

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

Ieva Staškutė

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas sveikatos
politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

VILNIUS

2014

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas sveikatos
politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 621L22004

Vadovas

_____ prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

2014 -

Recenzentas

2014 -

Atliko

_____ stud. I. Staškutė

2014 -

VILNIUS

2014

TURINYS

PAVEIKSLŲ SARAŠAS.....	4
LENTELIŲ SARAŠAS.....	5
PRIEDŲ SARAŠAS.....	6
SANTRUMPOS.....	7
ĮVADAS.....	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	12
1.1. Gyvenimo kokybės sampratos istorinis kontekstas ir apibrėžimų gausa.....	12
1.2. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sampratos istorinis kontekstas ir sampratos teoriniai modeliai.....	17
1.3. Pasaulyje naudojamos gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo metodikos.....	22
1.4. Lietuvoje atliktų gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų rezultatai.....	28
1.5. Tarptautinių ir užsienyje atliktų gyvenimo kokybės tyrimų rezultatai.....	34
1.6. Gyvenimo kokybės aspektas Lietuvos sveikatos politikos teisiniuose ir strateginiuose dokumentuose.....	39
2. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI.....	47
2.1. Tyrimo metodika ir vertinimo modelio sudarymas.....	47
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	51
3.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai.....	51
3.1.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos priežiūra“ rodiklių rezultatų aptarimas.....	51
3.1.2. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos rezultatai“ (objektyvūs ir subjektyvūs) rodiklių rezultatų aptarimas.....	60
3.1.3. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Aplinka“ (fizinė ir socialinė) rodiklių rezultatų aptarimas.....	69
3.1.4. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Gyvensena“ rodiklių rezultatų aptarimas.....	74
3.1.5. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatų apibendrinimas.....	76
IŠVADOS.....	79
REKOMENDACIJOS.....	81
BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SARAŠAS.....	82
ANOTACIJA.....	88
ANOTATION.....	89
SANTRAUKA.....	90
SUMMARY.....	91
PRIEDAI.....	92

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos būklės, funkcinės būklės, gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tarpusavio sąsajos modelis.....	20
2 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje schema.....	48
3 pav. Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais.....	52
4 pav. Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais.....	53
5 pav. Privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais.....	54
6 pav. Kūdikių mirtingumas 1000 - čiu gimusiųjų.....	55
7 pav. Valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais.....	57
8 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičius 100, 000 - čiu gyventojų.....	59
9 pav. Praktikuojančių slaugytojų skaičius 100, 000 - čiu gyventojų.....	60

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. 2010 m. Eurobarometro tyrimo pagrindiniai rezultatai.....	36
--	----

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Gyvenimo kokybės sisteminė samprata	92
2 priedas. 1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo rezultatai.....	93
3 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rodikliai.....	94
4 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos rezultatai“ (objektyvūs) rodiklių rezultatus iliustruojantys paveikslai.....	99
5 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos rezultatai“ (subjektyvūs) rodiklių rezultatus iliustruojantys paveikslai.....	104
6 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Aplinka“ (fizinė) rodiklių rezultatus iliustruojantys paveikslai.....	108
7 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Aplinka“ (socialinė) demografinių veiksnių rodiklių rezultatus iliustruojantys paveikslai.....	110
8 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Aplinka“ (socialinė) socioekonominių veiksnių rodiklių rezultatus iliustruojantys paveikslai.....	112
9 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Gyvensena“ rodiklių rezultatus iliustruojantys paveikslai.....	115
10 priedas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatų apibendrinimo lentelė.....	119

SANTRUMPOS

AIDS – įgytas (akvizitinis) imunodeficitas sindromas
BVP – bendrasis vidaus produktas
EHCI - Euro Health Consumer Index
EK - Europos Komisija
ES – Europos Sąjunga
ES-27 - Europos Sąjungos 27 valstybės narės
ES-28 - Europos Sąjungos 28 valstybės narės
ESSC – European Statistical System Committee
EU-SILC – The European Union Statistics on Income and Living Conditions
EQ-5 – EuroQoL five dimensions questionnaire
GDP – Gross Domestic Product
GK – gyvenimo kokybė
HCP – Health Consumer Powerhouse
HDI - Human Development Index
HFA – DB - European Health for All Database
JAF - Joint Assessment Framework
JAV –Jungtinės Amerikos Valstijos
JK – Jungtinė Karalystė
KMI – kūno masės indeksas
LGS - Lietuvos gydytojų sąjunga
LR - Lietuvos Respublika
NATO - Šiaurės Atlanto Sutarties Organizacija
PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO - Pasaulio sveikatos organizacija
SARB - Sveikatos apsaugos reformų biuras
SF-36 ; SF- 12 (Short Form 36 questionnaire); (Short Form 12 questionnaire)
SGT – sveiko gyvenimo trukmė
VGT – vidutinė gyvenimo trukmė
ŽIV – žmogaus imunodeficitas virusas
ŽSRI - žmogaus socialinės raidos indeksas
QUALY - Quality Adjusted Life Years
WHOQOL-100 - World Health Organization Quality of Life 100

ĮVADAS

Temos aktualumas. Gyvenimo kokybė dėl tarpdisciplininio požiūrio į ją tampa vis aktualesniu mokslo objektu. Nors gyvenimo kokybė užsienio šalyse pradėta tyrinėti palyginti neseniai - apie - 1970 m., ši tema susilaukė labai didelio susidomėjimo, kuris, galima prognozuoti, ateityje tik didės, nes gyvenimo kokybės gerinimas yra globali problema. Mokslinėje literatūroje galima aptikti nemažai gyvenimo kokybės apibrėžimų, sampratos modelių, tačiau reikia pripažinti, kad vieno visuotinai pripažinto apibrėžimo - nėra. Kiekvienas autorius, priklausomai nuo mokslo disciplinos ir keliamų tyrimo tikslų, pasirenka gyvenimo kokybės sampratą. Sveikata yra vienas iš svarbiausių gyvenimo kokybės veiksnių, todėl vertai yra išskirta atskira gyvenimo kokybės tyrimų sritis - su sveikata susijusi arba sveikatos sąlygota gyvenimo kokybė (*angl. health-related quality of life*).

Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė - tai medicinos mokslo sritis, kurios tyrimų rezultatai paprastai naudojami „<...> sveikatos priežiūros kokybei ir gydymo veiksmingumui vertinti“¹. Tačiau su sveikata susijusios „<...> gyvenimo kokybės vertinimas tapo svarbus ne tik klinikiniuose, bet ir populiaciniuose tyrimuose“². Gyvenimo kokybės tyrimai profilaktinių sveikatos patikrų metu bei gyvenimo kokybės stebėseną yra vieni svarbiausių visuomenės sveikatos mokslo uždavinių. Su sveikata susijusi informacija yra naudojama įvertinti visuomenės sveikatos būklę ir jos kitimo priežastis, sveikatos rizikos veiksnius, ligų paplitimą, sveikatos programas, sveikatos priežiūros veiklą, o visa tai yra reikalinga ūkio plėtros, socialinės raidos, prevencinės (profilaktinės) medicinos, sveikatos apsaugos valdymo sprendimams priimti ir žinoma - mokslo reikmėms³.

Mūsų šalyje gyvenimo kokybės gerinimo aspektas pirmą kartą buvo išskirtas LR Sveikatos sistemos įstatyme (1994 m. Nr. I-552) 4 straipsnyje prie sveikatinimo veiklos tikslų, iš kurių trečias - „ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę“⁴. 1998 m. liepos 2 d. nutarimu (Nr. VIII-833) buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kurios vienas iš pagrindinių tikslų buvo „gyvenimo kokybės pagerinimas“.

Lietuvos sveikatos politika yra grindžiama Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos regiono „Sveikata visiems XXI a.“ politika, kurios „pagrindinę ir nekintančią kryptį sudaro siekis sukurti visapusišką sveikatos potencialą“. Tarp dešimties „Sveikata visiems XXI a.“ politikos

¹ Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 1(2), 2001, p.129.

² Bacevičienė M., Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį, daktaro disertacija, Kauno Medicinos Universitetas, visuomenės sveikata, Kaunas, 2005, p. 6.

³ Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos stebėsenos (Monitoringo) įstatymas, *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 72-3022.

⁴ Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės žinios* 1998, Nr. 112-3099 (1998-12-23).

siekinių pasauliui, antras siekinys - ilginti gyvenimo trukmę ir gerinti gyvenimo kokybę⁵. Jau yra parengtas Lietuvos sveikatos programos 2020 projektas. „Lietuvos sveikatos programos 2020 pagrindinis (strateginis) tikslas – pasiekti, kad 2020 metais šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau“⁶. Šį tikslą galima pasiekti tik sistemingai stebint, vertinant sveikatos apsaugos sistemos, visuomenės sveikatos būklės situaciją, šalies demografinę, socioekonominę, aplinkos, gyvensenos situaciją, bei laiku imantis atitinkamų sveikatos „visose politikose“ formavimo ir įgyvendinimo veiksmų. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemos sukūrimas valstybės lygmeniu yra svarbi ir reikalinga visuomenės sveikatos stebėsenos priemonė, kurios tikslas – remiantis objektyviais ir subjektyviais rodikliais teikti informaciją ir pasiūlymus sveikatos politikos formuotojams bei mokslo atstovams apie gyventojų su sveikata susijusios gyvenimo kokybės būklę, jos kaitą ir gerinimo galimybes.

Temos iširtumas ir darbo naujumas. Pirmieji gyvenimo kokybės tyrimai užsienio šalyse apie 1970 m. buvo atlikti sociologijos mokslo srityje⁷. Tačiau gyvenimo kokybės tema svarbi ne tik sociologijoje, bet ir medicinoje, politologijoje, filosofijoje, ekonomikoje, aplinkos studijose ir kt. Išskirtinę reikšmę turi gyvenimo kokybės tyrimai medicinos ir visuomenės sveikatos srityje. Anot Gruževskio B., Orlovos U. L., „viena stipriausiai išvystytų gyvenimo kokybės tyrimo sričių yra su sveikata susijusios gyvenimo kokybės (*angl. health-related quality of life*) tema“⁸. Šios srities tyrimai dominuoja ir Lietuvoje. Vieni iš gyvenimo kokybės tyrimų pradininkų Lietuvoje – tai P. Puzaras ir kt. (2000 m.). Vėliau *su sveikata susijusios gyvenimo kokybės* tyrimų tradiciją pratęsė ir išplėtojo prof. habil. dr. A. Juozulynas ir bendraautoriai (J. Prapiestis, A. Jurgelėnas, A. Mikaliūkštienė, R. Reklaitienė, A. Marcijonas, K. Jankauskienė, V. Valeikienė, B. Butkienė, M. Butikis, L. Samsonienė, R. Savičiūtė ir kt.). Prof. habil. dr. A. Juozulyno tyrimų kryptis – visuomenės sveikata.

Visuomenės sveikatos srityje su sveikata susijusios gyvenimo kokybės aspektus moksliniuose darbuose taip pat nagrinėja prof. habil. dr. R. Kalėdienė (1999 m., 2002 m., 2004 m.), M. Bacevičienė (2005 m.), V. Janušonis (2008 m.), o medicinos srityje - T. Furmonavičius (2001 m., 2004 m.), J. Toliušienė, A. Šeškevičius (2004 m.), E. Vaitkaitienė ir bendraautoriai (2007 m.) ir kt.

Gyvenimo kokybę, įtraukiant ir sveikatos aspektą, Lietuvoje tiriama ir ekonomikos mokslo srityje. Vieni žymiausių mokslininkų šioje srityje – tai prof. habil. dr. O. G. Rakauskienė ir V.

⁵ Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 96-97.

⁶ Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių, 2012, p. 18, prieiga per internetą: < <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41> >, (žiūrėta 2013-11-20).

⁷ Krutulienė S., Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais, *Kultūra ir visuomenė*, Socialinių tyrimų žurnalas, 3(2), 2012, p. 119.

⁸ Gruževskis B., Orlova U. L., Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 11(1), 2012, p. 12.

Servetkienė (2011 m.), V. Starkauskienė (2011 m.), J. Čiburienė (2012 m.), D. Susnienė, A. Jurkauskas (2009 m.) ir kt.

Gyvenimo kokybės tyrimų pradžia siejama su Vakarų Europa ir Šiaurės Amerika, todėl šių šalių mokslininkai turi sukaupę didesnę patirtį. Žymiausi iš jų – J. R. Elkington, (1966 m.), A. Campbell ir P. Converse (1970 m.), C. E. Ferrans ir M. Powers (1984 m.), Nobelio premijos laureatas indas A. Senas ir pakistaniecis M. ul Haqas ir G. Ranis bei M. Desai, B. Lindstrom, B. Eriksson (1993 m.), B. K. Haas (1997 m.), J. R. Curtis (1997 m.) ir kt., Nobelio premijos laureatas J. Stiglitzas, A. Senas ir J. P. Fitoussi (2009 m.) ir kt.

Šio magistro baigiamojo darbo naujumas moksliniu požiūriu pasireiškia tuo, kad juo siekiama įvertinti ne atskiros pacientų ar gyventojų grupės su sveikata susijusią gyvenimo kokybę ar gydymo efektyvumą. Tyrimu siekiama įvertinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę makrolygmeniu t.y. valstybės lygmeniu naudojant 12-os pasirinktų Europos Sąjungos valstybių (įskaitant ir Lietuvą) oficialiai skelbiamus objektyvius ir subjektyvius gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros, gyvenamosios aplinkos (fizinės ir socialinės) rodiklius lyginant su ES-27 (Europos Sąjungos 27-ių valstybių narių) atitinkamų rodiklių vidurkiu. Lietuvos statistikos departamentas šiuo metu yra parengęs ir pateikia informaciją apie gyvenimo kokybės rodiklius Lietuvoje pagal aštuonias gyvenimo kokybę apibūdinančias temas. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijai pavaldus Higienos instituto sveikatos informacijos centras, kurio „<...> tikslas plėtoti Lietuvos gyventojų sveikatos ir ją įtakančių veiksnių stebėseną, vertinimą ir kurti bei tvarkyti visuomenės sveikatos registrus ir informacines sistemas“⁹, turi plačiąją visuomenei prieinamą visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondą, kuriame „<...> pateikiami įvairūs sveikatos ir su sveikata susiję rodikliai nacionaliniu lygiu“¹⁰ pagal 2001-2011 m. objektyvius ir subjektyvius duomenis¹¹. Tačiau, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės, kaip atskiros gyvenimo kokybės srities stebėsenos ir vertinimas, naudojant objektyvius ir subjektyvius rodiklius nacionaliniu ir tarptautiniu lygiu dar tik pradedami vykdyti.

Tyrimo problema. Kokia yra su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcija? Kokiais pagrindiniais rodikliais su sveikata susijusi gyvenimo kokybė gali būti vertinama tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje?

Tyrimo objektas. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu.

⁹ Higienos institutas, Sveikatos informacijos centras, prieiga per internetą < <http://www.hi.lt/content/sic.html>>, (žiūrėta 2013-12-05).

¹⁰ Visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondas, prieiga per internetą < <http://sic.hi.lt/html/fondas.htm>>, (žiūrėta 2013-12-16).

¹¹ *Ibid.*

Tyrimo tikslas. Pagal pasiūlytus rodiklius atlikti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimą sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu lyginant pasirinktų 12-os Europos Sąjungos valstybių narių (įskaitant ir Lietuvos) rodiklius su Europos Sąjungos 27- ių valstybių narių (ES-27) atitinkamų rodiklių vidurkiu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepciją ir pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos asmenų gyvenimo kokybei ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei.
2. Apžvelgti Lietuvos ir užsienio šalių gyvenimo kokybės tyrimus, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimus ir naudojamus gyvenimo kokybės vertinimo metodikas.
3. Ištirti gyvenimo kokybės aspekto svarbą Lietuvos sveikatos politikos teisiniuose ir strateginiuose dokumentuose.
4. Sukurti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelį, pasiūlyti rodiklius, pagal kuriuos būtų galima vertinti ir palyginti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje.
5. Pagal pasiūlytus rodiklius atlikti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimą (pilotinį tyrimą) lyginant pasirinktų 12-os Europos Sąjungos valstybių narių (įskaitant ir Lietuvos) rodiklius su Europos Sąjungos 27- ių valstybių narių (ES-27) atitinkamų rodiklių vidurkiu.

Tyrimo metodai. Sistemine Lietuvos ir užsienio mokslinių šaltinių, teisinių dokumentų, sociologinių tyrimų duomenų analizė, antrinė statistikos duomenų bazių statistinių duomenų analizė, lyginamasis metodas, modeliavimas, sintezė ir apibendrinimas.

Darbo struktūra. Magistro baigiamąjį darbą sudaro įvadas, trys skyriai: pirmasis skirtas mokslinės literatūros analizei, antrasis – sukurto su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu modelio ir vertinimo metodikos aprašymui, trečiasis – gautų vertinimo rezultatų aptarimui ir apibendrinimui, bei išvados ir rekomendacijos. Magistro baigiamąjį darbą taip pat sudaro devyni paveikslai, viena lentelė ir dešimt priedų. Magistro baigiamajame darbe panaudoti 75 literatūros šaltiniai: iš jų aštuoni teisės ir kiti normatyviniai aktai, 33 moksliniai šaltiniai, 34 kiti internetiniai šaltiniai. Magistro baigiamojo darbo (be priedų) apimtis – 91 p.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Gyvenimo kokybės sampratos istorinis kontekstas ir apibrėžimų gausa

Gyvenimo kokybės sampratos raidos užuomazgos randamos dar Aristotelio (384-322 m. pr. Kr.) veikaluose, kuriuose jis kalbėjo apie gyvenimo pilnatvę ir žmogaus laimingumą¹². Anot S. Wood-Dauphinee, pirmasis gyvenimo kokybės terminą 1920 m. pavartojo A. C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerovę. Tačiau ši sąvoka didesnio mokslininkų ir visuomenės susidomėjimo nesulaukė iki Anrojo pasaulinio karo pabaigos¹³.

Kaip teigia M. Rapley, „<...> po Antrojo pasaulinio karo manyta, kad ekonominis augimas, pagrįstas pajamų didinimu, yra pagrindinė priemonė gyvenimo kokybei gerinti“¹⁴. Pasak G. Janušauskaitės, „nemažai autorių (S. Johansson, R. A. Easterlin, L. Camfield, M. G. Royo, V. Vitunskienė ir kt.) pažymi, kad plačiausiai tradiciškai naudotos dimensijos buvo vien ekonominės (pvz., bendrasis vidaus produktas, apskaičiuotas vienam gyventojui, namų ūkio pajamos, vartojimo išlaidos ir pan.)“¹⁵.

Anot B. Gruževskio ir U. L. Orlovos, „XX a. antrojoje pusėje pastebima tendencija išplėsti gyvenimo kokybės apibrėžimą, siekiant įvertinti kiekvieno asmens pasirinkimo galimybes ir gebėjimus, teisingą išteklių paskirstymą ir jų naudą kiekvienam visuomenės nariui“¹⁶.

„Gyvenimo kokybės termino vartojimo pradžia siejama su politika ir sociologijos mokslu“¹⁷. Pasak O. G. Rakauskienės, V. Servetkienės, „manoma, kad gyvenimo kokybės sampratą, kuri įsitvirtino šiuolaikinėje kultūroje, pirmas 1972 m. pateikė Lindonas Džonsonas, buvęs JAV prezidentas, savo politinėje kalboje. Jis pabrėžė, kad reikia matuoti ne kiek daug prekių gali įsigyti visuomenės nariai, o naudingiau būtų įvertinti, kokią tai daro įtaką jų gyvenimo kokybei“¹⁸. „Gyvenimo kokybės teorija susiformavo ir kaip atskira tyrimų sritis į mokslo diskursą įsiliejo XX a.

¹² Rakauskienė O. G., Servetkienė V. *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 67.

¹³ Mikučiūnas A., „LT-Sveikuolis - 2010“ šventės dalyvių ir dviejų Kauno mokyklų mokytojų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos palyginamoji analizė, magistro baigiamasis darbas, Lietuvos Kūno Kultūros Akademija, Sveikata ir fizinis aktyvumas katedra, Kaunas, 2011, 15 p.

¹⁴ Gruževskis B., Orlova U. L., Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 11(1), 2012, p. 10.

¹⁵ Janušauskaitė G., Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės, *Filosofija. Sociologija*, 19(4), 2008, p. 36.

¹⁶ Gruževskis B., Orlova U. L., Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 11(1), 2012, p. 10.

¹⁷ Krutulienė S., Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais, *Kultūra ir visuomenė*, Socialinių tyrimų žurnalas, 3(2), 2012, p. 119.

¹⁸ Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 68.

septintajame dešimtmetyje Vakarų Europoje ir Šiaurės Amerikoje¹⁹. Pasak M. Rapley, „socialinės politikos srities specialistams buvo parankūs makrolygmens gyvenimo kokybės tyrimai, o jų rezultatai tapdavo svariu argumentu priimant politinius sprendimus visuomenės socialinėms ekonominėms problemoms spręsti“²⁰.

„Vieni iš pirmųjų 1970 m. gyvenimo kokybę pabandė apibrėžti A. Campbell ir P. Converse. Teigiama, kad gyvenimo kokybė – tai kiekvieno žmogaus individualiai suvokiamas sudėtinis fizinės, psichinės ir socialinės gerovės bei laimės ir pasitenkinimo matas. Šis matas gali apimti tiek visapusišką pasitenkinimą gyvenimu, tiek atskirus jo aspektus – sveikatą, santuoką, šeimą, darbą, gyvenimo sąlygas, finansinę padėtį, išsimokslinimą, savigarbą, kūrybingumą, sugebėjimus, priklausomybę ir tikėjimą kitais“²¹.

„Mokslinio požiūrio į gyvenimo kokybę raidos pradžia galima būtų laikyti sociologo E. Allard 1978 m. atliktą tyrimą „Turėjimas, mylėjimas ir buvimas“. Čia pirmą kartą užsiminta apie suminę objektyvių aplinkybių ir subjektyvių aplinkybių įtaką žmogaus gyvenimo gerovei“²². „Aštuntojo dešimtmečio viduryje Mičigano Universiteto sociologai pradėjo įvairių gyventojų grupių gyvenimo kokybės tyrimus, nagrinėdami tokių veiksnių kaip išsimokslinimas, sveikata, šeima, asmeninis gyvenimas, darbas, aplinka ir materialinės sąlygos, įtaką žmonių gerovei“²³.

Svarbu paminėti ir tai, kad „nuo XX a. septintojo dešimtmečio pradžios, moksle ir politikoje, ekonomikoje buvo pradėta svarstyti ir analizuoti socialinė raida“²⁴. Socialinės raidos koncepcija ir raidos matavimo metodika pirmąkart buvo pateikta 1990 m. globaliniame *Pranešime apie žmogaus socialinę raidą*. Žmogaus socialinė raida apibrėžiama kaip „<...> procesas, kuris plečia žmogaus pasirinkimo galimybes“²⁵. „Galima rinktis iš begalinio skaičiaus alternatyvų, kurios, laikui bėgant, kinta. Tačiau, kad ir koks būtų visuomenės gyvenimo lygis, žmogus privalo turėti galimybę pasirinkti tris svarbiausius dalykus: ilgai ir sveikai gyventi, įgyti žinių ir apsirūpinti ištekliais, reikalingais normaliam gyvenimo lygiui pasiekti. Nesant šių pagrindinių dalykų, daugelis kitų pasirinkimo galimybių lieka neprieinamos. Papildomos pasirinkimo galimybės, labai vertinamos daugelio žmonių, aprėpia politines, ekonomines ir socialines laisves bei galimybes kurti ir gaminti,

¹⁹ Pukelienė V., Starkauskienė V., Gyvenimo kokybę sąlygojantys veiksniai ir jos vertinimo kompleksiskumas, *Inžinerinė Ekonomika*, 22(2), 2011, p. 156.

²⁰ Gruževskis B., Orlova U. L., Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 11(1), 2012 p. 10.

²¹ Bacevičienė M., Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį, daktaro disertacija, Kauno Medicinos Universitetas, visuomenės sveikata, Kaunas, 2005, p. 10.

²² Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 68.

²³ Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 1(2), 2001, p. 128.

²⁴ Janušauskaitė G., Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės, *Filosofija. Sociologija*, 19(4), 2008, p. 36.

²⁵ Rimkutė J., *Žmogaus socialinė raida*, Vilnius: Homo Liber, 2001 p. 10.

gyventi gerbiant save bei turint žmogaus teisių garantijas²⁶. Žmogaus socialinė raida ir gyvenimo kokybė yra susijusios tuo, kad žmogaus socialinė raida turėtų būti sutelkta į gyvenimo kokybės plėtrą²⁷.

„Gyvenimo kokybė yra svarbi sąvoka daugelyje mokslo sričių – sociologijoje, politologijoje, filosofijoje, marketinge, aplinkos studijose, medicinoje ir kt. Tačiau kiekviena akademinė disciplina vysto skirtingas perspektyvas, kuriose ir nagrinėja „gyvenimo kokybės“ konstrukta²⁸.

„Sociologijoje tyrinėjama struktūrinių pokyčių įtaka gyvenimo kokybei, populiarios tam tikras gyvenimo kokybės sudėtinės dalis (nelygybė, skurdas, gyvenimo standartas, gyvenimo sąlygos, socialinė stratifikacija ir pan.) nagrinėjančios temos, nors pati gyvenimo kokybė dažnai ir neminama; taip pat atliekami atskirų grupių gyvenimo kokybės (pagyvenusių asmenų, vaikų, moterų, etninių grupių ir pan.) tyrimai²⁹.

„Ekonomikos moksle geram gyvenimui aiškinti dažniausiai naudojama utilitarizmo teorija, o naudingumas neretai suprantamas kaip termino gyvenimo kokybė sinonimas: gyvenimo kokybė čia laikoma gerovės sinonimu ir aiškinama pinigų vertėmis³⁰. „Sveikatos ekonomikoje naudojama sąvoka „kokybiškai pragyventi metai“ – angl. Quality Adjusted Life Years (QUALY). Įvedus šį matą, galima palyginti įvairių gydymo priemonių ekonominę naudą – atlikti kainos naudingumo analizę, racionaliai skirstyti lėšas, ypač, kai taikomi brangūs gydymo metodai³¹.

„Psichologijoje populiariausios yra subjektyvistinės gyvenimo kokybės teorijos, - iš šios mokslo srities kildinamos įtakingiausios individualaus požiūrio į gyvenimo kokybę formuluotės <...>³².

Medicinos moksle tirama siauresnė gyvenimo kokybės dalis – tai su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, tačiau yra manančių, kad ją derėtų vadinti sveikatos nulemta gyvenimo kokybe – ir taip parodyti ligos poveikį individo gyvenimui ir gerovei³³. Pasak B. Gruževskio ir U. L. Orlovos,

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*, p. 23.

²⁸ Gruževskis B., Orlova U. L., Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 11(1), 2012, p. 8.

²⁹ Krutulienė S., Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais, *Kultūra ir visuomenė*, Socialinių tyrimų žurnalas, 3(2), 2012, p. 123.

³⁰ *Ibid.*

³¹ Bacevičienė M., Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį, daktaro disertacija, Kauno Medicinos Universitetas, visuomenės sveikata, Kaunas, 2005, p. 11.

³² Krutulienė S., Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais, *Kultūra ir visuomenė*, Socialinių tyrimų žurnalas, 3(2), 2012, p. 123.

³³ Vaitkaitienė E. et. al., Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai, *Medicina*, 43(9), 2007, p. 747.

ties Lietuvos, ties pasaulio mastu, labiausiai išvystyta yra su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų kryptis³⁴.

„Gyvenimo kokybės sampratą sunku apibrėžti vienareikšmiškai, nes gyvenimo ir kokybės sąvokos paimtos atskirai yra sunkiai suvokiamos, o jų junginys yra sudėtingas fenomenas. Tačiau nuolat kyla tokio suvokimo poreikis, nes gyvenimo kokybė yra tam tikras siektinas gėris“³⁵. Lietuvių kalbos žodyne „gyvenimas“ apibrėžiamas kaip: 1) „buvimas, egzistavimas; būvis, buitį; 2) gyvybė; 3) tikrovė, realybė; 4) amžius; 5) gyvenamoji vieta, būstas, namai, butas, kambarys“, o „kokybė“ apibrėžiama kaip 1) daikto ypatybė, savybė; 2) tinkamumo laipsnis“³⁶.

Kaip teigia S. Krutulienė, „gyvenimo kokybės terminas išsiskiria iš kitų gero gyvenimo konceptų, tokių kaip gerovė, gerbūvis, gyvenimo standartas, platesne gero gyvenimo samprata ir savo komponentais (apima objektyvius, subjektyvius, materialinius, nematerialinius, individo, visuomenės gerbūvio komponentus)“³⁷.

Mokslinėje literatūroje galima rasti nemažai gyvenimo kokybės apibrėžimų ir teorinių modelių. „PSO 1993 m. pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžimą, kuriame individo požiūris siejamas su aplinkos poveikiu. Gyvenimo kokybė - tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kuriame individas gyvena, kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka“³⁸.

B. Lindstrom 1993 m. pateikė „<...> universalų gyvenimo kokybės modelį, kurį rekomenduojama taikyti tiek atskiro individo, tiek žmonių grupės, tiek visos populiacijos gyvenimo kokybės tyrimuose. Modelis apibrėžia objektyvias sąlygas ir subjektyvų jų vertinimą. Šis universalus gyvenimo kokybės modelis apima globalinę (makroaplinką, politiką), išorinę (darbą, būstą, pajamas), tarpasmeninę (šeimą, tarpasmeninius ryšius) bei asmeninę (fizinę, psichinę, dvasinę) sritis“³⁹.

Tarptautinių žodžių žodyne pateikiamas šis gyvenimo kokybės apibrėžimas - „gyvenimo kokybė (angl. quality of life), ekonomikos, sociologijos ir politologijos sąvoka, apimanti žmogaus

³⁴ Gruževskis B., Orlova U. L., Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 11(1), 2012, p. 12-13.

³⁵ Jakaitienė G., Sergančiųjų po sąnarių endoprotezavimo su sveikata susijusios GK kitimai stacionarinės reabilitacijos laikotarpiu, Magistro baigiamasis darbas, Vytauto Didžiojo Universitetas, Teorinės psichologijos katedra, Kaunas, 2009, p. 11.

³⁶ Lietuvių kalbos žodynas, prieiga per internetą < <http://www.lkz.lt/startas.htm> >, (žiūrėta 2013-10-25).

³⁷ Krutulienė S., Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais, *Kultūra ir visuomenė*, Socialinių tyrimų žurnalas, 3(2), 2012, p. 127.

³⁸ Kalėdienė R., et al., *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*, Kaunas: Šviesa, 1999 p. 25.

³⁹ Bacevičienė M., Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį, daktaro disertacija, Kauno Medicinos Universitetas, visuomenės sveikata, Kaunas, 2005, p. 14.

dvasinę (emocinę), socialinę ir fizinę gerovę. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra vertinama pagal įvairius kriterijus, tačiau beveik visada įtraukia visus šiuos tris žmogaus gerovės aspektus⁴⁰.

Nemaža dalimi prie gyvenimo kokybės koncepcijos vystymosi prisidėjo ir B. K. Haas 1997 m. atlikusi mokslinių straipsnių gyvenimo kokybės tematika analizę ir nustačiusi penkis požymius, atspindinčius šiuolaikinį gyvenimo kokybės modelį:

- „Gyvenimo kokybė savo prigimtimi yra daugialypė.
- Gyvenimo kokybė apima subjektyvius ir objektyvius žymenis.
- Gyvenimo kokybė yra dabar egzistuojančių individo gyvenimo aplinkybių įvertinimas.
- Gyvenimo kokybė yra pagrįsta išpažįstamomis vertybėmis ir kintama.
- Gyvenimo kokybę geriausiai gali įvertinti asmenys, pajėgūs atlikti subjektyvią savianalizę⁴¹.

Remiantis šiais kriterijais B. K. Haas suformulavo gyvenimo kokybės apibrėžimą: „gyvenimo kokybė yra įvairiapusis individo esamų gyvenimo aplinkybių įvertinimas kultūros, kuriai jis priklauso, ir jo vertybių sistemos požiūriu. Gyvenimo kokybė – tai pirmiausia subjektyvus gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenį. Kai kada objektyvūs duomenys gali papildyti ar pakeisti gyvenimo kokybės įvertinimą (tuo atveju, jei individas nesugeba atlikti savianalizės). Be to, B. K. Haas pateikia keletą empirinių blogos gyvenimo kokybės požymių:

- Prievartos požymiai.
- Gyvenimo sąlygos nesuderinamos su gyvybe.
- Gyvybės palaikymas nepagydomos ligos, lydimos didelių kančių, atveju⁴².

Kaip teigia G. Merkys ir kt. „gyvenimo kokybės“ konceptas gali būti taikomas ir individualiu, ir lokalinės bendruomenės, ir visos visuomenės lygmeniu. „Gyvenimo kokybė“ yra tas teorinis konstruktas, kuris susieja skirtingus socialinės gerovės faktiško realizavimo lygmenis. Tai:

- a) makrolygmuo (bendros socialinės sąlygos ir prielaidos);

⁴⁰ Tarptautinių žodžių žodynas, prieiga per internetą < <http://www.tzz.lt/g/gyvenimo-kokyb%C4%97> >, (žiūrėta 2013-11-05).

⁴¹ Rakauskienė O. G., Servetkienė V., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 68.

⁴² Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 1(2), 2001, p.128-129.

- b) bendruomenės (municipalini) lygmuo (konkrečios galimybės, paslaugų infrastruktūra ir kokybė);
- c) individo lygmuo (faktiškas pasinaudojimas socialiniais ištekliais, taip pat subjektyvus galimybių, pasitenkinimo vertinimas iš individualios patirties perspektyvos)⁴³.

Apibendrinant gyvenimo kokybės sampratos raidos istorinį kontekstą, galima išskirti svarbiausius atskaitos taškus:

- 1) gyvenimo kokybės sampratos ištakos Aristotelio (384-322 m. pr. Kr.) veikaluose⁴⁴;
- 2) 1920 m. pirmą kartą paminėtas gyvenimo kokybės terminas A. C. Pigou knygoje apie ekonomiką ir gerovę, tačiau tolesnis domėjimasis šiuo terminu nutrūko iki Antrojo pasaulinio karo pabaigos⁴⁵;
- 3) po Antrojo pasaulinio karo gyvenimo kokybės gerinimas buvo siejamas su ekonomikos augimu, grįstu pajamų didinimu⁴⁶;
- 4) XX a. antroje pusėje pastebima tendencija išplėsti gyvenimo kokybės sampratą, atsižvelgiant į individų gerovę⁴⁷. XX a. septintajame-aštuntajame dešimtmetyje sociologai atliko pirmuosius gyvenimo kokybės tyrimus.
- 5) 1993 m. PSO pateikė gyvenimo kokybės apibrėžimą. Nors pasaulio mokslininkai pateikia ir kitų gyvenimo kokybės apibrėžimų ir nėra sutariama dėl vieno visuotinai naudojamo, PSO apibrėžimas yra bene dažniausiai minimas mokslinėje literatūroje. Gyvenimo kokybe domisi ir tyrinėja įvairių mokslo disciplinų atstovai.

1.2. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sampratos istorinis kontekstas ir sampratos teoriniai modeliai

1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija savo Konstitucijoje sveikatą apibrėžė kaip visapusišką individo ir visuomenės fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligų ir fizinių defektų

⁴³ Merkys G., et al., Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: naujosios viešosios vadybos ir darnios plėtros kontekstas, *Socialiniai tyrimai/Social Research*, 2 (12), 2008, p. 67.

⁴⁴ Rakauskienė O. G., Servetkienė V. *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 67.

⁴⁵ Mikučiūnas A., „LT-Sveikuolis - 2010“ šventės dalyvių ir dviejų Kauno mokyklų mokytojų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos palyginamoji analizė, magistro baigiamasis darbas, Lietuvos Kūno Kultūros Akademija, Sveikatos ir fizinio aktyvumo katedra, Kaunas, 2011, 15 p.

⁴⁶ Gruževskis B., Orlova U. L., Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 11(1), 2012, p. 10.

⁴⁷ *Ibid.*

nebuvimą⁴⁸. „Šis apibrėžimas tapo modeliu pradedant tyrinėti gyvenimo kokybę medicinoje“⁴⁹. 1966 m. „J. R. Elkington parašė vedamąjį straipsnį medicinos žurnale „Annals of Internal Medicine“, pavadintą „Medicina ir gyvenimo kokybė“. Jame nagrinėta medikų atsakomybė už gyvenimo kokybę. Kaip pavyzdys, aprašyti ligoniai po inkstų persodinimo operacijos“⁵⁰. Medicininio aspektu moksliniuose straipsniuose dažniausiai vartojamas „su sveikata susijusios gyvenimo kokybės“ arba „sveikatos nulemtos (sąlygotos) gyvenimo kokybės“ (angl. health - related quality of life) terminas. Kaip teigia R. Kalėdienė ir kt., „sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę, tačiau jos nelemia“⁵¹. Pastebėta, kad analizuodami savo gyvenimo kokybę, pacientai labiau linkę vertinti psichinę sveikatą nei fizinę, o sveikatos būklė yra dažniau siejama su fizinėmis funkcijomis⁵². „Pagal K. C. Calman, gyvenimo kokybę lemia tai, kiek patirtis atitinka viltis ir troškimus. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra neatitikimas tarp sveikatos, kokios mes tikimės ir kokia ji yra“⁵³. „Medicinos moksle tiriant gyvenimo kokybę, iš esmės siekiama dvejopos informacijos: apie paciento funkcinę būklę ir jo paties subjektyvaus įvertinimo, kaip sveikata įtakoja jo gyvenimo kokybę“⁵⁴.

Medicinos ir visuomenės sveikatos moksle nagrinėjamai su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sampratos raidai lemiamos reikšmės turėjo PSO 1993 m. pasiūlytas gyvenimo kokybės apibrėžimas, „kuriame individo požiūris siejamas su aplinkos poveikiu. Gyvenimo kokybė — tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kuriame individas gyvena, kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka“⁵⁵.

Mokslinėje literatūroje galima rasti nemažai gyvenimo kokybės apibrėžimų ir teorinių modelių. Pastebėta, kad dažnai gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės sąvokos naudojamos pakaitomis apibūdinant tą patį konceptą, todėl būtų tikslinga išryškinti šių sąvokų skirtumus. Gyvenimo kokybė yra plati sąvoka, apimanti visus žmogaus gyvenimo aspektus, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nukreipia dėmesį į asmens gyvenimo kokybę, kurią veikia liga ir ypač gydymas. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra atspindys/refleksija to, kaip

⁴⁸ Constitution of WHO, prieiga per internetą < <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/> >, (žiūrėta 2013-10-25).

⁴⁹ Vaitkaitienė E. et al., Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai, *Medicina*, 43(9), 2007, p. 746.

⁵⁰ Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 1(2), 2001, p.128.

⁵¹ Kalėdienė R., et al., *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*, Kaunas: Šviesa, 1999, p. 25.

⁵² Vaitkaitienė E. et al., Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai, *Medicina*, 43(9), 2007, p. 748.

⁵³ Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 1(2), 2001, p. 129.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Kalėdienė R., et al., *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*, Kaunas: Šviesa, 1999 p. 25.

žmonės suvokia ir reaguoja į savo sveikatos būklę ir su sveikata susijusius veiksnius, tokius kaip fizinė, funkcinė, emocinė ir psichinė gerovė, bei su sveikata tiesiogiai nesusijusius veiksnius, tokius kaip darbas, šeima, draugai ir kt. Dauguma sveikatos rezultatų rodiklių atspindi sveikatos sampratos ligos modelį⁵⁶, vadinamą biomedicininio modeliu, kuriuo besiremianti koncepcija yra labiau orientuota į ligą, o ne į pacientą⁵⁷. „<...> socialinių, psichologinių ir kitų veiksnių aptarimas čia turi minimalią reikšmę“⁵⁸. Tačiau su sveikata susijusi gyvenimo kokybė suteikia išsamų vertinimą, apimančią visus svarbius gyvenimo kokybės aspektus, susijusius su sveikata. Tai nukreipė dėmesį į platesnę, daugiau teigiamą⁵⁹, „<...> biopsichosocialiniu sveikatos modeliu besiremiančią koncepciją, kuri labiau atsižvelgia į pacientą ir jo socialinę aplinką. Pacientas tampa centrine sveikatos priežiūros ašimi“⁶⁰.

Gera sveikata yra ne tik ligos ar negalios nebuvimas, bet visiškos fizinės, protinės ir socialinės gerovės būseną. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra dvipusė sąvoka, kuri apima tiek teigiamus, tiek neigiamus sveikatos aspektus. Neigiamas aspektas apima ligas ir sutrikimus, o teigiamas aspektas apima tai, kaip asmuo jaučiasi ir vertina savo psichinę ir fizinę gerovę, fizinį pajėgumą ir prisitaikymą⁶¹.

