

DEMOKRATIJOS, SVEIKATOS IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SĄSAJOS: SISTEMINĖ MOKSLINĖS LITERATŪROS APŽVALGA

Vinsas Janušonis

Anotacija

Straipsnyje pristatoma 2001–2025 m. mokslinės literatūros analizė atskleidžia demokratijos, sveikatos ir sveikatos priežiūros sąsajas bei sąveiką, leidžia įvertinti demokratijos įtaką sveikatai bei sveikatos priežiūrai. Sveikatos priežiūros demokratizavimo prielaidos ir veiksniai vertinami sisteminiu ir organizacijų lygmenimis. Analizuojama demokratiinių procesų veikla krizių (COVID-19 pandemija ir kt.) atvejais, kai iš dalies ribojamos žmonių teisės ir laisvės. Įžvelgiamos demokratijos lygio mažėjimo, taip pat ir sveikatos priežiūros sistemose, tendencijos kai kuriose šalyse. Aptariamos pacientų galimybės daryti įtaką su jų sveikata ir sveikatos priežiūra susijusiems sprendimams, pasirinkti gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: demokratija, politika, sveikata, sveikatos priežiūra.

Abstract

The current study presents the research and analysis of scientific literature for 2001 to 2025. The article reveals the links and interactions between democracy, health and healthcare, allowing for the possibility to assess the impact of democracy on health and healthcare. It investigates the assumptions and factors of healthcare democratisation at the systemic and organisational levels. The activity of democratic processes in crisis situations (the Covid-19 pandemic, etc), when people's rights and freedoms are partially restricted, is analysed. In some countries there are trends in declining levels of democracy, including healthcare systems. The article discusses patients' opportunities to influence decisions related to their health and healthcare, and to choose their doctor and healthcare organisation.

KEY WORDS: democracy, politics, health, healthcare.

DOI: <https://dx.doi.org/10.15181/tbb.v95i2.2773>

Įvadas

Demokratija – nors ir netobulas, tačiau šiandien vienas geriausių valdymo instrumentų, naudojamas daugelio pasaulio šalių įvairiais lygmenimis. 96-šias iš 167-nių (57 proc.) tirtų pasaulio šalių valdo demokratinės vyriausybės (Desilver, 2019). Nepaisant šalies demokratizacijos laipsnio, asmens sveikata ypač svarbi

Vinsas Janušonis – dr. habil., profesorius, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Visuomenės sveikatos katedra. El. paštas: vinssas0123@gmail.com

Received 26/10/2025. Accepted 31/10/2025

Copyright © 2025 Vinsas Janušonis. Published by Klaipėda University Press.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

pačiam žmogui, ji yra būtina jo veiklos, kokybiško gyvenimo, gerovės, laisvės, laimės sąlyga. Visuomenės sveikata svarbi valstybei ir žmonėms. Ją lemia žmonių gyvensena ir elgsena, socialinė ir biologinė aplinka, ekonominė šalies padėtis bei kitos dedamosios (Janušonis, 2008). Tiek asmens, tiek visuomenės sveikatai, jos formavimui ir stiprinimui svarbi sveikatos priežiūra.

Viena vertus, sveikatos priežiūros ir sveikatos lygį lemia šalies vyriausybė ir jos institucijų demokratijos laipsnis (Besley, Kudamatsu, 2006; Roessler, Schmitt, 2021; Oyecola, 2023). Kita vertus, šalies visuomenės sveikata, sveikatos priežiūros sistema ir organizacijos daro įtaką politiniams procesams, taigi ir demokratijai (Wiesner ir kt., 2019; Eliassi-Rad ir kt., 2020). Tiek asmens, tiek visuomenės sveikata, jos priežiūra – diagnostika, prevencija, gydymas, reabilitacija – neatsiejama nuo sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacinių bei demokratiškosios procesų. Visa tai susiję su pagrindiniu sveikatos priežiūros sistemos „žaidėju“ pacientu, jo santykiais su sveikatos priežiūros organizacija, medikais. Savalaikiai, pamatuoti demokratiniai procesai sveikatos priežiūros sistemoje ir jos organizacijose, palankomi valdančiųjų politinių jėgų, naudingi visuomenei, pacientams ir jų sveikatai.

Lietuviškų mokslinių publikacijų nagrinėjama tema pavyko aptikti vieną (Malužinas, 2021), susietą su COVID-19 pandemija.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti demokratijos ir sveikatos bei sveikatos priežiūros sąsajas tyrinėjantčius mokslinės literatūros šaltinius, juos apibendrinti ir įvertinti šių procesų vystymosi tendencijas.

1. Kontekstas

Visi žmonės lygūs, suverenūs ir patys valdo. Liaudies valdžia – daugumos valdžia. Taip demokratiją suprato ją įgyvendinę graikai V amžiuje prieš Kristų. Vėliau, XVII a., atsirado atstovaujamoji valdžia, daugumos išrinktoji mažuma (Britanija ir kt. šalys). Demokratijos koncepcija, jos matas, instrumentai ir veiksmingumas vystėsi bei keitėsi, keičiantis aplinkybėms (Šaltojo karo baigtis, Tarybų Sąjungos griūtis, karai ir konfliktai) (Beetham, 2004; Gerring ir kt., 2005). Demokratizacija istoriškai vystėsi gana lėtai, šimtmečiais, su krizėmis ir atsitraukimais. Todėl reikėtų sutikti, kad numatomoje ateityje didelė dalis ar net dauguma pasaulio šalių gali būti nedemokratinės (Dahl, 1994; Saward, 2003; Waldner, Lust, 2018; Gyorffy, 2024).

Vystantis demokratijai, demokratiškosios valstybių daugėjant (2019 m. beveik pusė pasaulio valstybių buvo demokratinės) atsirado nemažai teorijų, nagrinėjančių demokratijos sampratą, procesą, struktūrą, institucijas (Cunningham, 2005). Jos nagrinėjo demokratijos įvairovę, jos formas ir rūšis. Atstovaujamoji (liberalioji), dalyvaujamoji, liberalioji, pliuralistinė, elitinė, tiesioginė, pramoninė, totalitarinė demokratija – tik dalis demokratiškosios formų įvairovės.

Poetas mąstytojas Joseph'as Brodsky's pramoninę (štampuojamąją, standartinę) demokratiją suprato kaip priešpriešą dvasinei demokratijai, individo raiškai (Brodsky, 2020). Minėtinos konservatyvioji, postmodernistinė, daugiakultūre, feministinė ir kitos demokratijos teorijos (Collier, Levitsky, 1997; Bromo ir kt., 2024). Jos nagrinėja institucijų ir žmonių būvį bei elgseną tam tikrose demokrati-jose – autonomiją, moralę, paklusnumą, teises ir laisves, elitą, priežiūrą (kontrolę), hierarchinę struktūrą, asmens bei turto neliečiamumą, žinias, gebėjimus, patirtį ir kompetenciją demokratinėse valdymo hierarchijose, privačių bei kolektyvinių interesų santykį, galią, atsakomybę, rezultatą ir kt. (Christiano, 2004).

Savo veiksmus ir veikimą žmonių gėrio siekiu teisinga tiek demokratinės, tiek autoritarinės ar mišrios santvarkos. Viena vertus, net ir demokratinės šalys skiriasi demokratijos gyliu, jos samprata, demokratijos laipsniu, kokybe. Kita vertus, ir autokratiškos šalių politinėje bei sveikatos priežiūros sistemoje yra demokratijos elementų (Bochsler, Kriesi, 2013; Brownlle, Miao, 2022; Bromo ir kt., 2024).

Neretai net ir demokratinėse šalyse deklaruojant žmogaus (piliečio) as-mens ir jo turto neliečiamumą, privatumą vykdoma totalinė jų kontrolė: veidus atpažįstančios kameros viešose vietose, keliuose, parduotuvėse, teatruose (visur), visapusiška pajamų ir turto, jų judėjimo kontrolė (deklaracijos, mokėjimo kortelės, sąskaitų bankuose kontrolė ir kt.), grynųjų pinigų naudojimo ribojimas, asmeninių ryšių, įsitikinimų ir raiškos kontrolė (socialiniai tinklai, el. paštas, išmanieji telefo-nai ir kiti įrenginiai), skundimo, taip pat ir anonimiško, skatinimas, privačių valdų stebėjimas dronais, kontrolė keliaujant, apsigyvenant viešbučiuose ir t. t

Žmonių teisių ir laisvių ribojimas, „atsitraukimas“ nuo demokratijos ypač pasireiškė COVID-19 pandemijos laikotarpiu, tai pateisinus rūpesčiu žmonių sveikata. Pandemijai pasibaigus daugelyje šalių dalis ribojimų liko (Engler ir kt., 2021; Malužinas, 2021; Sorsa ir kt., 2023; Lewandovsky, 2024).

Demokratijos apsaugos funkcijas turėtų vykdyti spauda ir kitos masinės infor-macijos priemonės, tačiau jos net stiprios demokratijos valstybėse yra tik reliatyviai laisvos (Sen, 1999). Be to, valdžia (vyriausybė) įvairiais pretekstais neretai riboja informacijos viešumą ir prieinamumą, jos pateikimą viešosios informacijos priemonėms (Spač ir kt., 2025).

Demokratija teigiamai veikia sveikatą tik tose šalyse, kur politinė sistema užtikrina individualias žmonių teises bei laisves ir kur vyriausybei kištis bei jas ri-boti neleidžia įstatymai ir kiti teisės aktai (Batinti ir kt., 2022). Todėl demokratinėse šalyse, kur to stinga (Kanada, Prancūzija, Vokietija, Graikija, Italija, Japonija, Ny-derlandai, Pietų Korėja, Švedija, JK, JAV), du trečdaliai (64 %) žmonių demokrati-ja jų šalyse nepatenkinti (Wike ir kt., 2017).

