

Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Socialinio darbo katedra

Agnė Parulytė

Socialinės politikos studijų programa

Magistro darbas

**„Visuomenės sveikatos netolygumai Lietuvoje“**

Darbo vadovas: dr. Romas Lazutka

Vilnius 2016

## SANTRAUKA

Pastaruoju laikotarpiu visuomenėje vykstantys socialiniai ir ekonominiai pokyčiai turi įtakos žmonių gyvenimo kokybei ir gyvenimo būdui. Dėl mokslo inovacijų ir vis atsirandančių naujų technologijų yra stebimas bendras žmonių gyvenimo kokybės pagerėjimas. Šalia to, galima išskirti sveikatos aspektą kaip vieną iš pagrindinių ir bene svarbiausių žmonių gyvenimo kokybės elementą. Sveikatos būklės rodiklių pagerėjimas yra siejamas ne tik su medicinos pažanga, bet ir iš dalies pasikeitusiu žmonių požiūriu į savo sveikatą. Akcentuojama, kad rodikliai, kuriais remiantis galima analizuoti žmonių sveikatos būklę, gerėja, tačiau susiduriama su problema, kuri parodo, kad sveikatos būklės gerėjimo tempai nėra vienodi. Tą iliustruoja pagrindiniai sveikatos būklės rodikliai, rodantys egzistuojančius sveikatos netolygumus, kurių atsiradimą sąlygoja platus įvairių veiksnių spektras. Pabrėžiama, kad sveikatos netolygumai yra stebimi ne tik tarp atskirų šalių, bet ir tarp toje pačioje šalyje gyvenančių skirtingų socialinių grupių. Šio darbo tikslas yra ištirti sveikatos netolygumų pasireiškimą Lietuvoje. Išsikeltam tikslui pasiekti buvo atlikta antrinių duomenų analizė, kurios metu buvo siekiama išsiaiškinti sveikatos netolygumų pasireiškimą ir atskleisti sveikatos būklės rodiklių bei sveikatai įtakos turinčių veiksnių tarpusavio ryšį. Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad ypatingai (tiek tarp šalių, tiek tarp skirtingų socialinių grupių) skiriasi vienas iš sveikatos būklės rodiklių - vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Gauti rezultatai parodė, kad sveikatos būklės rodikliai ar subjektyvus žmonių sveikatos vertinimas gali priklausyti nuo tokių veiksnių kaip lytis, gyvenamoji vieta, išsilavinimo ar pajamų lygis. Atlikto tyrimo duomenys atskleidė, kad gyventojų sveikata neretai gali priklausyti ir nuo valstybės vykdomos politikos bei sveikatos sektoriui skiriamo finansavimo bei jo koordinavimo. Tyrimu taip pat nustatyta, kad sveikatai įtakos turintys veiksniai dažniausiai yra persipynę ir didžiausią neigiamą įtaką turi ne pavieniai veiksniai, bet jų grupė.

## SUMMARY

Recent social and economical changes in our society influence the quality of life and lifestyles of people. Due to innovations in science and emergent new technologies, the general quality of life is improving. Also the aspect of health can be singled out as one of the main and probably most important element of quality of life. The improvement of the indicator of state of health may be related not only to advancement of medicine but also to people's partly changed attitude towards their health. It is emphasized that indicators used to analyze people's state of health are improving; however, the problem is that the pace of improvement of state of health varies. This is illustrated by the basic indicators of the state of health showing the existing state health inequalities, which are caused by a wide spectrum of various factors. It is also stressed that health inequalities are present not only among countries but also among different social groups in the same country. The aim of this paper is to explore the manifestation of health inequalities in Lithuania. In order to reach the aim the analysis of secondary data was conducted aiming to find out the manifestation of health inequalities and reveal correlation between indicators of state of health and factors influencing health. The research showed that one indicator of state of health was particularly different (both among countries and among different social groups), which is the likely average lifespan. The results show that the indicators of state of health and people's subjective evaluation of health may depend on various factors, such as sex, place of residence, education and income. The data of the research revealed that people's health may as often as not depend on the state's policy and funding and coordination of the sector of health. It was also found that largely factors influencing health are interlaced and the most negative impact is made not by separate factors but by their groups.

# TURINYS

ĮVADAS .....	5
1. SVEIKATOS SAMPRATA IR JAI ĮTAKOS TURINTYS VEIKSNIAI .....	7
1.1. Sveikatos sampratos ir sveikatai įtakos turinčių veiksnių analizė .....	7
1.2. Sveikatos ir jai įtakos turinčių veiksnių tarpusavio ryšys .....	9
1.2.1. Sveikatos ir šalies ekonominio klestėjimo tarpusavio santykis .....	11
1.2.2. Europos sveikatos vartotojų indekso kaip medicinos pagalbos analizė .....	13
2. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ SAMPRATA IR PASIREIŠKIMAS .....	16
2.1. Sveikatos netolygumų samprata .....	16
2.2. Sveikatos netolygumų pasireiškimo sritys .....	17
2.3. Sveikatos netolygumus sukeliančių veiksnių analizė .....	20
2.4. Valstybės vaidmuo ir priemonės, skirtos sveikatos netolygumams mažinti .....	23
2.5. Sveikatos apsaugos užtikrinimas kaip socialinio teisingumo aspektas .....	27
3. TYRIMO METODIKA .....	32
3.1. Tyrimo metodas .....	32
3.2. Tyrimo priemonės ir duomenų tvarkymas .....	32
4. TYRIMO REZULTATŲ PRISTATYMAS IR JŲ APTARIMAS .....	34
4.1. Sveikatos netolygumų pasireiškimo sveikatos būklės rodikliuose analizė .....	34
4.2. Sveikatos būklės rodiklių ir sveikatą lemiančių veiksnių tarpusavio sąsajų analizė .....	42
4.3. Sveikatos apsaugos finansavimo analizė sveikatos netolygumų kontekste .....	49
4.4. Subjektyvaus sveikatos vertinimo ir sveikatos būklei įtakos turinčių veiksnių tarpusavio ryšys .....	54
IŠVADOS .....	58
REKOMENDACIJOS .....	60
LITERATŪRA .....	61
PRIEDAI .....	65
1 priedas .....	65

## ĮVADAS

**Temos aktualumas ir tyrimo problema.** Ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje pripažįstama, kad skirtumai sveikatos srityje yra viena iš svarbiausių visuomenės sveikatos problemų. Nepaisant visuomeninių pokyčių ir tobulesnių priemonių, skirtų visuomenės sveikatai stiprinti, skirtumai sveikatos srityje išlieka ir jie yra stebimi ne tik tarp skirtingų šalių, bet ir tarp toje pačioje šalyje gyvenančių skirtingų socialinių grupių. Nors ir pastebimas gyventojų vidutinio sveikatos lygio pagerėjimas, tačiau po tuo slepiasi pakankamai skirtingos galimybės būti sveikiems, išvengti priešlaikinės mirties ar tam tikrų ligų rizikos. Kuomet nėra užtikrinamos aplinkybės, kad kiekvienas asmuo galėtų gauti jam reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, atsiranda skirtumai, kurie gali nulemti žmogaus gyvenimo kokybę ar net trukmę. Sveikatos skirtumus sukuria aplinkybės, kuriose žmogus gimsta, auga, dirba, sensta. Tas sąlygas, kuriomis žmonės gyvena, formuoja tam tikros jėgos, tokios kaip politika, ekonomika ir socialiniai reikalai. Ir būtent tai turi lemiamą įtaką, parodančią ar asmuo galės visapusiškai išnaudoti savo galimybes ir gyventi tokį gyvenimą, kuriame jam bus suteikta reikalinga pagalba (Socialinių sveikatos veiksnių komisija, 2009).

Sveikatos netolygumų tema yra svarbi socialinės politikos kontekste, nes sveikatos politika, kartu su kitomis sritimis yra socialinės politikos kertiniai akmenys. Valstybės vykdoma politika gali pasitarnauti mažinant sveikatos sistemoje esantį neteisumą bei didinant asmenų galimybę patiems geriau rūpintis savo sveikatos būkle. Sveikatos lygiateisiškumas nėra tik pirminis tikslas, tai yra ir veiksnys, kuris gali pasitarnauti siekiant platesnių visuomenės tikslų, todėl reikalingas platesnis problemos matymas bei glaudesnis tarpsektorinis bendradarbiavimas.