T. Furmonavičius pastebėjo, kad literatūroje dažnai sveikatos būklės, funkcinės būklės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės „<...> terminai vartojami kartu, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir sveikatos būklės sąvokos dažnai vartojamos pakaitomis“⁶². Anot J. R. Curtis ir kt., „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė – tai gyvenimo kokybės dalis, kurią įtakoja sveikata ir sveikatos priežiūra. Funkcinė būklė apibūdina asmens fizinį pajėgumą, gebėjimą bendrauti ir emocinę būseną. Ji rodo gebėjimą atlikti kasdienes uždavinius, o su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apibūdina subjektyvų pojūtį, kaip sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę. Sveikatos būklė – tai žmogaus sveikatos poveikis gebėjimui atlikti kasdienės veiklos uždavinius ir jausti pasitenkinimą juos atlikus. Ši sąvoka yra platesnė ir apima funkcinę būklę bei su sveikata susijusią

⁵⁶ Lin X-J., et al., Methodological issues in measuring health-related quality of life, *Tzu Chi Medical Journal*, 25 (1), 2013, p. 8-12.

⁵⁷ Leonavičius V., et al., Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu, *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 1, 2003, p. 95.

⁵⁸ *Ibid.*

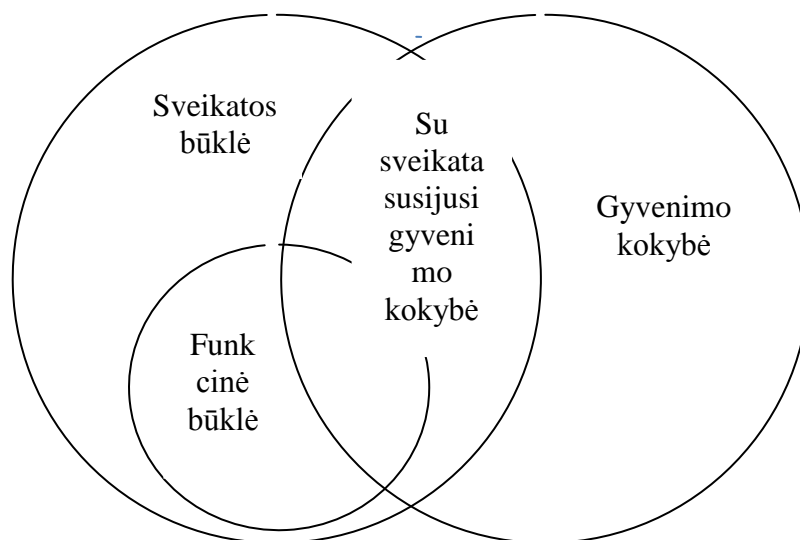
⁵⁹ Lin X-J., et al., Methodological issues in measuring health-related quality of life, *Tzu Chi Medical Journal*, 25 (1), 2013, p. 8-12.

⁶⁰ Leonavičius V., et al., Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu, *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 1, 2003, p. 95.

⁶¹ Lin X-J., et al., Methodological issues in measuring health-related quality of life, *Tzu Chi Medical Journal*, 25 (1), 2013, p. 8-12.

⁶² Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 1(2), 2001, p.129.

gyvenimo kokybę⁶³. J. R. Curtis ir kt. 1997 m. pasiūlytą šių sąvokų tarpusavio sąsajos modelį vaizduoja žemiau pateiktas 1 paveikslas.



Šaltinis: sudaryta pagal J.R. Curtis et al., 1997, p. 1033.

1 pav. Sveikatos būklės, funkcinės būklės, gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tarpusavio sąsajos modelis.

Liga turi plintantį poveikį, kuris smelkiasi į visas gyvenimo sritis, bet su sveikata susijusi gyvenimo kokybė nepriklauso vien tik nuo fizinės sveikatos būklės vertinimo. Tiesą sakant, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir sveikatos būklė yra du skirtingi konstruktai. Pavyzdžiui, vieno tyrimo metu nustatyta, kad 43 proc. pacientų, kurių fizinė sveikatos būklė buvo prasta, savo su sveikata susijusią gyvenimo kokybę realiai įvertino kaip gerą. Pacientų savo sveikatos įvertinimas ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė atrodo, priklauso nuo įvairių veiksnių⁶⁴. Kivits J., ir kt. tyrimo duomenų analizė parodė, kad egzistuoja socialiniai su sveikata susijusios gyvenimo kokybės veiksniai. Autoriai nustatė, kad keturi socialiniai rodikliai, lemiantys su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, yra gyvenimas poroje, išsilavinimo lygis, profesinis statusas ir grynosios pajamos (namų

⁶³ Curtis J. R. et al., „Patient-assessed Health outcomes in Chronic Lung Disease: What are they, How Do They Help Us, and Where Do We Go From Here?”, *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 156, 1997, p. 1032-1039.

⁶⁴ Lin X-J., et al., Methodological issues in measuring health-related quality of life, *Tzu Chi Medical Journal*, 25 (1), 2013, p. 8-12.

ūkiui), nepriklausomai nuo amžiaus ir lyties poveikio. Tačiau šiuos veiksnius nusakantys socialiniai mechanizmai dar turėtų būti toliau tiriami⁶⁵.

V. Janušonis savo monografijoje „Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra“ naudoja H. Shipper 1996 m. su sveikata susijusios gyvenimo kokybės apibrėžimą - „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė - tai individo ligų ir jų prevencijos bei gydymo poveikio vertinimas per fizinių, psichologinių, socialinių, somatinių funkcijų ir gerovės prizmę“⁶⁶.

J. Toliušienės ir A. Šeškevičiaus teigimu, „sąvoka su sveikata susijusi gyvenimo kokybė apima šias kategorijas: gyvenimo trukmę, funkcinę būklę, sveikatos pablogėjimą, supratimą apie sveikatą ir jos galimybes“⁶⁷.

„M. F. Muldoon ir bendraautoriai pasiūlė paprastą ir aiškią su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcijos schemą, skirtą medicinos tyrimams. Suskirstę sveikatą į psichinę ir fizinę, o jos vertinimą į objektyvų ir subjektyvų, jie išskyrė keturis vienodai svarbius gyvenimo kokybės komponentus: objektyvų fizinį ir protinį pajėgumą bei subjektyvią psichologinę ir fizinę (sveikatos suvokimo aspektu) būklę“⁶⁸.

Tarptautinėje visuomenės sveikatos enciklopedijoje su sveikata susijusios gyvenimo kokybės terminas apibūdina asmenų funkcinę būklę ir pojūčius apie jų fizinę, psichinę ir socialinę gyvenimo dimensiją⁶⁹.

Taigi, nors ir mokslininkai nepateikia vieno visuotinai priimtino su sveikata susijusios gyvenimo kokybės apibrėžimo ar teorinio sampratos modelio, tačiau apibendrinant galima teigti, jog su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata turi bendrų sąlyčio taškų su sveikatos samprata ir gyvenimo kokybės samprata.

⁶⁵ Kivits J., et al., Social determinants of health - related quality of life, *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 61(3), 2013, p. S189- S194.

⁶⁶ Janušonis V., *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Sampratos, sąsajos, krypys, vadybiniai aspektai*, monografija, Klaipėda: S. Jokužio leidykla, 2008, p. 8.

⁶⁷ Toliušienė J., Šeškevičius A., Gyvenimo kokybės tyrimo priemonės metodologinis įvertinimas, *Sveikatos mokslai*, Nr. 4, 2004, p. 50.

⁶⁸ Furmonavičius T., Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės metodologiniai aspektai, *Medicina (Kaunas)*, 40(6), 2004, p. 510.

⁶⁹ Hays R. D., Reeve B. B., Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life, *International Encyclopedia of Public Health*, 2008, p. 241-252.

1.3. Pasaulyje naudojamos gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo metodikos

Pasak V. Starkauskienės, „analizuojant mokslinę literatūrą, nepastebėta, kad būtų suformuluoto principinės gyvenimo kokybės vertinimo nuostatos. Priklausomai nuo tyrimo siekiamų tikslų, taikomos įvairios gyvenimo kokybės vertinimo metodikos: visuomenės nuomonės tyrimų klausimynai ir skalės (pvz., *Eurobarometro* apklausos; R. A. Cummins GK vertinimo skalė), kai gyvenimo kokybę tapatinama su materialine gerove – pavieniai ekonominiai rodikliai (pvz., BVP vienam gyventojui, namų ūkio pajamos), sveikatingumo parametrai su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei tirti (PSO-100), sudėtiniai indeksai (pvz., Žmogaus socialinės raidos indeksas, *The Economist*, *International Living* tyrimų padalinių sudaryti gyvenimo kokybės indeksai). Išvardyti gyvenimo kokybės vertinimo matai sudaromi įtraukiant vien tik makro- ar mikroaplinkos, objektyvią ar subjektyvią gyvenimo kokybę lemiančius veiksnius. Remiantis vienu ar keliais ekonominiais socialiniais rodikliais negalima visapusiškai įvertinti gyvenimo kokybės šalyje, todėl jai vertinti tikslinga taikyti kompleksinį vertinimą⁷⁰.

Medicinos mokslo srityje „gyvenimo kokybę vertinama ir epidemiologiniuose, ir klinikiniuose tyrimuose, vertinant naujo gydymo metodo privalumus ir trūkumus. Epidemiologiniuose tyrimuose siekiama nustatyti, kaip demografiniai, socialiniai, ekonominiai veiksniai, vienu ar kitu rizikos veiksnių, lėtinių ligų paplitimas veikia tam tikros žmonių populiacijos gyvenimo kokybę⁷¹. Pagrindinė su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų medicinos ir visuomenės sveikatos srityje priemonė - tai įvairūs klausimynai, kurie skirstomi į šias grupes:

„Bendrieji gyvenimo kokybės klausimynai. Šios grupės klausimynai dažnai naudojami populiacijos gyvenimo kokybei tirti ir sveikatos stebėsenai epidemiologiniuose tyrimuose, bet yra tinkami ir įvairių specifinių pacientų grupių gyvenimo kokybės vertinimui⁷². Pasaulio sveikatos organizacijos (GK PSO-100) (*World Health Organization Quality of Life 100 – WHOQOL-100*) bei jo sutrumpintas variantas PSO-BREF-26 – vieni dažniausiai visame pasaulyje naudojamų bendrojo pobūdžio klausimynų. (*WHOQOL-100*) klausimyną sudaro 100 klausimų, kurie suskirstyti į 24

⁷⁰ Starkauskienė V., Gyvenimo kokybės veiksniai ir jos kompleksinio vertinimo modelis, daktaro disertacijos santrauka, Socialiniai mokslai, Ekonomika, Kaunas, Vytauto Didžiojo Universitetas, 2011, p. 29.

⁷¹ Bacevičienė M., Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį, daktaro disertacija, Kauno Medicinos Universitetas, visuomenės sveikata, Kaunas, 2005, p. 16.

⁷² Bacevičienė M., Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį, daktaro disertacija, Kauno Medicinos Universitetas, visuomenės sveikata, Kaunas, 2005, p. 17.

posričius (kiekvienam po keturis klausimus). Keturiais klausimais vertinama bendra gyvenimo kokybė ir sveikatos būklė⁷³. 24 gyvenimo kokybės posričiai sugrupuoti į šešias sritis: fizinę, psichologinę, nepriklausomumo, socialinių santykių, aplinkos bei dvasingumo⁷⁴. Sutrumpintas šio klausimyno variantas – WHOQOL-BREF, kurį sudaro 26 klausimai, suskirstyti į 4 sritis: fizinės sveikatos, psichinės sveikatos, socialinių santykių bei aplinkos⁷⁵.

Prie bendrųjų gyvenimo kokybės klausimynų taip pat priskiriami „Trumpoji forma SF-36 (*Short Form SF-36*) klausimynas, sukurtas J. Ware ir kt. 1993 m., skirtas bendrai sveikatos būklei įvertinti, Europos gyvenimo kokybės tyrimo klausimynas (*EQ-5*), kurį 1996 m. sukūrė R. Brooks, apimantis šias sritis: judrumą, gebėjimą save aptarnauti, įprastą kasdienį aktyvumą, skausmą ir diskomfortą bei nerimą ir depresiją⁷⁶, bei kiti klausimynai.

„Specifiniai klausimynai skirti pacientų, sergančių tam tikromis ligomis, gyvenimo kokybės tyrimui. Sukurta nemažai metodikų, skirtų sergančiųjų astma, širdies nepakankamumu, hipertenzija, artritais, depresija, vaikų gyvenimo kokybei vertinti⁷⁷“.

„Bendras visų klausimynų sudarymo principas – klausimų arba teiginių rinkinys bei atsakymų variantai, išdėstyti hierarchine tvarka. Kad būtų galima palyginti naudojant įvairius klausimynus tirtą gyvenimo kokybę (juos sudaro nevienodos skalės), rezultatai standartizuojami, dažniausiai perskaičiuojant juos į 0-100 balų sistemą⁷⁸. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad „gyvenimo kokybės tyrimo priemonė (klausimynas) yra tinkama moksliniams tyrimams tik tada, jei atitinka jai keliamus metodologinius reikalavimus⁷⁹“.

Lietuvoje ir užsienio šalyse atliekamos įvairios gyventojų sveikatos apklausos, kurios nėra tiesiogiai skirtos su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei matuoti, tačiau jų renkami rodikliai gali būti pritaikomi kuriant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės rodiklių sistemą. Pvz., „gyventojų sveikatos tyrimai apklausos būdu (angl. Health Interview Survey), atliekami visose ES šalyse. Šių tyrimų duomenys papildo, o kartais ir pakeičia informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. Net ir tose šalyse, kur puikiai veikia integruotos registrų sistemos, ir kiekvienas žmogaus kontaktas su sveikatos priežiūros sistema yra fiksuojamas, šie tyrimai atliekami reguliariai, o jų rezultatais

⁷³ WHOQOL-100 Field Trial. The 100 questions with response scales, 1995, prieiga per internetą <http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf>, (žiūrėta 2013-12-10).

⁷⁴ WHOQOL Measuring Quality of Life, 1997, prieiga per internetą < http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf >, (žiūrėta 2013-12-10).

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ Bacevičienė M., Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį, daktaro disertacija, Kauno Medicinos Universitetas, visuomenės sveikata, Kaunas, 2005, p. 17.

p. 17-18.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 18-19.

⁷⁸ *Ibid.* p. 19.

⁷⁹ Toliušienė J., Šeškevičius A., Gyvenimo kokybės tyrimo priemonės metodologinis įvertinimas, KMU Slaugos ir rūpybos katedra, *Sveikatos mokslai*, 2004, (4), p. 53.

remiamasi vertinant gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, gyvensenos aspektus, sveikatos vertinimo ir įtakojančių veiksnių priklausomybę nuo socialinių ekonominių charakteristikų⁸⁰. Kitas svarbus tyrimas yra EU-SILC - The European Union Statistics on Income and Living Conditions, (liet. Europos Sąjungos gyvenimo sąlygų ir pajamų statistikos tyrimas), teikiantis kasmetinius duomenis bei leidžiantis palyginti visų ES-27 bei ES-28 šalių (Kroatija į ES įstojo 2013 liepos mėn.), ir ne ES valstybių narių, t.y. Norvegijos, Islandijos, Šveicarijos ir Turkijos statistinius duomenis apie gyventojų pajamų pasiskirstymą bei socialinę integraciją. Ši tyrimo priemonė renka palyginamus daugiadimensinius duomenis apie pajamas, skurdą, socialinę atskirtį, būstą, darbo rinką, švietimą, sveikatą⁸¹. EU-SILC renkami sveikatos rodikliai apima subjektyvius sveikatos būklės vertinimus ir subjektyvius sveikatos priežiūros prieinamumo vertinimus⁸².

Pagrindinė priemonė naudojama matuoti bendrajai gyvenimo kokybei – tai įvairių autorių sukurti plačiai pasaulyje žinomi gyvenimo kokybės indeksai. Šie indeksai, nors ir teikia agreguotą įvairių gyvenimo kokybės sričių rodiklių rezultatą, į jų vertinimo sistemą paprastai visada įtraukiama ir sveikatos sritis, apimanti objektyvius ar subjektyvius rodiklius. Pirmasis „gyvenimo kokybės indeksą 1970 m. pasiūlė M. D. Morisas. Priešingai iki tol vyravusiai nuostatai visuomenės gerovę matuoti tik ekonomine šalies gerove M. D. Moriso indeksas apėmė:

- Kūdikių mirtingumą 1000-iui gimusiųjų;
- Vidutinę būsimo gyvenimo trukmę;
- Suaugusiųjų raštingumo rodiklius⁸³.

Taip pat verta paminėti 1984 m. C. E. Ferrans ir M. Powers sukurtą gyvenimo kokybės indeksą, kuriuo „<...> galima vertinti tiek pasitenkinimą gyvenimu, tiek įvairių gyvenimo aspektų svarbą/reikšmingumą žmogui. Šis indeksas turi penkias sudėtines dalis: gyvenimo kokybės apskritai, ir keturiose srityse;

- Sveikata ir veikla;
- Psichologinė ir dvasinė savijauta;
- Socialinė-ekonominė gerovė;
- Šeimos gyvenimas⁸⁴.

⁸⁰ Ablingienė A., Mačiukienė S., Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai, p. 34, prieiga per internetą <http://www.e-library.lt/resursai/DB/StatistikosDep/LEA/2006-02/L034-048.pdf>, (žiūrėta 2013-12-15).

⁸¹ European Commission, Eurostat, prieiga per internetą <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/introduction#>, (žiūrėta 2013-12-15).

⁸² European Commission, Eurostat, Health, prieiga per internetą <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/quality_life/data/health>, (žiūrėta 2013-12-15).

⁸³ Rakauskienė O. G., Servetkienė V., Servetkienė V., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 74.

„Vienu iš integruotų gyvenimo kokybės rodiklių laikomas Žmogaus socialinės raidos indeksas (angl. Human Development Index, HDI), Jungtinių Tautų naudojamas nuo 1990 m. Žmogaus socialinės raidos indeksą sukūrė Nobelio premijos laureatas indas A. Senas ir pakistaniecis M. ul Haqas padedami anglų G. Ranis bei M. Desai. Pagal šį indeksą sprendžiama apie socialinį žmogaus pragyvenimo lygį valstybėje. Indeksas naudojamas nustatyti, ar valstybė yra išsivysčiusi, juo matuojama ekonominės politikos įtaka gyvenimo kokybei. Žmogaus socialinės raidos indeksas matuoja tris pagrindinius valstybės gyventojų sociologinius parametrus:

- Gyvenimo trukmę;
- Žinias: raštingumo lygį, kuris sudaro 2\3 svorio, ir aukštojo, ir aukštesniojo išsimokslinimo lygį, kuris sudaro 1\3 svorio;
- Gyvenimo lygį, matuojamą BVP, tenkančiu vienam žmogui’’⁸⁵.

Siekiant patobulinti raidos vertinimo metodologiją, buvo sukurta naujų rodiklių, papildančių žmogaus socialinės raidos vertinimą – tai Lyčių socialinės raidos indeksas; Didesnių galimybių lytims suteikimo matas; Skurdo indeksas⁸⁶.

Nuo 2005 m. Didžiosios Britanijos ekonomikos leidinio „The economist“ tyrimų ir konsultacijų padalinys „Economist Intelligence Unit“ skaičiuoja ir skelbia 111-os pasaulio šalių gyvenimo kokybės indeksą, kurį sudaro devyni rodikliai:

- Materialinė gerovė (BVP vienam gyventojui, doleriais);
- Sveikata (vidutinė gyvenimo trukmė gimus, metais);
- Politinis stabilumas ir saugumas;
- Šeimos gyvenimas (skyrų skaičius 1000 – čiu gyventojų);
- Visuomeninis/bendruomeninis gyvenimas;
- Klimatas ir geografinės sąlygos;
- Darbo saugumas (nedarbo lygis, proc.);
- Politinė laisvė;
- Lyčių lygybė⁸⁷.

⁸⁴ Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 75.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 75, 78.

⁸⁶ Rimkutė J., *Žmogaus socialinė raida*, Vilnius: Homo Liber, 2001, p. 37.

⁸⁷ The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index, The world in 2005, prieiga per internetą < http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf >, (žiūrėta 2013-11-11).

Ne mažiau žinomas ir naudojamas yra žurnalo „International Living“ nuo 2010 m. skaičiuojamas ir skelbiamas gyvenimo kokybės indeksas. Šis indeksas tarpusavyje lygina 194 (192) šalis pagal devynis rodiklius⁸⁸, apimančius panašias vertinimo sritis kaip ir anksčiau aptartas „Economist Intelligence Unit“ gyvenimo kokybės indeksas.

Diskusijos, apie tai, kad reikia perkelti dėmesį nuo BVP, kaip vieno visuomenės pažangos matavimo rodiklio, prasidėjo 2007 m. Europos Sąjungoje vykusia konferencija „Ne vien tik BVP“ („Beyond GDP“). 2009 m. buvo išleistas Europos Komisijos komunikatas „BVP ir kiti rodikliai pažangai kintančiame pasaulyje vertinti“ („GDP and beyond – Measuring progress in a changing world“).

Nuo tada buvo sukurtos kelios iniciatyvos, kurių kulminacija tapo 2011 m. lapkričio mėn. Europos Statistikos Sistemos komiteto (angl. European Statistical System Committee-ESSC) sprendimas dirbti siekiant sukurti Europos Sąjungos gyvenimo kokybės rodiklių rinkinį.

Šiuo metu Europos Komisijos Eurostato duomenų bazėje pateikiami gyvenimo kokybės rodikliai yra pirmas bandymas sujungti skirtingų šaltinių duomenis matuoti gyvenimo kokybei ES lygiu pagal šias dimensijas:

- Materialinės gyvenimo sąlygos;
- Užimtumas arba pagrindinė veikla;
- Sveikata;
- Švietimas;
- Laisvalaikis ir socialiniai ryšiai;
- Ekonominis ir fizinis saugumas;
- Valdymas ir pagrindinės teisės;
- Natūrali ir gyvenamoji aplinka;
- Bendra gyvenimo patirtis (sąlygos).⁸⁹

„Prancūzijos prezidento N. Sarkozy iniciatyva 2008 m. buvo sudaryta Ekonomikos būklės ir socialinės plėtros įvertinimo komisija (kitai vadinama „Laimės komisija“), kuriai vadovavo Kolumbijos universiteto profesorius, Nobelio premijos laureatas J. Stiglitzas, „<...> rekomendavo vertinant šalies ekonominę ir socialinę pažangą vietoje BVP, į darbo našumą ir pelną orientuotą

⁸⁸ International Living's Quality of Life Index 2011: Where the Numbers Come From, prieiga per internetą < <http://internationalliving.com/2010/12/quality-of-life-index-2011-where-the-numbers-come-from/>>, (žiūrėta 2013-11-11).

⁸⁹ European Commission, Eurostat, Quality of life (QoL) indicators, Introduction, prieiga per internetą < http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/quality_life/introduction>, (žiūrėta 2013-11-20).

rodiklių taikyti gyvenimo gerovę perteikiančių rodiklių sistemą⁹⁰. 2009 m. J. E. Stiglitzas, A. Sen ir J. P. Fitoussi gyvenimo kokybės vertinimui pasiūlė gyvenimo kokybės indeksą, sudarytą iš aštuonių objektyvių kriterijų, formuojančių gyvenimo kokybę:

- Sveikata (sergamumas, mirtingumas);
- Švietimas;
- Asmeninis aktyvumas (darbas, laisvalaikis, gyvenimo sąlygos);
- Politinė valia ir valdymas;
- Socialiniai ryšiai;
- Aplinkos sąlygos;
- Nesaugumas (asmeninis, ekonominis);
- Horizontaliosios (cross-cutting) problemos (lyčių, socialinės padėties nelygybė)⁹¹.

„Komisijos pateiktos „Ekonominės ir socialinės pažangos ataskaitos“ išvada skamba kaip iššūkis ligi šiol priimtai ekonomikos plėtros vertinimo sistemai – realiąją ekonomikos būklę ir ekonominės politikos efektyvumą parodo ne bendrieji ekonomikos rodikliai, o žmonių gyvenimo gerovės, gyvenimo kokybės indikatoriai”⁹². Pasak habil. dr. prof. O. G. Rakauskienės ir V. Servetkienės, „kol visuomenėje nebus suvokta, kad pagrindinis šalies turtas yra žmonės, gyventojai, piliečiai – aukštesnio prioriteto negali būti – tol BVP augimo, infliacijos ir biudžeto deficito mažinimo siekimas užgoš galutinius šalies strateginius tikslus”⁹³.

Taigi, kaip matome su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimai turi platų pritaikymą tiek medicinos klinikinėje praktikoje, tiek kaip visuomenės sveikatos stebėsenos priemonė. Pagrindiniai šių tyrimų metodai – tai įvairūs tarptautiniu mastu pripažinti klausimynai, nacionalinės ir tarptautinės gyventojų sveikatos apklausos, gyventojų sveikatos statistiniai duomenys. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės objektyvūs ir subjektyvūs rodikliai yra neatsiejama bendrosios gyvenimo kokybės vertinimo rodiklių sistemos dalis tiek nacionaliniu, tiek tarptautiniu lygiu.

⁹⁰ Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 9-10.

⁹¹ Stiglitz J. E., Sen A., Fitoussi J.-P. Report by the Commission on the Measurement of economic Performance and Social Progress, prieiga per internetą < http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf >, (žiūrėta 2013-11-11).

⁹² Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 9-10, 13.

⁹³ *Ibid.*, p. 13.

1.4. Lietuvoje atliktų gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų rezultatai

Vieni iš gyvenimo kokybės tyrimų pradininkų Lietuvoje – tai P. Puzaras ir kt., 2000 m. nustatė, kad „sveikos gyvensenos principų laikymasis, skatinamas katalikų religijos, gerina gyventojų psichinę sveikatą ir fizinę gyvenimo kokybę“⁹⁴. Bene daugiausia gyvenimo kokybės tyrimų Lietuvoje visuomenės sveikatos srityje yra atlikta prof. habil. dr. A. Juozulyno, A. Jurgelėno ir bendraautorių (B. Butkienė, M. Butikis, R. Savičiūtė ir kt.). 2011 m. prof. habil. dr. A. Juozulyno ir kt. atlikto tyrimo išvadose teigiama, kad „tiesinis priežastingumas patvirtina bendrą sveikatos sąlygojamos gyvenimo kokybės raidos tendenciją: didėjant amžiui visų gyvenimo kokybės sričių vidutinės reikšmės mažėja. Prioritetine gyvenimo kokybės sritimi buvo nustatyta nepriklausomumo sritis. Didelės įtakos šiai sričiai turi nepriklausomumo nuo medicinos ir vaistų nebuvimas, kuris tolydžio didėja didėjant amžiui. Šią sritį pakankamai stipriai veikia sveikatos ir socialinės priežiūros sistemos funkcionavimo veiksmingumas. Prasčiausiai įvertinta aplinkos sritis. Didesnės įtakos šiai sričiai turėjo sveikatos ir socialinės priežiūros kokybė“⁹⁵. Atliekant šį tyrimą buvo apklausti 1023 respondentai Vilniaus mieste, naudotas gyvenimo kokybės klausimynas WHOQOL–100.

2010 m. A. Juozulyno ir kt. Vilniaus mieste atliktas tyrimas parodė, kad „apie 45-tus žmogaus gyvenimo metus sveikatos sąlygojamoje gyvenimo kokybėje įvyksta statistiškai reikšmingi, t. y. esminiai, gyvenimo kokybės prastėjimo pokyčiai. Šie pokyčiai silpniau paliečia dvasinę gyvenimo kokybės sritį. Pajamų vienam šeimos nariui stygius labiausiai įtakoja fizinę ir psichologinę gyvenimo kokybės sritį. Namų aplinka ir būsto komfortabilumas didesnės įtakos gyvenimo kokybei neturi“⁹⁶. Atliekant šį tyrimą buvo apklausti 1233 respondentai, naudotas WHOQOL–100 gyvenimo kokybės klausimynas.

2009 m. A. Jurgelėno ir kt. atliktu tyrimu „nustatyta, kad statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) amžius įtakoja įsitikinimų pozicijos, emocinio diskomforto, medicinos poreikio ir sveikatos paslaugų kokybės integralius gyvenimo kokybės veiksnius, o amžiaus ir lyties integralus reikšmingas poveikis gautas įsitikinimų pozicijos, nerimo ir skausmo pojūčio, ir namų aplinkos kokybės integraliems veiksniams. Gyvenimo kokybės plėtra yra netiesinis socialinis procesas. Kiekvienoje amžiaus grupėje susiformuoja skirtingi integralūs gyvenimo kokybės prioritetiniai veiksniai: 18–29 metų grupėje gebėjimas dirbti; 30–44 metų grupėje pasitikėjimas savimi; 45–59

⁹⁴ Prapiestis J., et al., Gyvenimo kokybės tyrimai ir teisiniai aspektai, *Sveikatos mokslai*, Nr. 4, 2003, p. 48.

⁹⁵ Juozulynas A., et al., Gyvenimo kokybės raidos prioritetai, Visuomenės sveikata, *Sveikatos mokslai*, 21(2), 2011, p. 8.

⁹⁶ Juozulynas A., et al., Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybių senstančioje visuomenėje, *Gerontologija*, 11(3), 2010, p. 146.

metų grupėje socioekonominis nesaugumas; 60 ir > metų grupėje medicinos poreikis⁹⁷. Šis tyrimas buvo atliktas taip pat Vilniaus mieste, apklausiant 1233 respondentus. Naudotas WHOQOL-100 gyvenimo kokybės klausimynas.

2008 m. A. Jurgelėno ir kt. atlikto tyrimo išvadose teigiama, kad „didelės reikšmės gyvenimo kokybei turi skausmo ir diskomforto problema, kuri yra susijusi su gana nemažu sergamumu, o didėjant amžiui neišvengiamai didėja sergamumo tikimybė. Iš to dar kyla neigiami jausmai ir emocijos. Ryškiai išsiskiria trys skirtingos gyvenimo kokybės - amžiaus integralios grupės. Prasčiausią gyvenimo kokybę turi 60-ties metų ir vyresni žmonės. Geresnę gyvenimo kokybę yra 45–59 metų ir dar geresnę 18–44 amžiaus metų populiacijoje. Kadangi <...> amžiaus įtaka yra labai reikšminga, o senėjimo mastai dideli, hipotetiškai galima tvirtinti, kad turime reikalo su nauju reiškiniu – gyvenimo kokybės rizika⁹⁸. Tyrimo rezultatai reprezentuoja Vilniaus miesto gyventojų populiacijos gyvenimo kokybę. Tiriamųjų imtis - 1001.

2006 m. D. Krančiukaitės ir kt. atlikto Kauno populiacijos gyvenimo kokybės tyrimo, naudojant SF-12 klausimyną, išvadose teigiama, kad „su amžiumi gyvenimo kokybės vertinimas blogėjo. Moterys gyvenimo kokybę vertino blogiau nei vyrai psichinės sveikatos srityje, taip pat fizinės sveikatos ir skausmo srityje. Gyvenantys ne vieni, turintys aukštesnį išsimokslinimą, dirbantys asmenys fizinę ir psichinę sveikatą vertino geriau nei gyvenantys vieni, turintys žemesnį išsimokslinimą arba nedirbantys. Be to, geriau savo fizinę ir psichinę sveikatą vertino dirbantys ar anksčiau protinį darbą dirbę asmenys⁹⁹. Tyrimo metu buvo apklausta 240 Kauno gyventojų.

Ekonomikos mokslo srityje 2011 m. habil. dr. prof. O. G. Rakauskienė ir V. Servetkienė išleido monografiją „Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje“. „Remdamosi įvairių autorių tyrimais ir bandymais apibrėžti gyvenimo kokybės esmę ir turinį, autorės siūlo apibendrinantį kompleksinį gyvenimo kokybės suvokimą:

Gyvenimo kokybė – tai sąvoka, kuri atspindi demografinių ir sveikatos bei sveikos aplinkos, materialinių, kultūros ir dvasinių poreikių patenkinimo laipsnį, kuris matuojamas makrolygiu (visos šalies mastu) ir mikrolygiu (atskiro žmogaus požiūriu). Autorės pabrėžia, kad tiriant gyventojų gyvenimo kokybę būtina atsižvelgti į žmogaus poreikį patenkinti savo kūrybinius sugebėjimus, realizuoti savo potencialą, išreikšti save. Siekiant įvertinti gyventojų gyvenimo kokybės būklę, vienas iš pagrindinių uždavinių yra sukurti gyvenimo kokybės rodiklių sistemą¹⁰⁰. Pagal habil. dr.

⁹⁷ Jurgelėnas A. et al., Situaciniai gyvenimo kokybės veiksniai Vilniaus mieste, *Gerontologija*, 10(3), 2009, 10(3), p. 174.

⁹⁸ Jurgelėnas A. et al., Gyvenimo kokybės ir amžiaus integralumo bruožai, *Gerontologija*, 9(4), 2008, p. 212.

⁹⁹ Krančiukaitė D. et al., Kauno populiacijos gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-12 klausimyną, *Medicina (Kaunas)*, 43(6), 2007, p. 506.

¹⁰⁰ Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 92-94.

prof. O. G. Rakauskienės ir V. Servetkienės siūlomą gyvenimo kokybės sistemine sampratą, kurią vaizduojantis paveikslas, pateiktas 1 priede, „gyvenimo kokybės rodiklių visumą sudaro trys pagrindinės grupės.

Pirmoji gyvenimo kokybės rodiklių grupė apima žmogaus sveikatos ir demografinius rodiklius - tai vidutinė gyvenimo trukmė, gimstamumo bei mirtingumo lygis, gyventojų reprodukcijos rodikliai (vaikų gimstamumas, jų skaičius), šeimtinė padėtis, gyventojų emigracijos mastai. Gali būti ir tokie papildomi indikatoriai kaip sergamumas, neigalumo rodikliai, šeimos instituto stabilumas, santuokų skaičius ir pan.

Antroji gyvenimo kokybės rodiklių grupė apima gyventojų gyvenimo lygio indikatorius. Vartojimo ištekliai, kaip gamybos rezultatas, - tai prekės ir paslaugos, skirtos vartojimui, tai gyvenimo gerovės šaltinis, kurį sudaro BVP dalis, skirta vartojimui (70-90 proc. BVP). Realus vartojimo lygis ir struktūra priklauso nuo to, kiek prekės ir paslaugos yra prieinamos atskiroms socialinėms grupėms ir sluoksniams, o tai priklauso nuo gyventojų darbo užmokesčio ir pajamų lygio, nuo pajamų diferenciacijos (paskirstymo), taip pat nuo santaupų, nekilnojamojo turto ir pan.

Trečiasis aspektas, kuris parodo gyvenimo kokybę, - tai išsilavinimo, kultūros ir moralinių-dvasinių vertybių rodiklių sistema¹⁰¹.

Pagal sukurta gyvenimo kokybės rodiklių sistemą, monografijos autorės kompleksiškai nustatė Lietuvos gyventojų gyvenimo gerovės ir kokybės pokyčius rinkos ekonomikos gyvavimo laikotarpiu ir identifiko pagrindinius teigiamus ir neigiamus veiksnius, turėjusius įtakos gyventojų kokybei 2000-2008 m.¹⁰². Habil. dr. prof. O. G. Rakauskienės ir V. Servetkienės monografijos išvadose teigiama, kad Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės kilimą pastaraisiais metais skatinę veiksniai buvo: „spartus ekonomikos augimas, didėjantis užimtumas ir mažėjantis nedarbas, spartūs darbo užmokesčio ir gyventojų pajamų augimo tempai, gyventojų santaupų ir bankų paskolų spartus augimas, vartojimo didėjimas, nekilnojamojo turto rinkos plėtra“. Tuo tarpu prie neigiamą įtaką gyvenimo kokybei turėjusių veiksnių priskiriami „blogėjantys demografiniai rodikliai ir didėjantys emigracijos mastai, blogėjantys gyventojų sveikatos rodikliai, hipertrofuoto vartotojiško elgesio modeliai ir kultūros, moralinių-etinių bei dvasinių vertybių nuosmukis“¹⁰³. Autorių teigimu iki ekonominės krizės 1990-2008 m. Lietuvos gyventojų materialinės būklės (gyvenimo lygio) augimas „dar nereiškę gyvenimo kokybės kilimo“. Galima sakyti, kad vyko netgi priešingi procesai: materialinė gerovė augo kaip tik gyvenimo kokybės sąskaita. Pasitenkinimas gyvenimu nedidėja tiesiog proporcingai augančioms pajamoms, t.y. materialinė gerovė dar nedaro

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 94.

¹⁰² *Ibid.*, p. 287.

¹⁰³ *Ibid.*

žmogaus laimingo, o pajamų reikšmė individualiai gerovei skiriasi ir priklauso nuo asmens šeimyninės padėties ar sveikatos būklės <...>¹⁰⁴.

2012 m. V. Servetkienės straipsnyje „Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės pokyčiai: statistika ir realybė“ remiantis subjektyviu ir objektyviu gyvenimo kokybės vertinimu „parodoma Lietuvos socialinė-ekonominė ir visuomenės būklės raida 1990–2012 m., dabartinė Lietuvos vieta ES narystės kontekste“¹⁰⁵. Subjektyviai Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybei tirti naudotas interviu metodas, o objektyviai gyvenimo kokybei - atitinkamos srities statistiniai rodikliai, sujungti į integruotus indeksus. V. Servetkienės atlikto gyvenimo kokybės tyrimo išvadose teigiama, kad „šiandiniame pasaulyje vien BVP augimas nėra pakankamai išsamus rodiklis, todėl vertinant šalies gyventojų gyvenimo kokybę, gerovę, pasitenkinimą gyvenimu reikia parinkti rodiklius, kurie į bendrą sistemą susietų ekonominius, socialinius, gyventojų fizinės ir dvasinės būklės, aplinkosauginius, demografinius ir kitus veiksnius“¹⁰⁶. „Subjektyvi gerovė stipriausiai koreliuoja su sveikata, materialine gerove ir dvasine savijauta. Subjektyvi nuomonė rodo Lietuvos gyventojų pasitenkinimą atskirais gyvenimo kokybės komponentais: savo sveikatą gerai ir daugmaž gerai vertina 67,7 proc. respondentų, šeimos materialinę gerovę – 54,6 proc., dvasine būkle patenkintų ir pozityviau ją vertinančių – 64,8 proc., tačiau ypač prastai vertinamas socialinis saugumas: net du trečdaliai respondentų tvirtino, kad netekus darbo ar laikinai tapus nedarbingu Lietuvoje jie jaustųsi socialiai nesaugiai. Statistiniai duomenys ir palyginimai su kitomis ES šalimis byloja itin prastą Lietuvos visuomenės sveikatos būklę. Vertinant pagal bendrą sergamumą, sveiko gyvenimo trukmę ir kt. rodiklius Lietuva atsiduria paskutinėje vietoje tarp ES šalių. Gyventojų gyvenimo kokybės rodiklių tendencijos atspindi valstybės vykdomos ekonominės politikos efektyvumą, todėl sistemingai atliekami gyvenimo kokybės vertinimai turi būti taikomi ne tik moksle, bet ir praktikoje. Norint pagerinti ekonominę-socialinę ir politinę padėtį Lietuvoje, visų pirma, reikia įveikti bendrą valdymo ir vertybinę krizę, atkurti visavertę kultūrą, t. y. ne tik materialines, bet ir dvasines vertybes“¹⁰⁷.

Ekonomikos mokslo srityje gyvenimo kokybę analizavo ir doc. dr. T. Bilevičienė, empiriniam tyrimui naudojusi Lietuvos statistikos departamento pateiktus gyvenimo kokybės rodiklius 2005–2010 m. (Lietuvos statistikos departamentas, 2012), Antrojo Europos gyvenimo kokybės tyrimo rezultatus (European Foundation..., 2008), 2012 metų atlikto laimingos planetos indekso tyrimo

¹⁰⁴ Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011, p. 288.

¹⁰⁵ Servetkienė V., Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės pokyčiai: statistika ir realybė, Mykolo Romerio Universitetas, *Mokslo darbai, Socialinės inovacijos globaliai plėtrai, D skyrius, Gyvenimo kokybės gerinimas ir užimtumo galimybių didinimas*, 1(1), 2012, p. 811-812., prieiga per internetą < http://socin.mruni.eu/wp-content/uploads/2012/12/D_2012-12-26.pdf >, (žiūrėta 2013-11-20).