Demokratijos samprata siejasi su kolektyviniu sprendimų priėmimu, galimy-be integruotis į įvairias žmonių grupes, organizacijas (šeimas, transnacionalines

korporacijos, visuomenines organizacijas, verslo bendroves ir kt.) įvairių žmonių lygybės traktavimo lygiu, politiniu susitarimu (Stanford Encyclopedia..., 2018). Demokratijos supratimas lemia šiuos klausimus: kiek ji svarbi, kokių apimčių ir gylio turėtų būti, kokio lygio turėtų būti demokratiniai instrumentai ir kiek jie svarbūs ar reikšmingi (Doorenspleet, 2019; Coppedge ir kt., 2022). Vis dažniau nagrinėjamos demokratijos ir ekonomikos sąsajos, demokratijos įtaka socialinei politikai ir ekonominiams rezultatams (Colagrossi ir kt., 2020; Knutsen, 2021).

Pasaulio šalių ekonomiką laikas nuo laiko išstinka krizės, kurios paveikia demokratinį procesą, neretai ir jos krizes, kaip ir pandemijos atveju (Merkel, Kneip, 2019). Demokratijos krizes šalyse gali paveikti ar net sukelti perdėta žmonių kontrolė: nuolatinė, deja, būdinga daugeliui demokratinė šalių, ar momentinė, pavyzdžiui, pandemijų atvejais (Przeworski, 2019). Šie reiškiniai glaudžiai siejasi su sveikatos priežiūra, sveikata ir tai veikia. Keliami demokratijos ir atvirosios visuomenės bei laisvosios rinkos ir kapitalizmo suderinamumo (priešybių vienybės) klausimai (Lopez, 2024).

Globalios demokratijos lūkesčiai, iškilę po Tarybų Sąjungos griūties, deja, taip ir liko lūkesčiai. Žmonių, gyvenančių demokratinėse šalyse, skaičius per pastaruosius tris dešimtmečius mažėjo (Nord ir kt., 2024). Augo visuomenės politizavimo lygis, kuris priklauso nuo žmonių sveikatos (fizinės ir psichikos), veikiančios visas žmogaus veiklos sritis (Janušonis, 2017; Burden ir kt., 2017).

Sveikų ir ligotų žmonių elgsena, taip pat ir politiniame lauke, skiriasi: jie skirtingai vertina politinių institucijų poveikį žmonių sveikatai ir atitinkamai vertina jas pačias. Žmonės, kurių sveikata yra prasta, neigiamai vertina vyriausybę, politikus, demokratiją ir atitinkamai balsuoja (Gollust, 2015; Pacheco ir kt., 2020). Taigi tiek demokratinėse, tiek autoritarinėse šalyse visuomenės elgseną lemia gana daug veiksnių, ir ji ne visada adekvati net esminiams jų pačių poreikiams – savo sveikatai ir sveikatos priežiūrai. Todėl keliamos ne tik įprastos globalizacijos, bet ir dirbtinio intelekto (DI) valdomos globalizacijos, kaip efektyvaus politinio instrumento, idėjos (Tullberg ir kt., 2023). Globalią sveikatos idėją dėl kokybiškos ir tvarios sveikatos visiems palaiko ne visos demokratinė šalių sveikatos priežiūros sistemos, jai pritaria ir dalis autokratinė sveikatos priežiūros sistemų. Ji gali būti įgyvendinama, tačiau tam reikia naujų strategijų – finansavimo, draudimo, politinio sutarimo (Braithwaite ir kt., 2018; Luhrmann ir kt., 2019; Wigley ir kt., 2020). Be to, didžiulis iššūkis žmonių sveikatai pasaulio mastu – veikti ir siekti tvarumo skirtingų kultūrų, istorijų, religijų, sveikatos priežiūros sistemų ir šalių demokratizacijos lygio erdvėje, dėl ko sveikatos priežiūros sistemos ir jų veikla tampa gana sudėtinga (Lennox ir kt., 2018; Braithwaite, 2020; Stahl, 2020).

2. Tyrimo metodika

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros analizė, interpretavimas ir apibendrinimas, teminė ir lyginamoji analizė.

Literatūra atrinkta naudojantis PubMed, DOAJ, Google Scholar, Public Library of Science (PLOS), SCOPUS duomenų bazėmis. Pagrindiniai raktiniai paieškos žodžiai: *demokratija, demokratija ir sveikata, demokratija ir sveikatos priežiūra, politika, sveikata ir sveikatos priežiūra*.

Analizuotos 164-riose 2001–2025 m. mokslinės publikacijos (moksliniai straipsniai ir tikslinės monografijos), 5-kios (3,1 proc.) iš jų – ankstesnių metų publikacijos. Dauguma publikacijų – pastarųjų 10-ties metų. Prioritetas teiktas sisteminių, naratyvinių, apimties, integracinių analizių moksliniams straipsniams bei labiausiai cituojamoms publikacijoms.

Darbe taikyti sisteminių apžvalgų principai, aprašyti D. Tranfield'o ir kt. (2003), K. Shojania ir kt. (2007), G. Lame (2019) moksliniuose straipsniuose.

Pagrindiniai tyrimo klausimai:

1. Kokios yra demokratijos ir sveikatos sąsajos?
2. Kokios yra demokratijos ir sveikatos priežiūros sąsajos?
3. Kaip demokratija paveikia sveikatą ir sveikatos priežiūrą, kokios jų sąsajos?
4. Kaip sveikatos priežiūra paveikia demokratiją?
5. Kokios demokratijos ir sveikatos bei sveikatos priežiūros sąveikos perspektyvos?

Tyrimo apribojimai. Analizė atlikta neatsižvelgiant į demokratijos, sveikatos ir sveikatos priežiūros tapatų apibrėžimą. *Demokratija, sveikata ir sveikatos priežiūra* yra gana sudėtingos, įvairialypės ir daugiakonceptualios sąvokos.

Pavienių šalių demokratijos ir sveikatos bei sveikatos priežiūros sąsajos nelygintos, nes jų demokratizacijos laipsnis, sveikatos priežiūros organizavimas, atsižvelgiant į šalių geografinius, kultūrinius, istorinius ir kitus ypatumus bei skirtumus, sunkiai palyginamas. Nenagrinėtos ir nelygintos demokratijos ir sveikatos bei sveikatos priežiūros sąsajos istoriniu aspektu. Tokios mokslinių tyrimų temos galimos ateityje.

3. Rezultatai

3.1. Demokratija ir sveikata

Demokratija – tai mąstymo ir išraiškos laisvė, laisvas žmonių tarpusavio bendravimas – nuo nedidelių bendruomenių iki globalių, pagarba vieni kitiems (nuomonėms, sprendimams, veiksams).

Visuomenėms modernėjant, sparčiai vystantis technologijoms, globalizacijai, keičiasi žmonių požiūriai ir elgsena, taip pat ir demokratijos atžvilgiu. Demokratijos ribos sunkiai apibrėžiamos, pavyzdžiui, vertinant (angl.) *queer* ir *woke* judėjimus paskirose šalyse. Pirmajame – antrajame šio amžiaus dešimtmečiuose 80-ties šalių, tarp jų ir JAV, demokratijos tapo mažiau demokratiškos, t. y. kryptelėjo atgal (The Economist Intelligence Unit, 2017; Waldner, Lust, 2018).

Mažėja pasitikėjimas renkamomis valdžios institucijomis ir jų struktūra dėl biurokratijos, perteklinio reguliavimo, perteklinės žmonių kontrolės, ekonominės nelygybės, migracijos ir su ja susijusio kultūrų skirtumo. Kai kurios demokratinės šalys linksta į iš dalies autoritarinius režimus, stiprėja kraštutinės dešinėsios ar kairiosios politinės jėgos. Šios ir kitos priežastys lemia demokratijos krizę (Merkel, 2014; Bader, Maussen, 2024; Boese-Schlosser, Eberhardt, 2025; Wagenaar, 2025). Jos neišvengiamos ir įvairiose šalyse nuolat kartojasi ir vėl grįžtama į normalią būseną (Merkel ir kt., 2019).

Demokratijos krizės paveikia šalių visuomenės sveikatą, žmonių pasitikėjimą politika ir politine sistema, taip pat ir sveikatos priežiūrą. Jos gali skatinti populizmą ar net rasizmą, kuris yra rimtas barjeras migrantams ir kitoms žmonių grupėms tikėtis tinkamos sveikatos priežiūros, tai neigiamai veikia bendrą visuomenės sveikatą (Pattillo ir kt., 2023; Auer, 2024). Sveikatos priežiūros rezultatų demokratinėse ir autoritarinėse šalyse skirtumai nulemti to, kiek jos teikia svarbos žmonių sveikatai (Oyekola, 2023).

Kyla klausimas, ar visada demokratija teigiamai veikia mūsų asmens ir visuomenės sveikatą bei sveikatos priežiūros sistemas šiuolaikiniame sudėtingame pasaulyje? Kokia demokratija yra tinkama, sprendžiant sveikatos priežiūros problemas krizių atvejais (COVID-19 epidemija, migracija, kariniai konfliktai). Ar ji išsprendžia sveikatos priežiūros prieinamumo ir universalumo, nelygybės problemas? Ar sveikatos priežiūros sistema gali būti tvari ir patvari keičiantis politinėms jėgoms ir jų institucijoms? Į šiuos klausimus vienareikšmio atsakymo nėra. Be abejo, demokratija teigiamai veikia sveikatą, tačiau vien to nepakanka, svarbu, kaip veikia (Lake, Baum, 2001; Dall Alba ir kt., 2022; Menon, 2025).

Demokratijos procesai neišvengiamai paveikia ir žmonių sveikatą. Visuomenės ir asmens sveikatai prastėjant, žmonės ima kaltinti valdžią ir demokratinėse šalyse, kaltina politiką ir krypsta link dešiniojo ar kairiojo populizmo, autoritarizmo bei reikalauja radikalių pokyčių (Falkenbach ir kt., 2020; Mattila, 2020). Visada svarbu atminti, kad žmogui jo sveikata yra vienas svarbiausių jo poreikių ir vertybių. Žmonių nuomonei dėl prastėjančios sveikatos kintant nepageidaujama linkme neretai į pagalbą politikai pasitelkia konspiracijos teorijas, tuo paaiškindami neįgalumą tinkamai spręsti žmonių sveikatos problemas. Tai pasireiškia tiek demokratinėse, tiek ir nedemokratinėse šalyse, ypač krizinėse situacijose

(COVID-19 pandemija ir kt.) (Douglas ir kt., 2019; Stein ir kt., 2021; Backhaus ir kt., 2023).