**Temos naujumas.** Sveikatos netolygumų tema nėra naujas reiškinys, nes žmonių sveikatos būklė visais laikais buvo ypač aktuali. Šia tema labiau pradėta domėtis tada, kai surinkti statistiniai duomenys pradėjo rodyti skirtumus tarp įvairiomis charakteristikomis pasižyminčių asmenų grupių. Tyrimų sveikatos netolygumų tematika yra atlikta nemažai, tačiau dažniausiai tai yra vieną ar kelis aspektus apimančios studijos. Sveikatos netolygumų reiškinį įvairiais aspektais tyrinėjo I. Jakušovaitė (2011), I. Tamulienė (2011), R. Savičiūtė (2013), D. Jasilionis (2006), R. Kalėdienė (2008). Moksliniuose straipsniuose pateikiama analizė apie sveikatos netolygumų sampratą, pasireiškimo sritis, įvairių charakteristikų galimą įtaką žmonių sveikatos būklei ir priemonės, skirtas sumažinti sveikatos netolygumus. Sveikatos netolygumus tyrinėjo užsienio autoriai: D. E. Sahn (2012), J. Figueras ir M. Mckee (2012), G. Dahlgren ir M. Whitehead (2007), A. Deaton (2003), L. Sheridan (2002).

**Darbo objektas** – visuomenės sveikatos netolygumai Lietuvoje.

**Šio darbo tikslas** – ištirti visuomenės sveikatos netolygumų pasireiškimą Lietuvoje.

**Darbo uždaviniai:**

1. Remiantis teoriniu požiūriu išanalizuoti sveikatos ir sveikatos netolygumų sampratas.
2. Atskleisti sveikatos būklės ir sveikatai įtakos turinčių veiksnių sąsajas.
3. Išanalizuoti sveikatos apsaugos santykį su šalies gyventojų sveikatos būkle.
4. Apžvelgti Lietuvos ir kitų Europos Sąjungos šalių padėtį sveikatos netolygumų kontekste.
5. Išsiaiškinti subjektyvų sveikatos vertinimą atsižvelgiant į tam tikras charakteristikas.

Darbas sudarytas iš dviejų dalių: teorinės ir empirinės dalies. Teorinę dalį sudaro du skyriai. Pirmajame skyriuje apžvelgiama sveikatos samprata ir jai įtakos turintys veiksniai. Taip pat aprašomas Europos sveikatos vartotojų indeksas, kuris iliustruoja Lietuvos bei kitų valstybių sveikatos priežiūros sistemas ir jų funkcionavimą. Antrajame teorinės dalies skyriuje nagrinėjama sveikatos netolygumų samprata ir sveikatos netolygumus sukeliantys veiksniai. Aptariamos sveikatos netolygumų pasireiškimo sritys, valstybės vykdoma veikla, skirta netolygumams mažinti bei akcentuojamas socialinis teisingumas kaip būtinybė užtikrinant sveikatos apsaugą. Empirinė dalis susideda iš tyrimo metodikos pristatymo bei tyrimo rezultatų analizės. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados ir rekomendacijos bei atskira dalis, kuri skirta priedams.

Noriu padėkoti darbo vadovui Romui Lazutkai už skirtą laiką ir pagalbą rašant baigiamąjį darbą.

## **1. SVEIKATOS SAMPRATA IR JAI ĮTAKOS TURINTYS VEIKSNIAI**

Sveikata šiuolaikiniame pasaulyje yra traktuojama kaip vienas iš svarbiausių gyvenimo kokybės elementų, todėl sveikatos klausimams yra skiriamas ypatingai didelis dėmesys. Sveikata yra laikoma svarbi asmens ir visuomenės sąlyga, šalia to akcentuojant, kad sveiki gyventojai yra suvokiami kaip valstybės ekonomikos produktyvumo bei gerovės sąlyga.

Siekiant analizuoti sveikatos netolygumus visų pirma reikia išsiaiškinti kaip yra traktuojama pati sveikatos samprata bei kokius veiksnius galima priskirti prie sveikatai įtaką turinčių veiksnių. Tai sudarys galimybę giliau panagrinėti sveikatos reikšmę bei susidaryti vaizdą apie platų įvairių veiksnių, galinčių nulemti žmonių sveikatos būklę, spektrą. Kuomet skiriama daugiau dėmesio šiems veiksniams, atsiranda galimybė sumažinti neigiamą arba padidinti jų teigiamą poveikį žmonių sveikatos būklei.

### **1.1. Sveikatos sampratos ir sveikatai įtakos turinčių veiksnių analizė**

Sveikatos sąvoka yra traktuojama įvairiai. Sveikatą dauguma suvokia tik kaip ligų nebuvimą, tačiau tai turi žymiai platesnę reikšmę. Sveikata apima fizinius, protinius, socialinius ir dvasinius aspektus. Sveikas žmogus geba realizuoti savo viltis, patenkinti poreikius, prireikus keisti savo gyvenimo aplinkybes ir dalyvauti visuomenės gyvenime. Sveikatai įtaką daro tokie veiksniai kaip: fizinė, ekonominė ir socialinė aplinka, kurioje žmonės gyvena (Sheridan, 2002).

Visuomenės sveikatos fondas (2014) nurodo, kad veiksniai, kurie gali turėti įtakos sveikatai, neretai funkcionuoja už sveikatos sistemos ribų ir yra sutinkami žmogaus aplinkoje. Vieni iš jų priklauso nuo aplinkos plačiąja prasme, o kiti dažnai yra nulemti paties žmogaus pasirinkto gyvenimo būdo. Pasaulio sveikatos organizacija (2015) nurodo, jog sveikatą lemiančius veiksnius galima suskirstyti į tris grupes:

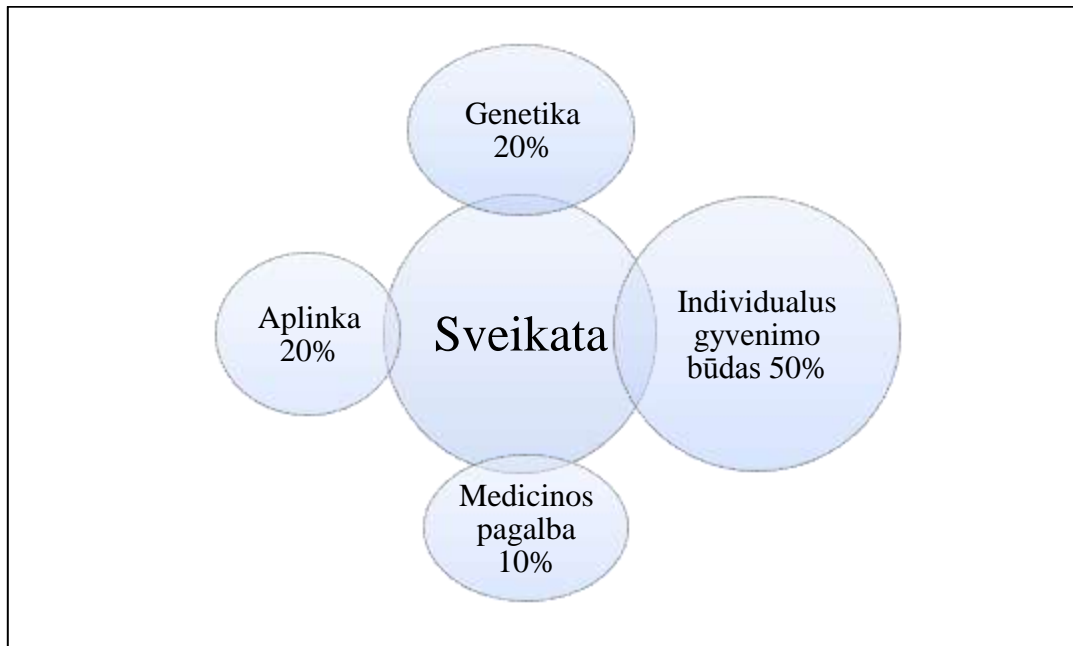
1. socialinė ir ekonominė aplinka;
2. fizinė aplinka;
3. asmens individualios savybės ir elgsena.