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*

ataskaitą (The Happy Planet Index..., 2012)¹⁰⁸. Buvo „atlikta skirtingų ekonominių ir gyvenimo kokybės rodiklių koreliacinė analizė“¹⁰⁹. Doc. dr. T. Bilevičienės atlikto tyrimo išvadose teigiama, kad „negalima tiesiogiai susieti gyvenimo kokybės ir BVP vienam gyventojui. Nagrinėjant jų ryšį, reikia vertinti ir ryšio stiprumą, ir ryšio dinamiką. Pasitenkinimas gyvenimu su BVP vienam gyventojui turi tik vidutinį ryšį, svarbesni yra namų ūkio pajamų vidurkiai ir namų ūkio finansiniai sunkumai. Pasitenkinimas gyvenimu stipriai priklauso nuo pasitenkinimo politinėms institucijomis ir bendro pasitikėjimo žmonėmis. Psichinė ir fizinė sveikata vidutiniškai įtakoja pasitenkinimą gyvenimu. Atliktas tyrimas parodė, kad dar nėra tvarios ir darnios gyvenimo kokybės rodiklių sistemos. Dabartiniai rodikliai tik iš dalies rodo ekonominės, socialinės ir aplinkos plėtros sąsają“¹¹⁰.

„Informaciją apie gyvenimo kokybės rodiklius Lietuvoje rengia ir 2012 m. pradėjo skelbti Lietuvos statistikos departamentas. Nors „šalies vystymąsi, pažangą arba nuosmukį įprasta vertinti remiantis bendrojo vidaus produkto pokyčiais, tačiau šis visuotinai priimtas makroekonominis rodiklis nėra tinkamas socialinei gerovei, visuomenės bei aplinkos darnai ir žmonių laimei matuoti. Vis plačiau pripažįstama, jog reikalingi papildomi rodikliai, kurie leistų susieti teigiamus ir neigiamus socialinius ir aplinkosauginius aspektus. Europos Sąjungos statistikos tarnyba (Eurostatas), atsiliepdamą į Stiglitz-Sen-Fitousi pranešimą ir Komisijos komunikato rekomendacijas geresniam visuomenės pažangos matavimui sukurti sudarė specialistų grupę, kuriai pavedė parengti rodiklių sąrašą gyvenimo kokybei matuoti. Preliminariame sąrašė – 37 rodikliai“¹¹¹, kurie „<...> atsižvelgiant į Eurostato parengtą galutinį sąrašą, bus papildomi. Nuspręsta, kad vienas apibendrinantis gyvenimo kokybę rodiklis – gyvenimo kokybės ar laimės indeksas – nebus rengiamas“¹¹². Ši ES iniciatyva yra pavesta vykdyti ES valstybėms narėms (bei keletui Europos valstybių, kurios nėra ES narės). Lietuvoje 2005-2011 m. informaciją apie gyvenimo kokybės rodiklius nuo 2012 m. skelbia Lietuvos statistikos departamentas. Vadovaujantis Eurostato rekomendacijomis, skelbiami gyvenimo kokybės rodikliai apima aštuonias gyvenimo kokybę apibūdinančias temas. Tai:

1. Materialinės sąlygos;
2. Produktyvi veikla;

¹⁰⁸ Bilevičienė T., Gyvenimo kokybės rodiklių kaitos analizė, Mykolo Romerio Universitetas, *Mokslo darbai, Socialinės inovacijos globaliai plėtrai, D skyrius, Gyvenimo kokybės gerinimas ir užimtumo galimybių didinimas*, 1(1), 2012, p. 771-772. prieiga per internetą < http://socin.mruni.eu/wp-content/uploads/2012/12/D_2012-12-26.pdf >, (žiūrėta 2013-11-20).

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 772.

¹¹¹ Informacija apie gyvenimo kokybės rodiklius Lietuvoje, Lietuvos statistikos departamentas, 2012, p. 1, prieiga per internetą < http://web.stat.gov.lt/uploads/docs/Inform_gyvent_kokyb%C4%97s_rodikliai.pdf >, (žiūrėta 2013-12-15).

¹¹² *Ibid.*, p. 15.

3. Sveikata;
4. Švietimas;
5. Laisvalaikis ir socialiniai ryšiai;
6. Ekonominis ir fizinis saugumas;
7. Valdymas ir pagrindinės teisės;
8. Aplinkos kokybė.

Šie rodikliai apima ir subjektyvius (grįstus gyventojų apklausos duomenimis), ir objektyvius (grįstus įvairių valstybės registrų duomenimis) rodiklius. Kaip matome iš aukščiau pateikto gyvenimo kokybės rodiklius apibūdinančių temų sąrašo, trečioji yra sveikata. Šiai gyvenimo kokybės sričiai apibūdinti buvo naudojami šie rodikliai: „vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ir vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė metais (vyrų ir moterų atskirai), bendrasis ir kūdikių mirtingumo rodikliai, nužudymų skaičius ir subjektyvūs rodikliai, tokie kaip savo sveikatos vertinimas ar reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas“¹¹³. „Klausimai apie bendrą pasitenkinimą gyvenimu, gyvenimo prasmės vertinimą, psichinę sveikatą yra įtraukti į 2013 m. planuojamą gerovės tyrimą“¹¹⁴.

Apibendrinant, Lietuvos mokslininkai (prof. habil. dr. A. Juozulynas, J. Prapiestis, A. Jurgelėnas, R. Reklaitienė, A. Marcijonas, M. Butikis ir kt.) su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei tirti gyventojų sveikatos stebėsenos epidemiologiniuose tyrimuose taiko plačiai pasaulyje naudojamus bendrojo pobūdžio klausimynus, dažniausiai (*WHOQOL-100; WHOQOL-BREF; SF-12*). Šie mokslininkai nustatė amžiaus, gyvenimo su kitu asmeniu (sutuoktiniu), išsilavinimo lygio, užimtumo įtaką su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. Ekonomikos mokslo srities atstovės habil. dr. prof. O. G. Rakauskienė ir V. Servetkienė išleido monografiją „Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje“. Šioje monografijoje autorės, atlikusios įvairių autorių tyrimų ir gyvenimo kokybės apibrėžimų analizę, pateikė kompleksinį bendrosios gyvenimo kokybės apibrėžimą ir gyvenimo kokybės vertinimo rodiklių sistemą, apimančią tris pagrindines rodiklių grupes, pagal kurias ir atliko Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės 1990-2008 m. vertinimą. Autorės atlikto vertinimo išvadose teigia, kad „iki ekonominės krizės 1990-2008 m. Lietuvos materialinė gerovė augo <...> gyvenimo kokybės sąskaita“. 2012 m. V. Servetkienė straipsnyje „Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės pokyčiai: statistika ir realybė“ tyrinėjo Lietuvos socialinę-ekonominę ir visuomenės būklės raidą 1990–2012 m. bei dabartinę Lietuvos vietą ES narystės kontekste ir vieni iš autorės gautų rezultatų parodė, „kad statistiniai duomenys ir

¹¹³ *Ibid.*, p. 7.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 15.

palyginimai su kitomis ES šalimis byloja itin prastą Lietuvos visuomenės sveikatos būklę¹¹⁵. Informaciją apie bendrosios gyvenimo kokybės rodiklius remiantis Eurostato rekomendacijomis pagal aštuonias gyvenimo kokybės vertinimo sritis, tarp kurių yra ir sveikatos sritis, Lietuvoje rengia ir 2012 m. pradėjo skelbti Lietuvos statistikos departamentas.

1.5. Tarptautinių ir užsienyje atliktų gyvenimo kokybės tyrimų rezultatai

Lietuva 2013 m. publikuoto Jungtinių Tautų vystymosi pranešimo duomenimis pagal Žmogaus socialinės raidos indeksą (ŽSRI) 2012 m. užėmė 41-ąją vietą (41 –ą vietą užėmė ir Jungtiniai Arabų Emyratai) tarp 186 pasaulio šalių. 2011 m. pranešimo duomenimis, Lietuva buvo viena pozicija aukščiau - 40-oje vietoje. Lietuvos ŽSRI reikšmė 2013 m. pranešimo duomenimis lygi 0,818. Pagal šį rodiklį Lietuva priskiriama prie labai aukšto socialinės raidos lygio valstybių. Pirmoji vieta pagal ŽSRI atiteko Norvegijai, antroji vieta - Australijai, trečioji vieta - Jungtinėms Amerikos Valstijoms, ketvirtoji vieta - Nyderlandams, penktoji – Vokietijai. Norvegijos, kuri pirmauja pasaulyje pagal šį rodiklį, indekso reikšmė 2012 m. duomenimis lygi 0,955. Pagal Žmogaus socialinės raidos indeksą Lietuva pirmauja prieš kaimynines valstybes - Latvija, Baltarusiją ir Rusiją, bet atsilieka nuo Estijos ir Lenkijos. Tarp ES šalių Lietuva pagal ŽSRI yra aukštesnėje vietoje nei Latvija, Portugalija, Rumunija ir Bulgarija. Valstybių sąrašo gale pagal ŽSRI buvo Afrikos valstybės – Mozambikas, Kongo Demokratinė Respublika ir Nigeris¹¹⁵.

2010 m. vasario–kovo mėn. buvo atliktas Europos Komisijos (EK) inicijuotas Eurobarometro kokybinis tyrimas siekiant išsiaiškinti gerovės (angl. well-being) klausimą Europos Sąjungoje. Šiame tyrime dalyvavo ES-15 (15 ES valstybių narių, įstojusių į ES anksčiau nei 2004 m. ir 2007 m. – ES valstybės senbuvės). Lietuva šiame tyrime nedalyvavo. Pagrindinis šio kokybinio tyrimo tikslas buvo nustatyti visą spektrą veiksnių, kurie prisideda prie gyventojų asmeninės gerovės.

Tyrimo metodas – kolektyvinis interviu – iš viso vyko 35 fokus grupių diskusijos, vykusios kiekvienoje dalyvaujančioje valstybėje. Iš pradžių buvo prašoma apibūdinti, kaip respondentai supranta gerovės sampratą. Tuomet buvo pateiktas sąrašas veiksnių, įtakančių gerovę ir buvo prašoma respondentų šiuos veiksnius įvertinti pagal svarbą jiems asmeniškai nuo 1 iki 10 balų¹¹⁶.

Šis tyrimas parodė, kad respondentai neturi aiškaus supratimo apie gyvenimo kokybę ir jos santykį su gerove, tuo tarpu gerovę jie labiau sieja su laime.

¹¹⁵ Human development Report 2013, summary, prieiga per internetą <http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_EN_Summary.pdf>, (žiūrėta 2013-11-16).

¹¹⁶ Eurobarometer Qualitative Studies, Well-being, Aggregate report, September 2011, p. 6-17, prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_final_en.pdf>, (žiūrėta 2013-11-17).

Respondentų nurodytos sąsajos su gerovės samprata gali būti skirstomos į 4 sritis:

- Ekonominiai ir finansiniai faktoriai;
- Fiziniai faktoriai;
- Psichologiniai ir asmeniniai faktoriai;
- Aplinka¹¹⁷.

Tyrimo metu nustatyta, kad žemesnių socialinių grupių atstovams gerovė asocijuojasi su užimtumu ir piniginiu uždarbiu galimai dėl jaučiamo finansinio saugumo trūkumo. Tuo tarpu aukštesnių socialinių grupių atstovai (pvz: Danijoje) pažymi pusiausvyros svarbą tarp darbinės veiklos ir poilsio bei profesinį tobulėjimą kaip reikšmingą faktorių gerovei dėl pasiekto didesnio finansinio saugumo.

Jaunesnių respondentų grupės su gerove siejo faktorius, susijusius su malonumais, pramogomis, o vyresnio amžiaus respondentai su gerove siejo stabilumą, komfortą ir sveikatą.

Lyginant vyrų ir moterų atsakymus, žymių skirtumų nebuvo rasta. Ir vyrai, ir moterys su gerove siejo profesinį savęs realizavimą ir laisvalaikį.

Išsilavinę ir užimantys aukštesnes pareigas respondentai su gerove siejo sveikatą ir sportą. Kitas svarbus pastebėjimas buvo tas, kad mažiau išsilavinę ir kvalifikuoti respondentai buvo linkę matyti už gerovę atsakingą ekonomiką ir vyriausybę, o turintys aukštesnį išsilavinimą ir didesnes pajamas respondentai, nematė ryšio tarp gerovės ir ekonomikos bei vyriausybės. Taigi galima daryti išvadą, kad gerovės supratimas labai susijęs su asmens finansine situacija nesvarbu kurioje Europos valstybėje jis gyventų¹¹⁸.

Apibendrinus šio tyrimo rezultatus ir susumavus respondentų atsakymų rezultatus buvo išskirti devyni pagrindiniai veiksniai, įtakojantys asmeninę gerovę¹¹⁹. Šiuos veiksnius iliustruoja žemiau pateikta 1 lentelė.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 19.

¹¹⁸ Eurobarometer Qualitative Studies, Well-being, Aggregate report, September 2011, p. 6-17, prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_final_en.pdf>, (žiūrėta 2013-11-17).

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 71.

1 lentelė. 2010 m. Eurobarometro tyrimo pagrindiniai rezultatai

Nr.	Veiksny	Balas
1.	Sveikata	9,6
2.	Šeima	9
3.	Užimtumas	8,8
4.	Asmeninė finansinė situacija	8,8
5.	Būstas	8,7
6.	Draugai	8
7.	Pasitenkinimas darbu	7,9
8.	Mokymasis/mokslas	7,6
9.	Laisvalaikis	7,1

Šaltinis: sudaryta autorės pagal Eurobarometer Qualitative Studies „Well-being“, Aggregate report, 2011, p. 71. prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_final_en.pdf>, (žiūrėta 2013-11-17).

Kaip matome iš aukščiau pateiktos 1 lentelės, vaizduojančios minėto 2010 m. Eurobarometro tyrimo rezultatus, įvertinta aukščiausiu balu, t.y. 9,6 balo ir pirmoje vietoje pagal veiksmų, įtakančių asmeninę gerovę, svarbą buvo sveikata, antroje vietoje (įvertinta 9 balais) – šeima, trečioje vietoje – užimtumas (8,8 balo), ketvirtoje vietoje pagal svarbą – asmeninė finansinė situacija (taip pat 8,8 balo), penktoje vietoje – būstas (8,7 balo), šeštoje vietoje – draugai (8 balai), septintoje vietoje – pasitenkinimas darbu (7,9 balo), aštuntoje vietoje – mokymasis/mokslas (7,6 balo), devintoje vietoje – laisvalaikis (7,1 balo).

Reikia paminėti, kad tarp 1 lentelėje nepateiktų respondentų įvertintų mažiau svarbiais asmeninei gerovei veiksmų, buvo mityba, kultūrinis gyvenimas, kaimynai, ekonomika, diskriminacija, vyriausybė ir religija¹²⁰.

Svarbu paminėti dar vieną svarbų tarptautinį - Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indekso tyrimą (EHCI-Euro Health Consumer Index), tapusį „Europos sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo standartu“¹²¹. Šio tyrimo oficiali paskirtis nėra su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas, tačiau pagal (žr. 19 psl.) pateiktą J. R. Curtis ir kt. apibrėžimą „su sveikata susijusi gyvenimo kokybė – tai gyvenimo kokybės dalis, kurią įtakoja sveikata ir sveikatos

¹²⁰ Eurobarometer Qualitative Studies, Well-being, Aggregate report, September 2011, p. 76, prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_final_en.pdf>, (žiūrėta 2013-11-17).

¹²¹ Lietuva užima geresnę vietą ES šalių sveikatos priežiūros sistemų vertinime, Health Consumer Powerhouse, 2012, p. 2, prieiga per internetą <<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-press-lithuania.pdf>>, (žiūrėta 2013-12-04).

priežiūra¹²², galima teigti, kad kuriant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemą, kurios viena iš vertinimo sričių būtų sveikatos priežiūra, šis indeksas būtų bene informatyviausias.

„Pradėjusi veikti 2005 m. EHCI tapo modernios sveikatos apsaugos stebėjimo pramonės standartu. Indeksas sudaromas atsižvelgiant į įvairius visuomenės statistikos veiksnius, pacientų apklausas ir nepriklausomus tyrimus, kuriuos atlieka „Health Consumer Powerhouse Ltd“ – Švedijoje įkurta privati įmonė, apskaičiuojanti sveikatos apsaugos našumą Europoje ir Kanadoje prižiūrint pacientus ir vartotojų teises¹²³.

2013 m. lapkričio 28 d. „Briuselyje buvo pristatytas septintas EHCI leidimas. Tyrime dalyvavo 35 valstybės¹²⁴, kurių sveikatos apsaugos sistemos buvo vertinamos pagal 48 rodiklius, apimančius šešias sveikatos apsaugos paslaugų naudotojui aktualias sritis: pacientų teisės ir informacija; laukimo laikas norint gauti gydymą; gydymo rezultatai; teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos ir prieinamumas; farmacijos produktai; prevencija. 2013 m. EHCI pristatė naują – prevencijos sritį, apimančią aštuonis rodiklius¹²⁵.

2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indekso tyrimo rezultatai rodo, kad „Nyderlandai ir toliau pirmauja turėdami 870 taškų iš 1000. Paskui Olandiją rikiuojasi Šveicarija, Islandija, Danija ir Norvegija“. Lietuva 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indekse „užėmė 23 vietą ir surinko 615 taškų iš 1 000 galimų. O 2012 m. užėmė 26 vietą, surinkdama 585 taškus¹²⁶.

Lietuvai skirtoje 2013 m. šio tyrimo ataskaitoje teigiama, kad „dėl finansų krizės visų Baltijos valstybių sveikatos apsaugos sistemos buvo labai smarkiai spaudžiamos. Panašu, kad Lietuvai susitvarkyti su griežta ekonomika pavyko gana gerai. Pasak dr. Arne Bjornberg, HCP pirmininko ir tyrimų vadovo, kūdikių mirtingumas dažniausiai yra stiprus sėkmės ar nesėkmės rodiklis, o šiandien Lietuvos rezultatai yra geresni už JK. Vienas iš neigiamų efektų – Lietuvoje ilgesnės eilės laukiant gydymo¹²⁷.

„Lietuva aiškiai neskyrė pakankamai dėmesio profilaktinėms priemonėms ir tai turėtų būti pagerinta. Įdomus rezultatas, kuris gali būtų ir krizės pasekmė, yra nuo 2012 metų iš pažiūros

¹²² Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 1(2), 2001, p.129.

¹²³ 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas: Pagal metinį ES vertinimą, nepaisant finansų krizės, Lietuva pagerina sveikatos apsaugos sistemą, Health Consumer Powerhouse, 2013, p. 3. prieiga per internetą < <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf> >, (žiūrėta 2013-12-04).

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ ECHI 2013 summary: Economic crisis leading to „two-speed“ European healthcare provision, 2013, p. 3, prieiga per internetą < <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-summary.pdf> >, (žiūrėta 2013-12-04).

¹²⁶ 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas: Pagal metinį ES vertinimą, nepaisant finansų krizės, Lietuva pagerina sveikatos apsaugos sistemą, Health Consumer Powerhouse, 2013, p. 1. prieiga per internetą < <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf> >, (žiūrėta 2013-12-04).

¹²⁷ *Ibid.*

sumažėjęs antibiotikų vartojimas. Tai turbūt geras rodiklis ir Lietuvoje, nes daugelyje Europos valstybių antibiotikai per dažnai yra skiriami pacientams, kurių infekcija nėra komplikauta, arba net ir sergantiems peršalimo ligomis. Pasak dr. Bjornberg, per didelis vartojimas prisideda ir prie atsparių infekcijų gausėjimo¹²⁸.

„Pagal EHCI, sveikatos apsaugos sistemos, kurios finansuojamos draudimu (Bismarko sistema), atrodo žymiai pranašesnės už mokesčiais grindžiamas sistemas (Beveridžo sistema). Yra sėkmingų mokesčiais grindžiamų sveikatos apsaugos sistemų, tačiau taip dažniausiai yra tik mažose ir turtingose valstybėse, tokiose kaip Danija, Islandija ir Norvegija. Daugelis pirmaujančių sveikatos apsaugos sektoriuje valstybių naudojami draudimo sistema, pvz., Nyderlandai, Šveicarija, Belgija, Vokietija ir Prancūzija“¹²⁹.

2013 m. šio tyrimo ataskaitoje taip pat teigiama, kad „pirmą kartą nuo 2005 m., kai buvo pradėti stebėjimai, Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indekse (EHCI) galima išvelgti didėjančią skirtumą tarp turtingos, finansiškai stiprios Europos, ir ne tokių turtingų bei krizės paveiktų jos dalių. 2013 m. yra vos kelios valstybės su vidutiniu pajamų kiekiu, kurios būtų viršutinėje indekso pusėje. Gydomo rezultatai, pvz., sergančiųjų vėžiu ir kūdikių išgyvenamumo rodikliai, gerėja visoje Europoje. Vykdydamos griežtą ekonomiką valstybės su aukštu pajamų lygiu patobulėjo labiau, taip padidindamos atotrūkį nuo Europos valstybių su žemu ir vidutiniu pajamų lygiu“¹³⁰.

Apibendrinant tarptautinių ir užsienyje atliktų gyvenimo kokybės tyrimų rezultatus, vienas žinomiausių pasaulyje atliekamų bendrosios gyvenimo kokybės tyrimų – tai Žmogaus socialinės raidos indeksas (ŽSRI), pagal kurį Lietuva 2012 m. užėmė 41-ąją vietą tarp 186 pasaulio šalių. Pagal šį rodiklį Lietuva priskiriama prie labai aukšto socialinės raidos lygio valstybių¹³¹. 2010 m. buvo atliktas Europos Komisijos (EK) inicijuotas Eurobarometro kokybinis tyrimas, kuriame dalyvavo ES-15 valstybės (15 ES valstybių narių, įstojusių į ES anksčiau nei 2004 m. ir 2007 m. – ES valstybės senbuvės), Lietuva šiame tyrime nedalyvavo. Šiuo tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti gerovės (angl. well-being) klausimą Europos Sąjungoje. Eurobarometro tyrimo metu buvo nustatyta, kad respondentai neturi aiškios gyvenimo kokybės ir gerovės sampratos¹³². Taip pat nustatyta, kad gerovės supratimas labai susijęs su asmens finansine situacija, nesvarbu kurioje

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas: Pagal metinį ES vertinimą, nepaisant finansų krizės, Lietuva pagerina sveikatos apsaugos sistemą, Health Consumer Powerhouse, 2013, p. 1. Prieiga per internetą < <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf> >, (žiūrėta 2013-12-04).

¹³⁰ *Ibid.*, p. 2.

¹³¹ Human development Report 2013, summary, prieiga per internetą http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_EN_Summary.pdf >, (žiūrėta 2013-11-16).

¹³² Eurobarometer Qualitative Studies, Well-being, Aggregate report, September 2011, p. 6-17, prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_final_en.pdf>, (žiūrėta 2013-11-17).

Europos valstybėje jis gyventų¹³³. Remiantis šio tyrimo rezultatais, buvo išskirti devyni pagrindiniai veiksniai, įtakojantys asmeninę gerovę. Pirmoje vietoje pagal veiksmų, įtakojančių asmeninę gerovę, svarbą buvo sveikata, antroje vietoje – šeima, trečioje vietoje – užimtumas, ketvirtoje vietoje – asmeninė finansinė situacija ir t.t. Dar vienas svarbus tarptautinis tyrimas, kuris tiesiogiai nėra skirtas nei bendrajai, nei su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei matuoti, tačiau teikiantis vertingos su sveikata ir su sveikatos sistema susijusios informacijos, yra Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indekso tyrimas (EHCI-Euro Health Consumer Index). Šis indeksas tapo „Europos sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo standartu“¹³⁴. Lietuva 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indekse užėmė 23 vietą tarp 35 valstybių lyginant su 2012 m. užimta 26 vieta tarp 34 valstybių. 2013 m. tyrimo duomenimis, gydymo rezultatai, pvz., sergančiųjų vėžiu ir kūdikių išgyvenamumo rodikliai, gerėja visoje Europoje. Tačiau, atotrūkis tarp Europos valstybių su aukštu pajamų lygiu ir Europos valstybių su žemu ir vidutiniu pajamų lygiu, vertinant pažangą sveikatos sistemos srityje, vis didėja¹³⁵.

1.6. Gyvenimo kokybės aspektas Lietuvos sveikatos politikos teisiniuose ir strateginiuose dokumentuose

1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija savo Konstitucijoje sveikatą apibrėžė kaip „visapusišką individo ir visuomenės fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimą“¹³⁶. Šis apibrėžimas pateikiamas Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, LR Sveikatos Sistemos įstatyme, LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme. Šiuo apibrėžimu grindžiami ir kiti Lietuvos sveikatos politikos teisiniai dokumentai.

Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje teigiama, kad „pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe, taip pat nacionaliniu turtu, sveikatos politika - sveikatos ir jos apsaugos reikalų valstybinio tvarkymo teorija bei praktika - įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija“¹³⁷.

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Lietuva užima geresnę vietą ES šalių sveikatos priežiūros sistemų vertinime, Health Consumer Powerhouse, 2012, p. 2, prieiga per internetą < <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-press-lithuania.pdf> >, (žiūrėta 2013-12-04).

¹³⁵ 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas: Pagal metinį ES vertinimą, nepaisant finansų krizės, Lietuva pagerina sveikatos apsaugos sistemą, Health Consumer Powerhouse, 2013, p. 2, prieiga per internetą < <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf> >, (žiūrėta 2013-12-04).

¹³⁶ Constitution of WHO, prieiga per internetą < <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/> >, (žiūrėta 2013-10-25).

¹³⁷ Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, *Valstybės žinios*, 1991-11-30, Nr. 33-893.

Anot V. Grabausko, „sveikatos politika – tai suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiai efektyviai medicinos pagalbai teikti“¹³⁸.

„Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai VI Lietuvos gydytojų sąjungos (toliau – LGS) atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojo parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Po išsamių diskusijų VII LGS suvažiavimas priėmė Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurią 1991 m. spalio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba – Atkuriamasis Seimas, ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį.

Koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus, brangios specializuotos medicinos pagalbos koncentravimo universitetiniuose centruose prioritetai Lietuvą įtraukia į pažangiai mąstančių apie sveikatos priežiūrą ir ją plėtojančių Europos šalių gretas“¹³⁹.

„Neatsitiktinai Pirmoji nacionalinė sveikatos politikos formavimo konferencija, įvykusi 1993 m. kovo 30-31 d. ir sukvietusi tartis politikus, profesinių ir visuomeninių organizacijų atstovus, medicinos bei kitų profesijų specialistus, galinčius daryti įtaką sveikatos sistemos reformai, dar kartą patvirtino pagrindines Lietuvos sveikatos sistemos raidos kryptis. Ir Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, ir Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos rezoliucijoje yra aiškiai suformuluota būtinybė parengti ir įgyvendinti Lietuvos sveikatos programą.

1993 m. įvykusiai Nacionalinei sveikatos politikos konferencijai buvo parengtas dokumentas, kuriame pakankamai konceptualiai ir detalai apžvelgta Lietuvos gyventojų sveikatos būklė iki 1990 metų. Šiame dokumente pateikti 1991–1993 m. Lietuvos sveikatos duomenys ir, remiantis PSO suformuotais sveikatos tikslais, kuriami Lietuvos sveikatos programos pradmenys atsižvelgiant į prioritetines šalies sveikatos problemas“¹⁴⁰.

„Rengiant šią programą ir nustatant prioritetus, svarbus vaidmuo teko 1993 m. įkurtam Sveikatos apsaugos reformų biurui (toliau – SARB). Kuriant Lietuvos sveikatos sistemos teisinius pagrindus, didelės reikšmės turėjo 1994 m. liepos 19 d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas. 1995 m. Seimo surengtoje diskusijoje buvo dar kartą akcentuota būtinybė parengti Lietuvos sveikatos programą ir šiuo klausimu priimta Seimo rezoliucija „Dėl nacionalinės sveikatos politikos

¹³⁸ Janušonis V., *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Sampratos, sąsajos, krypys, vadybiniai aspektai*, monografija, Klaipėda: S. Jokužio leidykla, 2008, p. 8.

¹³⁹ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ „Lietuvos sveikatos programa, *Valstybės Žinios*, 1998-07-17, Nr. 64-1842.

¹⁴⁰ *Ibid.*

įgyvendinimo“. 1996 m. birželio mėn. Lietuvos sveikatos programą aprobavo Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, 1996 m. spalio mėn. jai pritarė Vyriausybė. 1997 m. balandžio mėn. įvykusioje II Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje ši programa aptarta dalyvaujant PSO bei kitiems Europos šalių ekspertams, po to ji pateikta svarstyti Seimui. Svarbus žingsnis Nacionalinės sveikatos koncepcijos, Sveikatos sistemos įstatymo nuostatų ir šios programos įgyvendinimui būtų Nacionalinės sveikatos tarybos ir Valstybinės sveikatos reikalų komisijos aktyvus darbas¹⁴¹.

LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu (Nr. VIII-833) buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, „įgyvendinant Europos sveikatos politiką “Sveikata visiems XXI amžiuje,, bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai:

1. Gyventojų mirtingumo sumažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės pailginimas.
2. Sveikatos santykių teisumas.
3. Gyvenimo kokybės pagerinimas¹⁴².

Atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos programos iškeltus tikslus, buvo suformuoti artimieji uždaviniai – iki 2005 m. ir tolimieji uždaviniai – iki 2010 m.¹⁴³. 1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo rezultatus atspindi 2-ame priede pateikta lentelė.

Kaip matome iš 2 priede pateiktos lentelės „1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo rezultatai“, dalį užsibrėžtų tikslų pasiekti pavyko: vidutinė gyvenimo trukmė padidėjo iki 73,45 m., pasiektas kūdikių mirtingumo sumažėjimas – išsipareigojimą viršijo beveik du kartus, taip pat sumažėjo sergamumas tuberkulioze. Beveik pasiektas mirtingumo sumažėjimas:

- Nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų;
- Jaunesnių nei 65 m. gyventojų nuo piktybinių navikų ;
- Jaunesnių nei 65 m. gyventojų nuo išeminės ligos;
- Vyrų nuo plaučių vėžio;

Nepavyko pasiekti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumo nuo širdies - kraujagyslių ligų sumažėjimo 15 proc., nepavyko iki 2005 m. stabilizuoti ligotumo psichinėmis ligomis, sumažinti savižudybių skaičiaus iki 25 atvejų 100 000 - šių gyventojų, sumažinti mirtingumo nuo krūties vėžio 15 proc. , sumažinti sergamumo gimdos kaklelio vėžiu 15 proc.

„Tikėtina, kad užsibrėžti tikslai būtų buvę pasiekti, jei nacionalinės reikšmės profilaktinės programos, finansuotos iš PSDF, būtų pradėję veikti anksčiau nei 2004 metais, o kiti sektoriai

¹⁴¹ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo,, „Lietuvos sveikatos programa, *Valstybės Žinios*, 1998-07-17, Nr. 64-1842.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*

traumatizmo profilaktikos ir alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo priemonės būtų pradėję taikyti anksčiau nei nuo 2007 metų, jei būtų skirtas tinkamas dėmesys rūkymo profilaktikai, sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimui¹⁴⁴.

„Iššūkiu valstybės sveikatos politikai išlieka visuomenės psichikos sveikata ir socialinė atskirtis bei sveikatos netolygumai, taip pat ir sveiko gyvenimo trukmę prailginančių sveikatos ugdymo priemonių pernelyg mažas efektyvumas“¹⁴⁵.

Reikia paminėti, kad mūsų šalyje gyvenimo kokybės gerinimo aspektas pirmą kartą buvo išskirtas LR Sveikatos sistemos įstatyme (1994 m. Nr. I–552) 4 straipsnyje prie sveikatinimo veiklos tikslų, iš kurių trečias - „ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę“¹⁴⁶. 1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programoje teigiama, kad „gyvenimo kokybė - svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros išteklių perskirstymo. Turimų lėšų negalima naudoti vien ligoms gydyti ar gyvenimui prailginti. Būtina sudaryti sąlygas socialiai remtinų, neįgaliųjų, žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis, ir senų žmonių gyvenimo kokybei pagerinti. Šiuo metu sukurta ne viena metodika gyvenimo kokybei įvertinti. Lietuvoje gyvenimo kokybė kol kas nėra nustatoma ir stebima, todėl reikalingi išsamūs moksliniai tyrimai nustatyti ją pagal standartą ir vykdyti nuolatinį jos monitoringą. Gyvenimo kokybė turi būti sistemingai stebima ne tik visoje visuomenėje, bet ir nepalankiomis ekonominėmis ir socialinėmis sąlygomis gyvenančių žmonių grupėse“¹⁴⁷.

„Pagal PSO „Sveikata visiems XXI amžiuje“ politiką, Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę galima pagerinti, jeigu:

- Bus pradėtas bei nuolat vykdomas gyvenimo kokybės monitoringas;
- Suaktyvės individų dalyvavimas visuomenės gyvenime ir sveikatos politikos formavime;
- Sveikatą lemiantys veiksniai, tokie, kaip išsilavinimas, taps visiems labiau prieinami;
- Sveika gyvensena bus pripažinta socialine norma;
- Pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra daugiau dėmesio skirs gyvenimo kokybei pagerinti”¹⁴⁸.

¹⁴⁴ Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių, 2012, p. 9, prieiga per internetą: < <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41> >, (žiūrėta 2013-11-20).

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės žinios* 1998, Nr. 112-3099 (1998-12-23).

¹⁴⁷ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, Lietuvos sveikatos programa, *Valstybės Žinios*, 1998-07-17, Nr. 64-1842.

¹⁴⁸ *Ibid.*

1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programoje buvo iškeltas tikslas „iki 2005 m. parengti ir įgyvendinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės monitoringo ir analizės sistema“. Atsižvelgiant į gautus rezultatus, buvo nustatytas tikslas iki 2010 m. Taip pat prie šio tikslo įgyvendinimo priemonių nurodyta, kad „gyvenimo kokybės nustatymą bei stebėjimą reikia įtraukti į esamas sveikatos monitoringo programas. Remiantis monitoringo duomenimis turi būti parengta programa gyvenimo kokybei pagerinti. Ją rengiant turi dalyvauti visos valstybės, mokslo ir sveikatos priežiūros institucijos”¹⁴⁹.

Gyvenimo kokybės gerinimo aspektas išskiriamas ir LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme (2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886), kuriame 4 straipsnio 2 punktą pažymi, kad vieni iš visuomenės sveikatos ir visuomenės galimybių gerinti savo sveikatą užtikrinimo metodų ir priemonių yra valstybinis visuomenės sveikatos priežiūros reguliavimas, tikslinių programų, užtikrinančių gyventojų gyvenimo kokybę ir sveikatos gerovę, rengimas ir įgyvendinimas¹⁵⁰.

LR Vyriausybės nutarime „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 m. plano patvirtinimo” teigiama, kad „ši strategija nustato visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo siekiant gerinti gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę kryptis. Ja vadovaujantis ketinama kurti šiuolaikinę ir efektyvią visuomenės sveikatos priežiūros sistemą. Tai siejama su Lietuvos valstybės teisine reforma, socialinių ir ekonominių procesų valdymu, visų sektorių ir pačios visuomenės aktyviu dalyvavimu formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką, taip pat Lietuvos Respublikos įsipareigojimais Europos Sąjungai (toliau vadinama – ES), Pasaulio sveikatos organizacijai (toliau vadinama – PSO), Šiaurės Atlanto Sutarties Organizacijai (NATO) ir kitoms tarptautinėms organizacijoms”¹⁵¹.

Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos vizijoje ir valstybės misijoje nurodoma, kad „kiekvienas žmogus suvokia esąs atsakingas už savo sveikatą, ją tausoja ir stiprina. Sudarytos palankios fizinio aktyvumo sąlygos įvairaus amžiaus gyventojams, jie gali rinktis saugius produktus, sveikiau maitintis. Daugumai gyventojų sveika gyvensena ir sveika elgsena tampa prioritetinėmis vertybėmis. Dėl pakitusios gyvensenos mažėja lėtinių ligų ir mirtingumas. Ilgėja vidutinė sveiko gyvenimo trukmė, gerėja gyvenimo kokybė“¹⁵².

¹⁴⁹ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, Lietuvos sveikatos programa, *Valstybės žinios*, 1998-07-17, Nr. 64-1842.

¹⁵⁰ Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 56-2225.

¹⁵¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 liepos 27 d. nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 40-1290; *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 70-2574.

¹⁵² *Ibid.*

Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos tikslas – „<...> pagerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, ilginti gyvenimo trukmę – mažinti sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą, ypač daug dėmesio skirti dažniausioms mirties priežastims: nelaimingiems atsitikimams ir traumoms, širdies bei kraujagyslių ligoms, onkologiniams susirgimams, psichikos sveikatos sutrikimams“¹⁵³.

Kadangi ankstesnės Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas jau baigėsi, šiuo metu yra parengtas Lietuvos sveikatos programos 2020 projektas. „Lietuvos sveikatos programos 2020 pagrindinis (strateginis) tikslas – pasiekti, kad 2020 metais šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau“¹⁵⁴.

„Sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad sėkmingai spręstume kasdienio gyvenimo klausimus, įveiktume naujai išskylančius socialinius ir ekonominius iššūkius. Visuomenės sveikata šia prasme yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausia valstybės strategija“¹⁵⁵.

„Lietuvos sveikatos programa 2020, teikdama visų valstybės sektorių bendromis pastangomis įgyvendintinas priemones, iš esmės yra tarpsektorinė sveikatos programa. Didžiausi Lietuvos gyventojų sveikatinimo rezervai glūdi už sveikatos priežiūros sektoriaus sferos, todėl šalies sveikatos problemų sprendimų priėmimas ir atsakomybė už šiuos sprendimus negali būti priskiriami vien tik sveikatos sistemai. Kiti valstybės sektoriai turi pradėti aktyviau taikyti visuomenės sveikatos gerinimo priemones. Efektyvus visų sektorių bendradarbiavimas yra esminė programoje numatytų uždavinių sėkmingo sprendimo sąlyga“¹⁵⁶.

„Pagrindinio tikslo pasiekimo rodikliai – vidutinė sveiko gyvenimo trukmė ir vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Iki 2020 metų vidutinė sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje turėtų padidėti ne mažiau kaip dvejais metais, o bendroji vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pasiekti 76 metų amžiaus ribą“¹⁵⁷.

„Geroji tarptautinė praktika ir Lietuvos patirtis, sukaupta įgyvendinant ankstesnę Lietuvos sveikatos programą rodo, kad tvarų šalies gyventojų sveikatos lygio pagerėjimą galima užtikrinti kompleksiskai panaudojant visus pagrindinius sveikatinimo veiksmus pagal 4 strategines kryptis:

- Saugesnės socialinės aplinkos kūrimo, sveikatos netolygumų ir socialinės atskirties mažinimo;

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių, 2012, p. 18, prieiga per internetą: < <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41> >, (žiūrėta 2013-11-20).

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 4.

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 19.

- Sveikesnės fizinės – darbo ir gyvenamosios aplinkos kūrimo;
- Sveikesnės gyvensenos ir jos kultūros formavimo;
- Kokybiškesnės ir efektyvesnės asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros orientuotos į paciento poreikius, kūrimo¹⁵⁸.

Taigi, matome, kad gyventojų gyvenimo kokybė, kurios bene svarbiausias veiksnys yra sveikata, dažnai minima ir nurodoma Lietuvos sveikatos politikos teisiniuose ir strateginiuose dokumentuose kaip vienas pagrindinių siekinių. Tačiau, kad gyventojų gyvenimo kokybė ir sveikata gerėtų, neužtenka vien sveikatos sistemos indėlio ir pastangų, nes, kaip teigiama Lietuvos sveikatos programos 2020 projekte, „didžiausi Lietuvos gyventojų sveikatinimo rezervai glūdi už sveikatos priežiūros sektoriaus sferos“¹⁵⁹, todėl būtinas visų valstybės sektorių bendradarbiavimas taikant visuomenės sveikatos priemones¹⁶⁰. Taip pat pastebėta, kad Lietuvos sveikatos politikos teisiniuose ir strateginiuose dokumentuose gyventojų gyvenimo kokybės gerinimas siejamas su vidutinės gyvenimo trukmės ir sveiko gyvenimo trukmės ilginimu, o šių tikslų priemonės – sergamumo, mirtingumo ir neįgalumo mažinimas, ypač daug dėmesio skiriant dažniausioms mirties priežastims¹⁶¹. Taip pat svarbu nepamiršti, kad gyventojų sveikata ir gyvenimo kokybė priklauso ne tik nuo sveikatos priežiūros kokybės, bet ir nuo socioekonominių, demografinių, gyvensenos, aplinkos veiksnių. Šių sveikatinimo veiksnių naudojimas Lietuvos gyventojų sveikatos lygio gerinimui yra numatytas Lietuvos sveikatos programoje 2020¹⁶². Efektyviam sveikatos ir valstybės politikos formavimui ir įgyvendinimui ypač svarbus gyventojų gyvenimo kokybės stebėjimas ir nustatymas. 1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programoje buvo iškeltas tikslas „iki 2005 m. parengti ir įgyvendinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės monitoringo ir analizės sistemą“¹⁶³. Šiuo metu „informaciją apie gyvenimo kokybės rodiklius Lietuvoje rengia ir 2012 m. pradėjo skelbti Lietuvos statistikos departamentas“¹⁶⁴, vykdydamas ES iniciatyvą atsiliepiant į „Stiglitz-Sen-Fitousi pranešimą ir Komisijos komunikato rekomendacijas geresniam visuomenės pažangos

¹⁵⁸ Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių, 2012, p. 20-21, prieiga per internetą: < <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41> >, (žiūrėta 2013-11-20).