Demokratijos sąsajos su sveikata, kaip ir sveikatos priežiūros rezultatai, paskirose šalyse skirtingos (Klomp, de Haan, 2009; Deaton, 2013). Tai priklauso nuo šalies ir sveikatos priežiūros sistemos demokratizavimo lygio. Prancūzijoje, 2002 m. priėmus „Pacientų teisių ir sveikatos priežiūros sistemos kokybės“ įstatymą, jame atsirado *sveikatos demokratijos* sąvoka, kuri reiškia, kad kiekvienas individas turi teisę žinoti, kaip sistema veikia, be to, savo sveikatos būklę ir apsispręsti bei veikti savo ir visuomenės sveikatos labui (Laude, Tabuteau, 2016).

Taigi vieni pagrindinių demokratijos ir sveikatos sąsajų principų – informuoto paciento teisė laisvai rinktis ir apsispręsti dėl savo sveikatos bei kompetentingų, patyrusių ir vadybą išmanančių sveikatos priežiūros vadovų parinkimas. Tačiau laikas nuo laiko pasaulio šalyse vyksta sveikatos ir sveikatos priežiūros krizės, kurios paveikia ir sveikatos demokratijos principus. Tai AIDS, COVID-19 pandemijos. Krizių laikotarpiais pacientų laisvės ir teisės buvo suvaržytos, motyvuojant pavojumi visuomenės sveikatai. Pacientai buvo priverstinai skiepijami, izoliuojami. Taigi jų demokratinė laisvė spręsti dėl savo sveikatos, kaip ir kitos teisės ir laisvės, vis tik yra reliatyvi (Ward ir kt., 2022).

Priimta manyti, kad demokratija teigiamai veikia visuomenės sveikatą, mažina žmonių mirtingumą nuo kai kurių ligų ir įvykių (išorinės priežastys, savižudybės, vaikų mirtingumas, širdies ligos, kai kurių organų vėžys ir kt.) ir ilgina būsimą gyvenimo trukmę (Muntaner, 2013; Wang ir kt., 2019; Oyekola, 2023). Kiti autoriai mano, kad demokratija sveikatos priežiūros rezultatus veikia nežymiai ar iš viso jų neveikia (Besley, Kudamatsu, 2006; Burroway, 2016; Gerring ir kt., 2021). Antai kai kuriose nedemokratinėse šalyse (Kinijoje, Kuboje) sveikatos priežiūra, taigi ir žmonių sveikata, yra geresnė nei kai kuriose demokratinėse šalyse (Vu, 2025). Tačiau demokratizacijos procesai, ypač šalyse po autoritarinių režimų, kartais visuomenės sveikatą veikia neigiamai, dėl ko gyvenimo trukmė trumpėja. Tai ypač matyti greitos šalies demokratizacijos proceso etape, kai trūkinėja socialiniai ryšiai, keičiasi žmonių elgsena, stiprėja prigimtiniai žmonių savisaugos instinktai (Mackebach ir kt., 2013; Auerbach, 2023).

3.2. Demokratija ir sveikatos priežiūros sistema, jos organizacijos

Kadangi demokratija glaudžiai sąveikauja su sveikata, tai yra viena kitą veikia, ji sąveikauja ir su sveikatos priežiūra bei jos institucijomis. Demokratiinių šalių politikai turi užtikrinti visišką sveikatos ir sveikatos sistemos finansavimą, o sveikatos priežiūros sistema turėtų padaryti viską, kad žmonių sveikatos priežiūra būtų prieinama ir kokybiška. Be to, politinė sistema ir jos institucijos turėtų padaryti

viską, kad sveikatos priežiūros sistema veiktų tinkamai ir žmonės ja būtų patenkinti (Malcolm, 2015). Kitaip tariant, demokratiniai procesai sveikatos priežiūroje bus veiksmingi, kai šalies vyriausybei sveikata ir sveikatos priežiūra bus prioritetas (Costa-Font ir kt., 2023).

Anksčiau sveikatos priežiūros sistemų efektyvumas sietas tik su ekonominiais ir socialiniais veiksniais, nekreipiant dėmesio į politinius šalių režimus ir politines institucijas. Buvo priimtas daugumos požiūris, kad demokratinėse šalyse sveikatos priežiūra yra geresnė ir visuomenės sveikata yra aukštesnio lygio nei mažiau demokratiškose šalyse (Besley, Kudamatsu, 2006; Roessler, Schmitt, 2021). Demokratiniai režimai taupiau naudoja lėšas, nors ir ne visada jų pakankamai skiria. Jie sveikatos priežiūros sistemas labiau reglamentuoja įstatymais ir taisyklėmis (Sun ir kt., 2017). Tačiau sveikatos priežiūros sistemos ne visose demokratinėse šalyse vienodai veiksmingos: jos veiksmingesnės šalyse, kur aukštesnis bendrasis vidaus produktas (BVP) (See, Yen, 2018; Roessler, 2019). Sveikatos priežiūros efektyvumas skiriasi net panašiose demokratijose, jis skiriasi ir autokratinėse šalyse. Ir ne visada sveikatos priežiūros sistemų efektyvumas aukštesnis demokratinėse šalyse, ką parodė krizės (COVID-19 ir kt.) (Wigley, Akkoyunlu-Wigley, 2011; Truex, 2017; Stasavage, 2020). Kai kurie autoriai kaip vieną tokio skirtumo priežasčių nurodo politinę korupciją (Garcia, 2019; Zhang, 2024). Tuo tarpu kiti pažymi, kad korupcija yra reiškinys, egzistuojantis įvairiose politinėse sistemose, nepaisant to, ji demokratinė ar autokratinė (Mackey, Liang, 2012).

Demokratinė politinė sistema, būdama sudėtinga, sąveikauja su ne mažiau sudėtinga sveikatos priežiūros sistema – viena kitą veikia ir yra daugiau ar mažiau viena nuo kitos priklausomos (Wiesner ir kt., 2019; Eliasi-Rad ir kt., 2020).

Politikos ir žmonių sveikatos sąsajos yra įvairiapusės, kartais jos giluminės, viena kitą veikiančios. Politikai turėtų atminti, kad jeigu jiems nepavyksta paveikti žmonių sveikatos savo sprendimais, jiems gali padėti sveikatos priežiūros sistema ir jos organizacijos (vadovai ir medikai), nes žmonės jais labiau pasitiki nei politikais (Menon ir kt., 2025). Kadangi sveikatos priežiūros sistemai vadovauja šalies sveikatos apsaugos ministerija (politinė institucija), žmonės sveikatos priežiūros organizacijomis ir medikais labiau pasitiki. Kuo šios organizacijos autonomiškesnės, tuo labiau jos gali padėti žmonėms ir politikams, nors tai skamba kontraversiškai (Janušonis, 2012; Batbaatar ir kt., 2017; Kruk ir kt., 2024).

Reformos, perteklinis reguliavimas ir kontrolė, centralizacija yra šio amžiaus demokratinų šalių „ligos“. Sveikatos priežiūros centralizacija, mėgstama kai kuriose demokratinėse šalyse, ne visiškai dera su demokratija sveikatos priežiūroje. Centralizacija (organizacijų, valdymo, funkcijų ir kt.) – tai ne tik atsitraukimas nuo demokratijos, bet ir žingsnis autokratijos link. Būtina sveikatos priežiūros teikėjų ir mokėtojų įvairovė, jų autonomija, panaši sistema egzistuoja JAV (Appelquist,

2013). Sutelkti politiniai ir ekonominiai ištekliai, tinkamai organizuota sveikatos priežiūros sistema, palanki socialinė, istorinė ir kitos aplinkos sudaro sąlygas augti sveikatos kapitalui (Schneider-Kamp, 2021; Vu ir kt., 2022).

Sveikatos kapitalas yra ilgalaikio ir pastovaus ekonomikos augimo garantija (Bloom ir kt., 2004; Eberhardt, 2022). Jis kaupiamas įvairiais būdais, vienas jų – sveikatos priežiūros demokratizavimas, kur pacientas galėtų visiškai disponuoti savo sveikata, pasitelkęs skaitmenines duomenų bazes, šiuolaikines informacines ir medicininės technologijas, ekspertų nuomonę. Beje, DI vis plačiau naudojamas sveikatos priežiūros sistemų demokratizacijos procesuose ir tampa vis svarbesne politinės sistemos dalimi (Briganti, Le Moine, 2020; Rubeis ir kt., 2022). Sveikatos priežiūros sistemų demokratizacija naudojant DI ypač svarbi šiais laikais, labai trūkstant medikų: leidžia mažinti eiles pas gydytojus ir didinti sveikatos priežiūros prieinamumą (Weissglass, 2022; Janušonis, 2024). Sveikatos priežiūros skaitmenizacija keičia medikų ir pacientų bendravimo kultūrą, sprendimų priėmimo procesus, informacijos plėtrą, kartu lemia sveikatos priežiūros demokratėjimą. Pastarąjį spartina DI, tiesa, netinkamai jį naudojant, pašalinus sveikatos priežiūros profesionalus iš sprendimų priėmimo proceso ir per daug juo pasitikint, galimas ir atvirkštinis efektas (Pw, 2016; Syneos Health, 2018; Janušonis, 2024).

Sveikatos priežiūros sistema lemia laimėjusios rinkimus politinės jėgos, ji iš esmės yra politinės sistemos dalis. Sistemai priklausančios sveikatos priežiūros organizacijos turi vykdyti jos sprendimus (iš esmės politinius), kurie ne visada pagrįsti įrodymais (Egger ir kt., 2022; Woodall ir kt., 2024). Politiniai sprendimai, taip pat ir dėl sveikatos priežiūros, neretai pagrįsti įvairiomis nuomonėmis ir politiniais imperatyvais. Surinkti aprašytus mokslinius įrodymus, ekspertinę patirtį, realios padėties įrodymus, juos kritiškai įvertinti, apžvelgti problemos kontekstą, numatyti galimus sprendimų rezultatus – sudėtingas ir nepatrauklus darbas (Cairney, 2016).