Sheridan (2002) pateikia veiksnius, kurie turi poveikį žmonių sveikatai:

- socialinė ir ekonominė aplinka, apimanti tokius veiksnius kaip: sąveika su šeima, draugais ir visais žmonėmis, su kuriais bendraujant formuojamas mūsų identitetas, šalia to priskiriamos užimtumo, darbo bei gyvenimo sąlygos,

- fizinė aplinka yra apibūdinama kaip saugi, kokybiška ir tvari aplinka, kuri mums teikia pagrindinius dalykus, tokius kaip maistas, vanduo, oras ir šviesa,
- kiekvieno asmens įgūdžiai parodo koks yra požiūris į sveikatai pavojų keliančius veiksnius, koks elgesys ir būdai susidoroti su stresu,
- biologija - genetika, šeimos istorija; kokios yra fizinės ir psichinės sveikatos problemos įgytos per gyvenimą dėl tam tikro gyvenimo būdo (rūkymas, nesubalansuota mityba),
- sveikatos priežiūros paslaugos – galimybė gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios gali pasitarnauti skatinant sveiką gyvenimą bei užkirsti kelią ligų atsiradimui.

Siekiant detaliau išanalizuoti sveikatos sampratą pasitelkiama dar viena autorė, kuri asmens sveikatai įtakos turinčius veiksnius išdėsto būtent taip: paveldimumas (genetika), fizinė ir socialinė aplinka, individualus žmogaus gyvenimo būdas bei medicinos pagalbos lygis ir prieinamumas. Sveikatai įtakos turinčių veiksnių pasiskirstymą (1 pav.) anot R. Proškuvienės (2004) galima pavaizduoti taip:



**1 pav.** Sveikatą lemiančių veiksnių pasiskirstymas,

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis R. Proškuvienės „Sveikatos ugdymo įvadu“, 2004.

Iš pateikto paveikslo matyti, kad didžiausią įtaką žmonių sveikatos būklei, anot autorės, turi individualus gyvenimo būdas (50 %), tuomet genetika ir aplinka (po 20 %), o mažiausiai sveikatą lemia medicinos pagalba (tik 10 %). Iš to galima daryti prielaidą, jog sveikata didžia dalimi priklauso nuo pačių žmonių ir to kaip jie geba pasirinkti jiems priimtina gyvenimo stilių. Atsižvelgiant į šį sveikatai įtakos turinčių



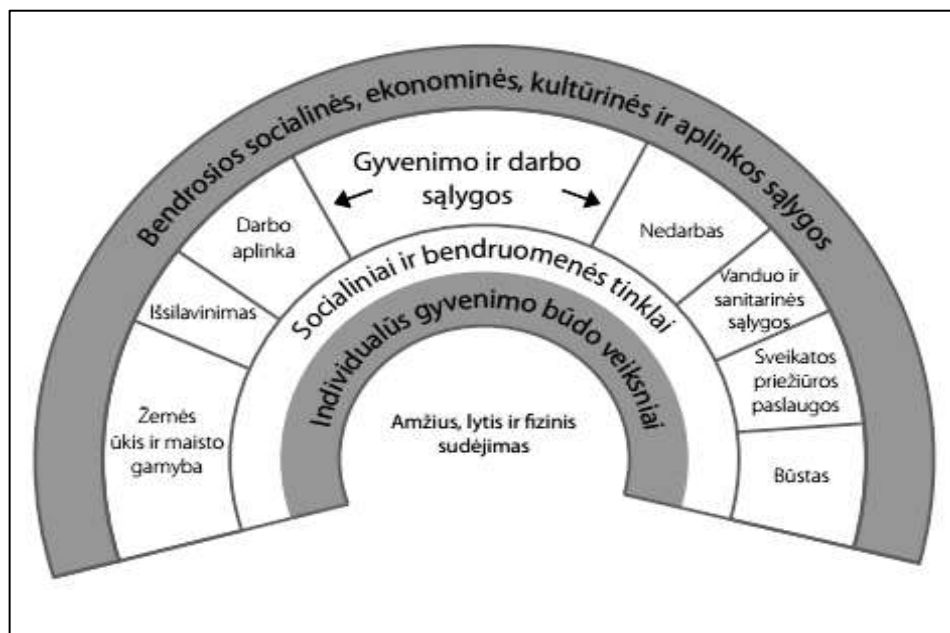
veiksnių skirstymą, tolesnėje darbo dalyje įvairių veiksnių tarpusavio ryšio aiškinimo logika bus paremta būtent šia schema, t.y. aptariami veiksniai, kurie įeina į šioje schemoje aptartą pasiskirstymą.

Apibendrinant galima sakyti, jog sveikatos sąvoka yra daugiasluoksnė ir jai įtakos gali turėti platus veiksnių spektras pradedant tuo, kam pats asmuo gali turėti įtakos ir baigiant veiksniais, kurie nuo pačių žmonių tiesiogiai nepriklauso. Toliau šiame darbe didžiausias dėmesys bus skiriamas socialiniams ekonominiams veiksniams, darant prielaidą, kad būtent šie veiksniai turi nemažą įtaką sveikatos būklei.

## 1.2. Sveikatos ir jai įtakos turinčių veiksnių tarpusavio ryšys

Kaip jau buvo aptarta anksčiau, egzistuoja nemažai veiksnių, galinčių vienaip ar kitaip turėti įtakos žmonių sveikatai. Įvairių veiksnių ir sveikatos būklės tarpusavio ryšius nagrinėti yra ypatingai svarbu dėl to, kad taip galima įvertinti jų įtaką, o vėliau stengtis pašalinti ar kitaip paveikti neigiamą poveikį turinčius veiksniai.

Dahlgren ir Whitehead (2007) nurodo, kad sveikata yra veikiama tokių veiksnių kaip: įgimtos predispozicijos (lytis, amžius), toliau akcentuojamas individualus kiekvieno asmens gyvenimo būdas, socialiniai ir bendruomeniniai tinklai, svarbią vietą užima gyvenimo ir darbo sąlygos ir toliausiai nutolusios, tačiau nemažiau svarbios bendrosios socialinės, ekonominės, kultūrinės ir aplinkos sąlygos (2 pav.).



2 pav. Sveikatą lemiančių veiksnių išsidėstymas,

Šaltinis: Dahlgren, Whitehead, 2007.

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad sveikatos skirtumus tarp žmonių nulemia socialiniai ekonominiai veiksniai. Įvardintiems veiksniams priskiriama: gyvenimo ir darbo sąlygos, elgsena, išsilavinimas, užsiėmimas ir pajamos, galimybė naudotis viešosiomis sveikatos priežiūros, ligų profilaktikos ir sveikatinimo paslaugomis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo, 2014). Šioje darbo dalyje didžiausias dėmesys bus skiriamas įvairiems socioekonominiams veiksniams, tokiems kaip: išsilavinimo ir pajamų lygis, kuris gali atspindėti užimamą statusą visuomenėje bei jų ryšys su sveikatos būkle. Kitaip tariant, bus bandoma analizuoti socialinių ekonominių veiksnių poveikį žmonių elgsenai, kuri yra tiesiogiai susijusi su jų sveikata.

Šio darbo dalyje apie sveikatai įtakos turinčių veiksnių pasiskirstymą buvo akcentuojama, kad net 50 % žmonių sveikatos nulemia jų individualus gyvenimo būdas, kitaip tariant, elgsena. Neretai vieniems ar kitiems, su sveikata susijusiems, veiksniams įtakos turi žmonių išsilavinimo lygis. Jeigu toliau kalbėti apie išsilavinimo lygio ir sveikatos būklės rodiklių santykį, galima išskirti išsilavinimo ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės tarpusavio ryšį. Atlikti tyrimai rodo, kad egzistuoja netolygumai tarp skirtingo išsilavinimo lygio ir gyvenimo trukmės. Žmonių, turinčių aukštesnį išsilavinimą vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja, o žmonių su žemesniu išsilavinimu atvirkščiai – trumpėja (Kalėdienė, 2008).

Žmonės, turintys aukštąjį išsilavinimą ir gaunantys didesnes pajamas yra linkę būti geresnės sveikatos ir net gi gyvena ilgiau negu asmenys, turintys žemesnį išsilavinimą ar gaunantys mažesnes pajamas. Minėtasis ryšys puikiai atspindi ir atvirkštinį variantą: žmonės, kurių fizinė ar psichinė sveikatos būklė yra prasta, neretai sunkiai integruojasi į darbo rinką ir papildo asmenų, neturinčių darbo, gretas (Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, 2014).

Šalyse, kurios susiduria su ekonominiais, politiniais ar socialiniais pokyčiais, aktuali tampa socialinė sveikatos nelygybės problema. Lietuvoje ši problema taip pat egzistuoja ir nuolat auga gyventojų grupės, kurios su šia problema susiduria. Minėtajai problemai įtakos turi išsimokslinimo lygis: kuo jis aukštesnis, tuo geresnė gyventojų sveikata ir mažesni mirtingumo rodikliai (Jankauskienė, 2011).