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 4.

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 liepos 27 d. nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 40-1290; *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 70-2574.

¹⁶² Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių, 2012, p. 20-21, prieiga per internetą: < <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41> >, (žiūrėta 2013-11-20).

¹⁶³ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, Lietuvos sveikatos programa, *Valstybės Žinios*, 1998-07-17, Nr. 64-1842.

¹⁶⁴ Informacija apie gyvenimo kokybės rodiklius Lietuvoje, Lietuvos statistikos departamentas, 2012, p. 1, prieiga per internetą < http://web.stat.gov.lt/uploads/docs/Inform_gyvent_kokyb%C4%97s_rodikliai.pdf >, (žiūrėta 2013-12-15).

matavimui“¹⁶⁵. Europos Sąjungos statistikos tarnyba (Eurostatas) specialistų grupės pagalba parengė rekomenduojamą gyvenimo kokybės rodiklių sąrašą, pagal kurį nacionalinius duomenis pavedė rengti ir skelbti ES valstybėms narėms (bei keletui Europos valstybių, kurios nėra ES narės)¹⁶⁶. Lietuvos statistikos departamentas, vadovaudamasis Eurostato rekomendacijomis, nuo 2012 m. pradėjo skelbti 2005-2011 m. informaciją apie Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės rodiklius, apimančius aštuonias gyvenimo kokybę apibūdinančias temas: materialinės sąlygos; produktyvi veikla; sveikata; švietimas; laisvalaikis ir socialiniai ryšiai; ekonominis ir fizinis saugumas; valdymas ir pagrindinės teisės; aplinkos kokybė¹⁶⁷. Tačiau, šis bendrosios gyvenimo kokybės vertinimas pagal rekomenduojamus rodiklius, nors ir apima sveikatos sritį, nėra pakankamai išsamus vertinant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę sveikatos politikos aspektu. Todėl iškyla poreikis su sveikata susijusią gyvenimo kokybę vertinti kaip atskirą gyvenimo kokybės sritį, siūlant rekomenduojamus gyvenimo kokybės sveikatos srities rodiklius papildyti ar pakeisti rodikliais, detaliau atspindinčiais gyventojų su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ *Ibid.*

2. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

2.1. Tyrimo metodika ir vertinimo modelio sudarymas

Šio magistro baigiamojo darbo tyrimo objektas – su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu. Šis tyrimas buvo vykdomas 2013 m. liepos – 2013 m. gruodžio mėn. Prieš kuriant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelį tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje, palyginimui buvo pasirinkta 12 ES valstybių pagal jose egzistuojantį sveikatos apsaugos finansavimo modelį: keturios ES valstybės, turinčios Bismarko modelį – Vokietija, Austrija, Belgija, Nyderlandai; keturios ES valstybės, turinčios Beveridžo modelį – Jungtinė Karalystė, Švedija, Suomija, Danija ir keturios ES valstybės naujokės, turinčios mišrų modelį – Lietuva, Latvija, Estija ir Slovėnija. Taip pat buvo nuspręsta, kad būsimo su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelio rodikliai bus lyginami ne tik tarp pasirinktų 12 ES valstybių, bet lyginami ir su atitinkamo rodiklio ES-27 valstybių vidurkiu. ES-27 valstybių vidurkis (nors šiuo metu yra ES-28 valstybės narės – 28-toji ES narė Kroatija prie ES prisijungė 2013 m. liepos 1 d.) buvo pasirinktas, kadangi tyrimo metu šiame darbe naudojamose statistinių duomenų bazėse daugelio rodiklių vidurkis dar nebuvo pateiktas ES-28 valstybių, todėl norint išlaikyti vienodą palyginimo stilių, buvo pasirinktas ES-27 rodiklių vidurkis.

Kaip pagrindas vertinimo metodikai kurti, buvo sudaryta „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje schema“ (žr. žemiau pateiktą 2 pav.) . Ši schema sudaryta remiantis su sveikata susijusios gyvenimo kokybės modeliu ir apibrėžimu pagal J.R. Curtis ir kt.: „Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė – tai gyvenimo kokybės dalis, kurią įtakoja sveikata ir sveikatos priežiūra¹⁶⁸“,

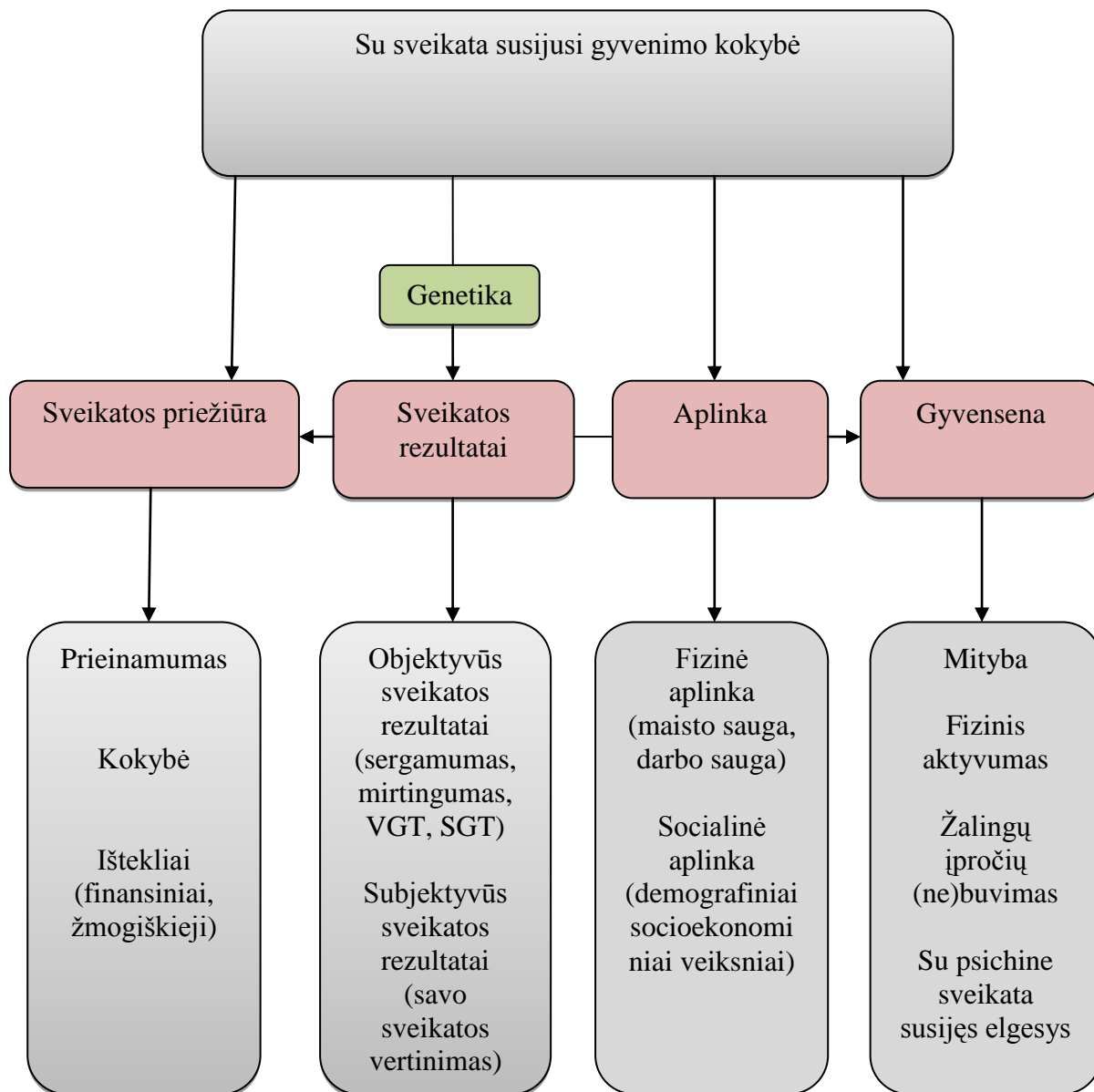
taip pat buvo remiamasi PSO pateikta sveikatą įtakančių veiksnių sampratos schema, pagal kurią pagrindiniai asmens sveikatą įtakoiantys veiksniai – tai:

- Genetinis pagrindas (20 proc.);
- Gyvensena (50 proc.);
- Aplinka (20 proc.);
- Medicinos pagalba (10 proc.)¹⁶⁹;

¹⁶⁸ Curtis J. R. et al., „Patient-assessed Health outcomes in Chronic Lung Disease: What are they, How Do They Help Us, and Where Do We Go From Here?“, *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 156, 1997, p. 1032-1039.

¹⁶⁹ Belousovaitė V., Aplinkos sąlygų svarba vaikų sveikatai, visuomenės sveikatos saugos skyrius, prieiga per internetą <http://vilniausvc.sam.lt/pub/vilnius/imagelib/file/2%20Aplinkos%20s%C4%85lyg%C5%B3%20svarba%20vaik%C5%B3%20sveikata%20-%20Viktorija%20Belousovait%C4%97.pdf>, (žiūrėta 2013-12-21).

ir 1993 m. PSO pateiktu gyvenimo kokybės apibrėžimu (žr. 15 arba 18 psl.), bei ES Socialinės apsaugos komiteto rodiklių pogrupio projekto dėl sveikatos vertinimo sistemos, pagrįstos Jungtinio vertinimo sistemos, (angl. JAF) metodika („Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation“) medžiaga, bei sisteminė įvairių moksliniuose šaltiniuose pateiktų gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės teorinės sampratos analize.



Šaltinis: sudaryta autorės remiantis su sveikata susijusios gyvenimo kokybės modeliu ir apibrėžimu pagal J.R. Curtis et al. (1997), pagal PSO sveikatą įtakančių veiksnių sampratą, pagal PSO (1993) gyvenimo kokybės apibrėžimą bei „Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation. Bruselis (2013) bei sisteminė šios temos mokslinių šaltinių analize.

2 pav. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje schema

2 pav. pavaizduota „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje schema“, remiantis minėtais moksliniais šaltiniais, buvo kuriama išskiriant keturias pagrindines su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sritis. Tai:

- Sveikatos priežiūra;
- Sveikatos rezultatai;
- Aplinka;
- Gyvensena.

Pagal išskirtas keturias pagrindines su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sritis tarptautinėse statistinių duomenų bazėse buvo ieškoma vertinimo rodiklių, labiausiai atitinkančių ir galinčių iliustruoti šias vertinimo sritis. Tuomet minėtos keturios pagrindinės su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje rodiklių vertinimo sritys buvo suskirstytos į siauresnes vertinimo rodiklių sritis, kurios buvo dar detalizuotos:

- **Sveikatos priežiūra** (trys sritys: **prieinamumas**, **kokybė** ir **ištekliai** (finansiniai ir žmogiškieji) iš viso apėmė septynis rodiklius.
- **Sveikatos rezultatai** (dvi sritys: **objektyvūs** (sergamumas, mirtingumas, vidutinė gyvenimo trukmė (VGT), sveiko gyvenimo trukmė (SGT) ir **subjektyvūs** sveikatos rezultatai (savo sveikatos vertinimas) iš viso apėmė 17 rodiklių.
- **Aplinka** (dvi sritys: **fizinė** (maisto sauga, darbo sauga) ir **socialinė** (demografiniai ir socioekonominiai veiksniai) aplinka apėmė devynis rodiklius.
- **Gyvensena** (keturios sritys: mityba, fizinis aktyvumas, žalingų įpročių (ne)buvimas, su psichine sveikata susijęs elgesys) apėmė šešis rodiklius.

Kaip matome 2 pav. pateiktoje „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje schemoje“ taip pat yra pavaizduota žmogaus genetikos įtaka jo sveikatai ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, tačiau šis veiksnys į su sveikata susijusių gyvenimo kokybės vertinimo rodiklių sistemą nebuvo įtrauktas, kadangi statistiniai duomenys šiuo aspektu nėra prieinami.

Paminėtina, kad šiame magistro darbe naudoti mirtingumo rodikliai buvo pasirinkti standartizuoti pagal amžių t.y. panaikinta amžiaus įtaka šių rodiklių reikšmei.

Visa „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės“ vertinimo sveikatos politikoje rodiklių sistema sudarė 39 rodiklius (žr. 3 priedą), apimančius ir objektyvius (grįstus valstybinių registru duomenimis) ir subjektyvius (grįstus gyventojų apklausų duomenimis) rodiklius. Objektyviųjų rodiklių informacija buvo renkama iš statistinių duomenų bazių Eurostat, HFA – DB (European

Health for All Database), subjektyviųjų rodiklių informacija – iš tarptautinių ir nacionalinių gyventojų apklausų - The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), Special Eurobarometer statistinių duomenų.

Atliktas tyrimas yra sudaryto su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu modelio išbandymas, todėl tai yra pilotinis tyrimas. „Pilotinis (angl. pilot) arba tinkamumo (angl. feasibility) tyrimas – atliekamas siekiant nustatyti tyrimo tinkamumą“¹⁷⁰. Tokio tipo tyrimai atliekami, kad būtų lengviau nuspręsti, ar verta atlikti detalių tyrimą; kuomet tyrėjas nori išnagrinėti jam dar mažai žinomą sritį¹⁷¹; „<...> siekiant plėtoti, tobulinti ar patikrinti matavimo priemones ir procedūras“¹⁷².

Reikia paminėti, kad kuriant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelį ir vertinimo metodiką, iš pradžių buvo bandoma 12-os pasirinktų ES valstybių gautus 39 rodiklių rezultatus įvertinti balais nuo nulio iki penkių arba nuo nulio iki aštuonių balų vertinimo sistemoje, tačiau išbandžius šį metodą, buvo nuspręsta jo atsisakyti dėl jo netikslingumo vertinant labai plataus diapazono skaičių rezultatus ir bandant nustatyti rodiklių rezultatų vertinimo tam tikru balu ribą. Taip pat, iš pradžių, buvo bandoma sukurti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelio išskirtoms keturioms vertinimo sritims suteikti tam tikrą reikšmingumo koeficiento matą, tačiau šio metodo, kaip ir rodiklių rezultatų vertinimo balais, buvo atsisakyta.

Paminėtina ir tai, kad kuriant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelį vertinimo rodiklių pasirinkimą kiek apsunkino kai kurių rodiklių prieinamumo statistinių duomenų bazėse kliūtys arba palyginti seni kai kurių rodiklių (pvz: duomenys apie gyventojų nutukimo rodiklį, KMI, fizinį aktyvumą, suteiktas profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugas ir kt.).

Tyrimo rezultatai pateikiami paveiksluose prie tyrimo rezultatų aptarimo ir darbo prieduose, naudojant statistinės duomenų analizės Microsoft Excel 2010 paketą.

Gautiems tyrimo rezultatams apibendrinti buvo sudaryta rezultatų apibendrinimo lentelė, (žr. 10 priedą), kurioje sutartiniais ženklais pažymėta, kurios valstybės (iš 12 pasirinktų ES valstybių) ir kurių valstybių kokie rodikliai yra žemesni, aukštesni arba lygūs ES-27 atitinkamo rodiklio vidurkiui. Šioje lentelėje taip pat išryškinti aukščiausi ir žemiausi atitinkamų valstybių rodiklių rezultatai. Šio tyrimo metu buvo siekiama nustatyti, kurių ES valstybių rodiklių rezultatai lyginant 12 pasirinktų ES valstybių rodiklius su atitinkamų rodiklių ES-27 valstybių vidurkiu, yra aukščiausi, t.y. atspindintys aukščiausią su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, kurių ES valstybių – žemiausi, t.y. atspindintys žemiausią su sveikata susijusią gyvenimo kokybę.

¹⁷⁰ Tyrimų tipai, prieiga per internetą <
http://aplinkotyra.vdu.lt/material/moduliai/mt_metodologija/skaidres/s1%20tema.pdf>, (žiūrėta 2014-03-22).

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² *Ibid.*

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

3.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai

3.1.1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos priežiūra“ rodiklių rezultatų aptarimas

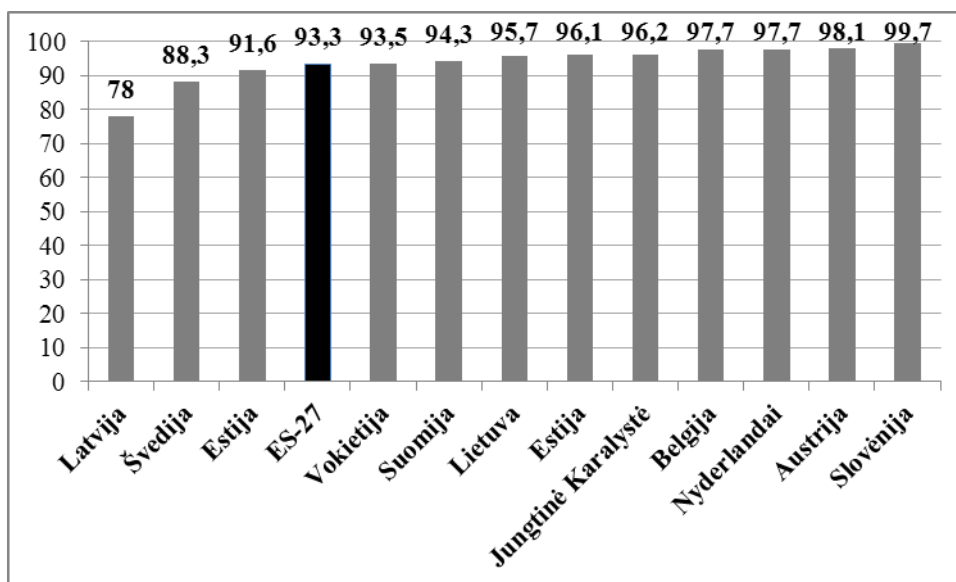
Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemoje pirmoji vertinimo sritis – „Sveikatos priežiūra“. Ši vertinimo sritis buvo skirstoma į tris siauresnes rodiklių grupes: prieinamumas, kokybė ir ištekliai (finansiniai ir žmogiškieji).

Prieinamumas (trys subjektyvūs, t.y. grįsti gyventojų apklausų duomenimis rodikliai):

- *Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais;*
- *Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais;*
- *Privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais.*

Aptariant pirmąjį su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos priežiūra“ prieinamumo srities subjektyvų rodiklį - „nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių, (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais“, kurio rezultatus iliustruoja žemiau pateiktas 4 pav., matome, kad šis subjektyvus rodiklis rodo gana aukštą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo lygį, lyginant ES-27 valstybių rodiklio vidurkį su pasirinktu 12-os ES valstybių rodikliu. Reikia paminėti, kad šio rodiklio vertinamo nepatenkinto poreikio nebuvimo gauti sveikatos priežiūros paslaugas kliūtys - „per brangu“, „per toli“, „ilgos laukimo eilės“, „nėra laiko“, „nežinau gero gydytojo ar specialisto“, „bijau gydytojo ar gydymo“, „palauksiu, kol liga praeis savaime“. Kaip matome iš 3 pav. šių prieinamumo kliūčių 2011 m. EU-SILC tyrimo duomenimis visiškai nepatyrė 93,3 proc. ES-27 valstybių respondentų (ES-27 vidurkis). Trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Estijos - 91,6 proc., Švedijos - 88,3 proc. ir žemiausias Latvijos - 78 proc.

3 pav. rodo, kad devynių iš 12-os pasirinktų ES valstybių šis rodiklis viršija ES-27 vidurkį – Vokietijos – 93,5 proc.; Suomijos – 94,3 proc.; Lietuvos – 95,7 proc.; Estijos – 96,1 proc.; Jungtinės Karalystės – 96,2 proc.; Belgijos ir Nyderlandų – po 97,7 proc., Austrijos 98,1 proc., ir aukščiausias - Slovėnijos 99,7 proc.



Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2011 m.

3 pav. Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais

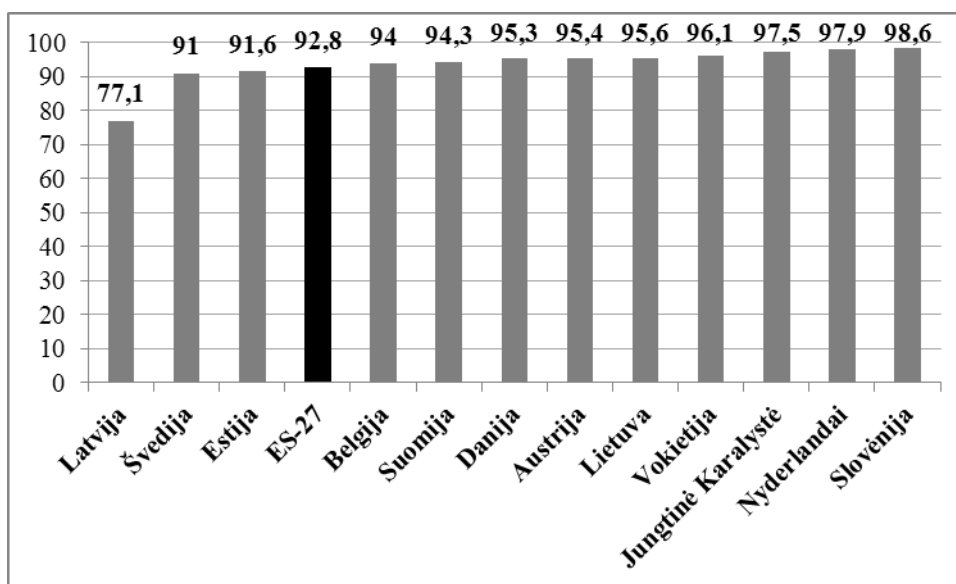
Taip pat svarbu paminėti, kad 3 pav. pateikiamas rodiklio bendras vertinimas pagal pajamų kvintilį, tačiau analizuojant ES-27 valstybių šio rodiklio vidurkį atskirai pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų kvintilio, buvo matomas nepatenkinto poreikio nebuvimo gauti sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių didėjimas, didėjant pajamoms. Pagrindinė sveikatos priežiūros prieinamumo kliūtis šiame vertinime buvo „per brangu“. Dėl šios kliūtis sveikatos priežiūros poreikio nepatenkino 2,3 proc. ES-27 valstybių respondentų. Vertinant šios kliūtis įtaką pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų kvintilio – buvo stebimas šių kliūtį įvardijusių mažėjimas, didėjant pajamoms.

Žemiau pateiktas 4 pav. iliustruoja antrąjį su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos priežiūra“ prieinamumo srities subjektyvų rodiklį - „nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių, (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais“. Kaip matome, 2011 m. EU-SILC tyrimo duomenimis, šio rodiklio ES-27 vidurkis, lygus 92,8 proc. (nors ir nežymiai žemesnis už prieš tai aptartą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rodiklį), rodo gana aukštą burnos sveikatos priežiūros paslaugų

prieinamumo lygį. Šio rodiklio vertinamas nepatenkintas poreikis gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas yra dėl tų pačių (kaip ir prieš tai minėto rodiklio) kliūčių - „per brangu“; „per toli“; „ilgos laukimo eilės“; „nėra laiko“; „nežinau gero gydytojo ar specialisto“, „bijau gydytojo ar gydymo“; „palauksiu, kol praeis savaime“.

Iš 4 pav. matyti, kad trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 rodiklio vidurkį – Estijos – 91,6 proc.; Švedijos šis rodiklis siekė 91 proc.; ir žemiausias rodiklis buvo Latvijos, kur nepatenkinto poreikio gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių neturėjo 77,1 proc. respondentų.

Devynių iš dvylikos lyginamų ES valstybių šis rodiklis buvo aukštesnis už ES-27 vidurkį, t.y. viršijo 92,8 proc. Jungtinės Karalystės šis rodiklis siekė – 97,5 proc., Nyderlandų – 97,9, o aukščiausias Slovėnijos – 98,6 proc. Pagrindinė burnos sveikatos priežiūros prieinamumo kliūtis šiame vertinime (kaip ir prieš tai aptarto rodiklio) buvo „per brangu“. Dėl šios kliūties burnos sveikatos priežiūros poreikio nepatenkino 4,3 proc. ES-27 valstybių respondentų. 4 pav. yra pateikiamas rodiklio bendras vertinimas pagal pajamų kvintilį, tačiau analizuojant ES-27 valstybių šio rodiklio vidurkį atskirai pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų kvintilio buvo stebimas šią kliūtį įvardijusių mažėjimas didėjant pajamoms (kaip ir pirmojo rodiklio).

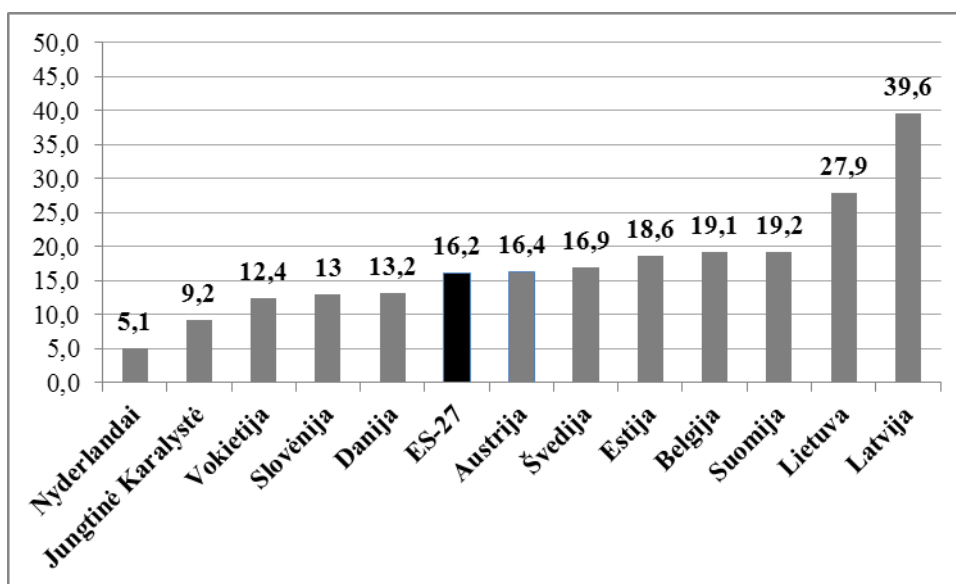


Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2011 m.

4 pav. Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais

5 pav. iliustruoja trečiąją su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos priežiūra“ prieinamumo srities subjektyvų rodiklį - „privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais“. Tai rodiklis, kurio reikšmė parodo korupcijos pasireiškimo lygį valstybės sveikatos apsaugos sistemoje. Kaip matome iš žemiau pateikto 5 pav., 2011 m. HFA-DB duomenimis, rodiklio „privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų“, ES-27 vidurkis - 16,2 proc. Septynių iš 12 lyginamų ES valstybių šis rodiklis viršijo ES-27 rodiklio vidurkį. Aukščiausias šis rodiklis, taigi ir didžiausias korupcijos pasireiškimo lygis valstybės sveikatos apsaugos sistemoje tarp lyginamų 12 ES valstybių buvo Lietuvos – 27,9 proc., ir Latvijos – 39,6 proc.

Penkių iš 12 lyginamų ES valstybių privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų dalis buvo žemesnė už ES-27 vidurkį. Danijos – 13,2 proc., Slovėnijos – 13 proc., Vokietijos – 12,4 proc., Jungtinės Karalystės – 9,2 proc., ir žemiausias šis rodiklis Nyderlandų - 5,1 proc. Taigi pagal šį rodiklį, Nyderlanduose iš 12 lyginamų ES valstybių, 2011 m. HFA-DB duomenimis buvo žemiausias korupcijos pasireiškimo lygis sveikatos apsaugos sistemoje.



Šaltinis: HFA – DB, 2011 m.

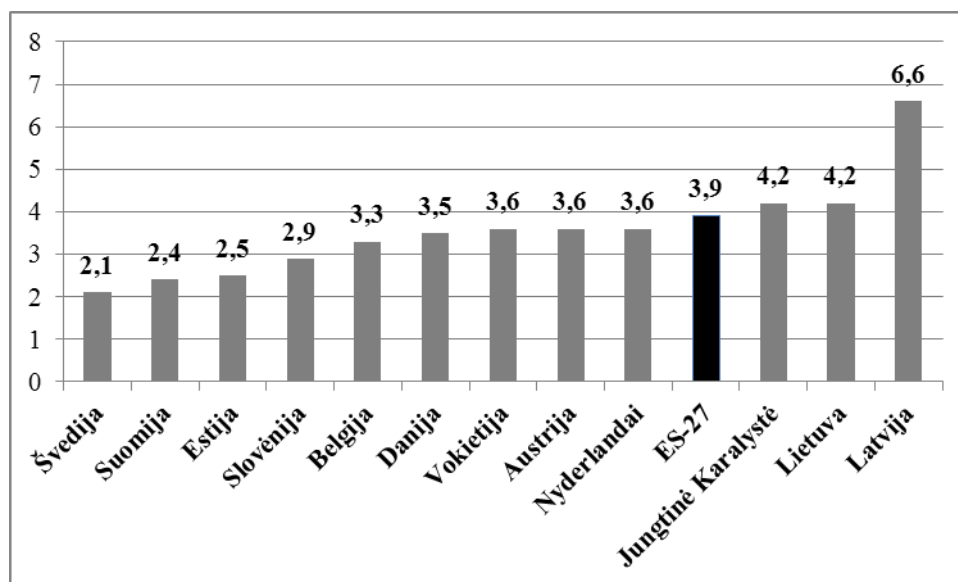
5 pav. Privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemos pirmosios vertinimo srities – „Sveikatos priežiūra“ antroji siauresnė rodiklių grupė – kokybė.

Kokybė (vienas objektyvus rodiklis):

- ***Kūdikių mirtingumas 1000 - čiu gimusiųjų.***

Žemiau pateiktas 6 pav. iliustruoja su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „sveikatos priežiūra“ kokybės srities objektyvų rodiklį „kūdikių mirtingumas 1000 - čiu gimusiųjų“. Pripažįstama, kad tai yra „pagrindinis gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklis“¹⁷³. Kaip matome iš 6 pav., „kūdikių mirtingumo 1000 - čiu gimusiųjų“ rodiklio ES-27 valstybių vidurkis 2011 m. Eurostat duomenimis buvo 3,9. Aukštesnis už ES-27 vidurkį, šis rodiklis tarp 12-os šiame darbe lyginamų ES valstybių buvo trijose ES valstybėse – Jungtinėje Karalystėje ir Lietuvoje po 4,2 ir aukščiausias – Latvijoje 6,6. Kaip matome, nors Lietuvai ir pavyko sumažinti kūdikių mirtingumo rodiklį (tai buvo vienas iš 1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programos sėkmingai įgyvendintų tikslų), tačiau šis rodiklis, nors ir nežymiai, bet atsilieka nuo ES-27 vidurkio. Tuo tarpu devyniose iš 12-os lyginamų ES valstybių kūdikių mirtingumo rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį. Nyderlanduose, Austrijoje ir Vokietijoje, šis rodiklis siekia po 3,6, Danijoje - 3,5, Belgijoje - 3,3, Slovėnijoje - 2,9. Trys iš 12 lyginamų ES valstybių gali pasigirti itin žemu kūdikių mirtingumo rodikliu – Estija - 2,5, Suomija- 2,4 ir Švedija – 2,1.



Šaltinis: Eurostat, 2011 m.

6 pav. **Kūdikių mirtingumas 1000 - čiu gimusiųjų**

¹⁷³ ECHIM, Europos Bendrijos sveikatos rodikliai ir jų aprašymai, prieiga per internetą <http://sic.hi.lt/html/echim_r.htm>, (žiūrėta 2014-01-04).

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemos pirmosios vertinimo srities – „Sveikatos priežiūra“ trečioji siauresnė rodiklių grupė – tai ištekliai (finansiniai, žmogiškieji, materialiniai). **Finansiniai ištekliai** apėmė vieną objektyvų rodiklį:

- ***Valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais.***

Žemiau pateiktas 7 pav. iliustruoja su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos priežiūra“ trečiosios siauresnės - finansinių išteklių srities objektyvų rodiklį - „valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais“. Svarbu paminėti, kad 12 lyginamų ES valstybių skirstomos pagal jose egzistuojantį sveikatos apsaugos finansavimo modelį: keturios ES valstybės, turinčios Bismarko modelį – Vokietija, Austrija, Belgija, Nyderlandai; keturios ES valstybės, turinčios Beveridžo modelį – Jungtinė Karalystė, Švedija, Suomija, Danija ir keturios ES valstybės naujokės, turinčios mišrų modelį – Lietuva, Latvija, Estija ir Slovėnija. „Bismarko sistema yra finansuojama iš privalomojo draudimo mokesčių, kuriuos moka darbdaviai ir darbuotojai ir/arba iš bendrų mokesčių. Lėšos yra valdomos apsidraudusiųjų žmonių atstovų. Piliečiai, kurie neturi priėjimo prie šių lėšų, yra apmokami iš mokesčių arba privataus draudimo“¹⁷⁴. Beveridžo sistemai būdinga tai, kad ji yra „finansuojama iš mokesčių, laisvas priėjimas visiems piliečiams, kontroliuojama vyriausybės - rinkto atstovo, valdoma valstybės“¹⁷⁵. Mišrios sistemos yra finansuojamos iš mokesčių, draudimo mokesčių, vartotojo mokesčių ir t.t. Šios sistemos „kontroliuojamos vyriausybės ir privačių draudimo kompanijų. Finansavimo pagrindas – „valstybinis biudžetas ir darbdavių/darbuotojų mokesčiai“¹⁷⁶.

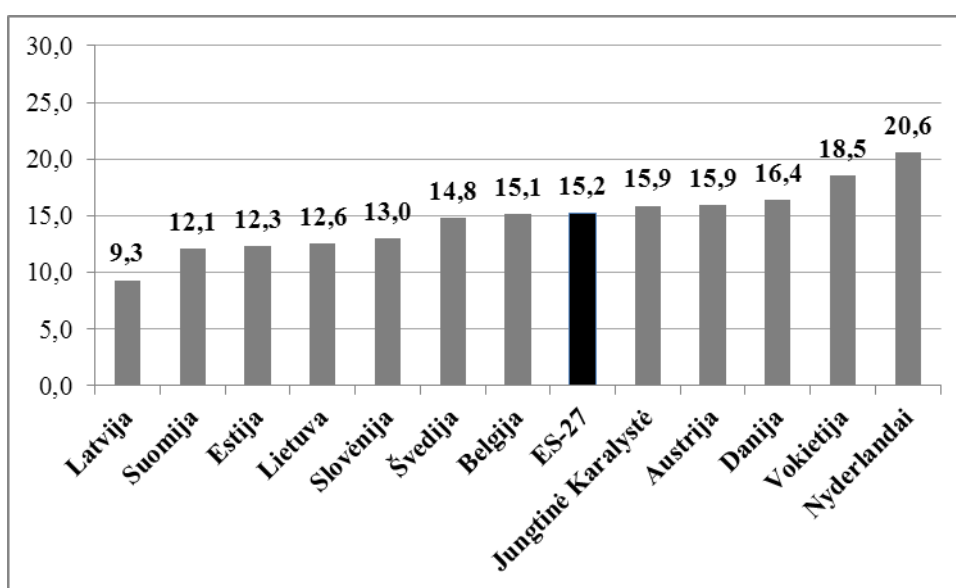
Nepaisant šių sveikatos apsaugos finansavimo sistemų skirtumų, 8 pav. matome, kad ES-27 rodiklio „valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais“ vidurkis 2011 m. HFA-DB duomenimis yra 15,2 proc. Matome, kad septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį. Į šį sąrašą patenka visos keturios valstybės, turinčios mišrų sveikatos apsaugos finansavimo modelį – Slovėnija 13,0 proc., Lietuva – 12,6 proc., Estija – 12,3 proc., ir Latvija, kurios šis rodiklis yra pats žemiausias iš 12 lyginamų ES valstybių – 9,3 proc. Rodiklis „valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais“ taip pat žemesnis nei ES-27 vidurkis yra dviejų Beveridžo sistemos valstybių - Suomijos – 12,1 proc., ir Švedijos 14,8 proc., bei vos 0,1 proc. žemesnis nei ES-27 vidurkis yra Bismarko sistemos atstovės Belgijos rodiklis – 15,1 proc.

¹⁷⁴ Jankauskienė D., Metodinė medžiaga, Sveikatos apsaugos sistemos: Bismarko, Beveridžo ir Semaško, prieiga per internetą <http://djank.home.mruni.eu/?page_id=3>, (žiūrėta 2014-01-04).

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ *Ibid.*

Tuo tarpu penkių iš 12 lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį, t.y. dviejų Beveridžo sistemos atstovių - Jungtinės Karalystės – 15,9 proc. ir Danijos – 16,4 proc., bei trijų Bismarko sistemos valstybių – Austrijos – 15,9 proc., Vokietijos – 18,5 proc., ir aukščiausias – Nyderlandų – 20,6 proc. Taigi, nors vien tik pagal šį rodiklį negalime įvertinti, kuri sveikatos apsaugos finansavimo sistema yra geriausia, „pagal EHCI, sveikatos apsaugos sistemos, kurios finansuojamos draudimu (Bismarko sistema), atrodo žymiai pranašesnės už mokesčiais grindžiamas sistemas (Beveridžo sistema)“¹⁷⁷.



Šaltinis: HFA – DB, 2011 m.

7 pav. Valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais

Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemos pirmosios vertinimo srities – „Sveikatos priežiūra“ trečioji smulkesnė rodiklių grupė – tai ištekliai (finansiniai, žmogiškieji).

Žmogiškieji ištekliai apėmė du objektyvius rodiklius:

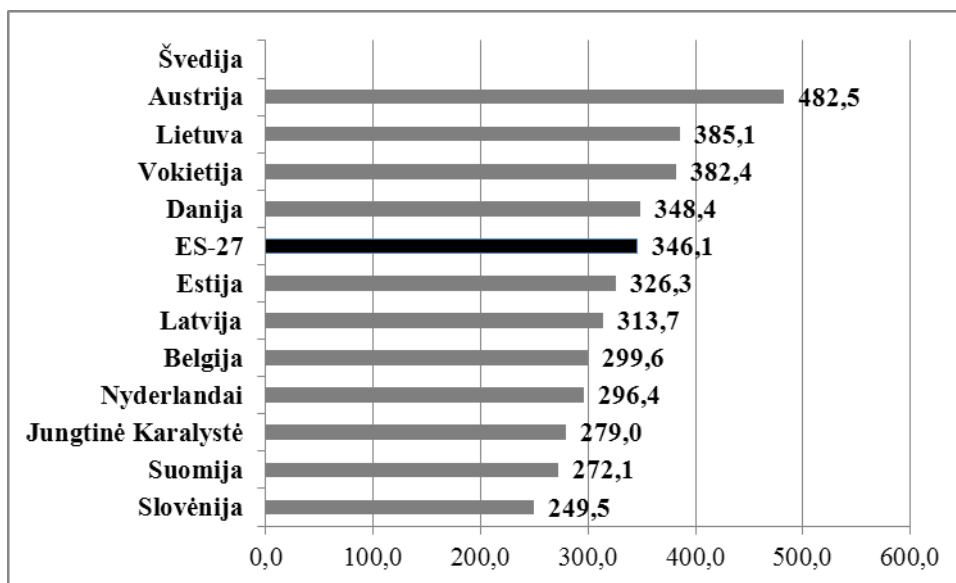
- ***Praktikuojančių gydytojų skaičius 100, 000 - čių gyventojų;***
- ***Praktikuojančių slaugytojų skaičius 100, 000 - čių gyventojų.***

¹⁷⁷ 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas: Pagal metinį ES vertinimą, nepaisant finansų krizės, Lietuva pagerina sveikatos apsaugos sistemą, Health Consumer Powerhouse, 2013, p. 1. ,prieiga per internetą < <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf> >, (žiūrėta 2013-12-04).

„Pakankamų galimybių naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis užtikrinimas yra pagrindinis visų ES valstybių narių tikslas. Be kita ko, tam reikia pakankamai sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, kad būtų patenkinti gyventojų poreikiai¹⁷⁸“.