Demokratinė organizacija – tai demokratiška organizacijos valdymo sistema, kur laikomasi demokratinių sprendimų priėmimo taisyklių bei remiamasi tai palaikančia organizacine struktūra (Jong, Witteloostuijn, 2007). Demokratinės lygį sveikatos priežiūros organizacijose lemia jos vadovas ir jo vadovavimo stilius, vadovų ir darbuotojų bei medikų horizontalus ir vertikalus bendradarbiavimas, dalyvavimo lygmuo priimant sprendimus. Sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų demokratizacijos lygį lemia ir jų unikalumas bei sudėtingumas. Tai žmogiškojo veiksnio svarba (pacientai, medikai), aukštas technologizacijos, įskaitant informacines sistemas ir DI, lygis, sudėtinga sistemos sudedamųjų dalių sąveika (medikai, pacientai, draudėjai, sveikatos politikai), sistema ir jos organizacijas veikianti aplinka (politiniai sprendimai, finansavimas, mokslas ir kt.), sudėtingas organizacijų valdymas ir sprendimų priėmimas, sunkiai prognozuo-

jami veiklos rezultatai, skubūs klinikiniai sprendimai, sveikatos priežiūros integralumas, jos reguliavimas (Miles, 2009; Lipsitz ir kt., 2012; Rouse, Serbas, 2014; Janušonis, 2017; Cernega ir kt., 2024). Sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų valdymas dėl sistemos sudėtingumo labai sudėtingas, todėl sveikatos priežiūros organizacijų vadovus reikėtų rinkti ypač atsakingai, įvertinant būsimo vadovo pasirengimą, jo kritinio mąstymo lygį, patirtį, gebėjimus, pasiektus ankstesnės veiklos rezultatus.

Sveikatos priežiūros sistemos organizacijų vadovų atranka demokratinėse šalyse turėtų turėti griežtus taisyklėmis apibrėžtus mechanizmus, siekiant nešališkai parinkti kompetentingus, patyrusius, vadybą išmanančius vadovus. Kompetencija, patyrimas, išmanymas turi būti pagrįsti. Tik taip atrinkti vadovai duos norimų veiklos rezultatų (Besley, Kudamatsu, 2006; Janušonis, 2012).

Manoma, kad demokratinis valdymo stilius yra pats efektyviausias, tačiau demokratiškai valdomose organizacijose sprendimai paprastai priimami lėtai, gali būti sunkiai sprendžiamos skubos reikalaujančios problemos, darbuotojai nenoriai prisiima padidėjusią atsakomybę, neaiškios jos ribos tarp įvairaus lygio vadovų. Sveikatos priežiūros organizacijose kyla neprognozuojamų, skubių sprendimų reikalaujančių situacijų, kurios susijusios su paciento sveikata ar gyvybe. Tad jose paprastai taikomas demokratinis valdymas su autoritariniais elementais ar labiau autoritarinis valdymas su demokratijos elementais (Harrison, Freeman, 2004; Smith, Bhavsar, 2021; Rosing ir kt., 2022; Gruessner, 2023).

Išgryninto demokratinio valdymo sveikatos priežiūros organizacijose dėl minėtos veiklos specifikos nėra ir turbūt negali būti.

3.3. Demokratija, medikai ir pacientai

Pagrindiniai sveikatos priežiūros sistemos dalyviai – pacientai ir medikai politiniuose demokratinuose procesuose gali dalyvauti priklausydami tam tikrai politinei partijai ar judėjimui, balsuodami rinkimuose, pasisakydami visuomenės informacijos priemonėse (socialiniuose tinkluose ir kt.), dalyvaudami profesinėse ir kitose asociacijose (medikų, pacientų organizacijos).

Sveikatos priežiūros sistema, kaip politinis darinys, linkusi į politizuotus sprendimus. Sveikatos priežiūros politizacija, kaip nekeista, kartais ypač stipri būtent stiprios demokratijos šalyse (Jungtinė Karalystė, Švedija, Ispanija) ir jos rezultatai ne visada palankūs (Sibanda, 2020; Friebe, Wallenburg, 2024). Sveikatos priežiūros politizacija neigiamai veikia visuomenės sveikatą. Sprendimai, priimami politizuotose sveikatos priežiūros organizacijose, ne visada nukreipti į pacientų gerovės siekį, bet dažnai turi kitų neviešų interesų. Tai gali atsiliepti pacientų gyvenimo kokybei. Ypač neigiamai sveikatos priežiūros ir medikų politizacija pasireiškė COVID-19 pandemijos laikotarpiu (Sinsky ir kt., 2023; Levin ir kt., 2023).

Be abejo, medikai (gydytojai, slaugytojai ir kt.), kadangi bendrauja su pacientais, veikdami per medikų organizacijas, taip pat ir socialinius partnerius, patys dalyvaudami politikoje, neatsiejami nuo demokratijos. Apskritai jie veikia politinius procesus (rinkimus ir kt.) ir yra aktyvūs demokratinų procesų dalyviai. Nerečiau renkami į šalių parlamentus, yra partijų vadovai ar net šalių prezidentai. Atkreiptinas dėmesys, kad medikų politinės pažiūros, jų įsitikinimai gali turėti įtakos jų bendravimui su pacientais ir sveikatos priežiūrai bei kokybei (Glaser, 1966; Long ir kt., 2006; Rock, 2021; Rodgers, 2024).

Kariniai ir ekonominiai konfliktai, terorizmas, migracija – šiuolaikinio pasaulio žymenys. Jų kontekste sveikatos priežiūra tampa vis svarbesnė, kartu ir labiau politizuota. Medikų atsakomybei augant, jie tampa labiau pažeidžiami. Gydytojai, slaugytojai, kiti medicinos darbuotojai daro didelę įtaką pacientams, t. y. visuomenės pasirinkimui rinkimuose ir įvairias valdžios institucijas, ypač vyresniems ir prastesnės sveikatos žmonėms, kuriems kasdieniame gyvenime kyla daugybinių sveikatos bei socialinių iššūkių (Asaba ir kt., 2023; Bruno, 2024). Taigi sveikatos priežiūra, kaip ir mediko profesija bei patys medikai, vis labiau politizuojama. Politizuota sistema ir jos organizacijos bei medikai teikdami sveikatos priežiūros paslaugas gali lemti politizuotus sprendimus, kurie galimai susiję su paciento rase, etnine kilme ar politinėmis pažiūromis (Hersh, Goldenberg, 2016; Levin ir kt., 2023).

Demokratija sveikatos priežiūroje, medikų ir pacientų tarpusavio santykiuose pirmiausia įtvirtinama priimant kolegialius sprendimus (konsiliumai ir kt.), antra, svarbi specialisto nuomonė, atsižvelgiant į paciento nuomonę dėl jo paties sveikatos ir pateikiant jam išsamią informaciją prieš priimant sprendimą dėl jo sveikatos.

Pacientai ir jų organizacijos, pacientų šeimos demokratinėse šalyse turėtų įsitraukti ir būti įtraukiamos į sveikatos priežiūros sistemos bei jos organizacijų sprendimų priėmimą (Kaplan, Frosch, 2005; Snyder, Engstrom, 2016; Resnikow ir kt., 2021; Koch ir kt., 2024).

Norime geros visuomenės sveikatos – išsileiskime į sveikatos priežiūrą visuomenę (Draper, Reinhart, 2025). Pastarojo dešimtmečio sveikatos priežiūros sistemos, net ir demokratinėse šalyse, galėtų ir turėtų būti demokratiškesnės, pacientai ir visuomenė labiau įtraukiami į sprendimų priėmimą, kad būtų išgirsti, o ne tik „išklaustyta“ jų nuomonė (Kelly ir kt., 2017; Gregorio ir kt., 2021; Baumann ir kt., 2022). Neretai sveikatos priežiūros sistemos ir jų organizacijos linkusios į autoritarizmą, todėl pacientų įsitraukimas į sveikatos priežiūrą ir sprendimus yra sistema gydantys šio amžiaus „blokbasteriniai vaistai“ (Kish, 2014; Santana ir kt., 2023). Pacientų įsitraukimas į sveikatos priežiūros procesą naudingas daugeliu aspektų: keičia pacientų elgseną, sprendimų motyvą, gerina sveikatos

priežiūros rezultatus, didina jų pasitenkinimą sveikatos priežiūra, mažina sveikatos priežiūros sąnaudas.

Sveikatos priežiūros sistema ir jos organizacijos nukreiptos į pacientų sveikatos priežiūrą. Pacientų įsitraukimas apima kelis aspektus: a) sprendimus dėl paciento asmeninės sveikatos; b) sprendimus dėl sveikatos priežiūros organizavimo; c) visą informaciją dėl sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų veiklos; d) gydytojo ir ligoninės pasirinkimą. Idealiame pasaulyje paciento sveikatos priežiūra turėtų būti individuali ir mobili, tačiau tai šiek tiek nukrypsta nuo demokratinų principų sveikatos priežiūroje, kurie labiau kolektyviniai, grupiniai, visuomeniniai. Paciento apsisprendimas dėl savo sveikatos yra esminė kokybiškos sveikatos priežiūros sąlyga (išskyrus išimtinius atvejus). Joks sprendimas dėl paciento sveikatos priežiūros be jo suderinimo ir sutikimo negali būti priimamas. Pacientas turi būti sveikatos priežiūros ašis, apie kurią viskas sukasi. Šiuolaikinės informacinės technologijos, DI padeda pacientui ne tik gauti informaciją, bet ir ją apibendrinti bei priimti bendrus sprendimus kartu su gydytoju (Daverio, 2023; Janušonis, 2024; Tarantini ir kt., 2025).