Atliktas tyrimas Ugandoje parodė, kad vaikų sveikatos būklę ir sveikatos priežiūros skirtumus lemia namų ūkio gerovė. Taip pat gauti rezultatai atskleidė, jog motinų aukštesnis išsilavinimas daug labiau prisideda prie vaikų sveikatos stiprinimo (Ssewanyana, Kasirye, 2012). Atlikto tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad net ir mažiau išsivysčiusiose šalyse tokie veiksniai kaip asmeninis išsilavinimas ir didesnis visuomenės švietimas turi įtakos sveikatos būklei. Kalbant apie motinų išsilavinimą reikia

paminėti, kad Lietuvai šis aspektas yra mažiau aktualus, tačiau apskritai analizuojant išsilavinimo įtaką sveikatai matyti, kad yra stebimi skirtumai sveikatos srityje, kurie nulemti išsilavinimo lygio.

Atlikti tyrimai ir mokslinės analizės iliustruoja išsilavinimo įtaką sveikatos būklei ar net trukmei, tačiau tai nėra vienintelis aspektas, turintis tam įtakos. Dar vienas socioekonominis veiksnys yra pajamų lygis. Užsienio tyrėjai nurodo, kad kuo šeimos pajamos yra didesnės, tuo mirtingumo lygis yra mažesnis. Pateiktame straipsnyje taip pat teigiama, jog kuo didesnis BVP vienam gyventojui, tuo asmenų tikėtina gyvenimo trukmė yra ilgesnė (Deaton, 2003).

Pajamos yra labai susijusios su sveikatos būkle. Kuo didesnės asmens pajamos, tuo didesnės galimybės įsigyti paslaugas arba prekes, palaikančias sveikatą: kokybiškesnis maistas, gyvenamoji vieta, geros kokybės sveikatos paslaugos. Tačiau būtina pasakyti, kad sveikatos pagerėjimų nenustatoma, kuomet yra pasiekama tam tikra pajamų riba (Skučienė, ct. pg. Subramaniano, Kawachi'o, 2008).

V. Stasytė ir A. Rauktytė (2014) nurodo ekonominių ir socialinių sąlygų poveikį sveikatos būklei. Autorių sudarytas modelis rodo, kad yra pusiausvyra tarp sveikatos priežiūros sistemos kokybės, BVP ir sveikatos išlaidų. Taip pat straipsnyje aprašoma sveikatos priežiūros paklausos teorija, kuria teigiama, jog pasiekus tam tikrą sveikatos išlaidų lygį, tolesnis išlaidų didėjimas sveikatingumui įtakos neturi (Grossman, ct. pg. Stasytė, Rauktytė, 2014).

Apibendrinant galima teigti, kad socialiniai ekonominiai veiksniai yra viena iš pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos sveikatos būklei, grupių. Analizuojant šiuos veiksnius pastebima, kad skirtingas jų pasiskirstymas sudaro prielaidas skirtumams sveikatos srityje atsirasti. Svarbu akcentuoti, kad šie veiksniai nėra vieninteliai lemiantys asmenų sveikatos būklę. Tolimesniame skyriuje bus aptariamas ryšys tarp žmonių sveikatos bei valstybės ekonominės padėties.

### **1.2.1. Sveikatos ir šalies ekonominio klestėjimo tarpusavio santykis**

Kalbėti apie gyventojų sveikatos būklės ir šalies ekonominio klestėjimo santykį yra ypač svarbu dėl to, kad visuotinai pripažįstama, jog be geros gyventojų sveikatos nebus tvarios ir išvystytos ekonomikos, o be subalansuoto socialinio ir ekonominio pagrindo nebus įmanoma užtikrinti gerų gyventojų sveikatos rodiklių.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. *OECD*) (2014) nurodo, kad sveikata yra stipriai susijusi su kiekvienos šalies ekonomikos augimu. Gera gyventojų sveikatos būklė yra ne tik pagrindas asmens gerovei, bet ir prielaida tvarios ekonomikos, subalansuoto ekonominio ir

socialinio stabilumo pagrindui. Tai puikiai iliustruoja vadinamasis investavimo trikampis (angl. *The Investment Triangle*) (3 pav.) (Pasaulio sveikatos organizacija, 2008).



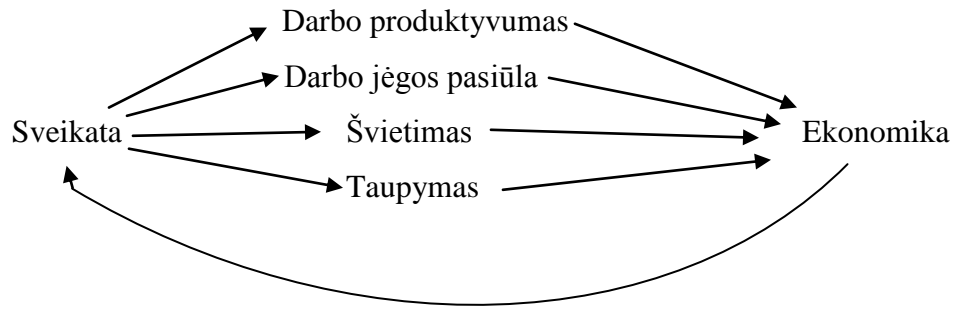
**3 pav.** Investavimo trikampis

Šaltinis: Pasaulio sveikatos organizacija, 2008

Lėtesnio ekonomikos augimo laikotarpiu ypatingai svarbu atrasti alternatyvių būdų įgyti konkurencinį pranašumą. Šioje vietoje pabrėžiamas sveikų šalies gyventojų indėlis į tai, nes sveika visuomenė, tai reiškia sveiki gyventojai, yra tvarios ekonomikos pagrindas. Sveiki populiacijų gyventojai yra žymiai našesni, jie gali ilgiau išsilaikyti darbo rinkoje ir taip daugiau prisidėti prie socialinio aprūpinimo sistemos (Pasaulio ekonomikos forumas, 2015).

Gyventojų sveikatos ir šalies ekonominės plėtros sąsajas iliustruoja ir atlikti tyrimai. Jungtinėje Karalystėje vykdyto tyrimo rezultatai atskleidė, jog apie 30 – 40 % šalies augimo nulėmė geresnė žmonių sveikata. Kai kuriais atvejais, gyventojų sveikatos gerinimas turėjo net gi didesnę teigiamą poveikį ekonomikos plėtrai nei išsilavinimas. Tuo tarpu kitų tyrimų rezultatai parodė, kad ilgėjanti vidutinė gyvenimo trukmė padidina šalies bendrąjį vidaus produktą (vieneriais metais pailgėjusi vidutinė gyvenimo trukmė apytiksliai apie 4 % padidina šalies BVP). Dar vienas tyrimo aspektas leidžia teigti, kad turtingesnėse šalyse apie 10 % sumažėjęs mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų BVP padidina vidutiniškai 1 % (Sahn, 2012). Šie pavyzdžiai leidžia teigti, jog gyventojų sveikata yra labai stipriai susijusi su šalies ekonomine padėtimi.

Sveikatos ir ekonomikos ryšys pavaizduotas 4 pav. Jame matyti, kad sveikata turi įtakos tokioms ekonomikos sudėtinėms dalims kaip: darbo produktyvumas, pasiūla, švietimas ir taupymas. Ganėtinau akivaizdu, kad geresnė gyventojų sveikatos būklė teigiamai veikia šalies ekonomiką, kuri, savo ruožtu, atitinkamai prisideda prie savo šalies gyventojų sveikatos, nes prasta sveikatos būklė nulemia didesnes išlaidas bei kitas problemas (Pasaulio sveikatos organizacija, 2008).



**4 pav.** Sveikatos ir ekonomikos ryšys

Šaltinis: Pasaulio sveikatos organizacija, 2008.

Apibendrinant galima teigti, jog gyventojų sveikatos būklė ir šalies ekonominis augimas yra tarpiai susijęs. Kuo šalyje yra daugiau žmonių gerai vertinančių savo sveikatą bei galinčių aktyviai ir ilgai dalyvauti darbo rinkoje, tuo šalies ekonominiai bei socialiniai ir sveikatos būklės rodikliai yra geresni bei išlaidos sveikatos apsaugai mažesnės.

