpu likusioje VRE dalyje, pasitikėjimo skirtumai tarp šių dviejų grupių nėra statistiškai reikšmingi (testų rezultatai susumuoti

ir pateikti 9-o priedo lentelėje).

VRE savarankiškai įsivertintas sveikatos lygis nekoreliuoja su individo pasitikėjimu nacionaline sveikatos apsaugos sistema. Atlikus ANOVA ir Scheffe testus ir lyginant respondentų grupes, kurios savo sveikatą įsivertino „labai blogai“, „blogai“, „pakankamai gerai“, „gerai“ ar „labai gerai“, nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp jų pasitikėjimo lygmens nacionalinėmis sveikatos apsaugos sistemomis. Įdomu pastebėti, kad analizuojant Lietuvos atvejį, nė vienas respondentas savo sveikatos neįvertino „labai gerai“.

Lyginant moterų ir vyrų pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygius VRE, truputėlį daugiau sveikatos apsaugos institucijomis pasitiki vyrai ($p < 0,01$). Lietuvoje tiek vyrai, tiek moterys sveikatos apsauga pasitiki labiau nei vidutiniai VRE respondentai. Tačiau nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp to, kiek sveikatos apsaugos sistema pasitiki vyrai ir moterys Lietuvoje ar Vengrijoje. Lytis pasitikėjimui įtakos šiose šalyse neturi (testų rezultatai susumuoti ir pateikti 9-o priedo lentelėje).

Atlikus Pearsono koreliacijos testą, nustatyta, kad egzistuoja silpnas, tačiau statistiškai reikšmingas ir pozityvus koreliacinis ryšys tarp pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema ir tarpasmeninio pasitikėjimo. Vietoj tarpasmeninio pasitikėjimo taikant anksčiau sukurtą generalizuoto pasitikėjimo indeksą, nustatyta, kad koreliacinis ryšys tarp generalizuoto pasitikėjimo ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema VRE regione sustiprėja nors išlieka silpnas. Lenkijoje ir Vengrijoje tarpasmeninis pasitikėjimas koreliuoja su pasitikėjimu sveikatos apsaugos sistema stipriau nei generalizuotas pasitikėjimas. Lenkijoje tai galima paaiškinti tuo, kad sukurtas generalizuoto pasitikėjimo indeksas (kaip ir visi kiti indeksai) negali būti laikomas patikimu, nes Kronbacho alfa testo rezultatai buvo mažesni nei 0,7. Lietuvos atveju ryšys tarp tarpasmeninio pasitikėjimo ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema yra silpnas (0,2645), tačiau statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$). Vietoj tarpasmeninio pasitikėjimo imant generalizuoto pasitikėjimo indeksą, koreliacinis ryšys sustiprėja ir lieka toks pats reikšmingas (visus Pearsono koreliacijos testų rezultatus galima rasti 10-o priedo lentelėje).

VRE subjektyviai individų vertinta valdymo kokybė taip pat turi įtakos pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema. Šiai hipotezei testuoti buvo sukurti du indeksai: pasitikėjimo politinėmis institucijomis ir pasitikėjimo tvarkos institucijomis. VRE regione pasitikėjimas politinėmis institucijomis turi statistiškai reikšmingą ir pakankamai stiprų koreliacinį ryšį su pasitikėjimu sveikatos apsauga. Tuo tarpu pasitikėjimo tvarkos institucijomis ir sveikatos apsaugos sistema ryšys ne toks stiprus. Tačiau analizuojant individualias VRE valstybes matyti, kad ši tendencija nėra būdinga visoms valstybėms. Čekijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Vengrijoje

stipriau su pasitikėjimu sveikatos apsaugos sistema koreliuoja pasitikėjimas tvarkos, o ne politinėmis institucijomis. Tačiau ir vėl Lenkijos atveju sukurtas indeksas nėra validus.

VRE patys skurdžiausi respondentai yra linkę pasitikėti sveikatos apsaugos sistema šiek tiek daugiau nei respondentai trečiame-ketvirtame pajamų deciliuose, tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi, tad galima teigti, kad pasitikėjimas sveikatos apsauga VRE nepriklauso nuo asmens pajamų. Detaliau analizuojant Lietuvos situaciją, labiausiai sveikatos apsauga pasitiki aštuntajame decilyje pagal pajamas atsidūrę respondentai ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas 1 proc. lygmeniu. Taip pat statistiškai reikšmingi skirtumai fiksuojami tarp ketvirtame-penktame deciliuose esančių respondentų ir respondent, esančių septintame ir aukštesniame deciliuose. Visi kiti skirtumai tarp grupių nėra statistiškai reikšmingi. Lenkijoje labiausiai sveikatos apsaugos sistema pasitiki vidutines pajamas gaunantys respondentai, tačiau, kaip ir likusiame VRE regione, šie rezultatai nėra statistiškai reikšmingi.

Ar individas dirba, užsiima kita veikla (mokosi, yra pensijinio amžiaus, augina vaikus ir pan.) ar nedirba, neturi jokios įtakos jo pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema. Lyginant šias grupes, nematyti jokio statistiškai reikšmingo skirtumo jų pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygiuose. Lietuvoje, kaip ir VRE, pasitikėjimas sveikatos apsauga nepriklauso nuo to, ar individas dirba, ar yra bedarbis. Tuo tarpu Lenkijoje bedarbiai yra linkę sveikatos apsaugos sistema pasitikėti labiau nei dirbantys.

Respondentai, kurie dabartinį savo laimės lygį įsivertino trim balais ar mažiau (dešimtbalėje skalėje), yra linkę pasitikėti sveikatos apsaugos sistema mažiau, nei tie, kurie savo laimės lygį įvertino 6 ir daugiau. Visi šie skirtumai – statistiškai reikšmingi VRE regione.

Lietuvos atveju stebimi tokie pat rezultatai kaip ir VRE. Labiausiai sveikatos apsaugos sistema linkę pasitikėti individai, kurie savo laimę įvertino 6 balais ir daugiau. Tačiau visiškai nelaimingi (kurie pasirinko 0 balų) respondentai sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje pasitiki labiau nei tie, kurie pasirinko reikšmes nuo 1 iki 3. Tačiau šis ryšys nėra statistiškai reikšmingas. Lenkijoje ir Vengrijoje, kur pasitikėjimas nacionaline sveikatos apsaugos sistema yra žemiausias visame regione, savarankiškai įsivertintas laimės lygis neturi jokio ryšio su pasitikėjimu.