Pacientai turi turėti ne tik teisę, bet ir galimybę veikti sveikatos priežiūros organizavimą tiek šalyje, tiek ir gyvenamojoje vietoje. Tai galima daryti per pacientų organizacijas, vis dėlto pacientai turi turėti galimybę pasiūlymus pateikti individualiai, būti išklaustyti ir gauti motyvuotus atsakymus (Hamilton ir kt., 2019; McCarron ir kt., 2019; Montori ir kt., 2022). Demokratinėse šalyse pacientai individualiai ar per savo organizacijas turi turėti galimybę dalyvauti priimant sprendimus (įstatymus ir kitus teisės aktus) dėl sveikatos priežiūros organizavimo. Sprendžiant paciento sveikatos priežiūros problemą turi būti išklaudyta jo ir sveikatos priežiūros specialistų nuomonės, jos turi būti pagrįstos, apibendrintos ir sutarimo būdu priimtas bendras sprendimas (Safaei, 2015). Taigi priimami sprendimai paprastai būna skaidrūs, efektyvūs, jų rezultatai geri ir pacientai paprastai jais lieka patenkinti. Svarbu daryti įtaką ne tik rengiant teisės aktus ir formuojant jų turinį, bet ir juos įgyvendinant sveikatos priežiūros organizacijose, kurios daugiau ar mažiau yra autonominės ir juos įgyvendina savo sprendimais.

Demokratinėse šalyse turi būti sukurti sisteminiai instrumentai, kaip įgyvendinti šią pacientų teisę. Įgyvendinti realiai, ne formaliai, kitaip žmonės liks nepatenkinti ne tik sveikatos priežiūra, politikais bei sistema, bet ir apskritai demokratija šalyje. Demokratija organizuojant ir valdant sveikatos priežiūrą, formuojant medikų bei pacientų santykius yra iššūkis, tačiau jį priėmus, demokratizuojant sveikatos priežiūros organizavimo ir valdymo procesus, atsižvelgiant į socialines bei politines dedamąsias, pasiekiami geri rezultatai (Safaei, 2015; Krueger ir kt., 2015).

Tik visiškai informuotas pacientas gali priimti tinkamą sprendimą dėl savo sveikatos. Todėl informacija apie sveikatos priežiūrą, prieinamumą, rezultatus ir

projektus turi būti lengvai pasiekiami ir suprantami, jos turi būti ne per mažai ir ne per daug. Tai ypač svarbu dabartiniame globalios informacijos amžiuje (Long, Curtis, 2016; Hoque, 2024; Matlock ir kt., 2024).

Paciento sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojo pasirinkimas yra svarbi demokratijos sveikatos priežiūroje dalis, nepaisant iššūkių dėl prieinamumo, lygybės, sąnaudų ir konflikto su visuomenės poreikiais (Anderson ir kt., 2006; Cheryl ir kt., 2024; Battisti, Mannelli, 2025). Pacientas turi turėti galimybę rinktis sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, tai vienas esminių ir pirminių sprendimo priėmimo dėl jo sveikatos priežiūros momentų (Mosadeghrad, 2014; Janušonis, 2019; Clark ir kt., 2025).

Demokratija glaudžiai susijusi ir sąveikauja su sveikatos priežiūros sistema, jos organizacijomis, medikais ir pacientais. Politinė ir sveikatos priežiūros sistemos, tinkamai viena kitą veikdamos, gali pasiekti teigiamų sveikatos priežiūros ir sveikatos rezultatų.

4. Rezultatų aptarimas

Žodis *demokratija* pastaruoju metu tapo lyg mantra, vienu dažniausiai vartojamų žodžių (Bassiouni ir kt., 1998; Coppedge ir kt., 2011). Tačiau demokratinėse Vakarų šalyse vis didesnę galią įgauna antidemokratinės partijos ir jų elitas. Pastarąjį dešimtmetį pasaulyje matomas demokratijos nuosmukis (Waldner, Lust, 2018; Neuman ir kt., 2025). Nes daug žmonėms žadanti demokratija (teises ir laisves, sveikatą ir kokybišką sveikatos priežiūrą, institucijų atsakomybę, skaidrumą ir atjautą) tų savo pažadų neįgyvendina: kokia dalis žmonių pasakytų, kad visa tai jų šalyje yra ir jie tai galėtų patvirtinti?

Reikia atminti, kad kritinis demokratijos atspirties taškas yra eiliniai žmonės, liaudis, o ne vadinamasis elitas. Iš dalies tai yra ir dėl to, kad paskirų demokratinių šalių politinio elito siekiai, norai ir galimybės yra skirtingi (Hanson, 2015). Ypač tai akivaizdu krizių laikotarpiais, kaip, pavyzdžiui, COVID-19 pandemijos atveju, kai išaiškėjo, kad demokratijos paskirose šalyse gana skirtingos, skirtingi ir tose šalyse priimami sprendimai. Pandemija buvo gerai valdoma nebūtinai demokratinėse ar turtingose šalyse (Bollyky ir kt., 2022).

Perteklinė žmonių kontrolė po COVID-19 pandemijos daugelyje šalių net sustiprėjo. Tai iš esmės nedemokratinis žmonių valdymo instrumentas, deja, paplitęs demokratinėse šalyse, nors asmens privatumas – viena pagrindinių demokratijos vertybių ir žmogaus teisių (Stahl, 2020). Be abejo, kišimasis į žmonių privatų gyvenimą ir jų laisvių suvaržymas motyvuojamas jų saugumu ir gerove, teigiant, kad tai pasiekiami laisvės ir privatumo ribojimo kaina. Klausimas, ar šia kaina pasiekta „gerovė“ iš tikrųjų yra gerovė (Saetra, 2022)?

Demokratija ir jos pokyčiai – pakilimas, nuosmukis ar krizė – neišvengiamai paveikia ir žmonių sveikatą. Galioja daugumos priimta nuostata, kad demokratija visuomenės sveikatą veikia teigiamai (Wang ir kt., 2019; Oyekola, 2023), tačiau ne visada (Mackenbach ir kt., 2013; Stasavage, 2020; Auerbach, 2023). Demokratijos veikimo instrumentai įvairūs, ji veikia ir per politinių jėgų formuojamą sveikatos priežiūros sistemą. Sveikatos priežiūra apibrėžiama kaip paslaugų, skirtų žmogaus sveikatai saugoti, stiprinti, formuoti ir koreguoti, visuma, įgyvendinama įvairiais būdais. Ji apima eilę kompetencijų: a) ligų ir susirgimų gydymas; b) ligų ir susirgimų prevencija; c) rutininė pacientų sveikatos priežiūra; d) vaistai; e) sveikatos draudimas (Bodenheimer, ir kt., 2020).

Turėtų būti siekiama inovatyvios, prognozuojamos, prevencinės krypties, individualizuotos, saugios ir kokybiškos, užtikrinančios privatumą sveikatos priežiūros. Įgyvendinti šį siekį turėtų padėti demokratijos instrumentai. Siektina, kad formuojant sveikatos priežiūros sistemą būtų remiamasi moksliniais įrodymais ir žmonių poreikiais, o ne nuomonėmis ir politiniais imperatyvais (Cairney, 2016).

Kadangi pagrindinė sveikatos priežiūros struktūrinė sudedamoji yra organizacija, svarbu, kad sveikatos priežiūros organizacijose vyrėtų demokratinis valdymas, atsižvelgiant į sistemos specifiką. Teikiant sveikatos priežiūrą, pacientas turi būti ašis, apie kurią sukasi visas jo sveikatos priežiūros procesas. Be jo informuoto sutikimo neturėtų būti priimama jokių sprendimų. Jis turi turėti realią teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą (Janušonis, 2018). Jo asmens sveikatos duomenys turi būti maksimaliai privatūs ir saugūs. Sveikatos priežiūra turi būti kokybiška ir priinama.

5. Trumpos išvalgos apie padėtį nagrinėjama tema Lietuvoje

Lietuva yra demokratinė šalis su visais veikiančiais demokratiniais institutais, valdžia formuojama per rinkimus. Kaip ir kitoms demokratinėms šalims, Lietuvai kyla iššūkių: kariniai konfliktai, ekonominės krizės, migracija, COVID-19 pandemija, muitų problemos, kurie veikia demokratiją, kartu ir sveikatos priežiūros sistemą.

COVID-19 pandemijos laikotarpiu iš dalies buvo suvaržytos žmonių teisės ir laisvės (Malužinas, 2022; Janušonis ir kt., 2022). Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos ir pasaulio šalių, didėjo žmonių kontrolė, ribotas privataus gyvenimo neliečiamumas. Plečiantis duomenų skaitmenizavimui, žmogaus sveikatos ir kitų duomenų prieinamumas įvairioms institucijoms ir struktūroms didėjo, motyvuojant rūpesčiu žmogaus sveikata bei gerove.

Asmens ir visuomenės sveikata per pastaruosius tris nepriklausomybės dešimtmečius iš esmės pagerėjo. Gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

nuo 69,4 m. 1990 metais pailgėjo iki 77,43 m. 2023 m. (Ščeponavičius, 2024). Tai pasiekta vykdant žmonių elgsenos ir gyvenamosios pokyčius (sumažėjus alkoholio vartojimo, rūkymo, savižudybių ir autoavarijų skaičiui ir kt.), sumažėjus kūdikių mirtingumui, pagerinus ligų valdymą, teikiant kokybiškesnę sveikatos priežiūrą.

Sveikatos priežiūra gerėjo ir šalyje – ji tapo kokybiškesnė, „apginkluota“ naujais technologijomis, taip pat ir DI. Tačiau sveikatos priežiūrai kyla iššūkių, kartais nesilaikoma demokratijos principų. Problema išlieka sveikatos priežiūros prieinamumas dėl nepakankamo finansavimo, medikų trūkumo, nepakankamos vadybos sistemoje ir jos organizacijose. Augantis sveikatos priežiūros politizavimas, perteklinė centralizacija, organizacijų autonomijos mažinimas, privataus ir viešojo sektoriaus sveikatos priežiūroje bendradarbiavimo stoka, įstatymu aiškiai nenustatytos organizacijų vadovų parinkimo taisyklės ir kriterijai – tai tam tikras atsitraukimas nuo demokratijos principų.