### 1.2.2. Europos sveikatos vartotojų indekso kaip medicinos pagalbos analizė

Europos sveikatos vartotojų indeksas yra tarptautinis Europos sveikatos priežiūros vertinimo tyrimas, kurio tikslas yra išsiaiškinti kaip sveikatos paslaugų vartotojai „yra aptarnaujami“ skirtingose sveikatos priežiūros srityse. Šis indeksas pasirinktas nagrinėti todėl, kad remiantis anksčiau aptartu sveikatos veiksnių pasiskirstymu buvo išskirta medicinos pagalba, kuri turi įtakos žmonių sveikatos būklei.

Indeksas yra sudaromas atsižvelgiant į tris aspektus:

1. įvairūs visuomenės statistikos veiksniai,
2. pacientų apklausos,
3. nepriklausomi tyrimai (Health Consumer Powerhouse, 2013).

Svarbu panagrinėti šį tyrimą, nes jis apima 48 sveikatos priežiūros rodiklius, kurie parodo kokia situacija yra Lietuvoje ir kitose užsienio šalyse. Kalbant apie sąsajas su darbo tematika tai įvairūs sveikatos rodikliai, kurie yra pateikti indekse, sudaro galimybę vertinti asmenų situaciją, susijusią su jų sveikatos būkle.

Indeksas sukonstruotas iš 6 sričių, kurių kiekviena dar turi po atitinkamą skaičių indikatorių (1 lentelė).

**1 lentelė. Vertinamos Europos sveikatos vartotojų indekso sritys**

<b>Sritis</b>	<b>Maksimaliai galimi taškai</b>	<b>Lietuvos gauti taškai</b>
1. Pacientų teisės ir informacija	150	104
2. Paslaugų prieinamumas	225	100
3. Rezultatai	250	125
4. Teikiamų paslaugų apimtis	150	81
5. Prevencija	125	48
6. Medikamentai	100	52

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Europos sveikatos vartotojų indekso duomenimis

Iš lentelėje pateiktos informacijos matyti, kad visose srityse gauti taškai yra sąlyginai maži. Išskyrus pirmąją sritį, kuri įvertinta geriausiai, visose kitose srityse surinkta tik apie pusę visų galimų taškų. Tokia situacija rodo, kad Lietuvos sveikatos sistemoje yra vietų, kurias reikia tobulinti.

Iš tyrimą atliekančios organizacijos duomenų galima stebėti Lietuvos situaciją ankstesniais metais. Lietuva šiame tyrime dalyvauja nuo 2006 metų ir bendra situacija gerėjo, t.y. kiekvienais metais buvo surenkama vis daugiau taškų ir kylama į vis aukštesnę poziciją, tačiau 2014 m. praradusi daugiau nei 100 tšk. Lietuva nukrito per 9 pozicijas. Vertinant bendrai Lietuva iš galimų 1000 taškų 2014 m. surinkusi vos daugiau nei pusę (510 tšk.) ir užima 32-ą vietą iš 37 galimų (Health Consumer Powerhouse, 2014).

Šiuo metu pateikiama Lietuvos situacija parodo, kad yra kur tobulėti. Visas 6 kategorijas galima priskirti prie veiksmų, kurie tiesiogiai veikia asmens sveikatos būklę. Jeigu imti konkretų pavyzdį tai galima panagrinėti paslaugų prieinamumą, kuris išreiškiamas per gydymo laukimo trukmės aspektą, nes jis tiesiogiai veikia žmonių sveikatos būklę ar net gyvenimo trukmę (2 lent.). Pateikiami šeši indikatoriai:

**2 lentelė. Laukimo trukmės indikatorių įvertinimas**

<b>Indikatorius</b>	<b>Maksimaliai galimi taškai</b>	<b>Lietuvos gauti taškai</b>
1. Patekimas pas šeimos gydytoją tą pačią dieną	3	2
2. Tiesioginis patekimas pas kitus specialistus (be šeimos gydytojo siuntimo)	3	2
3. Planinės operacijos (reikia laukti mažiau nei 90 dienų)	3	1

4. Vėžio terapija (reikia laukti mažiau nei 21 dieną)	3	2
5. Kompiuterinė tomografija (reikia laukti mažiau nei 7 dienas)	3	1
6. Laukimo laikas (nuo atvykimo į polikliniką ar ligoninę iki priėmimo ar gydymo paskyrimo reikia laukti mažiau nei 1 val.)	3	2

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Europos sveikatos vartotojų indekso duomenimis

Antroje lentelėje pateikiami duomenys iliustruoja, kad visuose išvardintuose indikatoriuose galima gauti maksimaliai po 3 taškus, tačiau Lietuvos atveju 1, 2, 4, ir 6 indikatorius yra įvertinti kaip *ne taip gerai* (po 2 taškus už kiekvieną), o 3 ir 5 - kaip *patenkinamai* (po 1 tašką). Ši grafa iš galimų 18 taškų gauna tik 8. Nors išsamiau išnagrinėta ir čia pateikta tik viena iš 6 indekse pateikiamų sričių, tačiau matyti, kad ir kitose yra pakankamai didelių spragų, kurios, didelė tikimybė, turi neigiamą įtaką gyventojui sveikatos būklei.

Aptarto indekso sritys, kurias tiesiogiai galima priskirti prie medicinos pagalbos, gana gerai vaizduoja Lietuvos situaciją kalbant apie sveikatos priežiūros užtikrinimą. Pateikti naujausi duomenys leidžia analizuoti sritis, kurioms labiausiai reikia tobulinimo ir dėmesio siekiant panaikinti jose esančius trūkumus, galinčius turėti tiesioginės neigiamos įtakos žmonių sveikatai.

## **2. SVEIKATOS NETOLYGUMŲ SAMPRATA IR PASIREIŠKIMAS**

Nagrinėjant sveikatos sampratą tapo aišku, kad sveikata yra vienas iš rodiklių, kuris gali iliustruoti kiekvienoje visuomenėje vykstančius socialinius ekonominius pokyčius. Tendencijos rodo, kad gyventojų socioekonominė padėtis, o kartu ir sveikatos rodikliai gerėja, tačiau problema iškyla dėl to, kad visuomenėje esančių skirtingų socialinių grupių minėtųjų rodiklių gerėjimo tempai nėra vienodi ir dėl to yra stebimas sveikatos netolygumų atsiradimas. Jis pasireiškia per skirtingus sveikatos būklės rodiklius, kuriems įtakos turi platus veiksnių spektras, apimantis įvairius veiksnius, tokius kaip: lytis, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, pajamų lygis, o taip pat skirtingas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas bei kokybė.

Siekiant analizuoti sveikatos skirtumus, visų pirma, reikia išsiaiškinti sveikatos netolygumų sampratą, kuri leis suprasti kas yra netolygumai sveikatos srityje. Taip pat svarbu išskirti sritis, kuriose stebimas netolygumų pasireiškimas ir veiksnius, kurie gali turėti įtakos sveikatos skirtumams atsirasti. Apžvelgus veiksnius, nulemiančius sveikatos skirtumus galima nagrinėti valstybės vykdomą veiklą ir siūlymus, kuriais tikimasi mažinti skirtingoms socialinėms grupėms priklausančių žmonių sveikatos būklės ir paslaugų prieinamumo netolygumus.

### **2.1. Sveikatos netolygumų samprata**

Išsiaiškinus sveikatos sampratą ir veiksnius, galinčius veikti žmonių sveikatą, itin svarbu analizuoti sampratą to fenomeno, kuris įvardijamas kaip sveikatos netolygumai. Tai išanalizavus taps aiškūs aspektai, įeinantys į sveikatos netolygumų sampratą bei bus galima išsamiau nagrinėti sveikatos netolygumų pasireiškimą ir tai nulemiančius veiksnius.

Spartėjanti pažanga sveikatos priežiūros srityje ir vis ilgėjanti gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė leidžia daryti prielaidą, jog situacija gerėja, tačiau vis dažniau pastebimi skirtumai, kurie egzistuoja ne tik tarp šalių, bet ir tarp atskirų gyventojų grupių kiekvienoje šalyje (Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, 2015).

Sveikatos netolygumų samprata yra apibrėžiama kaip „diferenciacija tarp žmonių pagal sveikatos būklės (mirtingumo, būsimo gyvenimo trukmės rodikliai) skirtumus ir (ar) nevienodą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kuri sąlygoja gyvenamoji vieta, pajamos ir kitos priežastys“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo, 2014).