Pasitenkinimas esama valdžia ir jos darbu, demokratijos kokybe ir gyvenimo sąlygomis turi didžiausią pozityvią įtaką pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema. Koreliacinis ryšys tarp pasitenkinimo bendra šalies situacija indekso ir pasitikėjimo nacionaline sveikatos sistema yra stipriausias ir statistiškai reikšmingiausias iš visų analizuotų indeksų.

Lietuvoje subjektyviai respondentų įvertintas pasitenkinimas gyvenimu, valdžios darbu, demokratijos kokybe, ir ekonomine padėtimi indeksas stipriai teigiamai koreliuoja su pasitikėjimu

sveikatos apsaugos sistema. Šis indeksas, lyginant su kitais sukurtais indeksais, stipriausiai koreliuoja su pasitikėjimu sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje. Analizuojant pavienius indekso kintamuosius, stipriausia koreliacija matoma tarp individo pasitikėjimo sveikatos apsauga ir pasitenkinimo demokratijos kokybe.

Galiausiai, atlikus ANOVA testą, paaiškėjo, kad nėra skirtumo tarp to, kiek nacionaline sveikatos apsaugos sistema pasitiki kairėje politinės ideologijos skalės pusėje save pozicionuojantys individai, ir kiek ja pasitiki dešinėje esantys respondentai. Lietuvoje, kaip ir beveik visose likusiose VRE valstybėse, nerasta ryšio tarp individo politinės ideologijos ir jo pasitikėjimo sveikatos apsauga lygio. Estija, vienintelė regiono valstybė, kurioje politinės pažiūros lemia pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema lygį: kairiųjų pažiūrų respondentai yra linkę mažiau pasitikėti sveikatos apsaugos sistema, nei dešinių pažiūrų respondentai.

Apibendrinant individualaus lygmens analizės rezultatus, galima teigti, kad nei vienas iš asmeninių savybių kintamųjų nėra statistiškai reikšmingas veiksnys lemiantis pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema VRE regione (H1), tačiau pavieniai kintamieji svarbūs vienoje ar kitoje regiono valstybėje. Tarpasmeninis pasitikėjimas taip pat negali būti laikomas reikšmingu veiksnium, lemiančiu pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygį VRE (H2). Nors generalizuoto pasitikėjimo indekso koreliacinis ryšys šiek tiek stipresnis – jo įtaka menka. Valdymo kokybės indeksai stipriai koreliuoja su pasitikėjimu sveikatos apsaugos sistema, tačiau priklauso nuo analizuojamos VRE valstybės, kurių institucijų pasitikėjimo lygis ir valdymo kokybė (politinių ar tvarkos) bus svarbesnis nuspėjant pasitikėjimo lygį sveikatos apsaugos sistema (H3). Stipriausias koreliacinis ryšys nustatytas tarp bendro pasitenkinimo esama šalies situacija (demokratijos kokybe, gyvenimo lygiu ir kt.) ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema (H3). Individo ekonominis gerbūvis, įvertintas per pajamų lygį ar subjektyvų laimės įsivertinimą nėra statistiškai reikšmingi pasitikėjimo sveikatos apsaugos institucijomis veiksniai (H4). Galiausiai, individo politinės pažiūros neturi įtakos jo pasitikėjimui nacionaline sveikatos apsaugos sistema (H5).

IŠVADOS

Mokslinėje literatūroje pasitikėjimas sveikatos apsauga skiriamas į tarpasmeninį, kurį sudaro ligonio pasitikėjimas savo gydytoju, ir institucinį, atspindintį bendrą visuomenės pasitikėjimą konkrečia sveikatos apsaugos įstaiga ar visa nacionalinės sveikatos apsaugos sistema.

Darbu, tiriančių institucinį pasitikėjimą sveikatos apsaugos srityje, nėra daug, tačiau akcentuojama, kad žemas institucinio pasitikėjimo lygis siejamas su dideliu pacientų nepatiklumu dėl pirminės diagnozės teisingumo, o aukštas institucinio pasitikėjimo lygis – su gerai įvertina fizine ir psichologine sveikata, gyvenimo kokybe bei pilietiniu aktyvumu.

Socialiniu-psichologiniu aiškinimu paremtos teorijos aiškina, kad amžius, išsilavinimas, rasė turi įtakos pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema. Kultūriniu aiškinimu paremtos teorijos pagrindžia priklausomybę tarp tarpasmeninio žmonių pasitikėjimo vienas kitu, gyventojų aktyvios pilietinės pozicijos, pozityvaus požiūrio į gyvenimą ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema. Valdymo kokybės teorijos atstovai pabrėžia priklausomybę tarp gyventojų pasitikėjimo šalies valdymo institucijų ir sveikatos apsaugos sistemos.

Sveikatos apsaugos sistema Europos Sąjungoje pasitikima labiau nei atskirai paimtame Vidurio ir rytų Europos regione, nors 2009–2013 m. laikotarpiu pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema VRE regione nežymiai didėjo, o ES mastu – mažėjo. Analizuojamu laikotarpiu pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema augo Lietuvoje. Tam įtakos turėjo šalyje vykdoma sveikatos įstaigų restruktūrizacija.

Atliekant tyrimą agreguotu lygmeniu nustatyta, kad teigiamai pasitikėjimą šalies sveikatos apsaugos sistema veikia aukštas šalies išsivystymo lygis, egzistuojančios socialinės politikos efektyvumas, šalies valdymo kokybė, tarpasmeninis pasitikėjimas. Pasitikėjimą silpnina egzistuojant pajamų nelygybė, šalies komunistinė praeitis. Pasitikėjimui šalies sveikatos apsaugos sistema nereikšmingą įtaką turi nedarbas, infliacija, gyventojų religinė ar kalbinė priklausomybė, išsilavinimas, mažesnę nei tikėtasi įtaką turi korupcija.

Atliekant tyrimą individualiu lygmeniu, atskirose šalyse nenustatyta tiesioginės priklausomybės tarp gyventojų amžiaus ir pasitikėjimo šalies sveikatos apsaugos sistema, nustatyta, kad nėra reikšmingų skirtumų tarp priklausymo skirtingoms etninėms grupėms, tarp gyventojų savarankiškai įsivertinto sveikatos lygio, gyventojų lyties, pajamų, politinių pažiūrų. Nustatytas reikšmingas, tačiau ganėtinai silpnas ryšys tarp tarpasmeninio pasitikėjimo ir pasitikėjimo šalies sveikatos sistema.