Žemiau pateiktas 8 pav. iliustruoja su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos priežiūra“ trečiosios siauresnės žmogiškųjų išteklių srities pirmąjį objektyvų rodiklį - „praktikuojančių gydytojų skaičius 100, 000 - čių gyventojų“. Kaip matome iš 8 pav., šio rodiklio ES-27 vidurkis, HFA-DB vėliausiai prieinamais duomenimis, lygus 346,1 praktikuojančių gydytojų 100, 000-čių gyventojų. Septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį. Estijos – 326,3; Latvijos – 313,7; Belgijos – 299,6; Nyderlandų – 296,4; Jungtinės Karalystės – 279,0; Suomijos – 272,1 ir žemiausias – Slovėnijos, kur 249,5 praktikuojančių gydytojų tenka 100, 000 - čių gyventojų. Keturių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį. Šios valstybės – tai Danija -348,4; Vokietija -382,4; Lietuva -385,1 ir aukščiausias – Austrijos, kur 482,5 praktikuojančių gydytojų tenka 100, 000 - čių gyventojų. 9 pav. Švedijos rodiklis nepateiktas, kadangi šios šalies statistiniai duomenys duomenų bazėje šia tema nebuvo įvesti. Kaip matome Danijoje, Vokietijoje, Lietuvoje ir Austrijoje praktikuojančių gydytojų skaičius 100, 000 - čių gyventojų viršija ES-27 vidurkį, kas gali paskatinti gydytojų emigraciją į ES valstybes, kuriose šis rodiklis yra žemesnis. Tačiau gerų specialistų emigracija yra didelis nuostolis valstybei ir jos gyventojams, kadangi gydytojai vykdo pirminę, antrinę ir tretinę gyventojų sveikatos priežiūrą, gelbsti gyvybes, o šių specialistų paruošimas yra brangus ir užtrunka gana ilgai. Todėl itin svarbi sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių poreikio sąbėsenos ir planavimas, taip pat gydytojų darbo sąlygų gerinimas.

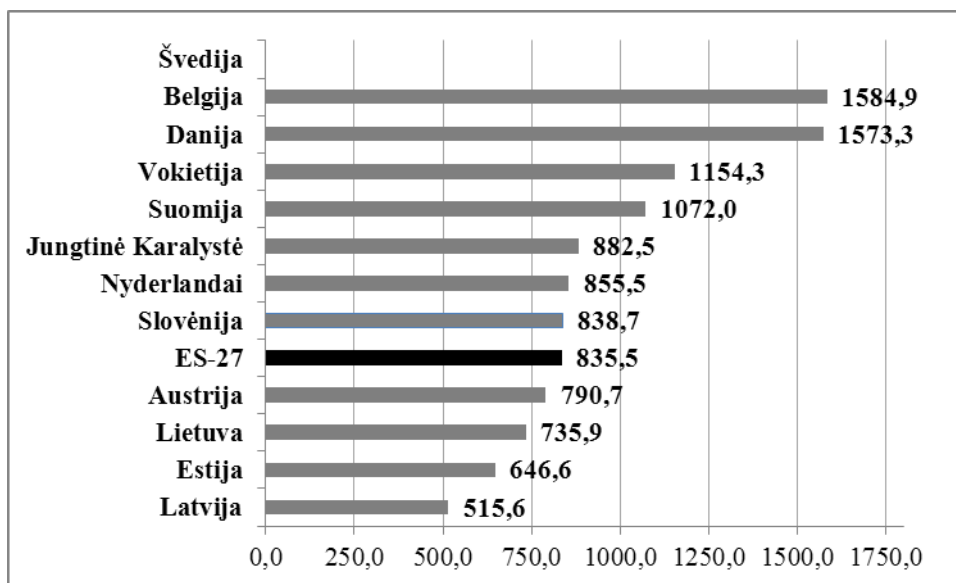
¹⁷⁸ Santrauka „Apie sveikatą glaustai: Europa“, prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_lt.pdf>, (žiūrėta 2014-01-04).



Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

8 pav. **Praktikuojančių gydytojų skaičius 100, 000 - čių gyventojų**

Žemiau pateiktas 9 pav. iliustruoja su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „sveikatos priežiūra“ trečiosios smulkesnės žmogiškųjų išteklių srities antrąjį objektyvų rodiklį - „praktikuojančių slaugytojų skaičius 100, 000 - čių gyventojų“. Šis rodiklis yra taip pat labai svarbus, nes slaugytojai yra neatsiejama tiek pirminės, tiek antrinės, tiek tretinės sveikatos priežiūros personalo dalis, praleidžianti didžiąją laiko dalį su pacientu ir lydinti jį bet kuriame sveikatos priežiūros lygyje. Kaip matome iš 9 pav. „praktikuojančių slaugytojų skaičiaus 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklio ES-27 valstybių vidurkis, HFA-DB vėliausiai prieinamais duomenimis, yra 835,5 t.y. beveik 2,5 karto didesnis už 9 pav. pavaizduotą „praktikuojančių gydytojų skaičiaus 100, 000 - čių gyventojų“ ES-27 vidurkį, kuris lygus 346,1. Kaip matome iš 9 pav., keturių iš 12-os lyginamų ES valstybių „praktikuojančių slaugytojų skaičiaus 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Austrijos -790,7; Lietuvos - 735,9; Estijos – 646,6 ir žemiausias rodiklis – Latvijos, t.y. 515,6. Tuo tarpu septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Slovėnijos -838,7; Nyderlandų – 855,5; Jungtinės Karalystės – 882,5; Suomijos – 1072,0; Vokietijos – 1154,3; Danijos – 1573,3 ir aukščiausias – Belgijos – 1584,9. Šie praktikuojančių slaugytojų skaičiaus 100, 000 - čių gyventojų netolygumai tarp šalių susidaro dėl specialistų emigracijos bei dėl labiau išvystytos sveikatos priežiūros sistemos ekonomiškai stipresnėse valstybėse. Švedijos rodiklis nepateiktas, kadangi šalies šio rodiklio duomenys HFA-DB duomenų bazėje nebuvo įvesti.



Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

9 pav. **Praktikuojančių slaugytojų skaičius 100, 000 - šių gyventojų**

3.1.2. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Sveikatos rezultatai“ (objektyvūs ir subjektyvūs) rodiklių rezultatų aptarimas

Antroji sritis su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemoje yra „Sveikatos rezultatai“, kurie skiriami į objektyvius, (kurių vertinimas remiasi objektyviais oficialiai renkamais gyventojų sveikatos statistikos rodikliais) ir į subjektyvius, (kurių rezultatai atspindi subjektyvų gyventojų savo sveikatos vertinimą). Nuo šios magistro baigiamojo darbo dalies visi tyrimo rezultatus iliustruojantys paveikslai yra pateikiami darbo pabaigoje esančiuose prieduose.

Sveikatos rezultatai (objektyvūs) apima 11 rodiklių:

- *Sergamumas tuberkulioze 100, 000 - šių gyventojų;*
- *Mirtingumas nuo tuberkuliozės 100, 000 - šių gyventojų;*
- *Sergamumas ŽIV 100, 000 - šių gyventojų;*
- *Sergamumas AIDS 100, 000 - šių gyventojų;*
- *Mirtingumas nuo piktybinių navikų 100, 000 - šių gyventojų;*
- *Hospitalinis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis 100, 000 - šių gyventojų;*

- ***Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - čiu gyventojų;***
- ***Vidutinė gyvenimo trukmė gimus, (vyru, moteru), metais;***
- ***Sveiko gyvenimo trukmė gimus, (vyru, moteru), metais.***

10 pav., (žr. 4 priedą) iliustruoja „sergamumo tuberkulioze ir mirtingumo nuo tuberkuliozės 100, 000 - čiu gyventojų“ rodiklį. „Tuberkuliozė – viena grėsmingiausių, plačiai pasaulyje paplitusių lėtinių ligų, sąlygojančių didelį mirtingumą. Kiekvienais metais nuo šios infekcinės ligos miršta beveik tiek pat žmonių, kaip ir nuo ŽIV. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis trečdalis pasaulio gyventojų yra infekuoti tuberkuliozės mikobakterijomis (*Mycobacterium tuberculosis*). Apie 10 proc. užsikrėtusiųjų suserga tuberkulioze. Susirgimų skaičius yra toks didelis, kadangi egzistuoja ne tik aktyvi, bet ir latentinė (slaptoji) tuberkuliozės forma, kuri sudaro 90 % visų susirgimų“¹⁷⁹.

Kaip matome iš 10 pav., (žr. 4 priedą), ES-27 valstybių sergamumo tuberkulioze 100, 000 – čiu gyventojų rodiklio vidurkis yra – 12,1; mirtingumo nuo tuberkuliozės 100, 000 – čiu gyventojų rodiklio vidurkis – 0,8. Keturių iš 12-os lyginamų ES valstybių sergamumo tuberkulioze rodikliai viršija ES-27 vidurkį – Jungtinės Karalystės – 12,6; Estijos – 22,1; Latvijos – 42,0 ir aukščiausias Lietuvos – net 54,2. Nors ir 1998-2010 m. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo rezultatai rodo, kad užsibrėžtas tikslas „sumažinti sergamumą tuberkulioze 30 proc.“ buvo pasiektas, tačiau kaip matome iš 11 pav. Lietuvoje HFA-DB vėliausiai prieinamais duomenimis šis rodiklis yra vienas aukščiausių ES. Kalbant apie mirtingumo nuo tuberkuliozės 100, 000 – čiu gyventojų rodiklį, trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Estijos – 2,7; Latvijos – 3,5 ir aukščiausias Lietuvos – 6,1.

Tuo tarpu aštuonių iš 12-os lyginamų ES valstybių sergamumo tuberkulioze rodikliai yra žemesni už ES-27 vidurkį – Slovėnijos – 8,8; Belgijos – 6,6; Danijos – 6,5; Nyderlandų ir Suomijos – po 5,8; Švedijos ir Austrijos – po 4,8 ir žemiausias sergamumo tuberkulioze rodiklis – Vokietijos – 4,4. Devynių iš 12 lyginamų ES valstybių mirtingumo nuo tuberkuliozės 100, 000 – čiu gyventojų rodiklis neviršija ES-27 vidurkio, t.y. 0,8.

11 pav., (žr. 4 priedą) iliustruoja „sergamumo ŽIV ir sergamumo AIDS 100, 000 – čiu gyventojų“ rodiklį. „ŽIV – tai žmogaus imunodeficitu virusas. ŽIV sukelia AIDS – įgytą (akvizitinį) imunodeficitu sindromą, pasireiškiantį įvairiomis (oportunistinėmis) infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis. ŽIV vadinamas virusas, kuris, patekęs į žmogaus organizmą, naikina baltuosius kraujo kūnelius (T-limfocitus), imuninėje sistemoje atliekančius labai svarbų vaidmenį

¹⁷⁹Prieiga per internetą < <http://www.tuberkulioze.eu/>>, (žiūrėta 2014-01-05).

kontroliuojant (įspėjant ar stabdant) infekcijas. AIDS – įgyto imunodeficito sindromas, yra vėlyvoji ŽIV infekcijos stadija. AIDS diagnozuojama tada, kai ŽIV išveda iš rikiuotės imuninę sistemą ir kai asmuo suserga sunkiomis ligomis, nes imuninė sistema yra visiškai pažeista. Laiku neskyrus specifinio priešvirusinio gydymo, ŽIV liga baigiasi mirtimi¹⁸⁰. Kaip matome iš 11 pav., (žr. 4 priedą), sergamumo ŽIV rodiklio ES-27 vidurkis, HFA-DB vėliausiai prieinamais duomenimis, yra 5,7 atvejai 100, 000 – šių gyventojų, AIDS rodiklio vidurkis ES-27 – 0,9 atvejai 100, 000 – šių gyventojų. Kalbant apie sergamumo ŽIV rodiklį, penkių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Nyderlandų – 6,1; Jungtinės Karalystės – 10; Belgijos – 11; Latvijos – 14,5 ir aukščiausias Estijos – 27,3 atvejai 100, 000 – šių gyventojų.

Septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių sergamumo ŽIV rodiklis yra žemesnis už ES-27 rodiklio vidurkį – Lietuvos – 5,2; Danijos – 4,8; Švedijos – 3,9; Vokietijos ir Austrijos – po 3,5; Suomijos – 3,3 ir žemiausias – Slovėnijos – 2,7.

Kalbant apie „sergamumo AIDS, (vėlyvąją ŽIV infekcijos stadiją) rodiklį, iš 11 pav., (žr. 4 priedą) matyti, kad keturiose iš lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 rodiklio vidurkį – Danijoje ir Nyderlanduose – po 1,1; Estijoje – 2,8 ir aukščiausias – Latvijoje – 5,2 atvejai 100, 000 – šių gyventojų.

Tuo tarpu sergamumo AIDS rodikliai žemesni už ES-27 rodiklio vidurkį yra aštuoniose iš 12 lyginamų ES valstybių – Austrijoje – 0,8; Švedijoje ir Slovėnijoje – po 0,7; Lietuvoje – 0,6; Suomijoje – 0,5 ir žemiausias rodiklis Vokietijoje – 0,3 atvejai 100, 000 – šių gyventojų.

„Pasaulio sveikatos organizacijos teigimu (2013 m.), kiekvienais metais nuo lėtinių neužkrečiamųjų ligų pasaulyje miršta apie 36 milijonus gyventojų. Nors mirties priežastys Lietuvoje ir kitose ES valstybėse narėse nedaug skiriasi (dvi dažniausios mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos bei piktybiniai navikai), tačiau Lietuvoje standartizuotas mirtingumo rodiklis nuo kraujotakos sistemos ligų yra vienas didžiausių tarp ES valstybių narių¹⁸¹”.

12 pav. iliustruoja, (žr. 4 priedą), „mirtingumo nuo piktybinių navikų 100, 000 – šių gyventojų” rodiklį. Iš 12 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad ES-27 rodiklio vidurkis yra 167,3 mirties atvejai 100, 000 - šių gyventojų. Septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis viršija ES-27 vidurkį – Jungtinės Karalystės – 170,4; Nyderlandų – 180,6; Danijos – 185,7; Estijos – 186,5; Lietuvos – 187,3; Latvijos – 193,8 ir aukščiausias – Slovėnijos – 196,0 mirties nuo piktybinių navikų atvejai 100, 000 – šių gyventojų.

¹⁸⁰ Užkrečiamos ligos, ŽIV infekcija ir Aids, prieiga per internetą <<http://www.ulac.lt/ligos/%C5%BD/ziv-zmogaus-imunodeficito-virusas>>, (žiūrėta 2014-01-05).

¹⁸¹ Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, prieiga per internetą <http://www.smlpc.lt/lt/aplinkos_sveikata/klimatas_ir_sveikata/ekspozomo_nustatymas__kelias_i_sveikesne_ateiti.html>, (žiūrėta 2014-01-05).

Tuo tarpu, iš 12 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad penkių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Belgijos -166,9; Vokietijos – 157,9; Austrijos – 154,6; Švedijos – 141,2 ir žemiausias – Suomijos -135,2 mirties nuo piktybinių navikų atvejai 100, 000 – čių gyventojų.

13 pav., (žr. 4 priedą), iliustruoja „hospitalinio sergamumo kraujotakos sistemos ligomis ir mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - čių gyventojų” rodiklį. Kaip jau buvo minėta anksčiau, viena iš dažniausių mirties priežasčių – kraujotakos sistemos ligos. Iš 13 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad „hospitalinio sergamumo kraujotakos sistemos ligomis 100, 000 - čių gyventojų” ES-27 vidurkis, HFA-DB vėliausiai prieinamais duomenimis, yra 2398,9, o „mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - čių gyventojų” ES-27 rodiklio vidurkis – 212,9. Septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių hospitalinio sergamumo kraujotakos sistemos ligomis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Danijos – 2630,8; Latvijos – 2883,8; Suomijos – 2913,3; Estijos – 3327,4; Vokietijos – 3500; Austrijos – 3687,4 ir aukščiausias – Lietuvos – net 4489,8.

Tuo tarpu penkių iš 12-os lyginamų ES valstybių hospitalinio sergamumo kraujotakos sistemos ligomis rodiklis nors ir aukštas, bet yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Švedijos – 2334,5; Belgijos – 2173,1; Slovėnijos – 1976,1; Nyderlandų – 1693,7 ir žemiausias – Jungtinės Karalystės – 1291,1.

Kalbant apie „mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklį, iš 13 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad keturių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis viršija ES-27 rodiklio vidurkį – Slovėnijos – 218,4; Estijos – 369,2; Latvijos – 477,6 ir aukščiausias (kaip ir hospitalinio sergamumo kraujotakos sistemos ligomis) rodiklis yra Lietuvos – net 494,5 mirties atvejai 100, 000 –čių gyventojų.

Tuo tarpu aštuonių iš 12-os lyginamų ES valstybių „mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklis nors ir aukštas, bet yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Suomijos – 203,7; Vokietijos – 196,6; Austrijos – 196,4; Švedijos – 182,2; Belgijos -164,7; Jungtinės Karalystės – 164,2 ir žemiausias - Danijos ir Nyderlandų – po 139,2.

14 pav., (žr. 4 priedą), iliustruoja „vyrų vidutinės gyvenimo trukmės gimus, metais” rodiklį. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra „pagrindinis gyventojų sveikatos rodiklis. Jis atspindi bendrą rizikos veiksnių poveikį, ligų paplitimą, intervencijų bei gydymo veiksmingumą¹⁸²“. Iš 14 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad Eurostat 2011 m. duomenimis, „vyrų vidutinės gyvenimo trukmės gimus, metais” ES-27 rodiklio vidurkis yra 77,5 m. Penkių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis

¹⁸² ECHIM, Europos Bendrijos sveikatos rodikliai ir jų aprašymai, prieiga per internetą <http://sic.hi.lt/html/echim_r.htm>, (žiūrėta 2014-01-05).

rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Suomijos – 77,3 m.; Slovėnijos – 76,8 m.; Estijos – 71,4 m.; Latvijos – 68,6 m. ir žemiausias Lietuvos – 68,1 m.

Tuo tarpu septynių iš 12-os lyginamų valstybių „vyrų vidutinės gyvenimo trukmės gimus, metais” rodiklis yra aukštesnis už ES-27 rodiklio vidurkį – Belgijos ir Danijos - po 77,8 m.; Austrijos – 78,3 m.; Vokietijos – 78,4 m.; Jungtinės Karalystės – 79,1 m.; Nyderlandų – 79,4 m. ir aukščiausias rodiklis - Švedijos – 79,9 m.

15 pav., (žr. 4 priedą), iliustruoja „moterų vidutinės gyvenimo trukmės gimus, metais” rodiklį. Iš 15 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis, Eurostat 2011 m. duomenimis, yra 83,2 m., t.y. lyginant su 14 pav., (žr. 4 priedą), pavaizduotu vyrų vidutinės gyvenimo trukmės, gimus ES-27 valstybių vidurkiu, moterų šio rodiklio ES-27 vidurkis yra 5,7 m. didesnis nei vyrų. Iš 15 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad šešių iš 12-os lyginamų ES valstybių „moterų vidutinės gyvenimo trukmės gimus, metais” rodiklis yra nors ir nežymiai, bet žemesnis už ES-27 rodiklio vidurkį – Jungtinės Karalystės ir Nyderlandų po – 83,1 m.; Danijos – 81,9 m.; Estijos – 81,3 m.; Lietuvos – 79,3 m. ir žemiausias - Latvijos – 78,8 m.

Tuo tarpu, iš 15 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad dviejų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra lygus ES-27 vidurkiui – Belgijos ir Vokietijos – po 83,2 m. Keturių iš 12-os lyginamų ES valstybių „moterų vidutinės gyvenimo trukmės gimus, metais” rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Slovėnijos – 83,3 m.; Suomijos ir Švedijos – po 83,8 m. ir aukščiausias – Austrijos – 83,9 m.

16 pav., (žr. 4 priedą), iliustruoja „vyrų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais” rodiklį. „Sveiko gyvenimo trukmė išplečia gyvenimo trukmės sąvoką sergamumu ir neįgalumu tam, kad įvertintų nugyventų metų kokybę. Tai yra sudėtinis sveikatos rodiklis, atsižvelgiantis į mirtingumą ir prastą sveikatą, teikiantis daugiau informacijos apie ligų sukeltą naštą populiacijoje nei gyvenimo trukmės rodiklis. Gyvenimo trukmės ir kartu sveiko gyvenimo metų laiko tendencijos stebėjimas leidžia įvertinti, ar gyvenimo metai yra sveiki¹⁸³. Kaip matome iš 16 pav., (žr. 4 priedą), „vyrų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais” ES-27 rodiklio vidurkis, Eurostat 2011 m. duomenimis, yra 61,8 m. Septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Austrijos – 59,8 m.; Vokietijos – 57,9 m.; Suomijos – 57,7 m.; Lietuvos – 57,1 m.; Estijos – 54,2 m.; Slovėnijos – 54 m. ir žemiausias – Latvijos – 53,7 m.

Tuo tarpu, iš 16 pav., (žr. 4 priedą), matyti, kad penkių iš 12-os lyginamų ES valstybių „vyrų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais” rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Belgijos –

¹⁸³ ECHIM, Europos Bendrijos sveikatos rodikliai ir jų aprašymai, prieiga per internetą <http://sic.hi.lt/html/echim_r.htm>, (žiūrėta 2014-01-05).

63,3 m.; Danijos – 63,6 m.; Nyderlandų – 64 m.; Jungtinės Karalystės – 65,2 m. ir aukščiausias – Švedijos – 71,1 m.

17 pav., (žr. 4 priedą), iliustruoja „moterų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais“ rodiklį. Iš 17 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis, Eurostat 2011 m. duomenimis, yra 62,2 m., t.y. 0,4 m. didesnis nei 16 pav. pavaizduotas vyrų sveiko gyvenimo trukmės, gimus ES-27 valstybių vidurkis. Iš 17 pav., (žr. 4 priedą), matome, kad devynių iš 12-os lyginamų ES valstybių „moterų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Lietuvos – 62,1 m. (žemesnis už ES-27 vidurkį tik 0,1 m.); Austrijos – 60,4 m.; Danijos – 59,4 m.; Nyderlandų – 59 m.; Vokietijos – 58,7 m.; Suomijos – 58,3 m.; Estijos – 57,9 m.; Latvijos – 56,7 m. ir žemiausias – Slovėnijos – 53,8 m.

Tuo tarpu, kaip matome iš 17 pav., (žr. 4 priedą), trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių „moterų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais“ rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Belgijos – 63,5 m.; Jungtinės Karalystės – 65,2 m. ir aukščiausias – Švedijos – 70,2 m.

Įdomu yra tai, kad kaip matome iš 16 pav., „vyrų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais“ aukščiausias rodiklis iš lyginamų 12-os ES valstybių taip pat yra Švedijos, tačiau šis rodiklis yra aukštesnis už Švedijos „moterų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais“ rodiklį 0,9 m. Lygindami 16 pav. ir 17 pav. taip pat matome, kad „vyrų sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais“ rodiklis aukštesnis nei moterų atitinkamas rodiklis yra ir Nyderlanduose (vyrų ir moterų šio rodiklio skirtumas – 5 m.); Danijoje – (vyrų ir moterų šio rodiklio skirtumas lygus 4,2 m.), Slovėnijoje – vyrų ir moterų šio rodiklio skirtumas lygus 0,2 m. Tuo tarpu Jungtinėje Karalystėje, Eurostat 2011 m. duomenimis, tiek moterų, tiek vyrų „sveiko gyvenimo trukmės gimus, metais“ rodiklis toks pat, t.y. 65,2 m.

Aptarėme antrosios su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemos srities „Sveikatos rezultatai“ (objektyvių rodiklių) temą, tačiau „Sveikatos rezultatų“ sritis apima ir subjektyvius rodiklius.

Sveikatos rezultatai (subjektyvūs) apima šešis rodiklius:

- ***Gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinančių labai gerai, gerai, prastai, blogai), procentais;***
- ***Gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų, dalis procentais;***
- ***Gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimas (per pastarąsias 4 sav. visą laiką ir didžiąją laiko dalį jautėsi laimingi), procentais.***

18 pav., (žr. 5 priedą), iliustruoja pirmąjį antrosios su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemos srities „Sveikatos rezultatai“ (subjektyvūs) rodiklį - „gyventojų savo sveikatos

vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys labai gerai), procentais“ . Iš 18 pav., (žr. 5 priedą), matome, kad Eurostat (EU-SILC) 2011 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 22,4 proc. Septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Suomijos – 21,8 proc.; Nyderlandų – 21,1 proc.; Slovėnijos – 18,7 proc.; Vokietijos – 16,6 proc.; Estijos – 7,8 proc.; Lietuvos – 6,9 proc. ir žemiausias – Latvijos, kur tik 4,1 proc. respondentų savo sveikatą vertino labai gerai.

Tuo tarpu, penkių iš 12-os pasirinktų ES valstybių „gyventojų savo sveikatos vertinimo (bendro pagal pajamų kvintilį), (vertinančių labai gerai), procentais“ rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Danijos – 28,1 proc.; Belgijos – 29,7 proc.; Austrijos – 31,3 proc.; Jungtinės Karalystės – 35,4 proc. ir aukščiausias – Švedijos – 38,5 proc.

Svarbu paminėti, kad 18 pav. pateikiamas rodiklio bendras vertinimas pagal pajamų kvintilį, tačiau analizuojant ES-27 valstybių šio rodiklio vidurkį atskirai pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų kvintilio, buvo matomas „gyventojų savo sveikatą vertinančių labai gerai, procentais“ rodiklio didėjimas, didėjant pajamoms. Vadinasi, tuo daugiau respondentų vertinančių savo sveikatą labai gerai, kuo didesnės jų pajamos.

19 pav., (žr. 5 priedą), iliustruoja antrąjį subjektyvų „Sveikatos rezultatų“ rodiklį - „gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys gerai), procentais“ . Iš 19 pav., (žr. 5 priedą), matome, kad Eurostat (EU-SILC) 2011 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 45,7 proc. Devynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Estijos – 44,1 proc.; Belgijos – 43,9 proc.; Danijos – 42,9 proc.; Latvijos – 42,8 proc.; Jungtinės Karalystės – 42,1 proc.; Slovėnijos – 41,8 proc.; Švedijos – 41,4 proc.; Lietuvos – 39 proc.; ir žemiausias – Austrijos, kur 38,1 proc. respondentų savo sveikatą vertino gerai.

Tuo tarpu, trijų iš 12-os pasirinktų ES valstybių „gyventojų savo sveikatos vertinimo (bendro pagal pajamų kvintilį), (vertinančių gerai), procentais“ rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Suomijos – 47,3 proc.; Vokietijos – 48,2 proc. ir aukščiausias – Nyderlandų – 55,3 proc. Įdomu, kad pvz.; Latvijoje, kur kaip matėme iš 19 pav., (žr. 5 priedą), „gyventojų savo sveikatos vertinimo (bendro pagal pajamų kvintilį), (vertinančių labai gerai), procentais“ rodiklis Eurostat (EU-SILC) 2011 m. duomenimis tarp 12-os lyginamų ES valstybių yra žemiausias, t.y. 4,1 proc., tačiau pagal „gyventojų savo sveikatos vertinimo (bendro pagal pajamų kvintilį), (vertinančių gerai), procentais“ rodiklį, Latvijos šis rodiklis – 42,8 proc., nors yra žemesnis už ES-27 vidurkį, lygų 45,7 proc., tačiau aukštesnis už Jungtinės Karalystės, Slovėnijos, Švedijos, Lietuvos ir Austrijos šį rodiklį.

19 pav., (žr. 5 priedą), pateikiamas rodiklio bendras vertinimas pagal pajamų kvintilį, tačiau analizuojant ES-27 valstybių šio rodiklio vidurkį atskirai pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų kvintilio, (taip pat, kaip ir 18 pav., (žr. 5 priedą), analizuojamo rodiklio) buvo matomas „gyventojų savo sveikatą vertinančių gerai, procentais“ rodiklio didėjimas, didėjant jų pajamoms.

20 pav., (žr. 5 priedą) iliustruoja trečiąjį subjektyvų „Sveikatos rezultatų“ rodiklį - „gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys prastai), procentais”.

Iš 20 pav., (žr. 5 priedą), matome, kad Eurostat (EU-SILC) 2011 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 22,3 proc. Šešių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Suomijos – 23,6 proc.; Slovėnijos – 26,3 proc.; Vokietijos – 27 proc.; Estijos – 31,9 proc.; Lietuvos – 35,3 proc. ir aukščiausias Latvijos, kur 35,9 proc. respondentų savo sveikatą vertino prastai. Tuo tarpu taip pat šešių iš 12-os lyginamų ES valstybių „gyventojų savo sveikatos vertinimo (bendro pagal pajamų kvintilį), (vertinančių prastai), procentais“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Austrijos – 21,5 proc.; Danijos – 20,8 proc.; Nyderlandų – 17,9 proc.; Belgijos – 16,9 proc.; Jungtinės Karalystės – 16,8 proc. ir žemiausias – Švedijos, kur prastai savo sveikatą vertino 15,5 proc. respondentų.

20 pav., (žr. 5 priedą), pateikiamas rodiklio bendras vertinimas pagal pajamų kvintilį, tačiau analizuojant ES-27 valstybių šio rodiklio vidurkį atskirai pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų kvintilio, buvo matomas „gyventojų savo sveikatą vertinančių prastai, procentais“ rodiklio mažėjimas, didėjant jų pajamoms.

21 pav., (žr. 5 priedą) iliustruoja ketvirtąjį subjektyvų „Sveikatos rezultatų“ rodiklį - „gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys blogai), procentais”.

Iš 21 pav., (žr. 5 priedą), matome, kad Eurostat (EU-SILC) 2011 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 7,6 proc. Keturių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Slovėnijos – 10,3 proc.; Latvijos – 13,8 proc.; Estijos – 13,9 proc. ir aukščiausias Lietuvos, kur 15,3 proc. respondentų savo sveikatą vertino blogai.

Tuo tarpu aštuonių iš 12-os lyginamų ES valstybių „gyventojų savo sveikatos vertinimo (bendro pagal pajamų kvintilį), (vertinančių blogai), procentais“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Belgijos – 7,4 proc.; Austrijos – 7,2 proc.; Vokietijos – 6,6 proc.; Suomijos – 6,2 proc.; Danijos – 5,8 proc.; Nyderlandų – 4,9 proc.; Jungtinės Karalystės – 4,7 proc. ir žemiausias Švedijos, kur blogai savo sveikatą vertino 3,7 proc. respondentų.

21 pav., (žr. 5 priedą), pateikiamas rodiklio bendras vertinimas pagal pajamų kvintilį, tačiau analizuojant ES-27 valstybių šio rodiklio vidurkį atskirai pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų

kvintilio, (taip pat kaip ir 20 pav., (žr. 5 priedą), analizuojamo rodiklio) buvo matomas „gyventojų savo sveikatą vertinančių blogai, procentais“ rodiklio mažėjimas, didėjant jų pajamoms.

22 pav., (žr. 5 priedą) iliustruoja penktąjį subjektyvų „Sveikatos rezultatų“ rodiklį - „gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų, (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), dalis procentais“. Iš 22 pav., (žr. 5 priedą), matome, kad Eurostat (EU-SILC) 2011 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 31,7 proc. Devynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Švedijos – 32,4 proc.; Austrijos – 33,7 proc.; Nyderlandų – 34 proc.; Latvijos – 35,6 proc.; Jungtinės Karalystės – 36 proc.; Slovėnijos – 36,2 proc.; Vokietijos – 36,7 proc.; Estijos – 44,7 proc. ir aukščiausias - Suomijos, kur ilgalaikių sveikatos problemų/ligų teigė turintys 45,1 proc. respondentų.

Tuo tarpu trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių „gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų, (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), dalis procentais“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Danijos – 29,3 proc.; Lietuvos – 27,6 proc. ir žemiausias - Belgijos, kur ilgalaikių sveikatos problemų/ligų teigė turintys 26,1 proc. respondentų.

22 pav., (žr. 5 priedą), pateikiamas rodiklio bendras vertinimas pagal pajamų kvintilį, tačiau analizuojant ES-27 valstybių šio rodiklio vidurkį atskirai pagal pajamų kvintilį nuo I iki V pajamų kvintilio, (taip pat kaip ir 20 pav., (žr. 5 priedą), ir 21 pav., (žr. 5 priedą), analizuojamų rodiklių) buvo matomas „gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų, dalis procentais“ rodiklio mažėjimas, didėjant jų pajamoms.

23 pav., (žr. 5 priedą) iliustruoja šeštąjį subjektyvų „Sveikatos rezultatų“ rodiklį, atspindintį gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimą, remiantis Special Eurobarometer „Mental Health“ 2010 m. tyrimo duomenimis.

23 pav., (žr. 5 priedą), iliustruoja „gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimo (visą laiką ir didžiąją laiko dalį per pastarąsias 4 sav. jautėsi laimingi), dalis procentais“ rodiklį. Iš 23 pav., (žr. 5 priedą), matome, kad šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 61 proc. Penkių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Vokietijos - 60 proc.; Austrijos – 55 proc.; Estijos – 51 proc.; Lietuvos – 47 proc. ir žemiausias – Latvijos, kur „visą laiką ir didžiąją laiko dalį per pastarąsias 4 sav. jautėsi laimingi“ 41 proc. respondentų.

Tuo tarpu septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių „gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimo (visą laiką ir didžiąją laiko dalį per pastarąsias 4 sav. jautėsi laimingi), dalis procentais“ rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Švedijos ir Slovėnijos po 65 proc.; Danijos – 68 proc.; Jungtinės Karalystės – 70 proc.; Belgijos – 71 proc.; Suomijos – 79 proc. ir aukščiausias – Nyderlandų, kur „visą laiką ir didžiąją laiko dalį per pastarąsias 4 sav. jautėsi laimingi“ 82 proc. respondentų.

3.1.3. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Aplinka“ (fizinė ir socialinė) rodiklių rezultatų aptarimas

Trečioji sritis su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemoje yra aplinkos sritis, kuri buvo skiriama į fizinę ir socialinę aplinką. **Fizinės aplinkos** srities (susijusios su maisto, darbo sauga) vertinimui buvo parinkti trys rodikliai:

- *Salmoneliozės atvejų skaičius 100, 000 - čių gyventojų;*
- *Sužeidimų skaičius dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų;*
- *Mirtingumas dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100,000 - čių gyventojų.*

24 pav., (žr. 6 priedą), iliustruoja „salmoneliozės atvejų skaičiaus 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklį. „Salmoneliozė – tai ūmi infekcinė liga, kurią sukelia į virškinimo sistemą su maistu patekusios salmonelių grupei priklausančios bakterijos ar jų nuodai (toksinai)“¹⁸⁴. „Kai kuriems ligoniams bakterijos iš žarnyno gali patekti į kraują bei kitus organus. Tokiu atveju negydant liga gali baigtis mirtimi. Sunkesnė ligos eiga būna kūdikiams, mažiems vaikams, pagyvenusiems žmonėms bei asmenims su silpnesne imunine sistema“¹⁸⁵. Iš 24 pav., (žr. 6 priedą), matome, kad HFA - DB, vėliausiai prieinamais duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 21,6 atvejų 100, 000 gyventojų. Septyniose iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Austrijoje – 25,5 atvejų; Danijoje – 28,8 atvejų; Vokietijoje – 38,4 atvejų; Švedijoje – 38,9 atvejų; Suomijoje – 38,9 atvejų; Latvijoje – 42,5 atvejų ir aukščiausias – Lietuvoje, kur 100, 000-čių gyventojų tenka 53,7 salmoneliozės atvejų.

Tuo tarpu penkiose iš 12-os lyginamų ES valstybių „salmoneliozės atvejų skaičiaus 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Estijoje – 21,4 atvejų; Slovėnijoje – 19,2 atvejų; Jungtinėje Karalystėje – 16,5 atvejų; Belgijoje – 7,7 atvejų ir žemiausias – Nyderlanduose, kur 100, 000-čių gyventojų tenka 0,1 salmoneliozės atvejų.

25 pav., (žr. 6 priedą) iliustruoja „sužeidimų skaičiaus dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklį. Iš 25 pav., (žr. 6 priedą), matome, kad HFA - DB vėliausiai prieinamais duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 764,5 sužeidimai dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų. Šešiose iš 12-os lyginamų ES

¹⁸⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Kaip nesusirgti salmonelioze, prieiga per internetą <http://sena.sam.lt/lt/main/sveikatos_patarimai/prewencija/salmonelioze>, (žiūrėta 2014-03-09).

¹⁸⁵ Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, Salmoneliozės, prieiga per internetą <<http://www.ulac.lt/ligos/S/salmoneliozes>>, (žiūrėta 2014-03-09).

valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Danijoje – 815,9; Suomijoje – 838,5; Nyderlanduose – 1029,2; Vokietijoje – 1279,2; Austrijoje – 1347,8 ir aukščiausias – Belgijoje, kur 100, 000 –čių gyventojų tenka 1376,5 sužeidimai dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų.

Tuo tarpu, taip pat šešiose iš 12-os lyginamų ES valstybių, „sužeidimų skaičiaus dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Slovėnijoje – 762,5; Švedijoje – 291,9; Estijoje – 279,2; Jungtinėje Karalystėje – 250,8; Lietuvoje – 83,3 ir žemiausias – Latvijoje, kur 100, 000 –čių gyventojų tenka 66,4 sužeidimai dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų.

26 pav., (žr. 6 priedą) iliustruoja „mirtingumo dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklį. Iš 26 pav., (žr. 6 priedą), matome, kad HFA - DB vėliausiai prieinamais duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 0,9. Danijos šis rodiklis yra lygus 0,9, t.y. lygus ES-27 valstybių vidurkiui. Penkių iš 12-os lyginamų ES valstybių „mirtingumo dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Slovėnijos – 1,0; Estijos – 1,4; Lietuvos – 1,5; Latvijos – 1,6 ir aukščiausias – Austrijos, kur „mirtingumo dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklis yra lygus 1,8.

Tuo tarpu, šešiose iš 12-os lyginamų ES valstybių, „mirtingumo dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Vokietijos ir Belgijos – po 0,8; Suomijos ir Švedijos – po 0,6; Nyderlandų – 0,4 ir žemiausias – Jungtinės Karalystės, kur mirtingumas dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų lygus 0,3.

Socialinės aplinkos (demografinių ir socioekonominių veiksnių) vertinimui iš viso buvo išskirti šeši rodikliai. Socialinės aplinkos demografiniams veiksniams apibūdinti buvo parinkti du objektyvūs rodikliai:

- ***Natūralus gyventojų prieaugis 1000 - čiui gyventojų;***
- ***Gyventojų 65+ amžiaus grupėje dalis populiacijoje, procentais.***

27 pav., (žr. 7 priedą), iliustruoja „natūralaus gyventojų prieaugio 1000 - čiui gyventojų“ rodiklį. „Natūralus gyventojų prieaugis – tai skirtumas tarp gyvų gimusiųjų ir mirusiųjų skaičiaus“¹⁸⁶. „Tik teigiamas natūralusis gyventojų prieaugis gali garantuoti tautos išlikimą“¹⁸⁷.

¹⁸⁶ Demografija, prieiga per internetą <http://sic.hi.lt/data/apibr_dem.pdf>, (žiūrėta 2014-03-09).

¹⁸⁷ Stanaitis A., Natūralusis Lietuvos gyventojų prieaugis ir jo kaita per 50 metų, prieiga per internetą <<http://ausis.gf.vu.lt/mg/nr/2002/03/03prieaug.html>>, (žiūrėta 2014-03-09).

„Lietuvoje jau dvidešimt metų dėl neigiamos natūralios kaitos bei didelės emigracijos sparčiai mažėja gyventojų skaičius“¹⁸⁸.

Iš 27 pav., (žr. 7 priedą), matome, kad HFA - DB vėliausiai prieinamais duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 0,82. Penkiose iš 12-os lyginamų ES valstybių „natūralaus gyventojų prieaugio 1000 - čiu gyventojų“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Austrijoje – 0,2; neigiamas šiose šalyse – Estijoje, t.y. -0,39; Vokietijoje -2,13; Lietuvoje -2,14 ir žemiausias Latvijoje, kur „natūralaus gyventojų prieaugio 1000 - čiu gyventojų“ rodiklis HFA – DB vėliausiai prieinamais duomenimis yra -4,47.

Tuo tarpu septyniose iš 12-os lyginamų ES valstybių „natūralaus gyventojų prieaugio 1000 - čiu gyventojų“ rodiklis yra teigiamas ir aukštesnis už ES-27 vidurkį – Slovėnijoje – 1,51; Suomijoje – 1,75; Danijoje – 1,84; Belgijoje – 2,17; Švedijoje – 2,18; Nyderlanduose – 2,97 ir aukščiausias Jungtinėje Karalystėje, kur natūralaus gyventojų prieaugio 1000 - čiu gyventojų rodiklis HFA – DB vėliausiai prieinamais duomenimis yra 3,95.

28 pav., (žr. 7 priedą) iliustruoja socialinės aplinkos rodiklį - „asmenų 65+ amžiaus grupėje dalis populiacijoje, procentais“. „Jungtinių Tautų Organizacija rekomenduoja gyventojų senėjimo rodikliu laikyti 65 metų ir vyresnių žmonių skaičių (proc.) tarp visų gyventojų“¹⁸⁹. Demografiškai senomis šalys laikomos, jei jose daugiau negu septyni proc. visų gyventojų yra vyresni negu 65 metų¹⁹⁰.