Išvados

Demokratija Europoje ir kitose šalyse susiduria su iššūkiais ir krizėmis – kariniai konfliktai, ekonominės krizės, migracija, pandemijos, mūtų „karai“ ir kt., todėl kartais vyksta didesni ar mažesni atsitraukimai nuo demokratijos.

Daugumos autorių nuomone, demokratija, ypač istoriškai ilgesnio periodo, teigiamai veikia gyventojų sveikatą. Sveikatos priežiūra demokratinėse šalyse yra kokybiškesnė, prieinamesnė ir palankesnė pacientams. Demokratizuojant sveikatos priežiūrą turėtų būti vengiama perteklinio sistemos ir jos organizacijų politizavimo, kontrolės, organizacijų autonomijos mažinimo, netinkamo organizacijų vadovų pasirinkimo.

Demokratinė sveikatos priežiūros sistema ne visada ir ne visose šalyse nukreipta į pacientą, į jo teisę priimti visus su savo sveikata susijusius sprendimus, rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą.

Lietuvoje demokratija teigiamai veikia asmens ir visuomenės sveikatą.

Interesų konfliktas. Nėra.

Literatūra

- Anderson, E., Tritter, J., Wilson, R. (red.) (2006). *Health Democracy. The future of involvement in health and social care*. London: Involve and the National Centre for Involvement.
- Appelquist, B. (2013). The role of healthcare in a democratic capitalist society. *Pepperdine Policy Review*, 6, article12.
- Asaba, E., Mondaca, M., Josephsson, S., Johansson, K. (2023). Everyday influence – democracy when health and social care are part of everyday life. *Aging and Society*, 43, 2229–2238.

DEMOKRATIJOS, SVEIKATOS IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SĄSAJOS: SISTEMINĖ...

- Auer, C. M. (2024). Democracy and health at the crossroads of Europe's future. *European Health Forum Gastein*. <https://www.ehtg.org>.
- Auerbach, C. (2023). Democracy and human nature: a layered system analysis. *Journal of Critical Realism*, 22, 882–903.
- Backhaus, I., Hoven, H., Kawachi, I. (2023). Far-right political ideology and Covid-19 vaccine hesitancy: multi-level analysis of 21 European countries. *Social Science and Medicine*, 235, 116227.
- Bader, V., Maussen, M. (2024). *Associative democracy and the crisis of representative democracies*. London: Routledge.
- Bassiouni, C., Beetham, D., Justice, M. ir kt. (1998). *Democracy: Its Principles and Achievement*. Geneva: Inter-Parliamentary Union.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A. ir kt. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives of Public Health*, 137, 89–101.
- Batinti, A., Costa-Font, J., Hatton, T. J. (2022). Voting up? The effects of democracy and franchise extension on human statute. *Economica*, 89, 161–190.
- Battisti, D., Mannelli, C. (2025). Who decides who goes first? Taking democracy seriously in micro-allocative healthcare decisions. *Medicine Healthcare and Philosophy*, 28, 327–337.
- Baumann, L. A., Reinhold, A. K., Brutt, A. L. (2022). Public and patient involvement in health policy decision-making on the health system level – a scoping review. *Health Policy*, 126, 1023–1038.
- Beetham, D. (2004). Towards a universal framework for democracy assessment. *Democratization*, 11, 1–17.
- Besley, T., Kudamatsu, M. (2006). Health and democracy. *American Economic Review*, 96, 313–318.
- Bloom, D. E., Canning, D., Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Development*, 32, 1–13.
- Bochsler, D., Kriesi, H. (2013). Varieties of Democracy. *Democracy in the Age of Globalization and Mediatization. Challenges to Democracy in the 21 st Century*. London: Palgrave Macmillan.
- Bodenheimer, T., Grumbach, K., Willard-Grace, R. (2020). *Understanding health policy: A clinical approach* (9 th ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- Boese-Schlosser, V., Eberhardt, M. (2025). *Democracy in decline: the economic implications of democratic collapse*. Berlin: Berlin Social Science Centre.
- Bollyky, T. J., Angelino, O., Wigley, S., Dieleman, J. L. (2022). Trust made the difference for democracies in Covid-19. *The Lancet*, 400, 657–659.
- Braithwaite, J., Ludlow, K., Testa, L. ir kt. (2020). Built to last? The sustainability of healthcare system improvements, programmes and interventions: a systematic integrative review. *BMJ Open*, 10, e036453.
- Braithwaite, J., Mannion, R., Matsuyama, Y. (red.) (2018). *Healthcare systems: future predictions for global care*. Boca Raton, FL: Taylor and Francis.
- Briganti, G., Le Moine, O. (2020). Artificial intelligence in medicine: today and tomorrow. *Frontiers in Medicine*, 7. DOI: <https://doi:10.3389/f-med.2020.00027>.
- Brodsky, J. (2020). *On Grief and Reason*. NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Bromo, F., Pacek, A. C., Radcliff, B. (2024). Varieties of democracy and life satisfaction: Is there a connection? *Social Science Quarterly*, 105, 1152–1163.
- Brownler J., Miao, K. (2022). Why democracies survive. *Journal of Democracy*, 33, 133–149.
- Bruno, G. (2024). The prescription for a healthier democracy: Physicians role in political inclusion. *Medical Xpress*. <https://medicalxpress.com>.
- Burden, B. C., Fletcher, J. M., Herd, P. ir kt. (2017). How different forms of health matter to political participation. *The Journal of Politics*, 79, 166–178.
- Burroway, R. (2016). Democracy and child health in developing countries. *International Journal of Comparative Sociology*, 57, 338–364.
- Cairney, P. (2016). *The Politics of Evidence Based Policy Making*. London: Macmillan Publishers Ltd.
- Cernega, A., Nicolescu, D. N., Imre, M. M., Totan, A. R. (2024). Volatility, uncertainty, complexity and ambiguity (VUCA) in healthcare. *Healthcare*, 12, 773–784.
- Cheryl, L., Pikuei, T., Parker, T. ir kt. (2024). The influences of SES on patient choice of doctor: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 67, 759–769.
- Christiano, T. (2004). The authority of democracy. *Journal of Political Philosophy*, 12, 266–290.
- Clark, T., Edgley, A., Kerry, R. (2025). Making healthcare decisions on behalf of people in a disorder of consciousness. A „Risk-making“ theory of decisional practices. *AJOB Neuroscience*, 16, 127–145.

- Colagrossi, M., Rossignoli, D., Maggioni, M. A. (2020). Does democracy cause growth? A meta-analysis. *European Journal of Political Economy*, 61, 1–44.
- Collier, D., Levitsky, S. (1997). Democracy with adjectives: conceptual innovation in comparative research. *World Politics*, 49, 430–451.
- Coppedge, M., Edgell, A., Knutsen, C. H., Lindberg, S. I. ir kt. (2022). *Why Democracies Develop and Decline*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Coppedge, M., Gerring, J., Altman, D. ir kt. (2011). Conceptualizing and measuring democracy: a new approach. *Perspectives on Politics*, 9, 247–267.
- Costa-Font, J., Knust, N. (2023). Does exposure to democracy decrease health inequality? *Journal of Public Policy*, 43, 741–760.
- Cunningham, F. (2005). *Theories of democracy: a critical introduction*. London: Routledge.
- Dahl, R. A. (1994). *Demokratija ir jos kritikai*. Vilnius: Amžius.
- Dall’Alba, R., Germano, M. A., Rocha, C. M. F. (2022). Yes, democracy is good for our health – but which democracy? *The Lancet*, 399, 1864–1864.
- Daverio, M. (2023). Informed consent and medical decision-making applying artificial intelligence. Ethical aspects and implications for the doctor – patients relationships. *Rivista di filosofia del diritto*, 12, 419–438.
- Deaton, A. (2013). *The great escape: Health, wealth, and the origins of inequality*. London: Princeton University Press.
- Desilver, D. (2019). *Despite global concerns about democracy, more than half of countries are democratic*. Pew research Center. <https://www.pewresearch.org>.
- Doorenspleet, R. (2019). *Rethinking the Value of Democracy: A Comparative Perspective*. London: Palgrave-Macmillan.
- Douglas, K. M., Uscinski, J. E., Sutton, R. M. ir kt. (2019). Understating conspiracy theory. *Political Psychology*, 40, 3–35.
- Draper, R., Reinhart, E. (2025). Democratizing care to care for democracy: community care workers and anti-racist public health. *Health Affairs Scholar*, 3. DOI: <https://doi.org/10.1093/haschl/pxaf052>.
- Eberhardt, M. (2022). Democracy, growth, heterogeneity, and robustness. *European Economic Review*, 147, 104–173.
- Egger, G., Higgins, J. P. T., Davey Smith, G. (2022). *Systematic Reviews in Health Research: Meta-Analysis in Context*. London: John Wiley and Sons Ltd.
- Engler, S., Brunner, P., Loviat, R. ir kt. (2021). Democracy in times of the pandemic explaining the variation of Covid-19 policies across European democracies. *West European Politics*, 44, 1077–1102.
- Eliassi-Rad, T., Farrell, H., Garcia, D. ir kt. (2020). What science can do for democracy: a complexity science approach. *Humanities and Social Sciences Communications*, 7, 30–34.
- Falkenbach, M., Bekker, M., Greer, S. L. (2020). Do parties make a difference? A review of partisan effects on health and the welfare state. *European Journal of Public Health*, 30, 673–682.
- Friebel, R., Wallenburg, J. (2024). Politics in all policies: how healthcare is shaped by political (in) action. *Health Economics, Policy and Law*, 19, 289–291.
- Garcia, P. J. (2019). Corruption in global health: the open secret. *The Lancet*, 394, 2119–2124.
- Gerring, J., Bond, P., Barndt, W., Moreno, C. (2005). Democracy and growth: a historical perspective. *World Politics*, 57, 323–364.
- Gerring, J., Kuntson, C. H., Maguire, M. ir kt. (2021). Democracy and human development: issues of conceptualization and measurement. *Democratization*, 28, 308–332.
- Gyorfy, D. (2024). Populism and authoritarianism in the E4: what is the role of the euro? *Europeans Politics and Society*, 25, 643–663.
- Glaser, W. A. (1966). Doctor and Politics. *American Journal of Sociology*, 66, 230–245.
- Gollust, S. E., Rahn, W. M. (2015). The bodies politic: chronic health conditions and voter turnout in the 2008 election. *Journal Health Politics, Policy and Law*, 40, 1115–1155.
- Gregorio, M., Teixeira, A., Henriques, T. ir kt. (2021). What role do patients prefer in medical decision making?: a population – based nationwide cross-sectional study. *BMJ Open*, 11, e048488.
- Gruessner, R. W. (2023). The modified democratic management model: conferral of optimal leadership in present – day health care. *Annals of Public Health and Epidemiology*, 2. DOI: <https://doi:10.33552/APHE.2023.02.000532>.
- Hamilton, C., Snow, M. E., Clark, N. ir kt. (2019). Quality of patient, family, caregiver and public engagement in decision making in healthcare systems: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 9, e032788.