Tiek agreguoto, tiek individualaus tyrimo metu patvirtinta, kad šalies valdymo kokybė yra

svarbus pasitikėjimo nacionaline sveikatos apsaugos sistema veiksnys, todėl būtina daugiau dėmesio skirti valdymo kokybei – tiek pačios sveikatos sistemos, tiek bendros šalies institucinės aplinkos.

Agreguoto lygmens analizėje taip pat pasitvirtino komunistinės praeities įtaka pasitikėjimui sveikatos apsaugos sistema. Valstybės, kurios priklauso sovietinių šalių blokams, turi žemesnius pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistemomis lygius, nei likusios ES valstybės.

Hipotezės apie visuomenės fragmentaciją, tarpasmeninį pasitikėjimą, pajamų nelygybę, nedarbo lygį ar infliaciją agreguotu lygmeniu nepasitvirtino.

Individualiu lygmeniu patvirtinta hipotezė dėl priklausomybės tarp valdymo kokybės, išreikštos per pasitikėjimą politinėmis ir tvarkos institucijomis, bei bendru pasitenkinimo lygiu šalies dabartine situacija (demokratijos kokybė, valdžios darbo veiksmingumu) ir pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema. Visos kitos individualiu lygmeniu testuotos hipotezės pasitvirtina tik iš dalies. Skirtingi faktoriai svarbūs skirtingoms valstybėms.

Lietuvoje pasitvirtina pajamų, amžiaus svarba pasitikėjimo sveikatos apsaugos sistema lygiui nustatyti, tačiau atmestos visuomenės fragmentacijos, savarankiškai įsivertinto sveikatos lygio, subjektyvaus laimės lygio, tarpasmeninio pasitikėjimo ir politinių pažiūrų hipotezės.

Ateityje, būtų naudinga detaliau analizuoti Lietuvos atvejį, palyginti pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema lemiančius veiksnius tarp skirtingų šalies regionų ir sveikatos įstatigų. Siekiant kurti našią sveikatos apsaugos sistemą, kuri geba susidoroti su naujais technologijų mažiau atneštais iššūkiais, tai leistų parengti rekomendacijas ir pasiūlymus institucinio pasitikėjimo didinimui valstybėje. VRE lygmeniu, taip pat būtų naudinga atlikti panelinių duomenų analizę, kuri leistų daryti tvirtesnes išvadas apie region pasitikėjimą sveikatos apsaugos sistemas veikiančius veiksnius, bei leistų palyginti tarp šalių egzistuojančius skirtumus, ko nebuvo galima atlikti šiame darbe.

ŠALTINIŲ IR LITERATŪROS SĄRAŠAS

Literatūra:

1. Alesina, Alberto, Arnaud Devleeschauwer, William Easterly, Sergio Kurlat ir Romain Wacziarg, „Fractionalization.” *Journal of Economic growth* 8(2), 2003, 155-194.
2. Alrubaiee, Laith, ir Feras Alkaa'ida, „The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality–patient trust relationship.” *International Journal of Marketing Studies* 3(1), 2011, 103-127
3. Anderson, Erin, ir Barton Weitz, „Determinants of continuity in conventional industrial channel dyads.” *Marketing science* 8(4) 1989, 310-323.
4. Anderson, Lynda ir Robert F. Dedrick, „Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships.” *Psychological reports* 67(3), 1990, 1091-1100;
5. Balkrishnan, Rajesh, Elizabeth Dugan, Fabian T. Camacho, ir Mark A. Hall, „Trust and satisfaction with physicians, insurers, and the medical profession.” *Medical care* 41(9) 2003, 1058-1064.
6. Boulware, Ebony, Lloyd E. Ratner, Lisa A. Cooper, Julie Ann Sosa, Thomas A. LaVeist, ir Neil R. Powe, „Understanding disparities in donor behavior: race and gender differences in willingness to donate blood and cadaveric organs.” *Medical care*, 2002.
7. Boulware, L. Ebony, Lisa A. Cooper, Lloyd E. Ratner, Thomas A. LaVeist ir Neil R. Powe, „Race and trust in the health care system.” *Public health reports* 118, 2003, 358-365.
8. Buivydas. R., „Pasitikėjimas sveikatos priežiūra”. Pranešimas konferencijoje „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos”, Mykolo Riomerio Universitetas, Vilnius, 2012 spalio 24.
9. Calnan, Michael ir Rosemary Rowe, *Trust matters in health care*. Berkshire: McGraw-Hill Education, 2008.
10. Campbell, William Ross, „The sources of institutional trust in East and West Germany: civic culture or economic performance?.” *German Politics* 13(3), 2004, 401-418.
11. Caterinicchio, Russell Paul, „Testing plausible path models of interpersonal trust in patient-physician treatment relationships.” *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 13, 1979, 81-99.
12. Coleman, James S., *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard university press, 1994.

13. Davies, Huw, „Falling public trust in health services: implications for accountability.” *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 1999, 193-194.
14. Doescher, Mark P., Barry G. Saver, Peter Franks ir Kevin Fiscella, „Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust.” *Archives of family medicine* 9(10), 2000, 1156-1163;
15. Gilson, Lucy, „Trust in Health Care: Theoretical Perspectives and Research Needs.” *Journal of Health Organization and Management*, 20, 2006, 359–375;
16. Gliem, Joseph A. ir Rosemary R. Gliem, „Calculating, interpreting, and reporting Cronbach’s alpha reliability coefficient for Likert-type scales.” Pranešimas konferencijoje „Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education”, Columbus, 2003.
17. Grönroos, Christian, „A service quality model and its marketing implications.” *European Journal of marketing* 18(4), 1984, 36-44.
18. Khodyakov, Dmitry, „Trust as a process: A three-dimensional approach.” *Sociology* 41(1) 2007, 115-132.
19. Kramer, Roderick M., „Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions.” *Annual review of psychology* 50(1), 1999, 569-598.
20. LaVeist, Thomas, Kim Nickerson ir Janice Bowie, „Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients.” *Medical Care Research and Review* 57(4), 2000, 146-161.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija „Sveikatos sistemos reformos” [Žiūrėta 2017 03 11], < <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/sveikatos-sistemos-reformas>>.
22. Lim, Puay Cheng, ir Nelson KH Tang, „The development of a model for total quality healthcare.” *Managing Service Quality: An International Journal* 10(2), 2000, 103-111.
23. Liubarskienė, Zita, Laima Šoliūnienė, Vaidas Kilius, Eimantas Peičius, „Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra”. *Medicina* 40(3), 2004, 278-285.
24. Lukoschek, Petra, „African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study.” *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 14(4) 2003, 566-587.
25. Mainous, Arch G. III, Richard Baker, Margaret M. Love, James M. Gill ir Edsel Baker, „Continuity of care and trust in one’s physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom.” *Family Medicine* 33(1), 2001, 22-27.
26. Marlow, Laura, Jo Waller ir Jane Wardle, „Trust and experience as predictors of HPV