Iš 28 pav., (žr. 7 priedą), matome, kad Eurostat 2012 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 17,8 proc. Austrijoje „asmenų 65+ amžiaus grupėje dalies populiacijoje, procentais“ rodiklis yra lygus ES-27 valstybių vidurkiui, t.y. 17,8. Penkiose iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis, nors ir nežymiai, bet yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Suomijoje ir Lietuvoje – po 18,1 proc.; Latvijoje – 18,6 proc.; Švedijoje – 18,8 proc. ir aukščiausias – Vokietijoje, kur „asmenų 65+ amžiaus grupėje dalies populiacijoje, procentais“ rodiklis lygus 20,6 proc.

Tuo tarpu šešiose iš 12-os lyginamų ES valstybių „asmenų 65+ amžiaus grupėje dalies populiacijoje, procentais“ rodiklis, nors ir nežymiai, bet yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Danijoje ir Belgijoje – po 17,3 proc.; Estijoje – 17,2 proc.; Jungtinėje Karalystėje – 16,9 proc.; Slovėnijoje – 16,8 proc. ir žemiausias – Nyderlanduose, kur „asmenų 65+ amžiaus grupėje dalies populiacijoje, procentais“ rodiklis lygus 16,2 proc.

¹⁸⁸ Demografija, prieiga per internetą < <http://sic.hi.lt/html/demografija.htm> >, (žiūrėta 2014-03-09).

¹⁸⁹ Kalėdienė R., et al., *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*, Kaunas: Šviesa, 1999 p. 81.

¹⁹⁰ *Ibid.*

Taigi, kaip matome ir žinome visoje Europoje stebima gyventojų senėjimo tendencija, kurią lemia mažėjantis gimstamumas ir ilgėjanti vidutinė gyvenimo trukmė¹⁹¹.

Socialinės aplinkos socioekonominiams veiksniams apibūdinti buvo parinkti keturi rodikliai:

- **30-34 m. asmenų, turinčių aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, dalis, procentais;**
- **Nedarbo lygis, procentais;**
- **Pajamų pasiskirstymo koeficientas (S80/S20);**
- **Skurdo rizikos lygis, procentais.**

29 pav., (žr. 8 priedą), iliustruoja pirmąjį socialinės aplinkos socioekonominių veiksnių rodiklį - „30-34 m. asmenų, turinčių aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, dalis, procentais“. Iš 29 pav., (žr. 8 priedą), matome, kad Eurostat 2012 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 35,8 proc. Dviejų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Vokietijos – 32 proc. ir žemiausias - Austrijos – 26,3 proc.

Tuo tarpu dešimties iš 12-os lyginamų ES valstybių „30-34 m. asmenų, turinčių aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, dalis, procentais“ rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Latvijos – 37,2 proc.; Estijos – 39,1.; Slovėnijos – 39,2 proc.; Nyderlandų – 42,2 proc.; Danijos – 43 proc.; Belgijos – 43,9 proc.; Suomijos – 45,8 proc.; Jungtinės Karalystės – 47,1 proc.; Švedijos – 47,9 proc. ir aukščiausias rodiklis - Lietuvos – 48,6 proc.

30 pav., (žr. 8 priedą), iliustruoja antrąjį socialinės aplinkos socioekonominių veiksnių rodiklį - „nedarbo lygis, procentais“, kuris „<...> išreiškiamas bedarbių ir darbo jėgos santykiu“¹⁹².

Iš 30 pav., (žr. 8 priedą), matome, kad Eurostat 2012 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 10,5 proc. Dešimties iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį - Estijos - 10,2 proc.; Slovėnijos – 8,9 proc.; Švedijos – 8,0 proc.; Jungtinės Karalystės – 7,9 proc.; Suomijos – 7,7 proc.; Belgijos – 7,6 proc.; Danijos – 7,5 proc.; Vokietijos – 5,5 proc.; Nyderlandų – 5,3 proc. ir žemiausias - Austrijos – 4,3 proc.

Tuo tarpu, dviejų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Lietuvos – 13,4 proc. ir aukščiausias - Latvijos, kur „nedarbo lygis, procentais“ Eurostat 2012 m. duomenimis yra 15 proc.

¹⁹¹ Demografija, prieiga per internetą < <http://sic.hi.lt/html/demografija.htm>>, (žiūrėta 2014-03-09).

¹⁹² Gyvenimo kokybės rodikliai, prieiga per internetą < http://www.osp.stat.gov.lt/documents/10180/483818/Gyvenimo_lygis_131018.pdf/f7e02c95-d9a0-4cb2-9ab4-deb6f334097f>, (žiūrėta 2014-03-15).

31 pav., (žr. 8 priedą), iliustruoja trečiąjį socialinės aplinkos socioekonominių veiksnių rodiklį - „pajamų pasiskirstymo koeficientą (S80/S20)”. „Pajamų kvintilio dalies santykis arba santykis S80/S20 – pajamų pasiskirstymo nelygybės rodiklis. Tai bendrų pajamų, kurias gauna 20 proc. visų didžiausias pajamas gaunančių gyventojų (viršutinis kvintilis), ir pajamų, kurias gauna 20 proc. visų mažiausias pajamas gaunančių gyventojų (apatinis kvintilis), santykis. Visos pajamos – ekvivalentinės disponuojamosios pajamos“¹⁹³.

Iš 31 pav., (žr. 8 priedą), matome, kad Eurostat 2012 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 5,1, t.y. „<...> 20 proc. gyventojų, gaunančių didžiausias ekvivalentines disponuojamasias pajamas, gavo penkis kartus daugiau pajamų nei 20 proc. gyventojų, gaunančių mažiausias ekvivalentines disponuojamasias pajamas“¹⁹⁴. Keturių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Lietuvos – 5,3; Jungtinės Karalystės ir Estijos – po 5,4; ir aukščiausias - Latvijos - 6,5.

Tuo tarpu, aštuonių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Danijos – 4,5; Vokietijos – 4,3; Austrijos – 4,2; Belgijos – 3,9; Suomijos ir Švedijos – po 3,7; Nyderlandų – 3,6; ir žemiausias – Slovėnijos – 3,4.

32 pav., (žr. 8 priedą) iliustruoja ketvirtąjį socialinės aplinkos socioekonominių veiksnių rodiklį - „skurdo rizikos lygis, procentais”. Tai - „skurdo rizikos lygis asmenų, kurių ekvivalentinės pinigines disponuojamosios pajamos mažesnės už skurdo rizikos ribą, dalis. Skurdo rizikos riba - sąlyginis pajamų dydis, už kurį mažesnes disponuojamasias pajamas gaunantys namų ūkiai priskiriami prie skurstančiųjų. Skurdo rizikos lygis apskaičiuojamas naudojant skurdo rizikos ribą, lygią 60 procentų ekvivalentinių piniginių disponuojamųjų pajamų medianos“¹⁹⁵.

Iš 32 pav., (žr. 8 priedą), matome, kad Eurostat 2012 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 16,9 proc. Trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Estijos – 17,5 proc.; Lietuvos – 18,6 proc., ir aukščiausias – Latvijos – 19,2 proc.

Tuo tarpu devynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Jungtinės Karalystės – 16,2 proc.; Vokietijos – 16,1 proc.; Belgijos – 15 proc.; Austrijos – 14,4 proc.; Švedijos – 14,1 proc.; Slovėnijos – 13,5 proc.; Suomijos – 13,2 proc.; Danijos – 13,1 proc. ir žemiausias – Nyderlandų – 10,1 proc.

¹⁹³ Bendrosios užimtumo ataskaitos projektas, pridedamas prie Komisijos komunikato „2014 m. metinė augimo apžvalga“, Europos Komisija, Briuselis, 2013-11-13, prieiga per internetą <http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/2014/jer2014_lt.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).

¹⁹⁴ Pajamų paskirstymo statistika, European Commission, Eurostat, prieiga per internetą <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Income_distribution_statistics/lt>, (žiūrėta 2014-03-15).

¹⁹⁵ Gyvenimo kokybės rodikliai, prieiga per internetą <http://www.osp.stat.gov.lt/documents/10180/483818/Gyvenimo_lygis_131018.pdf/f7e02c95-d9a0-4cb2-9ab4-deb6f334097f>, (žiūrėta 2014-03-15).

3.1.4. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo srities „Gyvensena“ rodiklių rezultatų aptarimas

Ketvirtoji sritis „Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sistemoje“ yra gyvensenos sritis, kuri apibūdina asmenų elgseną, susijusią su mityba, fiziniu aktyvumu, žalingu įpročių (ne) buvimu, psichine sveikata. **Gyvensenos sričiai** vertinti buvo parinkti šeši rodikliai:

- ***Vidutinis suvalgytas vaisių ir daržovių kiekis (kg) vienam žmogui per metus;***
- ***Niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalis, procentais;***
- ***Reguliariai užsiimančių fizine veikla lauke (važinėjimas dviračiu, vaikščiojimas, sodininkystė) gyventojų dalis, procentais;***
- ***Kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15 + amžiaus grupėje dalis, procentais;***
- ***Gryno alkoholio suvartojimas vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais;***
- ***Savižudybių skaičius 100, 000 - čių gyventojų.***

33 pav., (žr. 9 priedą), iliustruoja gyvensenos srities pirmąjį rodiklį - „vidutinį suvalgytą vaisių ir daržovių kiekį (kg) vienam žmogui per metus“. Iš 33 pav., (žr. 9 priedą), matome, kad HFA – DB, vėliausiai prieinamais duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 224,2. Devynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Belgijos – 218,3; Jungtinės Karalystės – 214,6; Nyderlandų – 212,6; Švedijos – 208; Estijos – 184,5; Vokietijos – 176,2; Suomijos – 172, 7; Lietuvos – 171,9 ir žemiausias – Latvijos, kur „vidutinio suvalgyto vaisių ir daržovių kiekio (kg) vienam žmogui per metus“ rodiklis lygus 151,3.

Tuo tarpu trijose iš 12-os lyginamų ES valstybių „vidutinio suvalgyto vaisių ir daržovių kiekio (kg) vienam žmogui per metus“ rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Slovėnijos – 224,5; Austrijos – 228,6 ir aukščiausias – Danijos – 235,4.

34 pav., (žr. 9 priedą) iliustruoja antrąjį gyvensenos srities - „niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalies, procentais“ rodiklį. Iš 34 pav., (žr. 9 priedą), matome, kad Special Eurobarometer „Sport and physical Activity“ 2010 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 39 proc. Trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Estijos – 41 proc.; Lietuvos ir Latvijos – po 44 proc.

Devynių iš 12-os lyginamų ES valstybių „niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalies, procentais“ rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Jungtinės Karalystės – 32 proc.; Vokietijos – 31 proc.; Austrijos – 29 proc.; Belgijos ir Nyderlandų – po 28 proc.; Slovėnijos

– 22 proc.; Danijos – 18 proc. ir žemiausi Suomijos, kur „niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalies, procentais” rodiklis Special Eurobarometer „Sport and physical Activity“ 2010 m. duomenimis yra tik 7 proc.; bei Švedijos, kur šis rodiklis siekia 6 proc.

35 pav., (žr. 9 priedą), iliustruoja trečiąją gyvenamosios srities rodiklį - „reguliariai užsiimančių fizine veikla lauke (važinėjimas dviračiu, vaikščiojimas, sodininkystė) gyventojų dalis, procentais”. Iš 35 pav., (žr. 9 priedą), matome, kad Special Eurobarometer „Sport and physical Activity“ 2010 m. duomenimis, šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 27 proc. Dviejų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Belgijos – 21 proc., Austrijos – 15 proc.

Tuo tarpu dešimties iš 12-os lyginamų ES valstybių „reguliariai užsiimančių fizine veikla lauke (važinėjimas dviračiu, vaikščiojimas, sodininkystė) gyventojų dalis, procentais” rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Vokietijos – 28 proc.; Suomijos – 29 proc.; Jungtinės Karalystės – 37 proc.; Lietuvos ir Slovėnijos – po 39 proc.; Švedijos ir Estijos – po 40 proc.; Danijos ir Nyderlandų – po 43 proc. ir aukščiausias – Latvijos, kur šis rodiklis Special Eurobarometer „Sport and physical Activity“ 2010 m. duomenimis yra 44 proc.

36 pav., (žr. 9 priedą) iliustruoja ketvirtąją gyvenamosios srities rodiklį - „kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15 + amžiaus grupėje dalis, procentais”. Iš 36 pav., (žr. 9 priedą), matome, kad HFA – DB vėliausiai prieinamais duomenimis šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 23,9 proc. Dviejų iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Estijos – 26,2 proc. ir aukščiausias - Latvijos – 33,7 proc.

Tuo tarpu dešimties iš 12-os lyginamų ES valstybių „kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15 + amžiaus grupėje dalis, procentais” rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Austrijos – 23,2 proc.; Vokietijos – 21,9 proc.; Lietuvos – 21,8 proc.; Nyderlandų – 20,8 proc.; Belgijos – 20,5 proc.; Danijos ir Jungtinės Karalystės – po 20 proc.; Slovėnijos – 18,9 proc.; Suomijos – 17,8 proc. ir žemiausias – Švedijos – 13,6 proc.

37 pav., (žr. 9 priedą) iliustruoja „gryno alkoholio suvartojimo vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais” rodiklį. Iš 38 pav., (žr. 9 priedą), matome, kad HFA – DB vėliausiai prieinamais duomenimis šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis yra 10,7. Jungtinės Karalystės ir Danijos šis rodiklis yra lygus ES-27 vidurkiui. Septynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Belgijos – 10,8; Vokietijos – 11,7; Slovėnijos – 11,9; Austrijos – 12,2; Estijos – 12,5; Lietuvos – 12,6 ir aukščiausias – Latvijos, kur „gryno alkoholio suvartojimo vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais” rodiklis HFA – DB vėliausiai prieinamais duomenimis yra 13,2.

Tuo tarpu trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių „gryno alkoholio suvartojimo vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais” rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį – Suomijos – 10,0; Nyderlandų – 9,2 ir žemiausias - Švedijos -7,4.

38 pav., (žr. 9 priedą) iliustruoja paskutinį gyvenimo srities rodiklį - „savižudybių skaičius 100, 000 - šių gyventojų”. Iš 38 pav., (žr. 9 priedą), matome, kad kad HFA – DB vėliausiai prieinamais duomenimis šio rodiklio ES-27 valstybių vidurkis 10,2. Devynių iš 12-os lyginamų ES valstybių šis rodiklis yra aukštesnis už ES-27 vidurkį – Danijos – 10,6; Švedijos – 11,1; Austrijos – 12,8; Estijos – 14,3; Suomijos – 15,9; Belgijos – 17,0; Slovėnijos – 17,2; Latvijos – 17,5 ir aukščiausias - Lietuvos – 28,5.

Tuo tarpu trijų iš 12-os lyginamų ES valstybių „savižudybių skaičiaus 100, 000 - šių gyventojų” rodiklis yra žemesnis už ES-27 vidurkį - Vokietijos - 9,9; Nyderlandų – 9,1 ir žemiausias rodiklis HFA – DB vėliausiai prieinamais duomenimis yra Jungtinės Karalystės – 6,4.

3.1.5. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatų apibendrinimas

Apibendrinant su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatus (žr. 10 priedo lentelę), galima išskirti ES valstybes, kurių rodikliai lyginant tarp 12 pasirinktų ES valstybių ir lyginant su ES-27 vidurkiu, yra aukščiausi/žemiausi pagal sudaryto su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelio keturias sritis.

Sveikatos priežiūra. Slovėnija pirmauja pagal subjektyvius sveikatos priežiūros paslaugų ir burnos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rodiklius. Nyderlandai pirmauja pagal mažiausią korupcijos sveikatos apsaugos sistemoje lygį ir pagal valstybės skiriamus finansinius išteklius sveikatos apsaugai. Sveikatos priežiūros kokybė, vertinant pagal kūdikių mirtingumo rodiklį – aukščiausia – Švedijoje. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių (gydytojų skaičiaus) rodiklis aukščiausias – Austrijoje, (slaugytojų skaičiaus) – Belgijoje. Visų sveikatos priežiūros vertinimo rodiklių, (išskyrus gydytojų skaičiaus rodiklį) žemiausi rezultatai - Latvijos.

Sveikatos rezultatai (objektyvūs ir subjektyvūs). **Objektyvūs.** Vokietija pirmauja pagal žemiausią sergamumo tuberkulioze ir žemiausią sergamumo AIDS rodiklius. Nyderlandai pirmauja pagal žemiausią mirtingumo nuo tuberkuliozės ir pagal žemiausią (kartu su Danija) mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklius. Slovėnija pirmauja pagal žemiausią sergamumo ŽIV rodiklį.

Suomija pralenkia 12 lyginamų ES valstybių pagal žemiausią mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklį, Jungtinė Karalystė – pagal žemiausią hospitalinio sergamumo kraujotakos ligomis rodiklį. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė gimus aukščiausia yra Švedijoje, moterų – Austrijoje. Tiek vyrų, tiek moterų sveiko gyvenimo trukmė gimus aukščiausia – Švedijoje.

Lietuvoje aukščiausi rodiklių rezultatai yra sergamumo ir mirtingumo nuo tuberkuliozės, hospitalinio sergamumo kraujotakos sistemos ligomis ir mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų, žemiausia vyrų vidutinė gyvenimo trukmės gimus.

Latvijos aukščiausias sergamumo AIDS rodiklis, žemiausi moterų vidutinės gyvenimo trukmės gimus, vyrų sveiko gyvenimo trukmės gimus rodikliai.

Slovėnijos žemiausias moterų sveiko gyvenimo trukmės gimus rodiklis.

Subjektyvūs. Švedija pirmauja pagal labai gerai savo sveikatą vertinančių gyventojų (bendrai pagal pajamų kvintilį) rodiklį, Nyderlandai pirmauja pagal gerai savo sveikatą vertinančių gyventojų (bendrai pagal pajamų kvintilį) rodiklį ir pagal „gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimo (per pastarąsias 4 sav. visą laiką ir didžiąją laiko dalį jautėsi laimingi), procentais rodiklį. Belgijos žemiausias - „gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų dalies, procentais“ rodiklis.

Latvijos žemiausias savo sveikatą labai gerai vertinančių gyventojų (bendrai pagal pajamų kvintilį) rodiklis, aukščiausias savo sveikatą prastai vertinančių gyventojų (bendrai pagal pajamų kvintilį) rodiklis, žemiausias „gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimo (per pastarąsias 4 sav. visą laiką ir didžiąją laiko dalį jautėsi laimingi), procentais rodiklis. Austrijos žemiausias savo sveikatą gerai vertinančių gyventojų (bendrai pagal pajamų kvintilį) rodiklis, Lietuvoje aukščiausias savo sveikatą blogai vertinančių gyventojų (bendrai pagal pajamų kvintilį) rodiklis. Suomijoje aukščiausias „gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų dalies, procentais“ rodiklis.

Aplinka (fizinė, socialinė). Fizinė aplinka. Nyderlandai pirmauja pagal žemiausią „salmoneliozės atvejų skaičiaus 100, 000 - šių gyventojų“ rodiklį. Latvija pirmauja pagal žemiausią „sužeidimų skaičiaus dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - šių gyventojų“ rodiklį. Jungtinė Karalystė pirmauja pagal žemiausią mirtingumo dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų rodiklį.

Lietuvos aukščiausias „salmoneliozės atvejų skaičiaus 100, 000 - šių gyventojų“ rodiklis. Belgijoje aukščiausias „sužeidimų skaičiaus dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - šių gyventojų“ rodiklis, Austrijoje - aukščiausias mirtingumo dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų rodiklis

Socialinė aplinka, demografiniai veiksniai. Jungtinė Karalystė pirmauja pagal „natūralaus gyventojų prieaugio 1000 - čiu gyventojų“ rodiklį. Žemiausias šis rodiklis yra Latvijos. Nyderlandai pirmauja pagal žemiausią „gyventojų 65+ amžiaus grupėje dalies populiacijoje, procentais“ rodiklį. Aukščiausias šis rodiklis yra Vokietijos.

Socialinė aplinka, socioekominiai veiksniai. Lietuva pirmauja pagal aukščiausią „30-34 m. asmenų, turinčių aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, dalies, procentais“ rodiklį. Nors žemiausias šis rodiklis yra Austrijos, tačiau ši valstybė pirmauja pagal žemiausią nedarbo lygį. Aukščiausi nedarbo lygio, pajamų pasiskirstymo koeficiento (S80/S20), skurdo rizikos lygio rodikliai yra Latvijoje.

Slovėnija pirmauja pagal žemiausią pajamų pasiskirstymo koeficiento (S80/S20) rodiklį, Nyderlandai pirmauja pagal žemiausią skurdo rizikos lygio rodiklį.

Gyvensena. Danija pirmauja pagal „vidutinio suvalgyto vaisių ir daržovių kiekio (kg) vienam žmogui per metus“ rodiklį. Švedijos žemiausi „niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalies, procentais“; „kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15 + amžiaus grupėje dalies, procentais“; „gryno alkoholio suvartojimo vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais“ rodikliai. Austrijos žemiausias „reguliariai užsiimančių fizine veikla lauke (važinėjimas dviračiu, vaikščiojimas, sodininkystė) gyventojų dalies, procentais“ rodiklis. Aukščiausias šis rodiklis yra Latvijos. Aukščiausi „niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalies, procentais; „kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15+ amžiaus grupėje dalies, procentais“; „gryno alkoholio suvartojimo vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais“ rodikliai yra taip pat Latvijoje. Lietuvos aukščiausias kaip ir Latvijos „niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalies, procentais rodiklis; pagal savižudybių skaičių Lietuva taip pat yra pirmoje vietoje tarp 12 lyginamų ES valstybių.

Taigi, susumavus su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatus (pagal aukščiausių/žemiausių rodiklių skaičiaus santykį (žr. 10 priedo lentelę) galima teigti, kad aukščiausi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai (vertinant bendrai visas keturias vertinimo sritis) yra sveikatos apsaugos finansavimo Bismarko modelio valstybės – Nyderlandų (devynių rodiklių aukščiausi rezultatai ir nė vieno žemiausio) bei sveikatos apsaugos finansavimo Beveridžo modelio valstybių – Švedijos (taip pat devynių rodiklių aukščiausi rezultatai ir nė vieno žemiausio) ir Jungtinės Karalystės – (keturių rodiklių aukščiausi rezultatai ir nė vieno žemiausio). Taip pat galima daryti išvadą, kad žemiausi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai (vertinant bendrai visas keturias vertinimo sritis) yra mišraus sveikatos apsaugos finansavimo modelio valstybių – Latvijos (20 –ies rodiklių žemiausi rezultatai ir du aukščiausi) ir Lietuvos (devynių rodiklių žemiausi rezultatai ir vienas aukčiausias).

IŠVADOS

1. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata turi bendrų sąlyčio taškų su sveikatos samprata ir gyvenimo kokybės samprata, tačiau vieningo apibrėžimo mokslininkai nepateikia. Pagrindiniai veiksniai, turintys įtakos asmenų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, yra šie socialiniai veiksniai - gyvenimas poroje, išsilavinimo lygis, profesinis statusas, grynosios pajamos. Su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei taip pat turi įtakos asmens amžius bei gyvensena. Valstybė turi galimybę įtakoti savo piliečių su sveikata susijusią gyvenimo kokybę pasitelkdama ekonomikos, švietimo, sveikatos, visuomenės sveikatos politikos poveikio priemones.

2. Pagrindinė priemonė, naudojama matuoti bendrajai gyvenimo kokybei – tai įvairių autorių sukurti plačiai pasaulyje žinomi gyvenimo kokybės indeksai. Gyvenimo kokybė ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė dažnai tiriama naudojant įvairius tarptautiniu mastu pripažintus klausimynus, nacionalines ir tarptautines gyventojų sveikatos ir gyvenimo sąlygų apklausas, gyventojų sveikatos statistinius duomenis. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės objektyvūs ir subjektyvūs rodikliai yra neatsiejama bendrosios gyvenimo kokybės vertinimo rodiklių sistemos dalis tiek nacionaliniu, tiek tarptautiniu lygiu.

3. Mūsų šalyje gyvenimo kokybės gerinimo aspektas pirmą kartą buvo išskirtas LR Sveikatos sistemos įstatyme (1994 m. Nr. I-552) 4 straipsnyje (prie sveikatinimo veiklos tikslų). 1998 m. liepos 2 d. nutarimu (Nr. VIII-833) buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kurios vienas iš pagrindinių tikslų buvo „gyvenimo kokybės pagerinimas“. Gyvenimo kokybės gerinimo aspektas išskiriamas ir LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme (2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886), LR Vyriausybės nutarime „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 m. plano patvirtinimo“. „Lietuvos sveikatos programos 2020 pagrindinis (strateginis) tikslas – pasiekti, kad 2020 metais šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau“¹⁹⁶.

4. Su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei vertinti tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje buvo sukurtas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelis, kurį sudaro keturios pagrindinės vertinimo sritys: sveikatos priežiūra, sveikatos rezultatai (objektyvūs ir subjektyvūs), aplinka (fizinė ir socialinė) bei gyvensena. Pilotiniam tyrimui buvo pasiūlyti 39 rodikliai, (apimantys objektyvius ir subjektyvius rodiklius). Palyginimui buvo pasirinkta 12 ES

¹⁹⁶ Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių, 2012, p. 18, prieiga per internetą: < <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41> >, (žiūrėta 2013-11-20).

valstybių, (įskaitant ir Lietuvą), kurių rodikliai buvo lyginami ne tik tarp šių valstybių, bet ir su atitinkamo rodiklio ES-27 valstybių vidurkiu.

5. Atliktas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas (pilotinis tyrimas), parodė, kad aukščiausi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai (vertinant bendrai visas keturias vertinimo sritis) yra sveikatos apsaugos finansavimo Bismarko modelio valstybės – Nyderlandų bei sveikatos apsaugos finansavimo Beveridžo modelio valstybių – Švedijos ir Jungtinės Karalystės. Atliktas tyrimas taip pat parodė, kad žemiausi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai (vertinant bendrai visas keturias vertinimo sritis) yra mišraus sveikatos apsaugos finansavimo modelio valstybių – Latvijos ir Lietuvos.

REKOMENDACIJOS

1. Vertinga būtų išgirsti ekspertų arba su sveikata susijusios gyvenimo kokybės srityje dirbančių mokslininkų pastabas ir požiūrį apie sukurta su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu modelį ir vertinimo rodiklius bei atliktą pilotinį tyrimą, kuriuo buvo siekiama palyginti rodiklių rezultatus ne tik tarp 12 pasirinktų ES valstybių, bet ir su ES-27 vidurkiu.

2. Atsižvelgiant į ekspertų ir šios srities mokslo atstovų pastabas, sukurtas ir pasiūlytas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu modelis ateityje vykdomuose tyrimuose galėtų būti tobulinamas įtraukiant/atsisakant tam tikrų vertinimo sričių ar įtraukiant/atsisakant tam tikrų pasiūlytų vertinimo rodiklių. Taip pat galėtų būti tobulinama vertinimo metodika.

3. Patobulintas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelis ar jo idėja galėtų prisidėti prie sistemingo su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo tyrimų sveikatos politikoje plėtojimo.

BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Constitution of WHO [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-10-25]. <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>>
2. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. *Valstybės žinios*. 1991, Nr. 33-893.
3. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. Lietuvos sveikatos programa. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.
4. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės žinios* 1998, Nr. 112-3099 (1998-12-23).
5. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 56-2225.
6. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos stebėsenos (Monitoringo) įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 72-3022.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 liepos 27 d. nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 40-1290; *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 70-2574.
8. Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių [interaktyvus]. 2012, [žiūrėta 2013-11-20]. <<http://www.sveikatosprojektai.org/node/41>>

Moksliniai šaltiniai:

9. Ablingienė A., Mačiukienė S., *Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai* [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-15]. <<http://www.e-library.lt/resursai/DB/StatistikosDep/LEA/2006-02/L034-048.pdf>>
10. Bacevičienė M., *Vidutinio amžiaus Kauno gyventojų gyvenimo kokybė, subjektyvusis sveikatos vertinimas ir jo reikšmė prognozuojant mirtį*. Daktaro disertacija. Kauno Medicinos Universitetas (visuomenės sveikata). Kaunas, 2005.

11. Bilevičienė T., Gyvenimo kokybės rodiklių kaitos analizė, Socialinės inovacijos globaliai plėtrai, D skyrius, *Gyvenimo kokybės gerinimas ir užimtumo galimybių didinimas, Mokslo darbai* [interaktyvus]. Mykolo Romerio Universitetas. 2012, 1(1) [žiūrėta 2013-11-20].<
http://socin.mruni.eu/wp-content/uploads/2012/12/D_2012-12-26.pdf >.
12. Curtis J. R., et al., Patient assessed Health outcomes in Chronic Lung Disease: What are they, How Do They Help Us, and Where Do We Go From Here?, *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1997, 156: 1032-1039.
13. Furmonavičius T., Gyvenimo kokybės tyrimai medicinoje (literatūros apžvalga), *Biomedicina*, 2001, (2):128-131.
14. Furmonavičius T., Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės metodologiniai aspektai, *Medicina (Kaunas)*, 2004, 40(6): 510.
15. Gruževskis B., Orlova U. L. Sąvokos „Gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos, *Socialinis darbas*, 2012, 11(1): 8-13.
16. Hays R. D., Reeve B. B. Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. *International Encyclopedia of Public Health*. 2008, 241-252.
17. Jakaitienė G., *Sergančiųjų po sąnarių endoprotezavimo su sveikata susijusios GK kitimai stacionarinės reabilitacijos laikotarpiu*. Magistro baigiamasis darbas. Vytauto Didžiojo Universitetas (teorinės psichologijos katedra). Kaunas, 2009.
18. Jankauskienė D., Metodinė medžiaga, Sveikatos apsaugos sistemos: Bismarko, Beveridžo ir Semaško [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-01-04]. <
http://djank.home.mruni.eu/?page_id=3>
19. Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
20. Janušauskaitė G., Gyvenimo kokybės tyrimai: problemos ir galimybės, *Filosofija. Sociologija*, 2008, 19(4): 36.
21. Janušonis V., *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Sampratos, sąsajos, krypys, vadybiniai aspektai*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla, 2008.
22. Juozulynas A., et al., Gyvenimo kokybės raidos prioritetai, Visuomenės sveikata. *Sveikatos mokslai*, 2011, 21(2): 8.
23. Juozulynas A., et al., Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybės senstančioje visuomenėje, *Gerontologija*, 2010, 11(3): 146.
24. Jurgelėnas A., et al., Gyvenimo kokybės ir amžiaus integralumo bruožai, *Gerontologija*, 2008, 9(4): 212.

25. Jurgelėnas A., et al., Situaciniai gyvenimo kokybės veiksniai Vilniaus mieste, *Gerontologija*, 2009, 10(3): 174.
26. Kalėdienė R., et al., *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa, 1999.
27. Kivits J., et al., Social determinants of health-related quality of life, *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 2013, 61(3): S189- S194.
28. Krančiukaitė D., et al., Kauno populiacijos gyvenimo kokybės vertinimas naudojant SF-12 klausimyną, *Medicina (Kaunas)*, 2007, 43(6): 506.
29. Krutulienė S., Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais, *Kultūra ir visuomenė*. Socialinių tyrimų žurnalas, 2012, 3(2): 119-127.
30. Leonavičius V., et al., Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu, *Sociologija. Mintis ir veiksmas*, 2003, (1): 95.
31. Lin X-J., et al., Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 2013, 25 (1): 8-12.
32. Merkys G., et al., Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: naujosios viešosios vadybos ir darnios plėtros kontekstas, *Socialiniai tyrimai/Social Research*, 2008, 2 (12): 67.
33. Mikučiūnas A., „LT-Sveikuolis - 2010“ šventės dalyvių ir dviejų Kauno mokyklų mokytojų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos palyginamoji analizė. Magistro baigiamasis darbas. Lietuvos Kūno Kultūros Akademija (sveikatos ir fizinio aktyvumo katedra). Kaunas, 2011.
34. Prapiestis J., et al., Gyvenimo kokybės tyrimai ir teisiniai aspektai, *Sveikatos mokslai*, 2003 (4): 48.
35. Pukelienė V., Starkauskienė V., Gyvenimo kokybę sąlygojantys veiksniai ir jos vertinimo kompleksiskumas, *Inžinerinė Ekonomika*, 2011, 22 (2):156.
36. Rakauskienė O. G., Servetkienė V., *Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybė: dvidešimt metų rinkos ekonomikoje*, monografija, Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2011.
37. Rimkutė J., *Žmogaus socialinė raida*, Vilnius: Homo Liber, 2001.
38. Servetkienė V., Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės pokyčiai: statistika ir realybė, *Socialinės inovacijos globaliai plėtrai*, D skyrius, *Gyvenimo kokybės gerinimas ir užimtumo galimybių didinimas*, *Mokslo darbai* [interaktyvus]. Mykolo Romerio Universitetas, 2012, 1(1) [žiūrėta 2013-11-20]. < http://socin.mruni.eu/wp-content/uploads/2012/12/D_2012-12-26.pdf >
39. Starkauskienė V., Gyvenimo kokybės veiksniai ir jos kompleksinio vertinimo modelis. Daktaro disertacijos santrauka. Socialiniai mokslai, Ekonomika. Vytauto Didžiojo Universitetas. Kaunas, 2011.

40. Toliušienė J., Šeškevičius A., Gyvenimo kokybės tyrimo priemonės metodologinis įvertinimas, *Sveikatos mokslai*, 2004, (4): 50-53.

41. Vaitkaitienė E., et al., Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai, *Medicina*, 2007, 43(9):746-748.

Kiti internetiniai šaltiniai:

42. Belousovaitė V., Aplinkos sąlygų svarba vaikų sveikatai, visuomenės sveikatos saugos skyrius, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-21]. <http://vilniausvsc.sam.lt/pub/vilnius/imagelib/file/2%20Aplinkos%20s%C4%85lyg%C5%B3%20sv arba%20vaik%C5%B3%20sveikata%20-%20Viktorija%20Belousovait%C4%97.pdf>

43. Bendrosios užimtumo ataskaitos projektas, pridamas prie Komisijos komunikato „2014 m. metinė augimo apžvalga“ [interaktyvus]. Europos Komisija, Briuselis 2013, [žiūrėta 2013-11-15]. <http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/2014/jer2014_lt.pdf>

44. Demografija, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-09]. <<http://sic.hi.lt/html/demografija.htm>>

45. Demografija, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-09]. <http://sic.hi.lt/data/apibr_dem.pdf>

46. Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation. Social Protection Committee Indicators Sub-group [interaktyvus]. Brussels (19 November 2013), [žiūrėta 2014-03-29].

<<http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=0&policyArea=750&subCategory=758&country=0&year=0&advSearchKey=&mode=advancedSubmit&langId=en>>

47. ECHI 2013 summary: Economic crisis leading to „two-speed“ European healthcare provision, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-04]. <<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-summary.pdf>>

48. ECHIM, Europos Bendrijos sveikatos rodikliai ir jų aprašymai, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-01-04]. <http://sic.hi.lt/html/echim_r.htm>

49. Eurobarometer Qualitative Studies, Well-being, Aggregate report [interaktyvus]. September 2011, [žiūrėta 2013-11-17]. <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/wellbeing_final_en.pdf>

50. European Commission, Eurostat, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-15]. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/introduction#>

51. European Commission, Eurostat, Health, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-15]. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/quality_life/data/health>
52. European Commission, Eurostat, Quality of life (QoL) indicators, Introduction, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-11-20]. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/quality_life/introduction>
53. 2013 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksas: Pagal metinį ES vertinimą, nepaisant finansų krizės, Lietuva pagerina sveikatos apsaugos sistemą, Health Consumer Powerhouse, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-04]. <<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-lt.pdf>>
54. Gyvenimo kokybės rodikliai, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-15] <http://www.osp.stat.gov.lt/documents/10180/483818/Gyvenimo_lygis_131018.pdf/f7e02c95-d9a0-4cb2-9ab4-deb6f334097f>
55. Higienos institutas, Sveikatos informacijos centras, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-05]. <<http://www.hi.lt/content/sic.html>>
56. Human development Report 2013, summary, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-11-16]. <http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013_EN_Summary.pdf>
57. Informacija apie gyvenimo kokybės rodiklius Lietuvoje, Lietuvos statistikos departamentas, [interaktyvus] 2012, [žiūrėta 2013-12-15]. <http://web.stat.gov.lt/uploads/docs/Inform_gyvent_kokyb%C4%97s_rodikliai.pdf>
58. International Living's Quality of Life Index 2011: Where the Numbers Come From, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-11-11]. <<http://internationalliving.com/2010/12/quality-of-life-index-2011-where-the-numbers-come-from/>>
59. Lietuva užima geresnę vietą ES šalių sveikatos priežiūros sistemų vertinime, Health Consumer Powerhouse, [interaktyvus]. 2012, [žiūrėta 2013-12-04]. <<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-press-lithuania.pdf>>
60. Lietuvių kalbos žodynas, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-10-25]. <<http://www.lkz.lt/startas.htm>>
61. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Kaip nesusirgti salmonelioze, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-09]. <http://sena.sam.lt/lt/main/sveikatos_patarimai/prevencija/salmonelioze>
62. Pajamų paskirstymo statistika, European Commission, Eurostat, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-15]. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Income_distribution_statistics/lt>

63. Santrauka „Apie sveikatą glaustai: Europa”, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-01-04]. <http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_exs_lt.pdf>
64. Stanaitis A., Natūralusis Lietuvos gyventojų prieaugis ir jo kaita per 50 metų, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-09]. <<http://ausis.gf.vu.lt/mg/nr/2002/03/03prieaug.html>>
65. Stiglitz J. E., Sen A., Fitoussi J.-P. Report by the Commission on the Measurement of economic Performance and Social Progress, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-11-11]. <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf>
66. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-01-05]. <http://www.smlpc.lt/lt/aplinkos_sveikata/klimatas_ir_sveikata/ekspozomo_nustatymas__kelias_i_sveikesne_ateiti.html>
67. Tarptautinių žodžių žodynas, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-11-05] <<http://www.tzz.lt/g/gyvenimo-kokyb%C4%97>>
68. The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index, The world in 2005, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-11-11]. <http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf>
69. Tyrimų tipai, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-22]. <http://aplinkotyra.vdu.lt/material/moduliai/mt_metodologija/skaidres/s1%20tema.pdf>
70. Tuberkuliozė, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-01-05]. <<http://www.tuberkulioze.eu/>>
71. Užkrečiamos ligos, ŽIV infekcija ir Aids, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-01-05]. <<http://www.ulac.lt/ligos/%C5%BD/ziv-zmogaus-imunodeficitovirusas>>
72. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, Salmoneliozės, [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-03-09]. <<http://www.ulac.lt/ligos/S/salmoneliozes>>
73. Visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondas, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-16]. <<http://sic.hi.lt/html/fondas.htm>>
74. WHOQOL-100 Field Trial. The 100 questions with response scales, 1995, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-10]. <http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf>
75. WHOQOL Measuring Quality of Life, 1997, [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-12-10]. <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>

Staškutė I. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jančauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. – 91 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamojo darbo pirmajame skyriuje pateikiama atlikta gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcijų bei gyvenimo kokybę ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę įtakojančių veiksnių sisteminė analizė. Taip pat apžvelgiami Lietuvoje ir užsienio šalyse atlikti gyvenimo kokybės, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimai ir naudojamos gyvenimo kokybės vertinimo metodikos bei analizuojamas gyvenimo kokybės aspektas Lietuvos sveikatos politikos teisiniuose ir strateginiuose dokumentuose. Antrajame darbo skyriuje pateikiamas sukurtas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelis, kurį apima keturios pagrindinės vertinimo sritys: sveikatos priežiūra, sveikatos rezultatai (objektyvūs ir subjektyvūs), aplinka (fizinė ir socialinė) bei gyvensena, taip pat aprašoma tyrimo metodika ir pateikiami siūlytini rodikliai, pagal kuriuos būtų galima vertinti ir palyginti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje. Pagal pasiūlytus rodiklius buvo atliktas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas (pilotinis tyrimas) lyginant pasirinktų 12-os Europos Sąjungos valstybių narių (įskaitant ir Lietuvos) rodiklius su Europos Sąjungos 27- ių valstybių narių (ES-27) atitinkamų rodiklių vidurkiu. Trečiajame magistro baigiamojo darbo skyriuje pateikiamas atlikto su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatų aptarimas ir apibendrinimas.

Pagrindiniai žodžiai: gyvenimo kokybė, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas, rodikliai, sveikatos politika.

Staškutė I. An Assessment of Health-Related Quality of Life in Health Policy at the Cross-border Level / The Master's Thesis of Health Policy and Management. Supervisor Professor. Dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Faculty of the Policy and Management, Mykolas Romeris University, 2014. – 91 pages.