Pasaulio sveikatos organizacija (2014) sveikatos netolygumus apibrėžia kaip sveikatos būklės arba sveikatą lemiančių veiksnių, tarp skirtingų gyventojų grupių, pasiskirstymo skirtumus (tarp vyresnio amžiaus ir jaunesnio amžiaus žmonių arba mirtingumo skirtumas tarp žmonių iš skirtingų socialinių klasių). Taip pat pabrėžiama, jog svarbu atskirti sveikatos nelygybę, skirtumus (angl. *inequality*) ir neteisingumą (angl. *inequity*). Nelygybė šiuo atveju yra suprantama kaip situacija, kuomet kai kurie sveikatos priežiūros skirtumai yra priskiriami biologijai (genetikai) ar laisvam žmogaus pasirinkimui, todėl kai kuriais atvejais (pavyzdžiui, dėl genetinių priešasčių) gali būti neįmanoma pakeisti sveikatą lemiančių veiksnių ir nelygybė tampa neišvengiama. Tuo tarpu, kalbant apie neteisingumą pabrėžiama, kad skirtumai gali būti nulemti išorinių aplinkos sąlygų, kurios tiesiogiai nuo paties asmens nepriklauso, bet joms galima daryti įtaką valstybės lygmeniu ir neigiamus veiksmus sumažinti ar visiškai pašalinti.

Projekto „Sveikatos netolygumų mažinimas: gebėjimų rengiant veiksmų planą ir ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamus projektus stiprinimas“ (angl. *Action-for-health*) baigiamojoje ataskaitoje sveikatos netolygumai yra apibrėžiami kaip „visame pasaulyje aktualūs visuomenės sveikatos iššūkiai, atsiskleidžiantys per skirtingus sergamumo, mirtingumo, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rodiklius“ (Higienos institutas, 2014).

Nelygybė sveikatos srityje yra įvardijama kaip daug aspektų turinti sąvoka, kuri apima sveikatos išlaidų pasiskirstymą, sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos priežiūros galimybes ir poveikį sveikatai. Pripažįstant sveikatą, kaip pagrindinę žmogiškosios egzistencijos sąlygą, didžiausias susirūpinimas kyla dėl socialinio teisingumo ir ekonominio efektyvumo aspektų suderinimo (Sahn, 2012).

Iš pateiktų apibrėžimų matyti, kad sveikatos netolygumų sampratoje akcentuojami du aspektai, viena vertus yra nurodomi sveikatos būklės skirtumai, antra vertus, pabrėžiamas nepakankamas sveikatos paslaugų prieinamumas, kuris veikiamas įvairių veiksnių, nulemia skirtumų sveikatos srityje atsiradimą. Šiame darbe sveikatos netolygumų samprata bus traktuojama atsižvelgiant į anksčiau paminėtus du aspektus.

## **2.2. Sveikatos netolygumų pasireiškimo sritys**

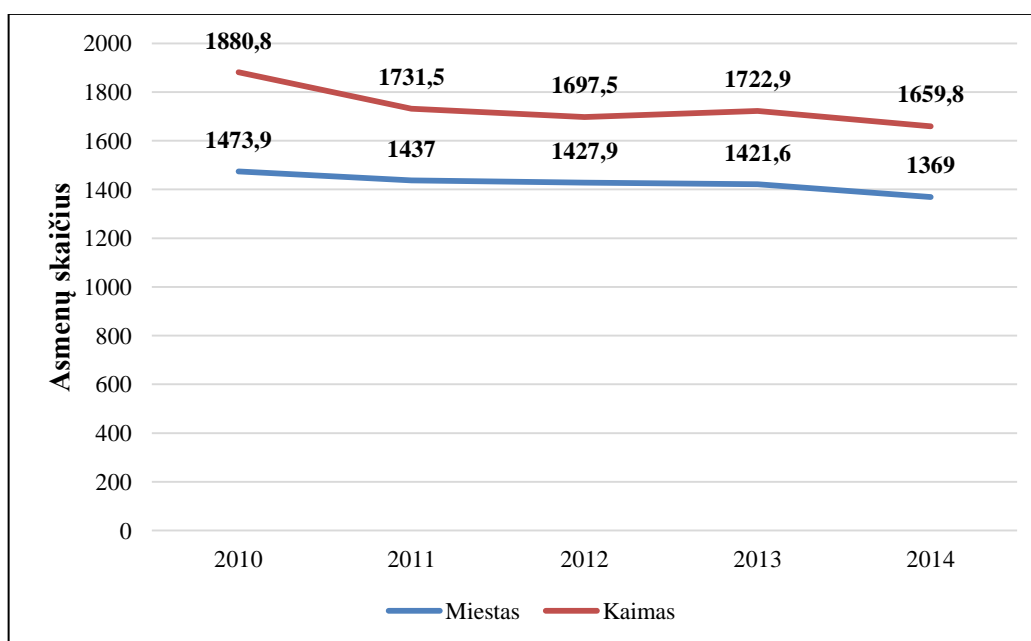
Išsiaiškinus sveikatos netolygumų sampratą svarbu akcentuoti, kad minėtųjų skirtumų pasireiškimo spektras yra gana platus. Šiame skyriuje bus aptartas sveikatos netolygumų pasireiškimas sveikatos būklės rodikliuose ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume.

Visų pirma reikia apžvelgti diferenciaciją sveikatos būklės rodikliuose, kurie apima: mirtingumą, vidutinę tikėtina gyvenimo trukmę ir sergamumą. Šioje darbo vietoje dėmesys bus skiriamas pirmiems dviems rodikliams.

Pirmasis jų yra mirtingumas, kurį galima analizuoti atsižvelgiant į žmonių lytį, gyvenamąją vietą bei mirties priežastis. Lietuvos statistikos departamento duomenimis (2015) moterų ir vyrų mirtingumas analizuojant 2010 – 2014 m. duomenis išlieka gana panašus: nuo 2010 iki 2013 m. vyrų mirė šiek tiek daugiau nei moterų, o 2014 m. jau atvirščiau: moterų mirtingumas (20 142 asmenys) nežymiai pralenkė vyrų mirtingumą (20 110 asmenų).

Toliau svarbu apžvelgti mirties priežastis. Kaip skelbia higienos institutas (2015), jau ilgą laiką nesikeičia pagrindinės trys mirties priežastys: *kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys*. 2014 m. mirusiųjų skaičius buvo 40 252 asmenys, iš jų net 34 880 mirčių registruotos dėl aukščiau nurodytų mirties priežasčių (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2015).

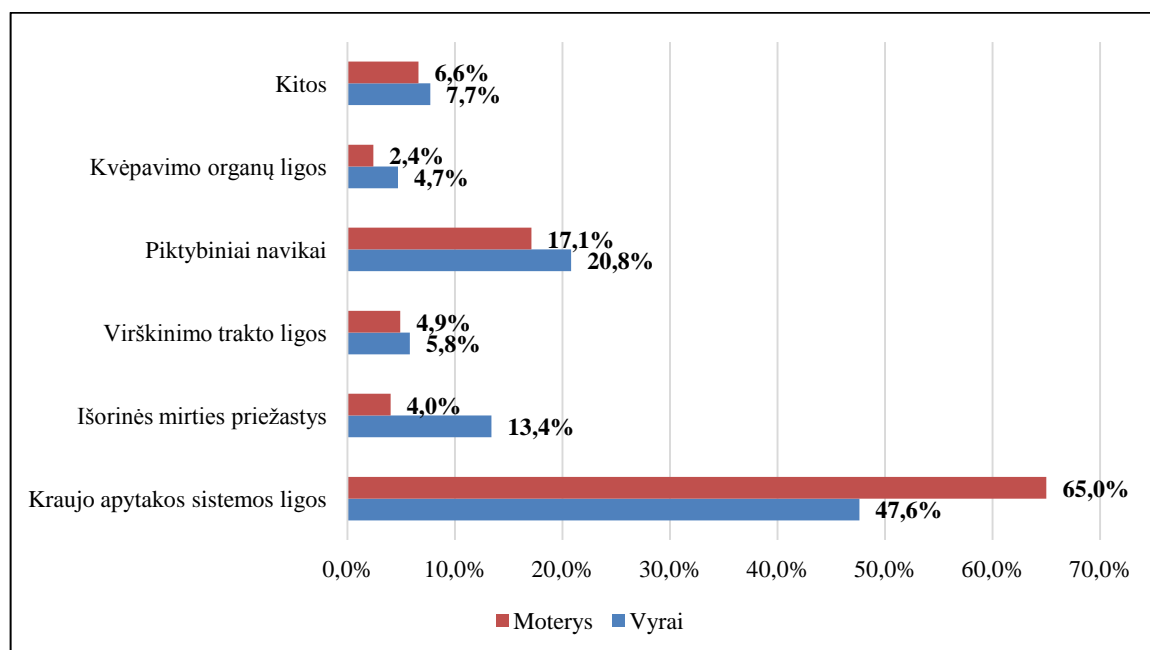
Žvelgiant į mirtingumą pagal gyvenamąją vietą (5 pav.) matyti, kad jis yra netolygus. Standartizuotas mirtingumas (100 000 gyventojų pagal Europos standartą) rodo, kad kaimo vietovių gyventojų mirtingumas yra nemaža dalimi didesnis negu miesto gyventojų. Pagrindine to priežastimi nurodomas didesnis kaimo vietovių gyventojų patiriamas socialinis ir psichologinis stresas, susijęs su sveikatai nepalankiais ekonominiais, socialiniais ir kultūriniais veiksniais (Jakušovaitė et. al., 2011).