- vaccine acceptance.” *Human vaccines* 3(5), 2007, 171-175.
27. McAllister, Ian, „The Economic Performance of Governments.” Kn. Norris P. (sud.), „*Critical Citizens: Global Support for Democratic Government.*” Oxford: Oxford UP, 1999, 188-204.
 28. Meyer, Samantha, Paul Ward, John Coveney ir Wendy Rogers, „Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann.” *Health Sociology Review* 17(2), 2008, 177-186.
 29. Mishler, William ir Richard Rose, „What are the origins of political trust? Testing institutional and cultural theories in post-communist societies.” *Comparative political studies* 34(1), 2001, 30-62.
 30. Mohseni, Mohabbat ir Martin Lindstrom, „Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study.” *Social science & medicine* 64(7), 2007, 1373-1383.
 31. Newton, Kenneth ir Pippa Norris, „Confidence in Public Institutions: Faith, Culture or Performance? Kn. Pharr, S. and Putnam, R.(sud.) „*Disaffected democracies: What’s Troubling the Trilateral Countries.*” Princeton: Princeton University Press, 1999, 52-74.
 32. Pellegrino, Edmund ir David Thomasma, „The virtues in medical practice”. New York: Oxford University Press; 1993.
 33. Robert M .Morgan ir Shelby D. Hunt, „The commitment-trust theory of relationship marketing.” *The journal of marketing*, 1994, 20-38.
 34. Safran, Dana Gelb, Deborah A. Taira, William H. Rogers, Mark Kosinski, John E. Ware ir Alvin R. Tarlov, „Linking primary care performance to outcomes of care.” *Journal of family practice* 47(3) 1998, 213-221.
 35. Sharma, Rajiv, Mitchell Haas, ir Miron Stano, „Patient attitudes, insurance, and other determinants of self-referral to medical and chiropractic physicians.” *American journal of public health* 93(12), 2003, 2111-2117.
 36. Sirdeshmukh, Deepak, Jagdip Singh ir Barry Sabol, „Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges.” *Journal of marketing* 66(1), 2002, 15-37.
 37. Tarrant, Carolyn, Tim Stokes ir Richard Baker, „Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey.” *British Journal of General Practise*, 53(495), 2003, 798-800.
 38. Thom, David H., Mark A. Hall, ir L. Gregory Pawlson, „Measuring patients’ trust in physicians when assessing quality of care.” *Health affairs* 23(4), 2004, 124-132.

39. Uslaner, Eric M., „Trust as a Moral Value.” Pranešimas konferencijoje „Social Capital: Interdisciplinary Perspectives”, Exeter Universitetas, Didžioji Britanija, rugsėjo 15-20, 2001.
40. Uslaner, Eric M., *Corruption, Inequality, and the Rule of Law: The Bulging Pocket Makes the Easy Life*. New York: Cambridge University Press, 2008.
41. Velenyi, Edit V., „Health Care Spending and Economic Growth.” Kn. Richard M. Scheffer (sud.) *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Volume 1: The Economics of Health and Health Systems*. Singapūras: World Scientific Publishing. 2016. 1-154.
42. Walker, Jessica, Brooksby, A., McInerney, J. ir Taylor, A., „Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust.” *Journal of Nursing Management* 6(4), 1998, 193-200.
43. Wanless, Derek, „*Securing our future health: taking a long-term view.*” London: HM Treasury 16, 2002.
44. Whetten, Kathryn, Jane Leserman, Rachel Whetten, Jan Ostermann, Nathan Thielman, Marvin Swartz ir Dalene Stangl „Exploring lack of trust in care providers and the government as a barrier to health service use.” *American Journal of Public Health* 96(4), 2006, 716-721.
45. Zheng, Beiyao, Mark A. Hall, Elizabeth Dugan, Kristin E. Kidd ir Douglas Levine, „Development of a scale to measure patients' trust in health insurers.” *Health service research-Chicago*, 37(1), 2002, 187-202.
46. Zmerli, Sonja ir Juan Carlos Castillo, „Income inequality, distributive fairness and political trust in Latin America.” *Social science research* 52, 2015, 179-192.

Šaltiniai:

1. Directorate-General for Communication „Patient safety and Quality of Care” [Žiūrėta 2016 11 20] <https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S1100_80_2_411>
2. Directorate-General for Communication „Patient safety and Quality of Care” [Žiūrėta 2016 11 20] https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S796_72_2_EBS327
3. European Social Survey „ESS7 – 2014 Data Download” [Žiūrėta 2016 12 15] <<http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=7>>
4. Eurostat „GDP per capita in PPS” [Žiūrėta 2016 12 09] <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec0011>>

4&plugin=1>

5. Eurostat „Gini coefficient of equivalised disposable income” [Žiūrėta 2016 12 10]
<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12>
6. Eurostat „Total unemployment rate” [Žiūrėta 2016 12 09]
<<http://ec.europa.eu/eurostat/web/lfs/data/main-tables>>
7. Health Consumer Powerhouse „Annual EU healthcare index puts The Netherlands in „uncontested leadership” [Žiūrėta 2017 04 15]
<http://www.healthpowerhouse.com/images/stories/press_release_general.pdf>
8. Health Consumer Powerhouse „Health Consumer index at a glance” [Žiūrėta 2017 04 15]
<<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-index-matrix-a3.pdf>>
9. The Quality of Government Institute „QoG Basic Data” [Žiūrėta 2016 11 30]
<<http://qog.pol.gu.se/data/datadownloads/qogbasicdata>>
10. The World Bank „Worldwide Governance Indicators” [Žiūrėta 2016 12 10]
<<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=worldwide-governance-indicators&preview=on>>
11. Transparency International „Corruption Perception Index 2013” [Žiūrėta 2016 12 10]
<<http://www.transparency.org/cpi2013/results>>