DEMOKRATIJOS, SVEIKATOS IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SĄSAJOS: SISTEMINĖ...

- Hanson, J. K. (2015). Democracy and state capacity: complements or substitutes? *Studies in Comparative International Development*, 50, 304–330.
- Harrison, J. S., Freeman, R. E. (2004). Is organizational democracy worth the effort? *Academy of Management Executive*, 18, 49–53.
- Hersh, E. D., Goldenberg, M. N. (2016). Democratic and Republican physicians provide different care on politicized health issues. *PNAS*, 113, 11811–11816.
- Hoque, F. (2024). Shared decision-making in patient care: advantages, barriers and potential solutions. *Hospital Practices Management*, 3, 13–15.
- Janušonis V. (2008). *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
- Janušonis, V. (2012). *Sveikatos apsaugos organizacijų valdymas*. 2-as leidimas. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
- Janušonis, V. (2017). *Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje. Integracinė sisteminė apžvalga*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė.
- Janušonis, V. (2018). Health care (hospital) choice and quality: literature overview and case (Lithuania) study. *Health Sciences in Eastern Europe*, 28, 90–109.
- Janušonis, V. (2019). Hospital choice in Lithuania: patients' attitude. *Bridges*, 1, 124–136.
- Janušonis, V. (2024). Ateities skaitmeninės sveikatos priežiūros technologijos: sisteminė literatūros apžvalga. *Sveikatos mokslai*, 34, 51–68.
- Janušonis, V., Kasap, G., Janušonytė, H. (2022). COVID-19 pandemijos įtaka sveikatos priežiūrai ir jos kokybei ligoninėse: sisteminė literatūros apžvalga ir atvejo analizė. *Sveikatos mokslai*, 32, 5–18.
- Jong, G., Witteeloostuijn, A. (2007). Organizational democracy. *International Encyclopedia of Organization Studies*, 3, 1039–1042.
- Kaplan, R. M., Frosch, D. L. (2005). Decision making in medicine and health care. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 525–526.
- Kelly, M. P., Atkins, L., Littleford, C. ir kt. (2017). Evidence – based medicine meets democracy: the role of evidence-based public health guidelines in local government. *Journal of Public Health*, 39, 678–684.
- Kish, L. (2014). Patient engagement is a strategy, not a tool. *HL7 Standarts Blog*. <http://www.hl7.standarts.com/blog>.
- Klomp, J., De Haan, J. (2009). Is the political system really related health? *Social Science and Medicine*, 69, 36–46.
- Knutsen, C. H. (2021). A business case for democracy: regime type, growth, and growth volatility. *Democratization*, 28, 1505–1524.
- Koch, A., Brust, L., Weigl, M. (2024). Barriers and facilitators of patient engagement activities to improve patient safety in healthcare organizations: a Delphi-based expert survey. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 3217–3226.
- Krueger, P. M., Dovel, K., Denney, J. T. (2015). Democracy and self-related health across 67 countries: a multi-level analysis. *Social Science and Medicine*, 143, 137–144.
- Kruk, M. E., Kapoor, N. R., Lewis, T. P. ir kt. (2024). Population confidence in the health system in 15 countries: results from the first round of the People's Voice Survey. *Lancet Global Health*, 12, e100–e101.
- Lake, D. A., Baum, M. A. (2001). The invisible hand of democracy: political control and the provision of public services. *Comparative Political Studies*, 34. DOI: <https://doi.org/10.1177/001041400103400600>.
- Lame, G. (2019). Systematic literature review: an introduction. *Proceedings of the Design Society International Conference on Engineering Design*, 1, 1633–1642.
- Laude, A., Tabuteau, D. (2018). *Les Droits Des Malades*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lennox, L., Maher, L., Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, 13, 27–44.
- Levin, J. M., Bukowski, L. A., Minson, J. A., Kahn, J. M. (2023). The political polarization of Covid-19 treatments among physicians and laypeople in the United States. *PNAS*, 120, e2216179120.
- Lewandovsky, S. (2024). Truth and democracy in an era of misinformation. *Science*, 386. DOI: <http://doi:10.1126/science.ads5695>.
- Lipsitz, L. A. (2012). Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. *JAMA*, 308, 243–244.
- Long, A., Curtis, J. L. (2016). Enhancing informed decision-making: is more information always better? *Critical Care Medicine*, 43, 713–714.

- Long, D., Forsyth, R., Iedema, R., Carroll, K. (2006). The (im) possibilities of clinical democracy. *Health Sociology Review*, 15, 506–519.
- Lopez, C. (2024). The more democracy, the better? On whether democracy makes societies open. *Social Science*, 13. DOI: <https://doi.org/10.3390/socsci.13050261>.
- Luhrmann, A., Lindberg, S. I. (2019). A third wave of autocratization is here: what is about? *Democratization*, 26, 1095–1113.
- Mackey, T. K., Liang, B. A. (2012). Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance. *BMC International Health and Human Rights*, 12, 23, gmid: 23088820.
- Mackenbach, J. P., Hu, Y., Looman, C. W. N. (2013). Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. *Social Science and Medicine*, 93, 166–175.
- Malcolm, O. (2015). In a democracy, what should healthcare system do? A dilemma for public policy makers. *Politics, Philosophy and Economics*, 14, 23–52.
- Malužinas, M. (2021). Lithuanian democracy under the state of emergency: will the Covid-19 pandemic affect the assessment of the state of democracy in the country? System analysis. Athenaeum. *Polish Political Science Studies*, 72, 88–105.
- Matlock, D. D., Jacson, L. R., Sandhu, A., Scherer, L. D. (2024). Past, present, and future of shared decision-making. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 17, e010584.
- Mattila, M. (2020). Does poor health mobilize people into action? Health, political trust, and participation. *European Political Science Review*, 12, 49–65.
- McCarron, T. L., Moffat, K., Wilkinson, G. ir kt. (2019). Understanding patient engagement in health system decision-making: a co-designed scoping review. *Systematic Review*, 8, 97. DOI: <http://doi.org/10.1186/s13643-019-0994-8>.
- Menon, A., Kavanagh, N. M., Falkenbach, M. ir kt. (2025). The role of health and health systems in shaping political engagement and rebuilding trust in democratic institutions. *The Lancet Regional Health Europe*, 53. DOI: <https://doi:10.1016/j.lanepe.2025.101326>.
- Merkel, W. (2014). Is there a crisis of democracy? *Democratic Theory*, 1, 11–25.
- Merkel, W., Kneip, S. (red.) (2019). *Democracy and Crisis: Challenges in Turbulent Times*. New York: Springer International Publishing A. G.
- Miles, A. (2009). Complexity in medicine and healthcare: people and systems, theory and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 409–419.
- Montori, V. M., Ruisen, M. M., Hargraves, I. G. ir kt. (2022). Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence Based Medicine*, 28. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112068>.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27, 152–164.
- Muntaner, C. (2013). Democracy, authoritarianism, political conflict, and population health: a global, comparative, and historical approach. *Social Science and Medicine*, 86, 107–112.
- Neumann, C. S., Kautman, S. B., Brinke, L. (2025). Citizens in democratic countries have more benevolent traits, fewer malevolent traits, and greater well-being. *Scientific Reports*, 15. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-97001-7>.
- Nord, M., Lundstedt, M., Altman D. ir kt. (2024). *Democracy Report 2024: Democracy Winning and Losing at the Ballot*. DEM Institute: University of Gothenburg.
- Oyekola, O. (2023). Democracy does improve health. *Social Indicators Research*, 166, 105–132.
- Pacheco, J., Ojeda, C. (2020). A healthy democracy? Evidence of unequal representation across health status. *Political Behavior*, 42, 1245–1267.
- Pattillo, M., Stieglitz, S., Angoumis, K., Gottlieb, N. (2023). Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: a scoping review. *International Journal of Equity in Health*, 22, 201–215.
- Przeworski, A. (2019). *Crises of Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pw, C. (2016). *Survey: The new imperatives for health*. <https://www.pwc.com>.
- Raipa, A. (2010). Metodologiniai viešojo valdymo demokratizavimo aspektai. *Viešojo politika ir administravimas*, 32, 7–18.
- Resnicow, K., Catley, D., Williams, G. C. ir kt. (2021). Shared decision-making in health care: theoretical perspectives for why it works and for whom. *Medical Decision Making*, 42. DOI: <https://doi.org/10.1177/0272989x211058068>.
- Rock, M. (2021). The physician role in political advocacy. *Georgetown Medical Review*, 5. DOI: <https://doi.org/10.52504/002c.21357>.

DEMOKRATIJOS, SVEIKATOS IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SĄSAJOS: SISTEMINĖ...