**5 pav.** Standartizuotas mirtingumas pagal gyvenamąją vietą, 2014 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Skiriasi ne tik mirtingumo, bet ir tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės rodikliai. Lietuvos statistikos departamento duomenimis (2015) moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė vidutiniškai apie 10 m. ilgesnė nei vyrų (palyginimui 2014 m. duomenys: moterys – 79,88 m., vyrai – 69,13 m.). Lyginant moterų ir vyrų mirties priežastis (6 pav.) matyti, kad didžiausias skirtumas yra kraujo apytakos sistemos ligų grupėje, o visuose kitose (išskyrus piktybinius navikus), vyrų mirties priežasčių procentas yra didesnis nei moterų. Tą galbūt būtų galima paaiškinti remiantis statistika apie žalingus įpročius. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, stiprius alkoholinius gėrimus bent kartą per savaitę vartojo beveik 3 kartus daugiau vyrų nei moterų (palyginimui 2012 m. 29 proc. vyrų ir 9 proc. moterų). Tabako vartojimas: kasdien rūkančių vyrų 2012 m. buvo 33 proc., o moterų – 13 proc.



**6 pav.** Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys 2013m.,

Šaltinis: Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenys

Antrasis aspektas, kuris vaizduoja sveikatos netolygumų pasiskirstymą yra įvairių veiksmų sąlygojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Kalbant apie šį aspektą reikia akcentuoti, kad prieinamumas analizuojamas remiantis trimis aspektais:

1. organizacine prasme – ar užtikrinta sveikatos įstaigų infrastruktūra, gydymo laukimo eilės, gydytojų kompetencija ir pakankamas jų skaičius,
2. komunikacine prasme – paslaugų prieinamumas susijęs su susisiekimo galimybėmis (atstumas iki gydymo įstaigos, viešojo transporto prieinamumas),

3. ekonominė prasme – prieinamas siejamas su galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas jas apmokant iš nacionalinių fondų ar privačių šaltinių (Tamulienė et. al., 2011).

Atsižvelgiant į pateiktus tris prieinamumo aspektus galima daryti prielaidą, kad svarbiais kriterijais, nulemiančiais asmenų prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų yra: gyvenamoji vieta, amžius, finansinė padėtis, išsilavinimo lygis. Norint šiuos teorinius teiginius pagrįsti verta sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tirti empiriškai.

Aptartas sveikatos netolygumų pasiskirstymas mirtingumo ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliuose bei analizuoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo aspektai rodo, kad egzistuoja tam tikri veiksniai, kurie dažniausiai turi neigiamos įtakos žmonių sveikatos būklei. Nuo jų egzistavimo gali priklausyti ne tik žmonių sveikata, bet ir jų gyvenimo trukmė.

### **2.3. Sveikatos netolygumus sukeliančių veiksnių analizė**

Svarbu yra ne tik tai, kas yra sveikatos netolygumai, dar svarbiau yra išsiaiškinti rizikos veiksnius, kurie turi įtakos visuomenės sveikatos netolygumams atsirasti. Skirtingų gyventojų grupių sveikatos skirtumus lemia įvairūs veiksniai tokie kaip: gyvenimo ir darbo sąlygos, asmenų individuali elgsena, išsilavinimas ir pajamų dydis, sveikatos priežiūros paslaugos ir valstybės vykdoma politika, kuri veikia minėtų paslaugų apimtį, kokybę ir prieinamumą. Svarbu pabrėžti, kad sveikatos netolygumai atsiranda vos žmogui gimus ir tęsiasi iki pat mirties. Tai susiję su tuo, kad gyvenimo pradžioje žmonės gali susidurti su išsilavinimo, darbo ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sunkumais, kurie gali turėti poveikį sveikatai visą likusį gyvenimą (Europos Bendrijų Komisija, 2009). Sveikatos netolygumams atsirasti įtakos turintys veiksniai yra skirstomi įvairiai, todėl šioje darbo dalyje bus bandoma apžvelgti jų įvairovę.

Kalbant bendrai, yra išskiriamos trys grupės veiksnių, kurios gali turėti įtakos sveikatos skirtumams atsirasti, tai:

1. Materialinės sąlygos. Šioje vietoje turima omenyje šalies gyventojų pajamų nelygybė, kuri parodo, kad skirtingose socialinėse grupėse esantys žmonės turi skirtingas finansines galimybes patenkinti savo poreikius, šiuo atveju, tai su sveikata susiję poreikiai. Šioje vietoje reikia pabrėžti, kad pajamos ir skurdo lygis tarp atskirų šalių skiriasi dėl skirtingų mokesčių ir socialinės apsaugos schemų, tačiau, tikėtina, kad

finansinė nelygybė vaidina svarbų vaidmenį siekiant paaiškinti sveikatos skirtumų pasireiškimą išsivysčiusiose šalyse.

2. Psichosocialiniai veiksniai. Pabrėžiama, kad žmonės esantys žemesnėje socialinėje padėtyje patiria daugiau streso, susijusio su neigiamais gyvenimo įvykiais, tokiais kaip: pajamų netekimas, pastangų ir atlygio disbalansas ar artimųjų netektys. Patiriamas dažnas stresas neretai skatina netinkamą elgesį (žalingi įpročiai), o tai gali būti įvairių ligų priežastis (Marmot, Wilkinson, 2006 ir Siegrist, Marmot, 2006 ct. pg. Figueras, Mckee, 2012).
3. Individualus elgesys. Šioje vietoje nurodoma, kad asmenys iš žemesnių socioekonominių grupių dažniau pasirenka tokį gyvenimo būdą, kuris neigiamai veikia jų sveikatos būklę. Tai yra rūkymas, nesubalansuota mityba, per didelis alkoholio vartojimas ir fizinio aktyvumo stoka (Avendano et al., 2004 ir Avendano, Aro, Mackenbach, 2005 ct. pg. Figueras, Mckee, 2012).

Išvardinti veiksniai parodo, kad sveikatos netolygumai gali būti nulemti įvairaus spektro veiksmų. Svarbu paminėti, kad šie veiksniai yra tarpusavyje susiję; mažesnės finansinės galimybės gali turėti įtakos žmonių elgsenai taip sukeldamos nuolatinį stresą, kuris gali turėti įtakos sveikatos problemoms atsirasti. Pratešiant mintį apie veiksmų tarpusavio sąsajas ir jų poveikį sveikatos būklei reikia paminėti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizaciją (2015), kuri nurodo, jog sveikatos netolygumai yra nulemti daugelio persipynusių veiksmų, įskaitant nevienodas gyvenimo ir darbo sąlygas, kiekvieno asmens individualią elgseną bei skirtingas sveikatos priežiūros prieinamumo galimybes, kurios, nors ir stebint pažangą kiekvienoje šalyje, gali būti nulemtos lyties, amžiaus, gyvenamosios vietos, finansinių ir nefinansinių priežasčių.

Visos šalys yra panašios tuo, kad net ir labai turtingoje ar priešingai, tik besivystančioje, šalyje, egzistuoja gyventojų diferenciacija. Būtent ji, didžia dalimi, nulemia sveikatos netolygumus. Žmonių diferenciacija išryškėja per tai, kad asmenys yra nevienodai veikiami aplinkos veiksmų. Galima drąsiai teigti, jog žemesnėje socioekonominėje grupėje esantys žmonės yra labiau veikiami rizikos veiksmų ir taip pat jų rizikos laipsnis sveikatos pažeidimams – didesnis. Tai žmonės, turintys ribotą išsilavinimą, gaunantys mažas pajamas arba apskritai neturintys darbo, veikiami streso ir kenksmingų aplinkos sąlygų (Visuomenės sveikatos fondas, 2014).