PRIEDAI

Priedas 1: Faktorių kūrimas ir Komboko Alfa testų rezultatai

	Trust inst		Trust law		trustgen		Satisf	
	Krombacho Alfa	Kintamųjų skaičius	Krombacho Alfa	Kintamųjų skaičius	Krombacho Alfa	Kintamųjų skaičius	Krombacho Alfa	Kintamųjų skaičius
VRE	0,9061	3	0.7840	2	0.7753	3	0.8138	4
Čekija	0,9223	3	0.7953	2	0.8062	3	0.8101	4
Estija	0.8738	3	0.8029	2	0.7325	3	0.8280	4
Lietuva	0.9239	3	0.8153	2	0.8353	3	0.8601	4
Lenkija	0.4482	3	0.4827	2	0.3320	3	0.5389	4
Slovėnija	0.7482	3	0.7982	2	0.2689	3	0.5070	4
Vengrija	0.9138	3	0.7622	2	0.7677	3	0.7061	4

Šaltinis: Autorės skaičiavimai

Priedas 2: Agreguoto lygmens analizėje naudotų kintamųjų operacionalizacija

Kintamasis	Matavimas	Šaltinis	Kodavimas
Ar valstybė ES narė?	1 – taip, 0 - ne		ES
Ar valstybė yra buvusi komunistinė šalis	1 – taip, 0 - ne		comm
BVP vienam žmogui	Realus BVP vienam žmogui, Eurais	Eurostat	rgdpc
Etninė fragmentacija	1 – visiška fragmentacija, 0 – jokios fragmentacijos	Europos socialinė apklausa	ethnic
Gini indeksas	Turto pasiskirstymas tarp valstybės piliečių (0 – visiška lygybė, 100 – visiška nelygybė)	Eurostat	GINI
HDI	Žmogaus vystymosi indeksas, nuo 0 (mažiausias) iki 1 (didžiausias). Indeksas atspindi kelias dimensijas: tikėtiną gyvenimo trukmę, išsilavinimo trukmę ir nacionalines pajamas gyventojui (atsižvelgus į kainas).	Quality of Government	HDI
IHDI	tas pats HDI, tik atsižvelgiama ir į pajamų pasiskirstymo nelygybę šalyje	Quality of Government	IHDI
Išlaidos sveikatos apsaugai	Privataus ir viešo sektoriaus išlaidos sveikatos apsaugai ir programoms, % dalis nuo BVP	Quality of Government	exph
Išsilavinimas	Vidurkis metų, kurie respondentai praleido mokydami	Europos socialinė apklausa	edu
Kyšio mokėjimas sveikatos sektoriuje	Ar per paskutinius metus Jums ar jūsų šeimos nariui teko duoti kyšį sveikatos apsaugos sistemos atstovui, % respondentų	Quality of Government	bmed
Lingvistinė fragmentacija	1 – visiška fragmentacija, 0 – jokios fragmentacijos	Europos socialinė apklausa	language
Nedarbo lygis	Procentas nedirbančių žmonių nuo visų šalies gyventojų skaičiaus	Eurostat	unemp
Pasaulinės valdysenos indikatorius: valdžios efektyvumas	Reliatyvi valstybės padėtis su kitom valstybėm, nuo 0 (žemiausia) iki 100 (aukščiausia)	Pasaulio bankas	gee
Pasitikėjimas kitais žmonėmis	Procentas respondentų, teigiančių, kad pasitiki kitais žmonėmis	Europos socialinė apklausa	gtrust
Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema	Procentas respondentų, teigiančių, kad teigiamai vertina nacionalinę sveikatos pasaugos sistemą	Specialus Eurobarometras (327 ir 411)	trust
Religinė fragmentacija	1 – visiška fragmentacija, 0 – jokios fragmentacijos	Europos socialinė apklausa	religion
Socialinės politikos efektyvumo indeksas	Indeksas sudarytas įtraukiant sveikatos apsaugos politikos efektyvumą, išlaidas sveikatos apsaugai, tikėtiną gyvenimo trukmę, kūdikių mirtingumą ir savarankiškai įsivertintą sveikatos lygį.	Quality of Government	sohe
Valdymo kokybės indikatorius	Vidutinė korupcijos, įstatymo viršenybės ir biurokratijos kokybės reikšmė (nuo 0 iki 1)	Quality of Government	ICRG
Viešojo sektoriaus korupcijos indeksas	Vidurkis viešojo sektoriaus kyšininkavimo ir grobstymo.	Quality of Government	pubcorr
Korupcija sveikatos apsaugos sektoriuje	Procentas respondentų, kurie laiko, sveikatos apsaugos ir medicinos institucijas, korumpuotomis/labai korumpuotomis	Transperancy International	healthcorr

Priedas 3: Individualaus lygmens analizėje naudotų kintamųjų operacionalizacija

Kintamasis	Matavimas	Kodavimas
Amžius	Respondento amžius metais	agea
Etninės mažumos atstovas	Ar respondentas priklauso etninei mažumai savo šalyje?	blgetmg
Rūkymas	Kuriai iš 5 grupių save priskiria respondentas	cgtsmke
Fizinis aktyvumas	Kuriai iš 5 grupių save priskiria respondentas	dosport
Lytis	Vyras/Moteris	gndr
Subjektyvus laimės vertinimas	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitenkinimą, o 10, visišką pasitenkinimą	happy
Subjektyvus sveikatos vertinimas	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visiškai nepatenkinimą, o 10, visiškai gerą	health
Namų ūkio pajamos	Namų ūkių pajamos išskirstytos pagal decilius	hinctnta
Pozicija KD skalėje	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 žymi kraštutinę kairę, o 10 - kraštutinę dešinę	lrscale
Nedarbas	Kuriai iš trijų grupių save priskiria individas	mnactic
Kitų žmonių išnaudojimas	Kiek kiti asmenys yra linkę vienas kitu naudotis savanaudiškoms reikmėms. Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką išnaudojimą, o 10 to nebuvimą	pplfair
Kitų žmonių pagalba	Kiek kiti asmenys yra linkę vienas padėti? Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nenorą padėti, o 10 visapusišką pagalbą	pphlhp
Tarpasmeninis pasitikėjimas	Kiek galima pasitikėti kitais asmenimis? Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitikėjimą, o 10 visišką pasitikėjimą.	ppltrst
Pasitenkinimas demokratija	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitenkinimą, o 10, visišką pasitenkinimą	stfdem
Pasitenkinimas ekonomine situacija	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitenkinimą, o 10, visišką pasitenkinimą	stfecoc
Pasitenkinimas nacionaline valdžia	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitenkinimą, o 10, visišką pasitenkinimą	stfgov
Pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitenkinimą, o 10, visišką pasitenkinimą	stfhlth
Pasitenkinimas gyvenimu	Matuojama skalėje nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitenkinimą, o 10, visišką pasitenkinimą	stslife
Pasitikėjimas teisine sistema	Kiek pasitikite minėta institucija? Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitikėjimą, o 10 visišką pasitikėjimą.	trstlgl
Pasitikėjimas policija	Kiek pasitikite minėta institucija? Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitikėjimą, o 10 visišką pasitikėjimą.	trstplc
Pasitikėjimas politikais	Kiek pasitikite minėta institucija? Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitikėjimą, o 10 visišką pasitikėjimą.	trstplt
Pasitikėjimas parlamentu	Kiek pasitikite minėta institucija? Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitikėjimą, o 10 visišką pasitikėjimą.	trstprl
Pasitikėjimas politinėmis partijomis	Kiek pasitikite minėta institucija? Matuojama skale nuo 0 iki 10, kur 0 reiškia visišką nepasitikėjimą, o 10 visišką pasitikėjimą.	trstprt