- Rodgers, A. D. (2024). *The role of medical doctors in political advocacy across the Globe. Plastic Surgery*. DOI: <https://doi.org/10.1177/22925503241302750>.
- Roessler, M. (2019). Political regimes and publicly provided goods: why democracy needs development. *Public Choice*, 180, 301–331.
- Roessler, M., Schmitt, J. (2021). Health system efficiency and democracy: a public choice perspective. *Plos One*, 16, 20256737.
- Rosing, F., Boer, D., Buengeler, C. (2022). When timing is key: how autocratic and democratic leadership relate to follower trust emergency contexts. *Frontiers in Psychology*, 13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.904605>.
- Rouse, W. B., Serban, N. (2014). *Understanding and Managing the Complexity of Healthcare*. London: The MIT Press.
- Rubeis, G., Dubbala, K., Metzler, J. (2022). “Democratizing” artificial intelligence in medicine and healthcare: mapping the uses of an elusive term. *Frontiers in Genetics*, 13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgene.2022.784663>.
- Saetra, H. S. (2022). The ethics of trading privacy for security: the multifaceted effects of privacy on liberty and security. *Technology in Society*, 68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2022.101854>.
- Safaei, J. (2015). Deliberative democracy in health care: current challenges and future prospects. *Journal of Healthcare Leadership*, 7, 123–136.
- Santana, M. J., Achmed, S., Fairie, P. ir kt. (2023). Co-developing patient and family engagement indicators for health system improvement with healthcare system stakeholders: a consensus study. *BMJ Open*, 13, e067609.
- Saward, M. (2003). *Democracy*. Cambridge: Polity.
- Schneider - Kamp, A. (2021). Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health. *Social Theory of Health*, 19, 205–219.
- See, K. F., Yen, S. H. (2018). Does happiness matter to health system efficiency? A performance analysis. *Health Economics Review*, 8, 33–43.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Sibanda, T. S. (2020). *The politicization of healthcare in Europe*. University of Trento, paper N. 46.
- Shojania, K. G., Sampson, M., Ansari, M. T. ir kt. (2007). How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Annals of Internal Medicine*, 147, 224–233.
- Syneos Health. (2018). *Artificial intelligence for authentic engagement: patient perspectives on healthcare evolving AI conversation*. <https://syneoshealth.communications.com/uploads/articles>.
- Sinsky, C. A., Trockel, M., Carlasare, L. E. ir kt. (2023). Politicization of medical care burnout and professionally conflicting emotions among physicians during Covid-19. *Mayo Clinic Proceedings*, 98, 1613–1628.
- Smith, K., Bhavsar, M. (2021). A new era of health leadership. *Healthcare Management Forum*, 34, 332–335.
- Snyder, H., Engstrom, J. (2016). The antecedents, forms and consequences of patient involvement: A narrative review of literature. *International Journal of Nursing Status*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.008>.
- Sorsa, V.P., Kivikoski, K. (2023). Covid-19 and democracy: a scoping review. *BMC Public Health*, 23, 1668–1689.
- Spač, P., Pastarmetzhieva, P., Zagrapan, J. (2025). Freedom of information and the volume of requested data: An experimental study. *Government Information Quarterly*, 42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.giq.2025.102030>.
- Stahl, T. (2020). Privacy in public: a democratic defence. *Moral Philosophy and Politics*, 7, 73–96.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive*. (2018). <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/democracy>
- Stasavage, D. (2020). Democracy, autocracy and emergency threats: lessons for Covid-19 from the last thousand years. *International Organization*, 74, E1–E17.
- Stein, R. A., Ometa, O., Pachtman, S. ir kt. (2021). Conspiracy theories in the era of Covid-19: A tale of two pandemics. *International Journal of Clinical Practice*, 75, e13788.
- Sun, D., Ahn, H., Lievens, T., Zeng, W. (2017). Evaluation of the performance of national health systems in 2004–2011: An analysis of 173 countries. *PLOS ONE*, 12, e 0173346.
- Ščeponavičius, A. (2024). Visuomenės sveikatos departamentas, SAM. <https://sam.lrv.lt>.
- Tallberg, J., Erman, E., Furendal, M. ir kt. (2023). The global governance of artificial intelligence: next steps for empirical and normative research. *International Studies Review*, 25. DOI: <https://doi.org/10.1093/isr/viad040>.

Vinsas Janušonis

- Tarantini, G., Fraccaro, C., Porzionato, A. ir kt. (2025). Informed consent and shared decision-making in modern medicine: case-based approach, current gaps and practical proposal. *The American Journal of Cardiology*, 241, 77–83.
- The Economist Intelligence Unit. (2017). *Democracy index. Technical report*. New York: The Economist Intelligence Unit.
- Toth, F. (2020). Integration vs separation in the provision of health care: 24 DECD countries compared. *Health Economics Policy Law*, 15, 160–172.
- Tranfield, D., Denyer, D., Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence - informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of management*, 14, 207–222.
- Truex, R. (2017). The myth of democratic advantage. *Studies in Comparative International Development*, 52, 261–277.
- Vu, T. V. (2025). Revisiting the effect of democracy on population health. *Oxford Economic Papers*, 77, 400–426.
- Vu, T. V., Owen, P. D., Haug, A. A., Garcés-Ozanne, A. (2022). The deep historical roots of comparative cross-country health status. *University of Ortago Economics Discussion Paper*, N. 2203. New Zealand.
- Wagenaar, H. (2025). The essential tension: Patsy Healey's conception of democracy in planning and publicpolicy. *Planning Theory and Practice*. DOI: <https://doi.org/10.1080/14649357.2025.2463237>.
- Waldner, D., Lust, E. (2018). Unwelcome change: coming to terms with democratic backsliding. *Annual Review of Political Science*, 21, 93–113.
- Wang, Y. T., Mechkova, V., Andersson, F. (2019). Does democracy enhance health? New empirical evidence 1900–2012. *Political Research Quarterly*, 72, 554–569.
- Ward, J. K., Gauna, F., Gagneux-Brunon, A. ir kt. (2022). The French health pass holds lessons for mandatory Covid-19 vaccination. *Nature Medicine*, 28, 232–235.
- Weissglass, D. E. (2022). Contextual bias, the democratization of healthcare, and medical artificial intelligence in low- and middle – income countries. *Bioethics*, 36, 201–209.
- Wiesner, K., Birdi, A., Eliassi-Rad, T. ir kt. (2019). Stability of democracies: a complex system perspective. *European Journal of Physics*, 40, 014002. DOI: <https://doi.org/10.1088/1361-6404/aacb4d>.
- Wigley, S., Akkoyunlu-Wigley, A. (2011). The impact of regime type on health: does redistribution explain everything. *World Politics*, 63, 647–677.
- Wigley, S., Dieleman, J. L., Templin, T. ir kt. (2020). Autocratization and universal coverage synthetic control study. *BMJ*, 371, m4040.
- Wike, R., Fetterolf, J., Schulman, J. (2025). Dissatisfaction with democracy remains widespread in many nations. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/short-reads/2025/06/30>.
- Woodall, J., Homer, C., Freeman, C. ir kt. (2024). Evidence – based decision-making in a climate of political expediency insight from local government. *Perspective in Public Health*. DOI: <https://doi.org/10.1177/17579139248256879>.
- Zhang, D. (2024). Draining the Swamp? *Populist leadership and corruption*. *Governance*, 37, 1141–1161.

THE LINKS BETWEEN DEMOCRACY, HEALTH AND HEALTHCARE: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE SCIENTIFIC LITERATURE

Vinsas Janušonis

Summary

Introduction. Democracy is one of the best instruments of governance, albeit imperfect, and today it is used by most of the world's countries at different levels of governance.

The level of health and healthcare is strongly influenced by the degree of democratisation of a country's government and institutions (Besley, Kudamatsu, 2006; Roessler, Schmitt, 2021; Oyecola, 2023).

The aim of the study is to analyse the scientific literature on the links between democracy and health and healthcare, to summarise it, and to assess the trends in these processes.

Context. Democratic countries are not identical: they differ in their concept of democracy, depth, quality, and degree of democratisation.

Democracy is good for society's health only in countries where the political system guarantees the rights and freedoms of people (society and individuals), and where the government is not allowed to restrict them by laws and other legal acts.

Various crises, economic, pandemics (Covid-19), terrorism, migration, military conflicts, tariff 'wars', influence democracy and closely interact with and affect healthcare and health.

Methodology. The analysis, interpretation and summary of scientific literature, and thematic and comparative analysis were used.

Scientific publications from 2001 to 2025, and selected publications from previous years, were analysed.

Results. The article examines the lines between democracy, health and healthcare systems and their organisations.

Being closely linked to health, democracy also interacts with the healthcare system and its institutions, influencing healthcare.

The healthcare system is essentially part of the political system. Political decisions, including those concerning healthcare, are often based on opinions and political imperatives rather than scientific evidence.

As a political construct, the healthcare system tends to be more influenced by political decisions than professional ones. This politicises healthcare.

The negative effects of the politicisation of healthcare and medical professionals were evident during the Covid-19 pandemic (Sinsky et al., 2023).

However, most authors agree that democracy has a positive effect on health and healthcare.

Discussion. The word democracy has become a mantra, one of the most frequently used words in recent times. However, despite the popularity of democracy, anti-democratic parties are gaining strength in Western democracies.

A decline in democracy is being observed throughout the world (Waldner, Lust, 2018; James, 2025).

One of the reasons for this is people's unfulfilled expectations, including in relation to health and healthcare. This is also encouraged by excessive control of people (the Covid-19 pandemic, etc) and the vulnerability of private life.

It is claimed that human security and well-being are achieved at the cost of limiting rights, freedoms and privacy. This raises the question of whether the ‘well-being’ achieved at this price is truly well-being (Saetra, 2022).

The aim should be for the healthcare system and its organisations, their performance goals and expected results, to be shaped on the basis of scientific evidence and people’s needs, rather than opinions and political imperatives (Carney, 2016).

Conclusions

Healthcare in democratic countries is of a higher quality, more accessible, and more patient-friendly.

Democratising healthcare should avoid the excessive politicisation of the system and its organisations, controls, the restriction of organisational autonomy, and the inappropriate selection of its leaders.

A democratic healthcare system is not always, and in all countries, focused on the patient, on their right to make all decisions related to their health on their right choose a doctor and a healthcare institution.

In Lithuania, democracy has a positive effect on individual and public health, and the average life expectancy is increasing.