ANOTATION

The first section of this Master's thesis provides a systematic analysis of the concept of quality of life and the concept of health-related quality of life and the key factors which affect people's quality of life and health-related quality of life. It also provides an overview of the studies of quality of life and health-related quality of life carried out in Lithuania and foreign countries, and the methodologies which are used in the assessment of quality of life; analysis of the aspect of the quality of life mentioned in Lithuanian health policy and strategic legal documents. The second section gives a model of the assessment of health-related quality of life in health policy at the cross-border level. This model of the assessment has been created by the author of this Master's Thesis and includes 4 key areas of the assessment: health care, health outcomes (objective and subjective), the environment (physical and social) and lifestyle. The second section also gives a description of the methodology of the assessment and proposed indicators which could be used for evaluating and comparing health-related quality of life in health policy at the cross-border level. The assessment of quality of life (pilot study) was carried out using proposed indicators comparing these indicators of selected 12 - The European Union Member States (including Lithuania) not only between selected countries but also with the average of appropriate indicators of the EU-27-s Member States (EU – 27). The third section of the Master's Thesis gives the discussions and the summary of the results.

Key-words: quality of life, health-related quality of life, an assessment of health-related quality of life, indicators, health policy.

Staškutė I. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2014. – 91 p.

SANTRAUKA

Magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali, nes gyvenimo kokybės gerinimas yra globali ir tarpdisciplininė problema. Sveikata yra vienas svarbiausių gyvenimo kokybės veiksnių. Gyvenimo kokybė užsienio šalyse pradėta tyrinėti palyginti neseniai - apie - 1970 m. Lietuvoje gyvenimo kokybės gerinimo aspektas pirmą kartą buvo išskirtas LR Sveikatos sistemos įstatyme (1994 m. Nr. I-552). 1998 m. liepos 2 d. nutarimu (Nr. VIII-833) buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kurios vienas iš pagrindinių tikslų buvo „gyvenimo kokybės pagerinimas“. **Tyrimo problema.** Kokia yra su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepcija? Kokiais pagrindiniais rodikliais su sveikata susijusi gyvenimo kokybė gali būti vertinama tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje? **Tyrimo objektas.** Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu. **Tyrimo tikslas.** Pagal pasiūlytus rodiklius atlikti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimą sveikatos politikoje tarpvalstybiniu lygmeniu lyginant pasirinktų 12 - os Europos Sąjungos valstybių narių (įskaitant ir Lietuvos) rodiklius su Europos Sąjungos 27- ių valstybių narių (ES-27) atitinkamų rodiklių vidurkiu. **Tyrimo uždaviniai.** 1. Išanalizuoti gyvenimo kokybės ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės koncepciją ir pagrindinius veiksnius, turinčius įtakos asmenų gyvenimo kokybei ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei; 2. Apžvelgti Lietuvos ir užsienio šalių gyvenimo kokybės tyrimus, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimus ir naudojamas gyvenimo kokybės vertinimo metodikas. 3. Ištirti gyvenimo kokybės aspekto svarbą Lietuvos sveikatos politikos teisiniuose ir strateginiuose dokumentuose. 4. Sukurti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelį, pasiūlyti rodiklius, pagal kuriuos būtų galima vertinti ir palyginti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje. 5. Pagal pasiūlytus rodiklius atlikti su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimą (pilotinį tyrimą) lyginant pasirinktų 12 - os Europos Sąjungos valstybių narių (įskaitant ir Lietuvos) rodiklius su Europos Sąjungos 27- ių valstybių narių (ES-27) atitinkamų rodiklių vidurkiu. **Tyrimo metodai.** Sisteminė Lietuvos ir užsienio mokslinių šaltinių, teisinių dokumentų, sociologinių tyrimų duomenų analizė, antrinė statistikos duomenų bazių statistinių duomenų analizė, lyginamasis metodas, modeliavimas, sintezė ir apibendrinimas. **Rezultatai.** Išanalizavus mokslinę literatūrą, galima teigti, kad su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata turi bendrų sąlyčio taškų su sveikatos samprata ir gyvenimo kokybės samprata, tačiau vieningo apibrėžimo mokslininkai nepateikia. Pagrindiniai veiksniai, turintys įtakos asmenų su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, yra šie socialiniai veiksniai - gyvenimas poroje, išsilavinimo lygis, profesinis statusas, grynosios pajamos. Su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei taip pat turi įtakos asmens amžius bei gyvensena. Pagrindinė priemonė, naudojama matuoti bendrajai gyvenimo kokybei – tai įvairių autorių sukurti plačiai pasaulyje žinomi gyvenimo kokybės indeksai. Gyvenimo kokybė ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė dažnai tiriama naudojant įvairius tarptautiniu mastu pripažintus klausimynus, nacionalines ir tarptautines gyventojų sveikatos ir gyvenimo sąlygų apklausas, gyventojų sveikatos statistinius duomenis. Su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei vertinti tarpvalstybiniu lygmeniu sveikatos politikoje buvo sukurtas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo modelis, kurį apima keturios pagrindinės vertinimo sritys: sveikatos priežiūra, sveikatos rezultatai (objektyvūs ir subjektyvūs), aplinka (fizinė ir socialinė) bei gyvensena. Pilotiniam tyrimui buvo pasiūlyti 39 rodikliai, (apimantys objektyvius ir subjektyvius rodiklius). Palyginimui buvo pasirinkta 12 ES valstybių, (įskaitant ir Lietuvą), kurių rodikliai buvo lyginami ne tik tarp šių valstybių, bet ir su atitinkamo rodiklio ES-27 valstybių vidurkiu. Atliktas su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas (pilotinis tyrimas) parodė, kad aukščiausi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai (vertinant bendrai visas keturias vertinimo sritis) yra sveikatos apsaugos finansavimo Bismarko modelio valstybės – Nyderlandų bei sveikatos apsaugos finansavimo Beveridžo modelio valstybių – Švedijos ir Jungtinės Karalystės. Atliktas tyrimas taip pat parodė, kad žemiausi su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimo rezultatai (vertinant bendrai visas keturias vertinimo sritis) yra mišraus sveikatos apsaugos finansavimo modelio valstybių – Latvijos ir Lietuvos. **Darbo struktūra.** Magistro baigiamąjį darbą sudaro įvadas, trys skyriai, išvados ir rekomendacijos, devyni paveikslai, viena lentelė ir dešimt priedų.

Pagrindiniai žodžiai: gyvenimo kokybė, su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės vertinimas, rodikliai, sveikatos politika.

Staškutė I. An Assessment of Health-Related Quality of Life in Health Policy at the Cross-border Level / The Master's Thesis of Health Policy and Management. Supervisor Professor. Dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Faculty of the Policy and Management, Mykolas Romeris University, 2014. – 91 pages.

SUMMARY

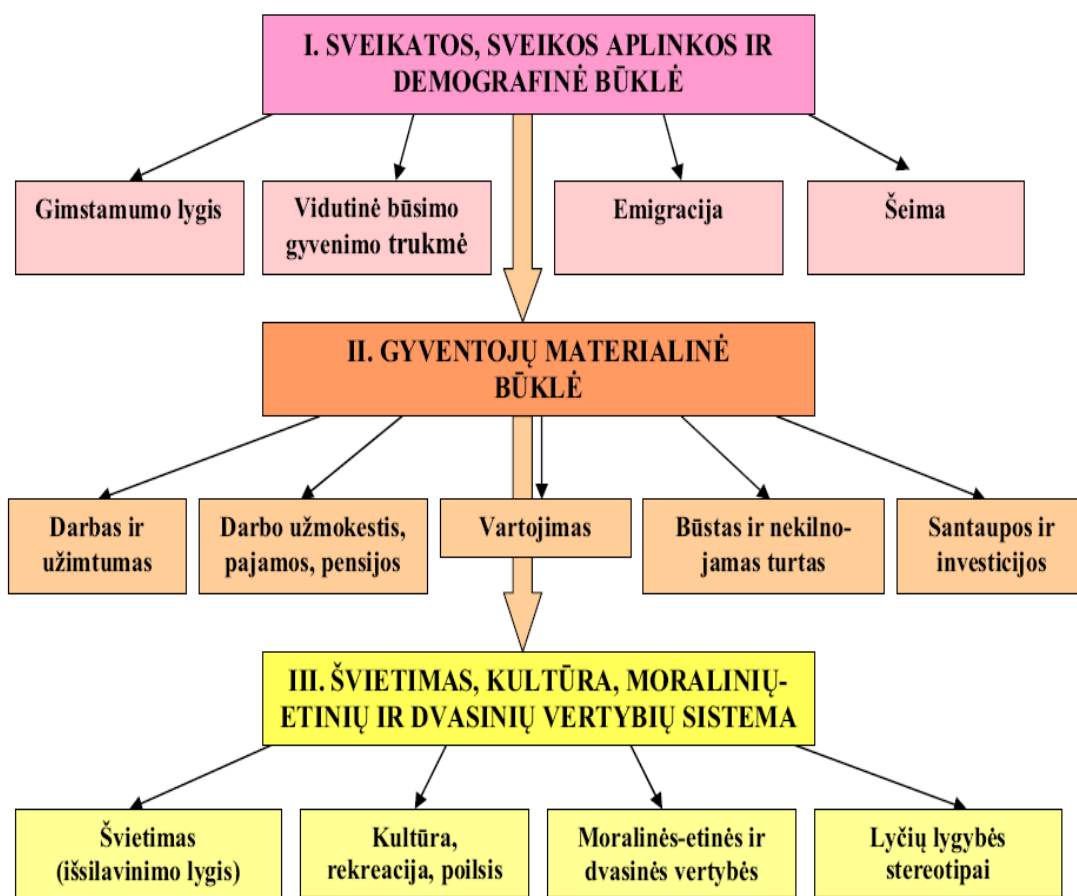
A topic of the Master's thesis is relevant, because quality of life is a global and interdisciplinary problem. Health is one of the most important factors of quality of life. Quality of life in foreign countries began to explore the relatively recently - about - 1970. The aspect of quality of life in Lithuania was first mentioned in LR Health System Act (1994. No. I -552). Improving the quality of life was one of the main objectives of Lithuanian Health Program which was approved in 1998 on July 2 Resolution (No. VIII-833). **The problem of research.** What is the concept of health - related quality of life? What are the key indicators of the health-related quality of life which can be used in assessment of health-related quality of life in health policy at the cross-border level? **The aim of research work.** Under the proposed indicators to make an assessment of health-related quality of life in health policy at the cross-border level in comparison with indicators of selected 12 - European Union Member States (including Lithuania) and the average of appropriate indicators of the EU-27-s Member States (EU-27). **Tasks of work.** 1. To analyze the concept of quality of life and the concept of health-related quality of life and the key factors which affect people 's quality of life and health-related quality of life. 2. Overview the studies of quality of life and studies of health-related quality of life carried out in Lithuania and foreign countries, and the methodologies which are used in assessment of quality of life. 3. To investigate the dimension of quality of life mentioned in Lithuanian health policy and strategic legal documents. 4. Create an assessment model of health-related quality of life and propose the indicators for measuring and comparing the health-related quality of life in health policy at the cross-border level. 5. Under the proposed indicators, to make an assessment (pilot study) of health - related quality of life, comparing the indicators of selected 12 - The European Union Member States (including Lithuania) not only between selected countries but also with the average of appropriate indicators of the EU-27-s Member States (EU-27). **Methods.** Systematic analysis of the data from Lithuanian and abroad scientific sources, legal documents, sociological research, secondary statistical analysis of the data from statistical databases, comparative method, modelling, synthesis and generalization. **Results.** An analysis of the scientific literature suggests that the concept of health-related quality of life has certain points in common with the concept of health and quality of life concept, but researchers do not provide a uniform definition. The main factors affecting health-related quality of life of individuals are these social factors - life in a pair, level of education, occupational status, the net income. Person's age and lifestyle have an impact on health-related quality of life too. The main tool used to measure the overall quality of life - a world-wide well-known quality of life indices created by various authors. Quality of life and health-related quality of life are often investigated using a variety of internationally recognized questionnaires, national and international public health and living conditions surveys, statistical data of population health. An assessment of health-related quality of life in health policy at the cross-border level has been developed using the assessment model of health-related quality of life created by the author of this Master's Thesis. The model includes four key areas of the assessment: health care, health outcomes (objective and subjective), the environment (physical and social) and lifestyle. The pilot study was carried out using 39 proposed indicators (which include both objective and subjective indicators) comparing these indicators of selected 12 - The European Union Member States (including Lithuania) not only between selected countries but also with the average of appropriate indicators of the EU-27-s Member States (EU - 27). An assessment (pilot study) of health-related quality of life showed that the Netherlands (which healthcare financing model is Bismarck), Sweden and the United Kingdom (which healthcare financing model is Beveridgean) have the highest results of health-related quality of life (evaluating the four general areas of the assessment). An investigation also showed that Latvia and Lithuania (which healthcare financing model is mixed) have the lowest results of health-related quality of life assessment (evaluating the four general areas of the assessment). **Structure of the work.** Master's thesis consists of an introduction, three sections, conclusions and recommendations, nine figures, one table and ten accessories.

Key-words: quality of life, health-related quality of life, an assessment of health-related quality of life, indicators, health policy.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

GYVENIMO KOKYBĖS SISTEMINĖ SAMPRATA



Šaltinis: O. G. Rakauskienė, V. Servetkienė, 2011, p. 93.

1998-2010 M. LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO
REZULTATAI

Tikslas	Rezultatas, 2009-2010 m.
Prailginti vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 m.	Pasiektas (73,45 m.)
Sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc.	Pasiektas (beveik 2 kartus didesnis rodiklis, nei planuotas)
Sumažinti sergamumą tuberkulioze 30 proc.	Pasiektas
Sumažinti mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc.	Beveik pasiektas (sumažintas 25 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumą nuo piktybinių navikų 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 13 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 11,8 proc.)
Sumažinti vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 13 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 15 proc.	Nepasiektas (sumažėjo tik 5,6 proc.)
Iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą psichikos ligomis	Nepasiektas (padidėjo 13 proc.)
Sumažinti savižudybių skaičių iki 25 atvejų 100 000 gyventojų	Nepasiektas (sumažėjo tik iki 31,5 atvejo 100 000 gyventojų)
Sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio 15 proc.	Nepasiektas (sumažėjo tik 5,8 proc.)
Sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc.	Nepasiektas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės pagal Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių, 2012, p. 10, prieiga per internetą: < <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41> >, (žiūrėta 2013-11-20).

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO RODIKLIAI

Sritys	Rodikliai	Rodiklio tipas	Duomenų šaltinis
SVEIKATOS PRIEŽIŪRA: Prieinamumas	Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais	Subjektyvus	Eurostat (EU – SILC) Vėliausiai prieinami duomenys
	Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais	Subjektyvus	Eurostat EU – SILC) Vėliausiai prieinami duomenys
	Privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais	Objektyvus	HFA-DB, Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	3		
Kokybė	Kūdikių mirtingumas 1000 - čiu gimusiųjų	Objektyvus	Eurostat EU-27 Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	1		
Ištekliai Finansiniai	Valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais	Objektyvus	HFA– DB Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	1		
Žmogiškieji	Praktikuojančių gydytojų skaičius 100, 000 - čiu gyventojų	Objektyvus	HFA– DB Vėliausiai prieinami duomenys

	Praktikuojančių slaugytojų skaičius 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HFA – DB Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	2		
Bendras srities rodiklių skaičius	7		

Sritis	Rodikliai	Rodiklio tipas	
SVEIKATA Objektyvi sveikata	Sergamumas tuberkulioze 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Mirtingumas nuo tuberkuliozės 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HBA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Sergamumas ŽIV 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Sergamumas AIDS 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Mirtingumas nuo piktybinių navikų 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Hospitalinis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - šių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Vidutinė gyvenimo trukmė gimus, (vyrų, moterų), metais	Objektyvus	Eurostat Vėliausiai prieinami duomenys
	Sveiko gyvenimo trukmė gimus, (vyrų, moterų), metais	Objektyvus	Eurostat Vėliausiai prieinami duomenys

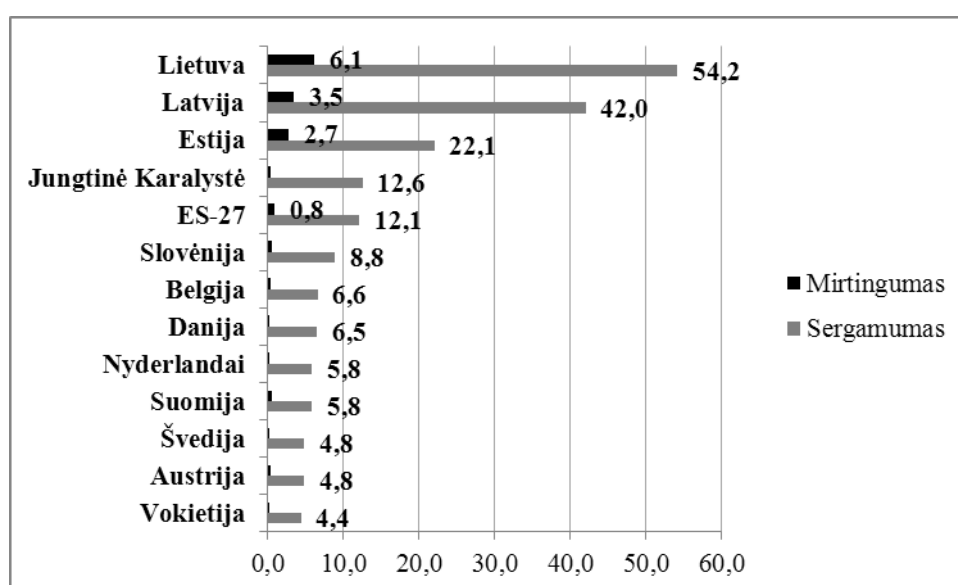
Rodiklių skaičius	11		
Subjektyvi sveikata	Gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinančių labai gerai, gerai, prastai, blogai), procentais	Subjektyvus	Eurostat (EU-SILC) Vėliausiai prieinami duomenys
	Gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų, dalis procentais	Subjektyvus	Eurostat (EU-SILC) Vėliausiai prieinami duomenys
	Gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimas (per pastarąsias 4 sav. visą laiką ir didžiąją laiko dalį jautėsi laimingi), dalis procentais	Subjektyvus	Special Eurobarometer Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	6		
Bendras srities rodiklių skaičius	17		
APLINKA Fizinė aplinka Maisto sauga	Salmoneliozės atvejų skaičius 100, 000 - čių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	1		
Darbo sauga	Sužeidimų skaičius dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
	Mirtingumas dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100,000 - čių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	2		
Socialinė aplinka Demografiniai veiksniai	Natūralus gyventojų prieaugis 1000 - čiui gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys

	Gyventojų 65+ amžiaus grupėje dalis procentais (lyginant su visais gyventojais)	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	2		
Socioekonomi niai veiksniai	30-34 m. asmenų, turinčių aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, dalis, procentais	Objektyvus	Eurostat Vėliausiai prieinami duomenys
	Nedarbo lygis, procentais	Objektyvus	Eurostat Vėliausiai prieinami duomenys
	Pajamų pasiskirstymo koeficientas	Objektyvus	Eurostat (EU – SILC) Vėliausiai prieinami duomenys
	Skurdo rizikos lygis, procentais	Objektyvus	Eurostat (EU – SILC) Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	4		
Bendras srities rodiklių skaičius	9		
GYVENSEN A Mityba	Vidutinis suvalgytas vaisių ir daržovių kiekis (kg) vienam žmogui per metus	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
Fizinis aktyvumas	Niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalis, procentais	Subjektyvus	Special Eurobaro meter „Sport and physical Activity“ 2010 m.

Fizinis aktyvumas	Reguliariai užsiimančių fizine veikla lauke (važinėjimas dviračiu, vaikščiojimas, sodininkystė) gyventojų dalis, procentais	Subjektyvus	Special Eurobarometer „Sport and physical Activity“ 2010 m.
Žalingų įpročių (ne)buvimas	Kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15 + amžiaus grupėje dalis, procentais	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
Žalingų įpročių (ne)buvimas	Gryno alkoholio suvartojimas litrais vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
Su psichine sveikata susijęs elgesys	Savižudybių skaičius 100, 000 - čių gyventojų	Objektyvus	HFA-DB Vėliausiai prieinami duomenys
Rodiklių skaičius	6		
Rodiklių skaičius iš viso	39		

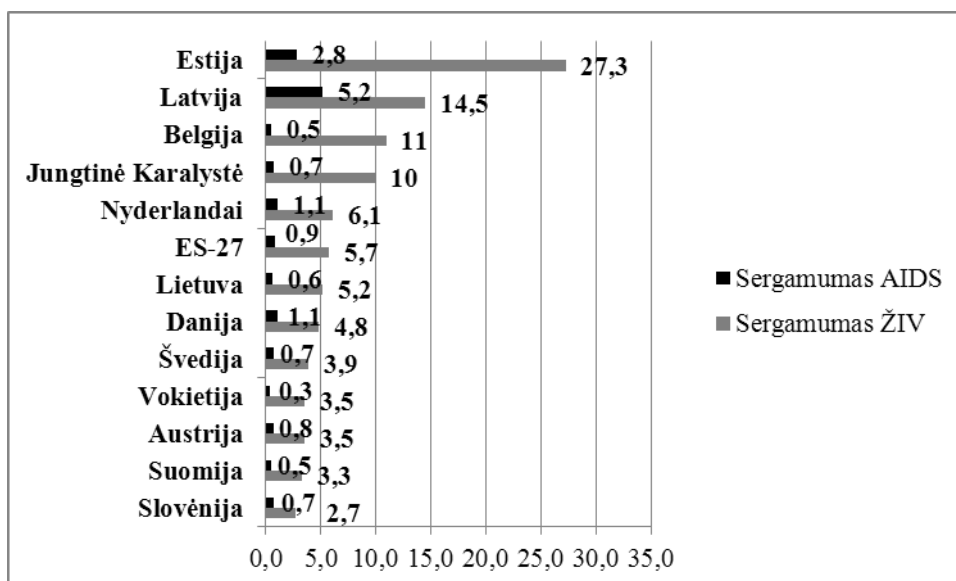
Šaltinis: adaptuota pagal Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation'. Social Protection Committee Indicators Sub-group. Brussels (19 November 2013), prieiga per internetą: <<http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=0&policyArea=750&subCategory=758&country=0&year=0&advSearchKey=&mode=advancedSubmit&langId=en>>, (žiūrėta 2014-03-29).

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO SRITIES
 „SVEIKATOS REZULTATAI“ (OBJEKTYVŪS) RODIKLIŲ REZULTATUS
 ILIUSTRUOJANTYS PAVEIKSLAI



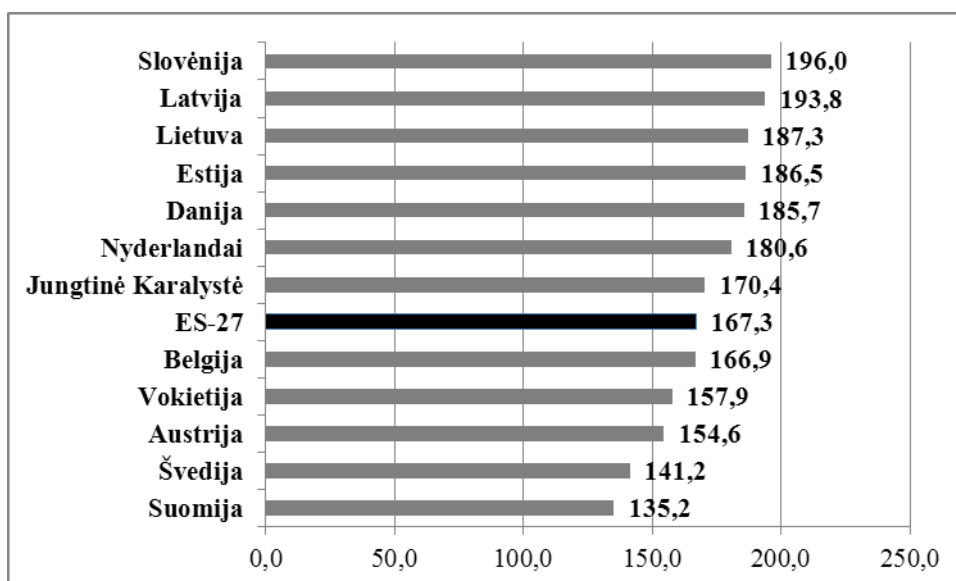
Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

10 pav. Sergamumas tuberkulioze ir mirtingumas nuo tuberkuliozės 100, 000 - čių gyventojų



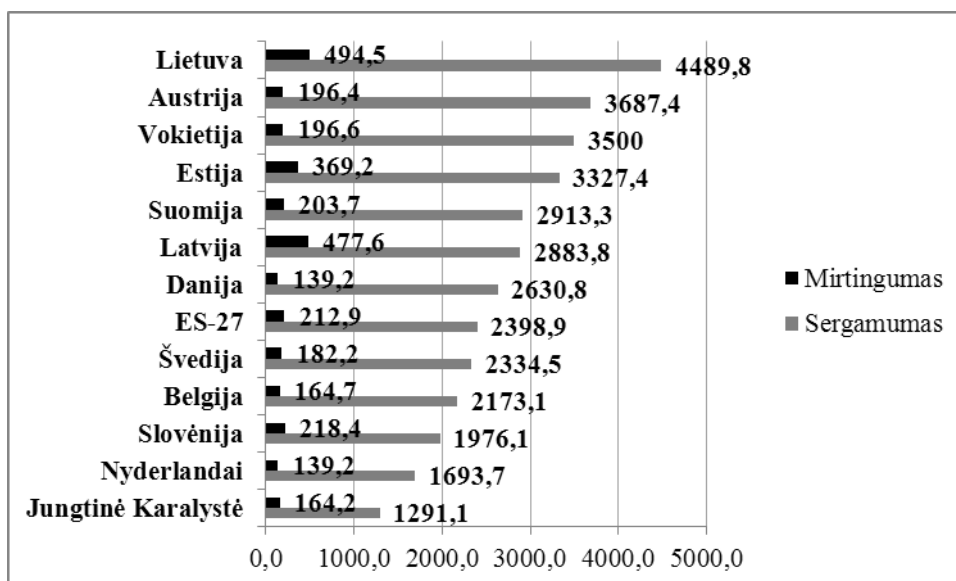
Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

11 pav. Sergamumas ŽIV ir sergamumas AIDS 100, 000 – šių gyventojų



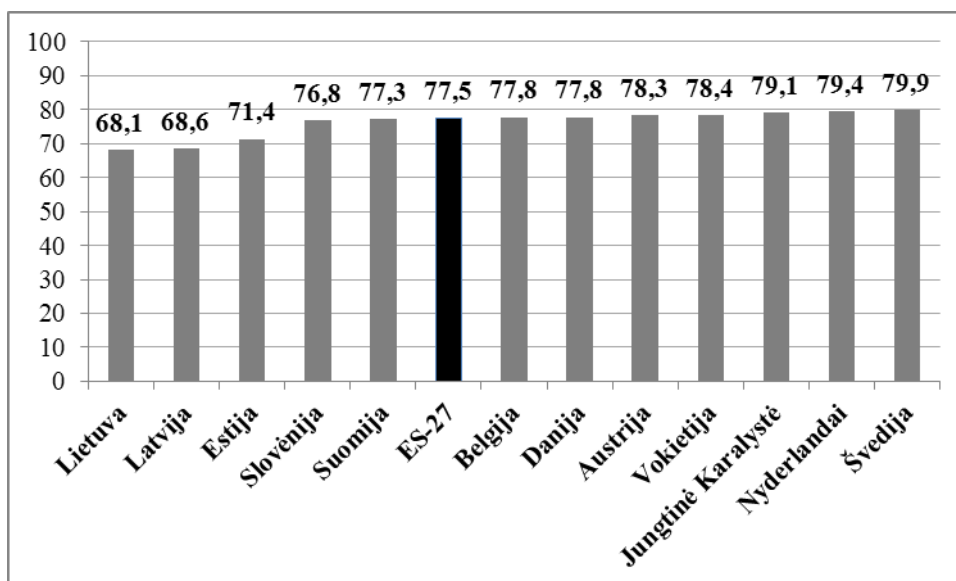
Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

12 pav. Mirtingumas nuo piktybinių navikų 100, 000 – šių gyventojų



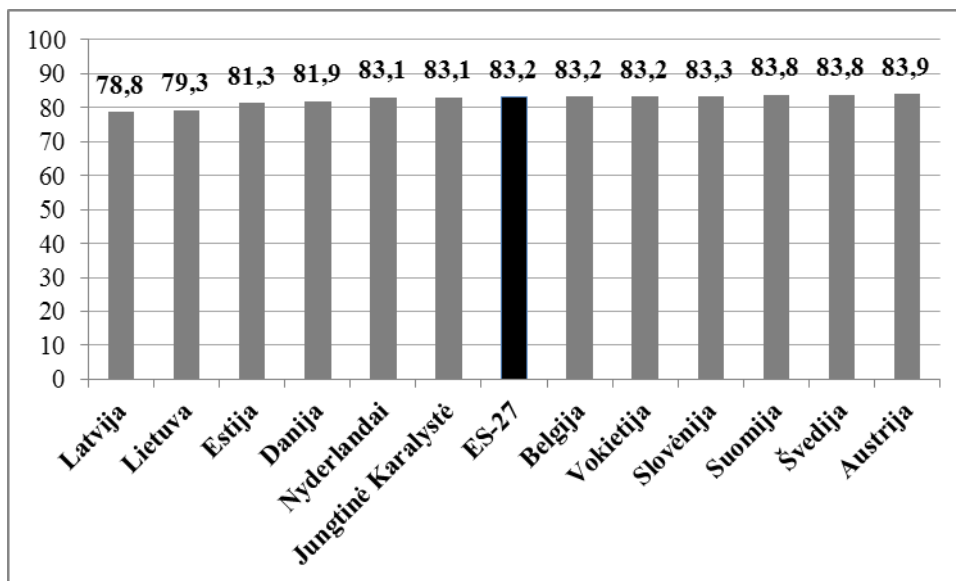
Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

13 pav. Hospitalinis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis ir mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - čių gyventojų



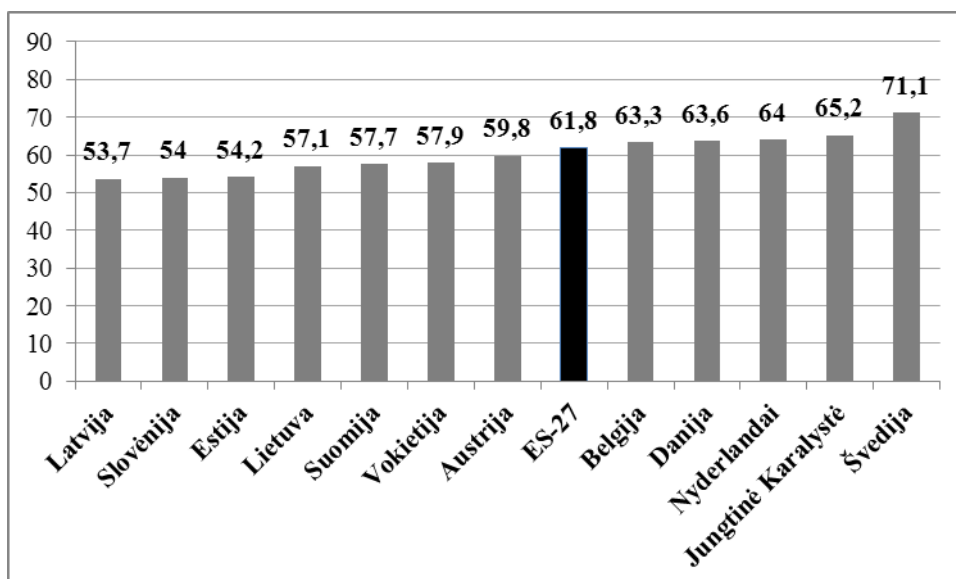
Šaltinis: Eurostat, 2011 m.

14 pav. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė gimus, metais



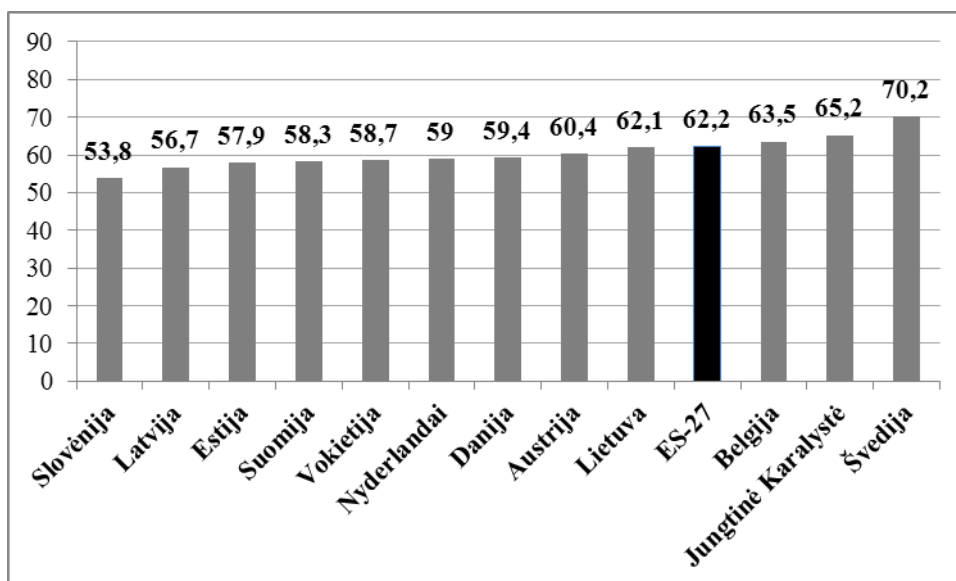
Šaltinis: Eurostat, 2011 m.

15 pav. Moterų vidutinė gyvenimo trukmė gimus, metais



Šaltinis: Eurostat, 2011 m.

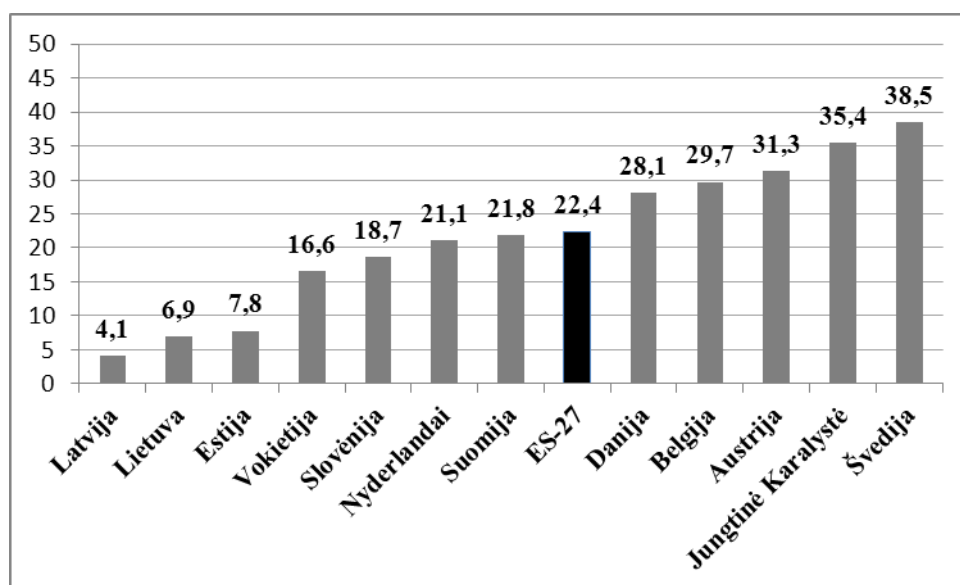
16 pav. Vyrų sveiko gyvenimo trukmė gimus, metais



Šaltinis: Eurostat, 2011 m.

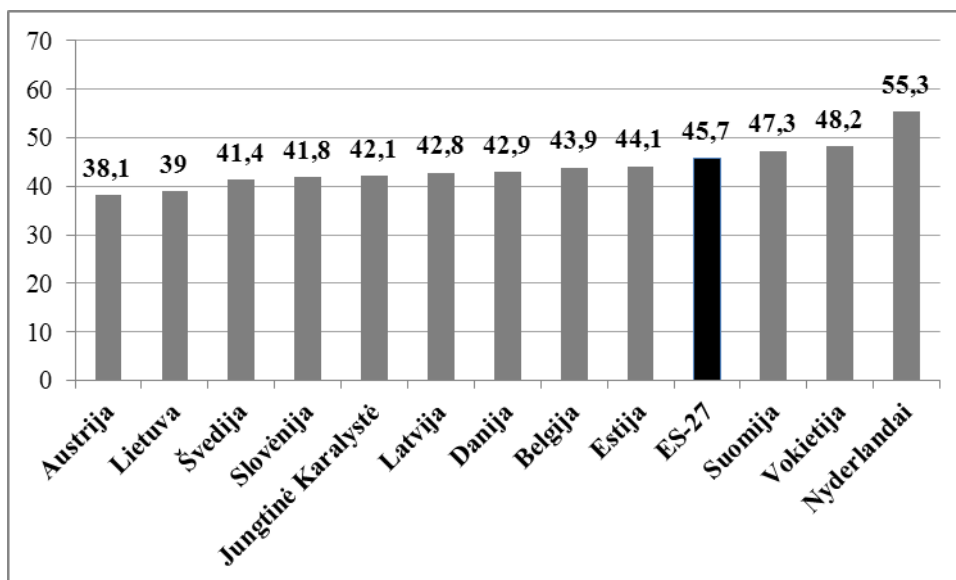
17 pav. Moterų sveiko gyvenimo trukmė gimus, metais

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO SRITIES
 „SVEIKATOS REZULTATAI“ (SUBJEKTYVŪS) RODIKLIŲ REZULTATUS
 ILIUSTRUOJANTYS PAVEIKSLAI



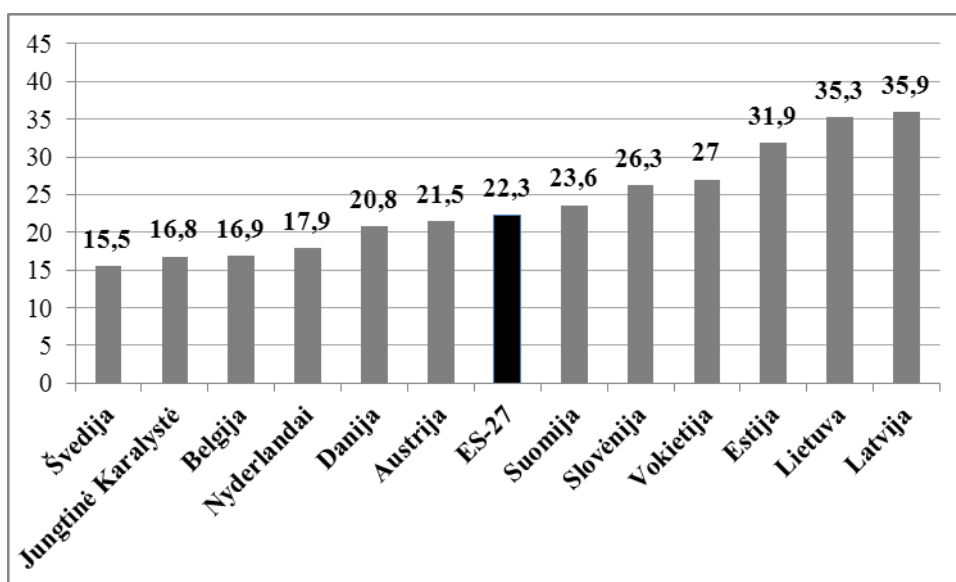
Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2011 m.

18 pav. Gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys labai gerai), procentais



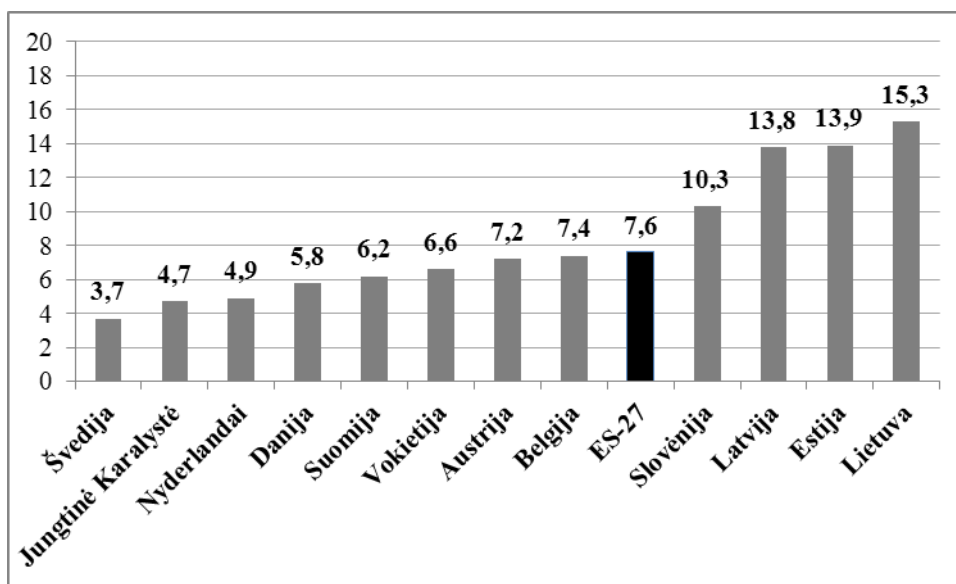
Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2011 m.