Šaltinis: Europos socialinė apklausa (2014)

Priedas 4: Koreliacijos koeficientų matrica, skerspjūvio dimensija

	ethnic	language	religion	bmed	rgdpc	qog	gdpgr	infl	sohe	healthcorr	HDI	pubcorr	gee	exph	GINI	unemp	IHDI	trust	gtrust	edu
ethnic	1,00																			
language	0,85	1,00																		
religion	0,47	0,47	1,00																	
bmed	-0,07	0,13	-0,06	1,00																
rgdpc	-0,35	-0,05	0,03	-0,23	1,00															
qog	-0,21	-0,01	0,05	-0,21	0,81	1,00														
gdpgr	-0,36	0,53	0,15	0,52	-0,43	-0,05	1,00													
infl	-0,07	0,14	-0,07	0,11	-0,14	0,18	0,54	1,00												
sohe	-0,14	0,13	-0,09	-0,03	0,67	0,39	-0,25	-0,20	1,00											
healthcorr	-0,27	-0,14	-0,23	0,87	-0,31	-0,56	0,12	0,02	0,04	1,00										
HDI	-0,22	0,11	-0,03	-0,17	0,94	0,84	-0,21	-0,02	0,80	-0,32	1,00									
pubcorr	-0,25	-0,54	0,12	-0,17	-0,39	-0,59	-0,49	-0,38	-0,41	-0,15	-0,62	1,00								
gee	0,09	0,32	0,19	-0,13	0,74	0,91	0,15	0,15	0,48	-0,27	0,84	-0,79	1,00							
exph	-0,53	-0,42	0,15	-0,40	0,54	0,38	-0,67	-0,17	0,01	-0,07	0,33	0,17	0,24	1,00						
GINI	0,49	0,33	0,13	0,04	-0,66	-0,23	0,67	0,58	-0,43	0,32	-0,47	-0,21	-0,07	-0,45	1,00					
unemp	0,10	-0,17	0,16	-0,11	-0,19	0,02	0,05	-0,15	-0,53	0,63	-0,29	0,10	0,07	0,30	0,32	1,00				
IHDI	-0,32	0,02	0,11	-0,17	0,97	0,77	-0,38	-0,13	0,74	-0,36	0,95	-0,40	0,72	0,50	-0,65	-0,33	1,00			
trust	0,17	0,33	0,31	-0,23	0,72	0,67	-0,14	-0,26	0,76	-0,12	0,83	-0,55	0,82	0,22	-0,24	-0,10	0,77	1,00		
gtrust	0,49	0,31	0,60	0,17	-0,62	-0,62	0,62	-0,04	-0,12	-0,24	-0,45	0,04	-0,12	-0,37	0,46	-0,03	-0,37	0,15	1,00	
edu	0,36	0,30	0,83	0,39	-0,21	-0,41	0,29	-0,13	0,26	0,09	-0,23	0,44	-0,23	-0,49	0,13	-0,52	-0,03	0,23	0,45	1,00

Šaltinis: Autorės skaičiavimai

Priedas 5: Porinių regresinių modelių rezultatai

	Coef.	Std.Err.	Cons.	Std.Err.	R²	N
ethnic	0,22400588	0,3746576	0,3701075**	0,177865	0,0286	11
language	0,3457572	0,3346987	0,4470102**	0,1025403	0,1060	11
religion	0,3677933	0,3746576	0,3701075***	0,177865	0,0967	11
bmed	-0,4009802	0,5647968	0,603075*	0,1110044	0,0530	11
rgdpc	0,0000442**	0,0000144	-0,204944	0,2445937	0,5119	11
qog	1,246079**	0,4653324	-0,2021608	0,2790794	0,4434	11
gdpgr	-0,0118652	0,0270035	0,552561*	0,0700273	0,0210	11
infl	-0,0025568	0,0031504	0,8735154***	0,4201238	0,0682	11
sohe	0,1597765*	0,0462256	-0,3262084	0,2523775	0,5703	11
HDI	5,083142**	1,13528	-3,69229**	0,9448788	0,6902	11
pubcorr	-0,6392745***	0,327629	0,7190144*	0,1062559	0,2973	11
healthcorr	-0,4793206	0,3392346	0,8025919*	0,1835695	0,1997	10
gee	0,4481628**	0,1060029	0,2315616**	0,0796975	0,6651	11
exph	0,0347807	0,0502887	0,2913984	0,3579632	0,0505	11
GINI	-0,0110003	0,0150834	0,8756207***	0,4695926	0,0558	11
unemp	-0,0063476	0,0203757	0,6060171**	0,2331844	0,0107	11
IHDI	3,275054***	0,9100362	-1,962539	0,6952281	0,5900	11
gtrust	0,2389949	0,7807452	0,5388887	0,2942546	0,0229	11
edu	0,0435367	0,0936729	0,0269215**	1,290456	0,0512	11
comm	-0,2627647*	0,0733112	0,7984966*	0,0459502	0,3307	28

Šaltinis: Autorės skaičiavimai

Priklausomas kintamasis: Pasitikėjimas sveikatos apsauga (*trust*)

Statistinio reikšmingumo žymėjimas: ***p < 0,1; **p<0,05; *p<0,01.

Priedas 6: Agreguto lygmens regresinių modelių rezultatai

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
healthcorr	-0,5209605 (0,3833864)							
gini	-0,029108 (0,0151808)	-0,0170825 (0,0127591)	-0,0185662 (0,0144955)					
pubcorr		-0,7295563*** (0,3212486)	-0,7476392*** (0,3470603)					
unemp			0,0054406 (0,0187952)	-0,0072901 (0,0160077)	0,0257504*** (0,014167)	0,0234125 (0,0133078)		
qog				1,25117* (0,4874118)				
sohe					0,2070794* (0,0487707)	0,1391405* (0,064588)		
gtrust							0,9430459*** (0,437945)	
gee								0,2996306** (0,1462346)
IHDI						1,727389 (1,165782)	8,716844** (2,427128)	1,589976 (1,134624)
Constant	0,9187927*** (0,9187927)	1,272718 (0,4259264)	1,263502** (0,4537517)	-0,1244546 (0,3384098)	-0,8665183* (0,3729297)	-1,791808* (0,7148049)	-7,136124 ** (2,14213)	-0,8804917 (0,7971799)
R²	0,2429	0,4259	0,4327	0,4575	0,6959	0,7685	0,8156	0,7311
R² (koreg.)	0,0265	0,2824	0,1896	0,3219	0,6199	0,6693	0,6927	0,6639

Šaltinis: Autorės skaičiavimai, atvejų skaičius 11;

Priklausomas kintamasis: Pasitikėjimas sveikatos apsauga (*trust*)

Skliausteliuose nurodytos standartinės paklaidos;

Statistinio reikšmingumo žymėjimas: ***p < 0,1; **p<0,05; *p<0,01.

Priedas 7: Regresinių modelių rezultatai, įtraukiant komunistinio režimo įtaką

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
comm	-0,2627647* (0,0733112)	-0,1251408** (0,0625137)	-0,1390182* (0,0636866)	-0,1658068* (0,0757705)	-0,0116193 (0,0584149)	-0,0116873 (0,0574973)	-0,0418541* (0,0453622)
GINI		-0,0223863* (0,0072808)	-0,0168982** (0,0089105)				
pubcorr		-0,7980936* (0,1960833)	-0,7211354* (0,208506)				
unemp			-0,0065211 (0,0061391)				
gtrust				0,3688196*** (0,2154093)			-0,048378 (0,1339451)
sohe					0,1906701* (0,0284996)	0,1545647* (0,0388506)	0,2065162* (0,0334733)
IHDI						1,020508 (0,759713)	
Constant	0,7984966* (0,0459502)	1,581386* (0,230262)	1,475832* (0,2501756)	0,6576081* (0,1171547)	-0,4812497* (0,1933309)	-1,064867** (0,4743176)	-0,5418098* (0,2043258)
R²	0,3307	0,7147	0,7293	0,4697	0,7601	0,7769	0,8574
R² (koreg.)	0,3050	0,6758	0,6777	0,3990	0,7410	0,7490	0,8268

Šaltinis: Autorės skaičiavimai, atvejų skaičius 28;

Priklausomas kintamasis: Pasitikėjimas sveikatos apsauga (*trust*)

Skliausteliuose nurodytos standartinės paklaidos;

Statistinio reikšmingumo žymėjimas: ***p < 0,1; **p<0,05; *p<0,01.

7-o priedo tęsinys

	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
comm	0,0096986 (0,078913)	-0,0214435 (0,0800674)	-0,0708036 (0,0806866)	0,0061347 (0,063428)	0,0275541 (0,0635073)	0,0222903 (0,060925)	-0,0431031 (0,0647569)
IHDI		1,552663 (1,06246)	1,003902 (1,05338)			1,391207*** (0,8079723)	
qog	1,116556* (0,23504)	0,6928438*** (0,3700109)	0,5995129*** (0,3557902)				
gee				0,3564763* (0,0569535)	0,3284172* (0,0844683)	0,2353043** (0,0973359)	0,2924674* (0,0625653)
unemp			-0,0101115*** (0,00542)				-0,0091978*** (0,0045893)
pubcorr					-0,1471428 (0,2650625)	-0,1328196 (0,2541007)	
Constant	-0,1351598 (0,1994532)	-1,037506 (0,6475415)	-0,4023128 (0,704244)	0,287655* (0,0866984)	0,3274658** (0,147709)	-0,669419 (0,596008)	0,4821808* (0,1269947)
R²	0,6482	0,6770	0,7194	0,7393	0,7582	0,7882	0,7767
R² (koreg.)	0,6201	0,6366	0,6706	0,7184	0,7253	0,7478	0,7487

Priedas 8: Individualaus lygmens kintamųjų vidurkiai pagal šalis

Valstybė /	Čekija	Estija	Vengrija	Lietuva	Lenkija	Slovėnija
Kintamasis	Vidurkis	Vidurkis	Vidurkis	Vidurkis	Vidurkis	Vidurkis
ppltrst	4,479235	5,574499	4,174631	4,769781	3,947891	4,068852
pplfair	5,049417	5,83161	4,642262	5,226642	4,702839	4,811523
pplhlp	4,547875	5,014684	4,358869	4,454424	3,66183	4,933223
trstprl	3,913598	4,388752	3,850332	3,174718	2,80217	2,763113
trstlgl	4,659454	5,214536	4,623119	4,335011	3,545338	3,130993
trstplc	5,690644	6,115536	5,333333	5,535811	5,070209	5,474773
trstplt	3,285176	3,492854	2,932132	3,028636	2,033629	1,900668
trstprt	3,300472	3,44141	2,954737	2,823664	1,992391	1,999158
stflife	6,640822	6,400978	5,834027	5,811744	6,932172	6,573421
stfecoc	4,686424	4,761031	3,788171	4,060771	4,077218	2,524563
stfgov	4,478718	4,310966	3,519608	3,962912	3,077914	2,693969
stfdem	5,170847	4,82481	4,104666	4,422522	4,398422	2,896612
stfhlth	6,112986	5,273264	3,347412	4,958296	3,491217	4,590461
happy	6,891458	6,936554	6,373152	6,25931	7,247184	7,068033
health	2,086287	2,562652	2,464075	2,483236	2,32672	2,385936
trustinst	4,171661	4,548212	3,944683	3,771143	3,097671	3,053744
trustgen	4,689628	5,481317	4,394391	4,864244	4,118362	4,616639
satisf	20,95561	20,42388	17,35943	18,31163	18,51799	14,58585