19 pav. Gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys gerai), procentais



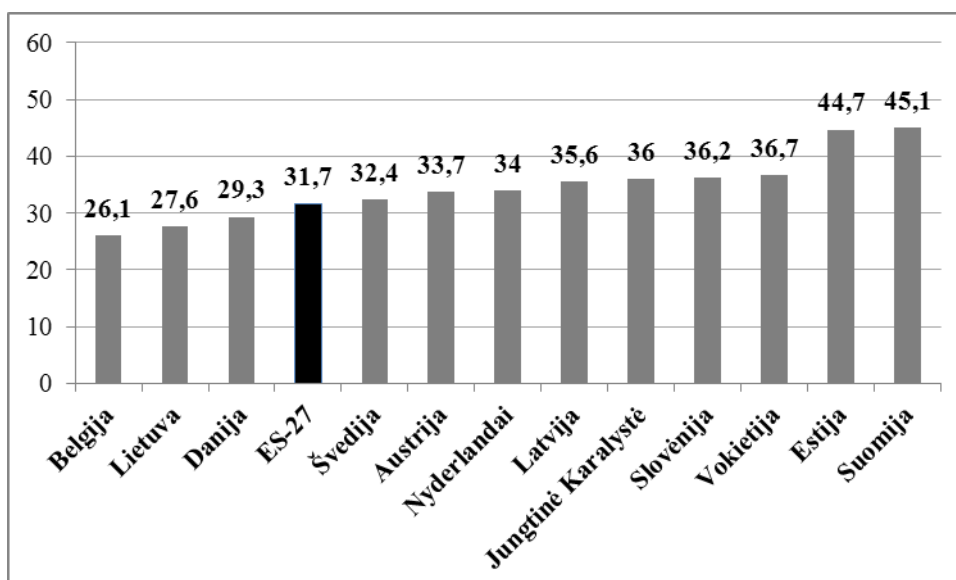
Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2011 m.

20 pav. Gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys prastai), procentais



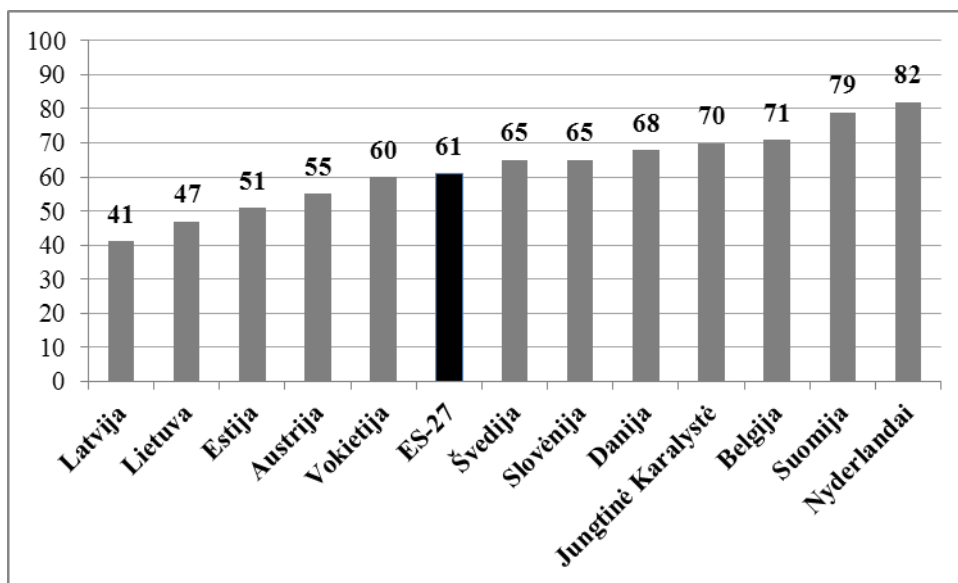
Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2011 m.

21 pav. Gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinantys blogai), procentais



Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2011 m.

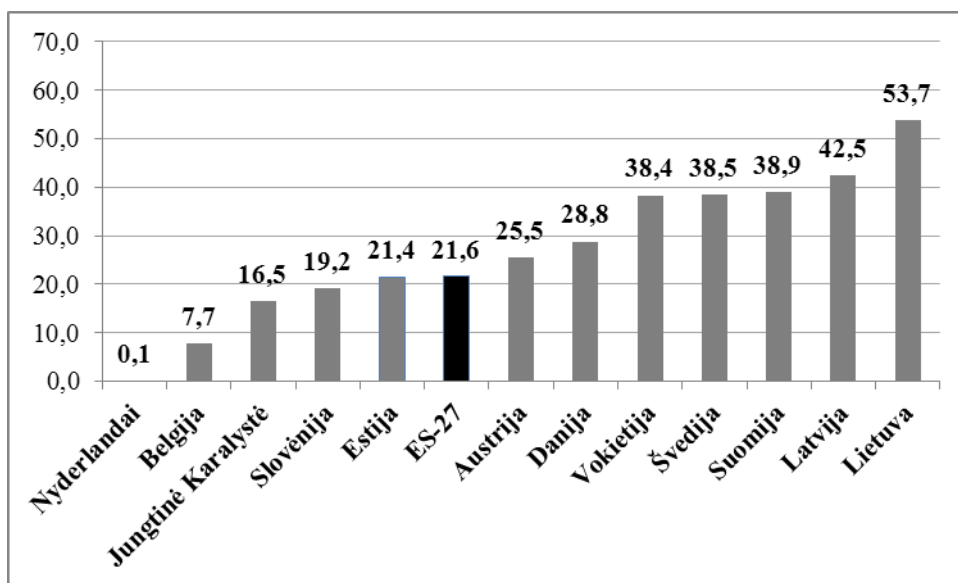
22 pav. Gyventojų, turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų, (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), dalis procentais



Šaltinis: Special Eurobarometer „Mental Health“, 2010 m.

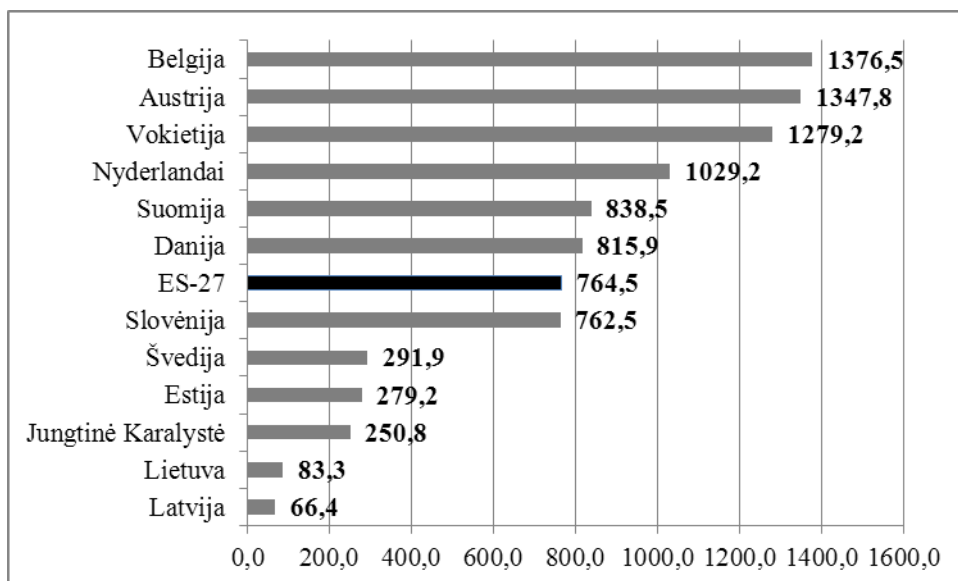
23 pav. Gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimas (visą laiką ir didžiąją laiko dalį per pastarąsias 4 sav. jautėsi laimingi), dalis procentais

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO SRITIES
 „APLINKA“ (FIZINĖ) RODIKLIŲ REZULTATUS ILIUSTRUOJANTYS
 PAVEIKSLAI



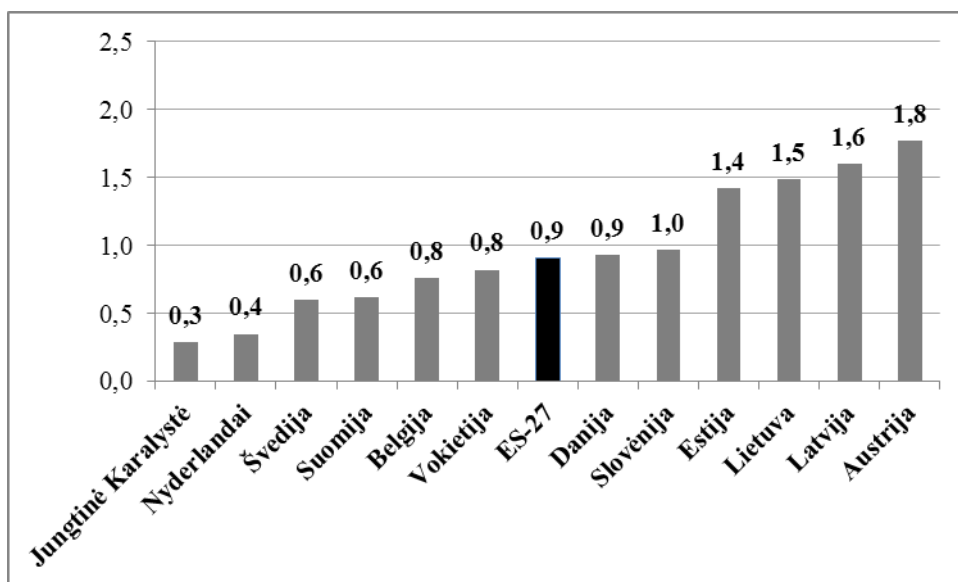
Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

24 pav. Salmoneliozės atvejų skaičius 100,000 - čių gyventojų



Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

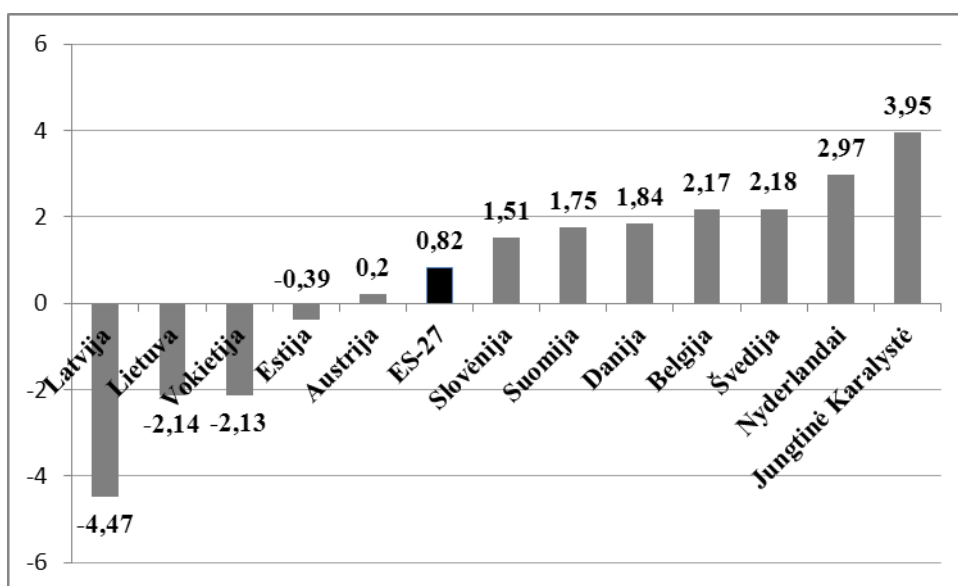
25 pav. Sužeidimų skaičius dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų



Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

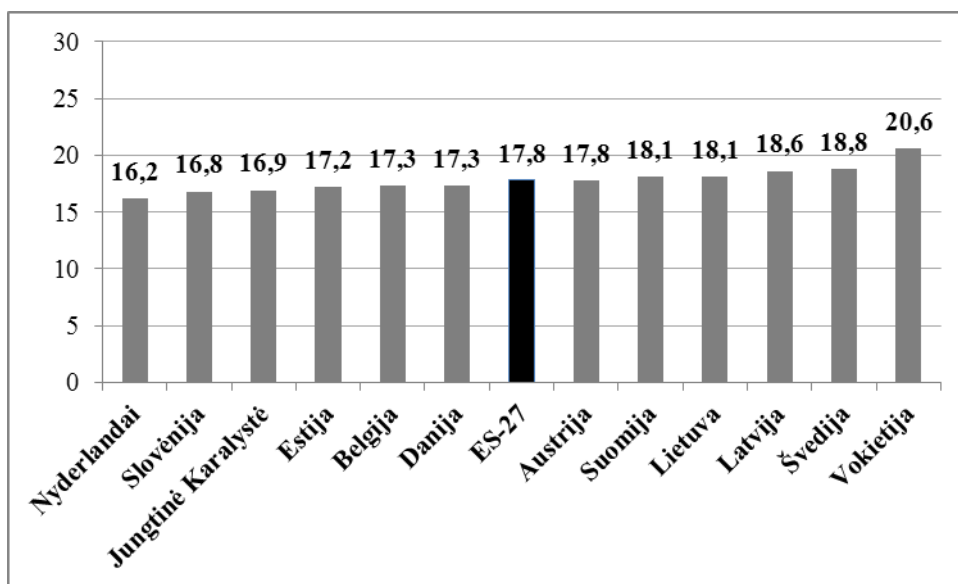
26 pav. Mirtingumas dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čių gyventojų

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO SRITIES
 „APLINKA“ (SOCIALINĖ) DEMOGRAFINIŲ VEIKSNIŲ RODIKLIŲ
 REZULTATUS ILIUSTRUOJANTYS PAVEIKSLAI



Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys

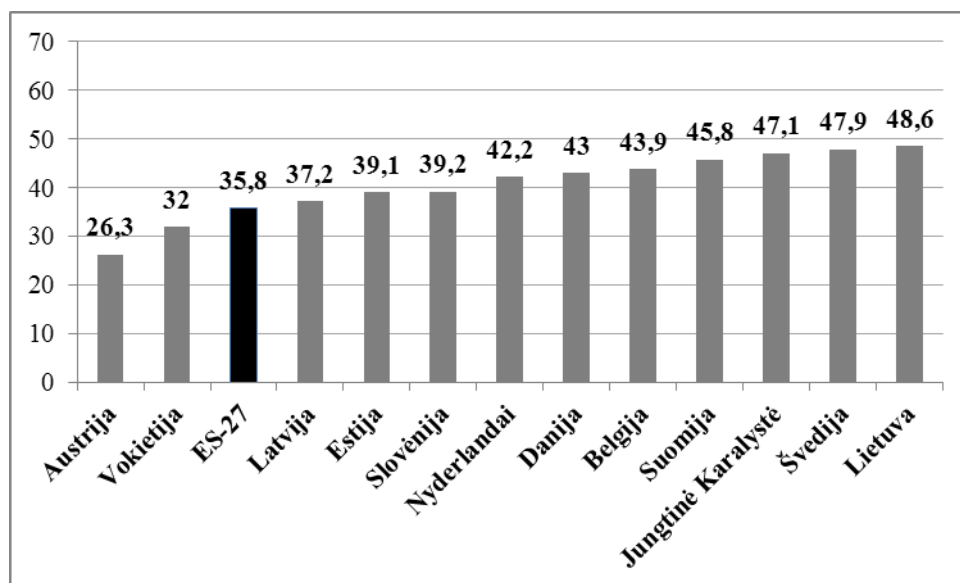
27 pav. Natūralus gyventojų prieaugis 1000 – čiu gyventojų



Šaltinis: Eurostat, 2012 m.

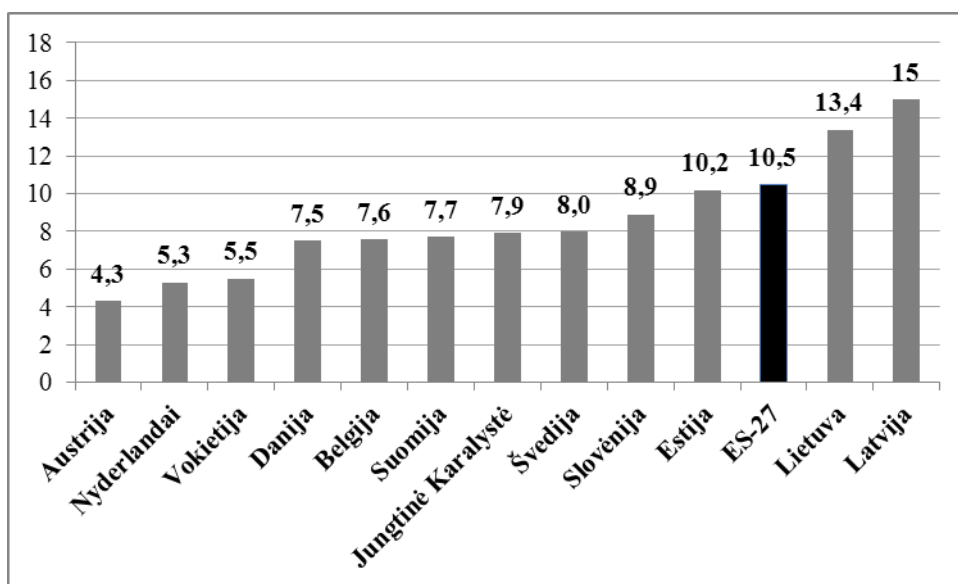
28 pav. Asmenų 65+ amžiaus grupėje dalis populiacijoje, procentais

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO SRITIES
 „APLINKA“ (SOCIALINĖ) SOCIOEKONOMINIŲ VEIKSNIŲ RODIKLIŲ
 REZULTATUS ILIUSTRUOJANTYS PAVEIKSLAI



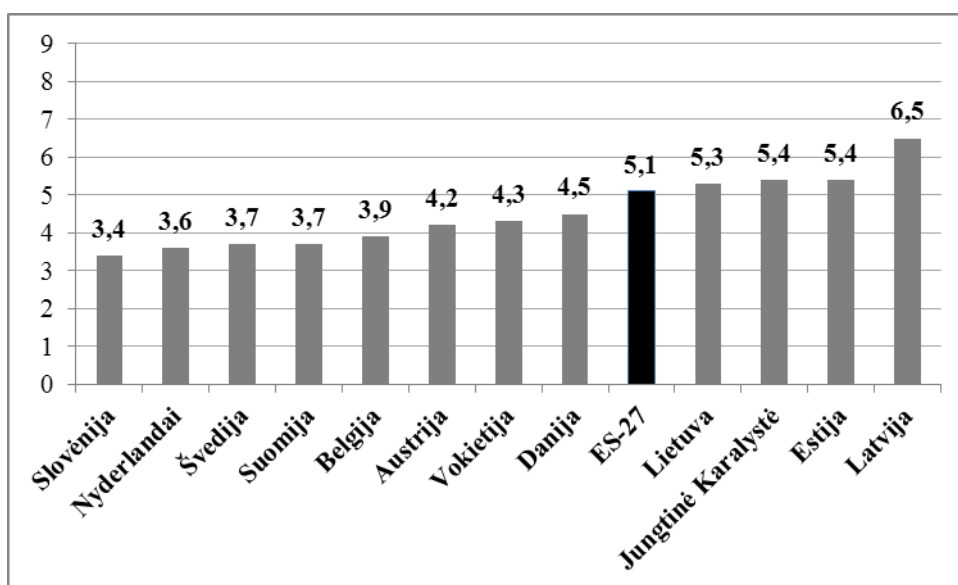
Šaltinis: Eurostat 2012 m.

29 pav. 30-34 m. asmenų, turinčių aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, dalis, procentais



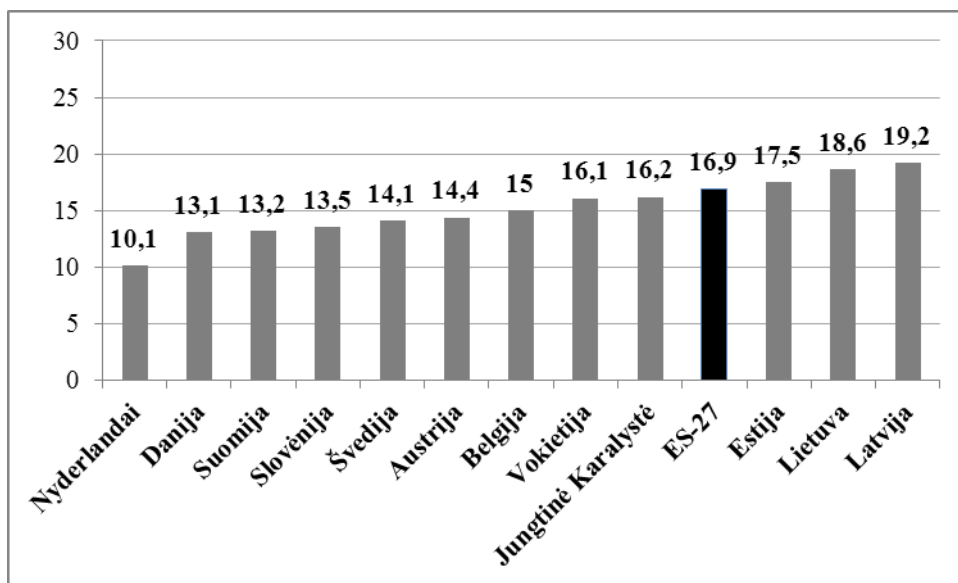
Šaltinis: Eurostat 2012 m.

30 pav. Nedarbo lygis, procentais



Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2012 m.

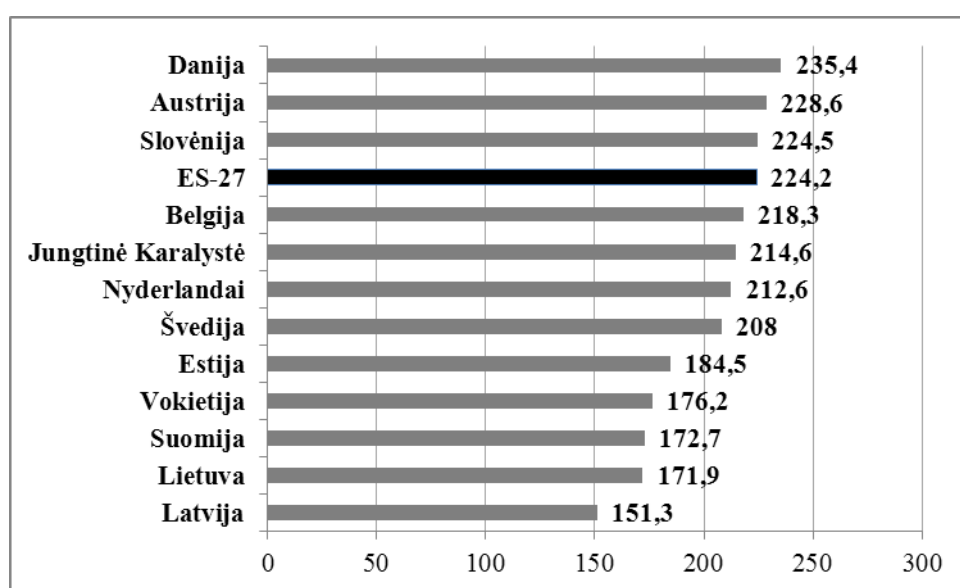
31 pav. Pajamų pasiskirstymo koeficientas (S80/S20)



Šaltinis: Eurostat (EU-SILC) 2012 m.

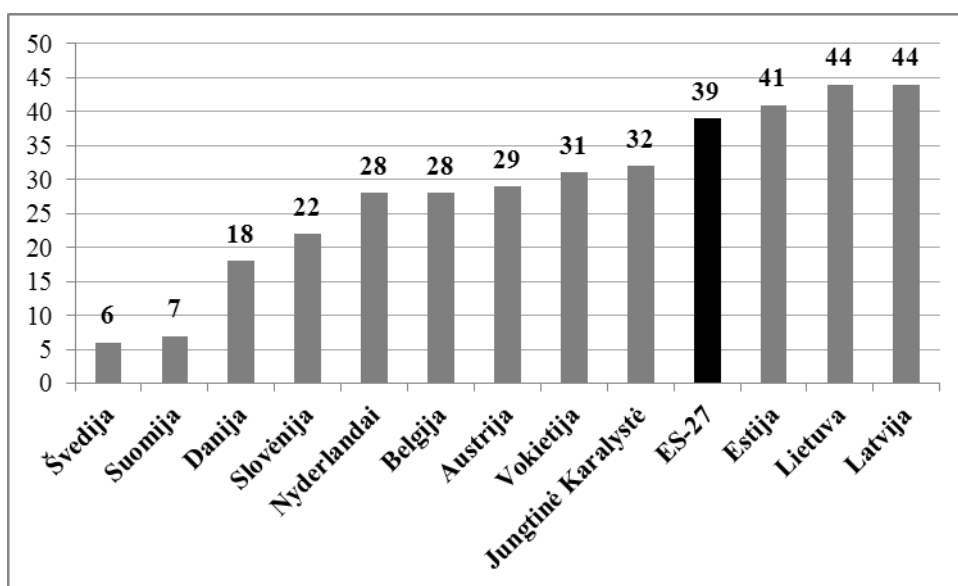
32 pav. Skurdo rizikos lygis, procentais

SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO SRITIES
„GYVENSENA“ RODIKLIŲ REZULTATUS ILIUSTRUOJANTYS
PAVEIKSLAI



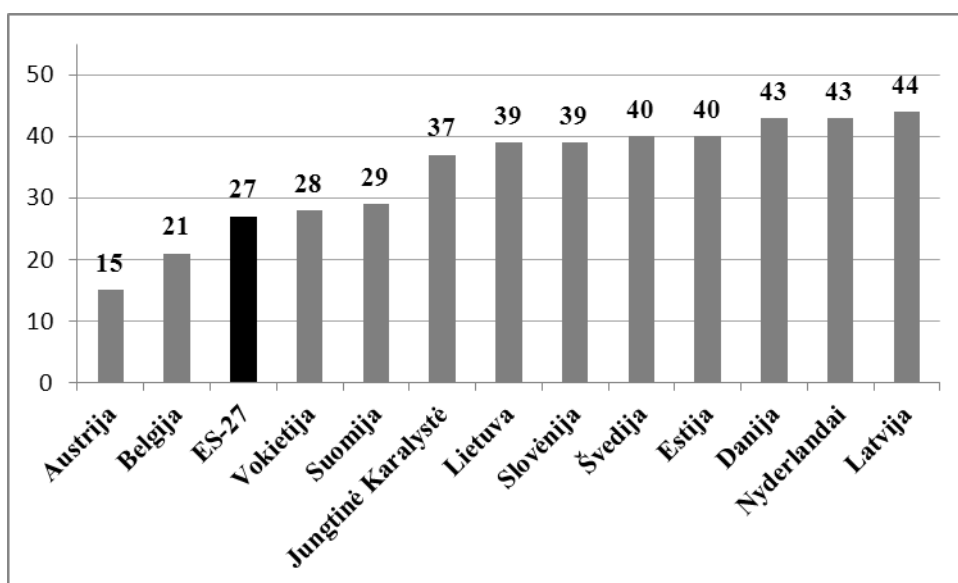
Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

33 pav. Vidutinis suvalgytas vaisių ir daržovių kiekis (kg) vienam žmogui per metus



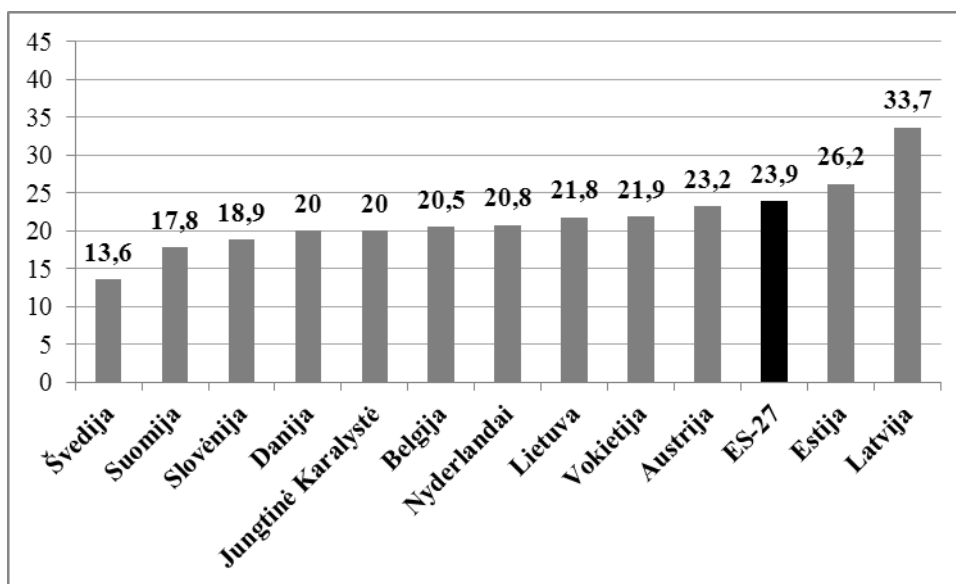
Šaltinis: Special Eurobarometer „Sport and physical Activity“ 2010 m.

34 pav. Niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalis, procentais



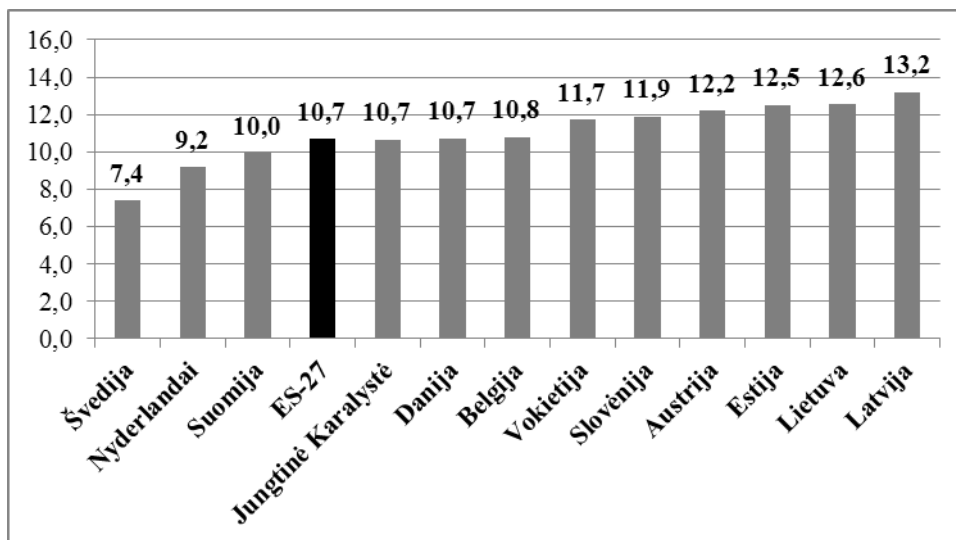
Šaltinis: Special Eurobarometer „Sport and physical Activity“ 2010 m.

35 pav. Reguliariai užsiimančių fizine veikla lauke (važinėjimas dviračiu, vaikščiojimas, sodininkystė) gyventojų dalis, procentais



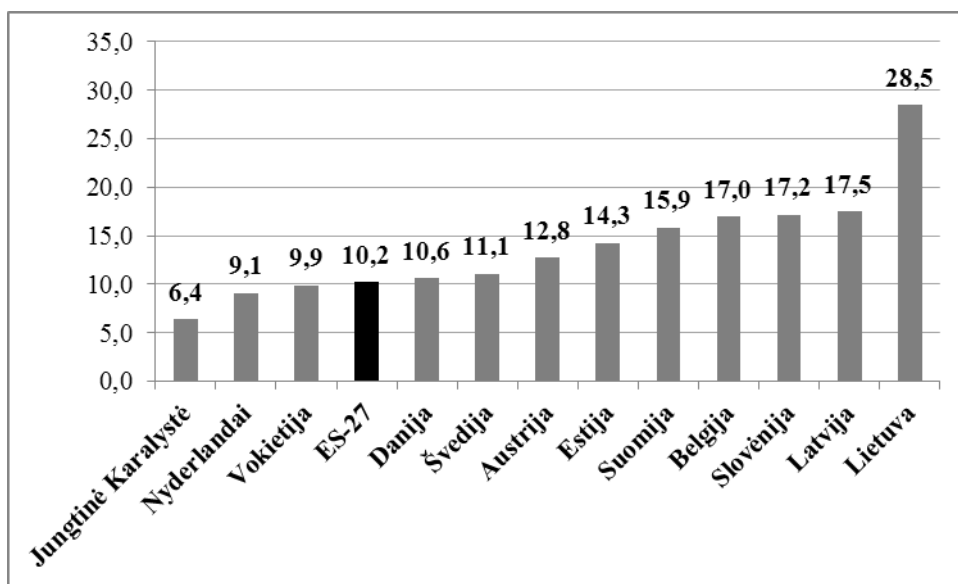
Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

36 pav. Kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15 + amžiaus grupėje dalis, procentais



Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

37 pav. Gryno alkoholio suvartojimas vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais



Šaltinis: HFA – DB, vėliausiai prieinami duomenys.

38 pav. **Savižudybių skaičius 100, 000 - čių gyventojų**

**SU SVEIKATA SUSIJUSIOS GYVENIMO KOKYBĖS VERTINIMO
REZULTATŲ APIBENDRINIMO LENTELE**

Vertinimo sritis/Rodiklis	ES-27 vidurkis (vėliausiai priein. duom.)	Bismarko finansavimo modelio valstybės				Beveridžo finansavimo modelio valstybės				Mišraus finansavimo modelio valstybės			
		Vokietija	Austrija	Belgija	Nyderlandai	Jungtinė Karalystė	Švedija	Suomija	Danija	Lietuva	Latvija	Estija	Slovėnija
1. Sveikatos priežiūra: prieinamumas													
Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais	93,3	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑	↓	↓	↑
Nepatenkinto poreikio nebuvimas gauti burnos sveikatos priežiūros paslaugas dėl prieinamumo kliūčių (vertinant bendrai pagal pajamų kvintilį), procentais.	92,8	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑	↓	↓	↑
Privačių namų ūkių neformalių mokėjimų už sveikatos priežiūrą dalis nuo visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais	16,2	↓	↑	↑	↓	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↑	↓
Kokybė													
Kūdikių mirtingumas 1000 - čiu gimusiųjų	3,9	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓		↑	↑	↓	↓
Ištekliai (finansiniai)													
Valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuo visų valstybės išlaidų, procentais	15,2	↑	↑	↓	↑	↑	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↓
Ištekliai (žmogiškieji)													
Praktikuojančių gydytojų skaičius 100, 000 - čiu gyventojų	346,1	↑	↑	↓	↓	↓	-	↓	↑	↑	↓	↓	↓
Praktikuojančių slaugytojų skaičius 100, 000 - čiu gyventojų	835,5	↑	↓	↑	↑	↑	-	↑	↑	↓	↓	↓	↑
2. Sveikatos rezultatai (objektyvūs)													
Sergamumas tuberkulioze 100, 000 - čiu gyventojų	12,1	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↓
Mirtingumas nuo tuberkuliozės 100, 000 čiu gyventojų	0,8	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↓
Sergamumas ŽIV 100, 000 - čiu gyventojų	5,7	↓	↓	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↓

Sergamumas AIDS 100, 000 - čiu gyventojų	0,9	↓	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↑	↓	↑	↑	↓
Mirtingumas nuo piktybinių navikų 100, 000 - čiu gyventojų	167,3	↓	↓	↓	↑	↑	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑
Hospitalinis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis 100, 000 - čiu gyventojų	2398,9	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↓
Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų 100, 000 - čiu gyventojų	212,9	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑
Vidutinė gyvenimo trukmė gimus, (vyrų, moterų), metais	V 77,5 M 83,2	↑ =	↑ ↑	↑ =	↑ ↓	↑ ↓	↑ ↓	↓ ↑	↑ ↓	↓ ↓	↓ ↓	↓ ↓	↓ ↑
Sveiko gyvenimo trukmė gimus, (vyrų, moterų), metais	V 61,8 M 62,2	↓ ↓	↓ ↓	↑ ↑	↑ ↓	↑ ↑	↑ ↑	↓ ↓	↑ ↓	↓ ↓	↓ ↓	↓ ↓	↓ ↓

Vertinimo sritis/Rodiklis	ES-27 vidurkis (vėliausiai priein. duom.)	Bismarko finansavimo modelio valstybės				Beveridžo finansavimo modelio valstybės				Mišraus finansavimo modelio valstybės			
		Vokietija	Austrija	Belgija	Nyderlandai	Jungtinė Karalystė	Švedija	Suomija	Danija	Lietuva	Latvija	Estija	Slovėnija
2. Sveikatos rezultatai (subjektyvūs)													
Gyventojų savo sveikatos vertinimas (bendras pagal pajamų kvintilį), (vertinančių labai gerai, gerai, prastai, blogai), procentais	22,4 45,7 22,3 7,6	↓ ↑ ↑ ↓	↑ ↓ ↓ ↓	↑ ↓ ↓ ↓	↓ ↑ ↓ ↓	↑ ↓ ↓ ↓	↑ ↓ ↓ ↓	↓ ↑ ↑ ↓	↑ ↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↑ ↑	↓ ↓ ↑ ↑	↓ ↓ ↑ ↑	↓ ↓ ↑ ↑
Gyventojų turinčių ilgalaikių/lėtinių sveikatos problemų/ligų, dalis procentais	31,7	↑	↑	↓	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↑	↑	↑
Gyventojų savo psichinės sveikatos būklės vertinimas (per pastarąsias 4 sav. visą laiką ir didžiąją laiko dalį jautėsi laimingi), procentais	61	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↑
3. Aplinka (fizinė)													
Salmoneliozės atvejų skaičius 100, 000 - čiu gyventojų	21,6	↑	↑	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓
Sužeidimų skaičius dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100, 000 - čiu gyventojų	764,5	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↑	↑	↓	↓	↓	↓
Mirtingumas dėl su darbu susijusių nelaimingų atsitikimų 100,000 - čiu gyventojų	0,9	↓	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↑

3. Aplinka (socialinė) (demografiniai veiksniai)													
Natūralus gyventojų prieaugis 1000 - čiu gyventojų	0,82	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↑
Gyventojų 65+ amžiaus grupėje dalis populiacijoje, procentais	17,8	↑	=	↓	↓	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↓	↓
3. Aplinka (socialinė) (socioekonominiai veiksniai)													
30-34 m. asmenų, turinčių aukštąjį ar jam prilygintą išsilavinimą, dalis, procentais.	35,8	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Nedarbo lygis, procentais	10,5	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↓	↓
Pajamų pasiskirstymo koeficientas (S80/S20)	5,1	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↓
Skurdo rizikos lygis, procentais.	16,9	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↓
4. Gyvensena													
Vidutinis suvalgytas vaisių ir daržovių kiekis (kg) vienam žmogui per metus	224,2	↓	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↑
Niekada nesportuojančių/nedarančių mankštos gyventojų dalis, procentais	39	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↑	↓
Reguliariai užsiimančių fizine veikla lauke (važinėjimas dviračiu, vaikščiojimas, sodininkystė) gyventojų dalis, procentais	27	↑	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Kasdien reguliariai rūkančių gyventojų 15 + amžiaus grupėje dalis, procentais	23,9	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↑	↓
Gryno alkoholio suvartojimas vienam gyventojui 15+ amžiaus grupėje, litrais	10,7	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑
Savižudybių skaičius 100, 000 - čiu gyventojų	10,2	↓	↑	↑	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Aukščiausių/žemiausių rodiklių skaičiaus santykis		2/ 1	3/ 4	2/ 1	9/ 0	4/0	9/ 0	1/ 1	2/ 0	1/ 9	2/ 20	0/ 1	4 / 3

Lentelės sutartiniai ženklai:

↑ - rodiklis aukštesnis už ES-27 rodiklio vidurkį;

↑ - rodiklis aukščiausias (neigiama prasme) tarp 12 lyginamų ES valstybių;

↓ - rodiklis žemiausias (neigiama prasme) tarp 12 lyginamų ES valstybių;

↓ - rodiklis žemesnis už ES -27 rodiklio vidurkį;

↓ - rodiklis žemiausias (teigiama prasme) tarp 12 lyginamų ES valstybių;

↑ - rodiklis aukščiausias (teigiama prasme) tarp 12 lyginamų ES valstybių;

= - rodiklis lygus ES-27 vidurkiui.