Šaltinis: Autorės skaičiavimai

Priedas 9: ANOVA testų rezultatai hipotezėms apie etninę fragmentaciją ir lytį

	Etninės mažumos		Lytis	
	Taip	Ne	Vyras	Moteris
VRE	4,890566**	4,705451**	4,813799*	4,672769*
Čekija	6,666667*	6,076462*	6,312815*	5,917038*
Estija	5,087121**	5,338656**	5,433252*	5,164043*
Lietuva	4,83945	4,971328	4,995261	4,935389
Lenkija	2,692308	3,492278	3,335157**	3,623407**
Slovėnija	4,542857	4,595763	4,753571**	4,45122**
Vengrija	3,89011	3,546424	3,37099	3,71001

Šaltinis: Autorės skaičiavimai

Statistinio reikšmingumo žymėjimas: *p < 0,1; **p<0,05; *p<0,01.**

Priedas 10: Pearson koreliacijos testų rezultatai

	Tarpasmeninis pasitikėjimas	Generalizuoto pasitikėjimo indeksas	Pasitikėjimo politinėmis institucijomis indeksas	Pasitikėjimo tvarkos institucijomis indeksas	Pasitenkinimo bendra šalies situacija indeksas
VRE	0,2417	0,2737	0,4223	0,3746	0,5063
Čekija	0,1928	0,2251	0,3562	0,3939	0,5563
Estija	0,1803	0,2219	0,3711	0,3698	0,4588
Lietuva	0,2645	0,2891	0,3856	0,3577	0,5294
Lenkija	0,1555	0,1023	0,2745	0,2884	0,3262
Slovėnija	0,1383	0,1847	0,1255	0,1311	0,1813
Vengrija	0,1511	0,1323	0,1784	0,2176	0,2465

Šaltinis: Autorės skaičiavimai

Visi koreliacijos koeficientai reikšmingi 5 proc. lygmeniu ($p < 0,05$)

SUMMARY

Determinants of the Institutional Trust in National Healthcare System in Central and Eastern Europe Region

Technological advancement and aging society brings new challenges onto governments. All the modern countries are facing increasing demand for healthcare and high consumer expectations due to technological advancement. This increases government spending on preparing new specialists and implementing new technologies. In order to cope with these challenges reforms are required. However, so carry out those successfully, it is necessary to ensure high level of institutional trust from society. Moreover, high level of trust in national healthcare system helps to ensure productive functioning of the whole system and gives credible ground to create closer cooperation between different system parties and encourages higher social value. Thus, in order to solve all of the new challenges that arise today, this research is aiming to determine which factors are the main factors influencing institutional trust on national healthcare systems in Central and Eastern Europe (CEE).

In order to answer research question, different hypothesis are formed for individual and macro level analysis. All of the hypothesis can be grouped according Newton and Norris discussed types of institutional trust explaining theories. First theory claims, that institutional trust can be explained by individual's social and psychological characteristics, such as age, gender, income ect. Second theory is based on cultural explanations, that individual's upbringing and interpersonal trust level has influence on institutional trust that one develops. Third theory explains institutional trust as a consequence of the economic and political outcomes, meaning that inflation, unemployment, GDP per capita or government effectiveness, social policy effectiveness. Corruption can also be a significant determinant of institutional trust level in the society. Finally, since all of the CEE countries in the analysis have been a part of one or the other communist country block, based on Uslander's theory of inequality, communist past impact is tested on trust in national healthcare system.

The research consists of four major parts. In the first part all the current literature on trust in healthcare system is discussed, research results are presented and based on that main hypothesis for the analysis are formulated.

Second part shortly outlines trust in healthcare system development trends in 2009-2013 period in CEE. Data from special Eurobarometer and Health Consumer Powerhouse is used. As it turns out, trust in healthcare systems grew across the region and almost in all of the the CEE countries individually, except Bulgaria and Romania, which joined European Union (EU) in this period and had to undergo a lot of changes that might have affected trust level. However, even after the growth in trust level in CEE, the average it still below EU level almost by 20 percent points.

Third part outlines methodology used in the research. For macro analysis correlation tests and OLS regressions were used in order to determine the most important determinant of trust in healthcare system. For individual level analysis ANOVA, Scheffe and Pearson correlation tests were used. This was chosen due to continuous and categorical form of independent variables and allowed compare different respondent groups with each other in most effective way. 4 indices were created in order to better reflect individual respondent's opinion on overall satisfaction on current situation in home country, trust on political and order institutions as well as level of generalized trust. All the data was gathered for 2013/2014 year fro Quality of Government, Transparency international, Eurobarometer, Eurostats, Health Consumer Powerhouse, World Bank databases. Tests were carried out using STATA software.

In the fourth part of the research results of the analysis are shortly presented and discussed. As it turns out, the most significant determinants of trust in national healthcare system are governance quality indicators. In macro analysis significant positive influence on trust had social policy effectiveness, government effectiveness and quality of governance indicators. Also, strong significant relation was found between public sector corruption level and trust in healthcare system, meaning that the lower the corruption the level, the more trust in the system there is. Another significant determinant is human development index, which include life expectancy, GDP per capita and education level, the higher HDI score, the more trust there is in the society. Other hypothesized relations were of little statistical significance. Individual level analysis came up with similar conclusions. Here, once again the most important determinant of individual's level of trust on national healthcare system was government quality measured in three different indices: trust in political institutions (parliament, parties, government), trust in order institutions (legal system, police), and overall satisfaction with current situation in the home country (satisfaction with living conditions, perceived happiness level, quality of

democracy, politics). Also, in Lithuania retired people and students trust healthcare system more than the working class, however this relation is not statistically significant in all CEE region countries. All of the other hypothesised determinants on trust level in healthcare system, such as gender, ethnicity, income, self reported health, education, were not statistically significant.

To conclude, governance quality indicators were the most significant determinant of institutional trust on national healthcare systems in CEE. This gives ground to claim, that in order to increase institutional trust level in the country, it is important to focus on improving governance quality and environment first.

This is the first this type of research on this topic in Lithuania. Most of the previous researches were more descriptive or focused more on patient-doctor relation and its influence on creating trust. Future research could include more detailed individual level country analysis, which would allow determining not only direction and strength of the hypothesised relations but also causality. More complex regression models could be created in order to explain institutional trust creating processes. Additionally, it would be interesting to test how institutional trust on healthcare systems differ amongst different regions in the same country. As for macro level analysis, panel data should be collected and analyzed in order to be able to make more solid conclusions and compare country specific factor effects on trust in national healthcare systems.