R. Savičiūtė (2013) disertacijoje apie sveikatos ir socialinių veiksmų sąsajas nurodo, kad socialiniai – ekonominiai veiksniai turi didelę įtaką sveikatos netolygumams atsirasti. Pagrindiniais veiksniais, nulemiančiais, kad yra sudėtinga pasiekti sveikatos srityje užsibrėžtus tikslus ir užtikrinti

visuotinį sveikatos prieinamumą, laikoma: vis gilėjanti gyventojų socialinė nelygybė, kuri Lietuvoje yra opi problema, nes šie rodikliai vieni aukščiausių tarp Europos sąjungos šalių. Taip pat visuomenės senėjimo reiškinys, kuris iš dalies yra nulemtas emigracijos. Autorė pabrėžia, jog didelis gyventojų neaktyvumas, augantis nedarbas, specialistų stoka neigiamai paveikia ne tik bendrą šalies gyventojų gyvenimo lygį, bet ir socialinę apsaugos sistemą bei žmonių sveikatą.

Šalia jau išvardintų veiksnių galima pridėti dar vieną veiksnių grupę. Sveikatos netolygumai susiję ir su sociodemografiniais veiksniais. Šiems veiksniams yra priskiriamas išsilavinimas, santuokinis statusas, gyvenamoji vietovė (Jasilionis et. al., 2006). Jeigu kalbėti apie konkrečius aspektus, kurie gali turėti įtakos sveikatos skirtumams atsirasti, tai buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo iširti sveikatos paslaugų prieinamumą mieste ir kaimo vietovėse. Gauti rezultatai parodė, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą apriboja finansinės kliūtys (brangūs nekompensuojami vaistai, tyrimai), teritorinės/komunikacinės kliūtys, kurios dažniausiai problema yra kaimo vietovėse gyvenantiems asmenims (viešojo transporto trūkumas, didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų) bei organizacinės kliūtys (didelės eilės, reikiamų specialistų trūkumas (ypač kaimo vietovėse)) (Tamutienė et. al., 2011).

Teisė į sveikatos apsaugą yra viena iš svarbiausių žmogaus socialinių teisių, kuri yra suvokiama per tokią perspektyvą: ne tik valstybės pareiga rūpintis visuomenės sveikata, bet ir paties asmens teisė į kokybiškas ir lygiateisias prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas. Pagrindiniai gyventojų sveikatos rodiklių skirtumai mieste ir kaime yra nulemti gyventojų socialinės diferenciacijos pagal pajamų ir išsilavinimo lygį bei nepakankamo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kuriam įtakos turi nepakankamai gerai išvystyta gydymo įstaigų infrastruktūra, problemos, susijusios su transportu (Jakušovaitė et. al., 2011).

Visuomenės sveikatos fondas (2014) taip pat nurodo, kad egzistuoja netolygumai tarp miesto ir kaimo, skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių ar net tarp tokį patį išsilavinimą turinčių vyrų ir moterų mirtingumo bei būsimą gyvenimo trukmės rodiklių.

Sveikatos netolygumams įtakos gali turėti nevienodas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kurio pagrindinės priežastys skirstomos į:

1. neišvengiamas ir dėsningas (priskiriami biologiniai veiksniai, tokie kaip amžius, lytis, paveldimumas),
2. išvengiamas ir socialiniu požiūriu neteisingas (sveikatai nepalankus gyvenimo būdas, neigiamas aplinkos poveikis, apribotas sveikatos paslaugų prieinamumas).

Remiantis šiuo suskirstymu svarbu yra kalbėti apie išvengiamas ir socialiniu požiūriu neteisingas priežastis, nes neišvengiamoms priežastims, kurioms priskiriama lytis ar kiti genetikos nulemti veiksniai, įtakos daryti nėra įmanoma. Tuo tarpu apie tas priežastis, kurių galima išvengti yra būtina kalbėti ir imtis priemonių jas panaikinti ar bent jau sumažinti jų įtaką žmonių sveikatai. Nepalankaus gyvenimo būdo pasirinkimas gali būti nulemtas kompleksinių priežasčių: asmeninių problemų ar nepakankamo išsilavinimo lygio. Šių priežasčių atsiradimą galima paveikti ir jas sumažinti dirbant mikro lygmenyje. Neigiamo aplinkos poveikio ir riboto sveikatos paslaugų prieinamumo problema taip pat nėra neišsprendžiama, tačiau šioje vietoje reikalingas kompleksinis požiūris ir sprendimai paremti makro lygmeniu.

Europos komisija galutinėje konsorciumo ataskaitoje (2013) akcentuoja socialinius, sveikatos netolygumus nulemiančius, veiksnius, didžiausią dėmesį skiriant skirtingoms kasdienio gyvenimo sąlygoms, rizikos faktoriams (tabako vartojimas, nutukimas) ir socialinėms-ekonominėms aplinkybėms (pajamų paskirstymas, nedarbo lygis).

Apžvelgus skirtingus šaltinius galima daryti išvadą, jog pagrindiniai veiksniai, kurie turi įtakos sveikatos netolygumams atsirasti yra: socioekonominiai, demografiniai ir geografiniai veiksniai, šalia to prisideda fizinė aplinka ir asmens gyvenimo ypatumai. Galima teigti, kad neretai šios veiksmų grupės būna persipynusios ir sveikatos netolygumus sukelia šių veiksmų tarpusavio sąveika.

#### **2.4. Valstybės vaidmuo ir priemonės, skirtos sveikatos netolygumams mažinti**

Kiekvienos šalies valdžia yra atsakinga už savo gyventojų gerovę, todėl privalo nuolatos stebėti visuomenėje vykstančius procesus bei pasirūpinti, kad būtų sprendžiamos iškilusios problemos.

Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertai teigia, kad „socialiniai netolygumai žudo žmones“. Jeigu žmogus turi galimybę ilgiau kaip 80 metų gyventi Švedijoje, tai tokią pačią teisę, o ne galimybę, jis privalo turėti ir Lietuvoje (Andriukaitis, 2014).

Sveikatos sektorius užima svarbią vietą siekiant, kad būtų visiems užtikrinamos lygios galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad sveikatos skirtumai nėra atsitiktinumas. Didelį poveikį jiems neretai turi pavienių asmenų, vyriausybių, suinteresuotųjų šalių ir bendruomenių veiksmai. Šiuo požiūriu remiantis galima teigti, kad sveikatos skirtumų mažinimo strategija turi apimti tų veiksmų, kurie tiesiogiai nulemia gyventojų sveikatos būklės skirtumus, šalinimą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo, 2014).

Europos Bendrijų Komisija (2007) nurodo tris aspektus, kurie tiesiogiai siejasi su sveikatos strategijos (2008-2013) tikslais ir galimomis priežastimis sveikatos skirtumams formuotis. Tai: demografiniai pokyčiai (gyventojų senėjimas), rimti fiziniai ir biologiniai incidenciniai bei bioterorizmas ir naujos technologijos. Taip pat, Komisija ypatingą dėmesį skiria akcentui, jog reikalingas tarpsektorinis bendradarbiavimas, nes žmonių sveikata nėra vien tik sveikatos politikos aspektas. Plėtojant šį suvokimą toliau akcentuojama, jog šiuolaikinėje globalioje visuomenėje yra svarbu suvokti, kad vieni ar kiti aspektai neretai gali būti persipynę su kitais, todėl labai svarbus tampa platus problemos matymas. Svarbios tampa ir kitos politikos sritys, kurių bendradarbiavimas gali žymiai prisidėti prie keliamų tikslų įgyvendinimo. Konkrečiai kalbant apie sveikatą, svarų indėlį gali įnešti regioninė ir aplinkosaugos politika, tabako apmokestinimas, sveikata ir sauga darbe, maisto produktų ir vaistų reguliavimas (Jankauskienė, 2011). Tęsiant šią temą reikia pasakyti, kad šalies gyventojų nedarbo lygis bei nesaugumas darbe siejasi su žmonių psichikos sveikata, savižudybių skaičiumi, žalingų įpročių augimu. Net ir teikdamas aukščiausio lygio paslaugas sveikatos sektorius nėra pajėgus sumažinti ekonominės situacijos sukeltos rizikos valstybės gyventojams, jų sveikatos būklei bei suteikti jiems būtinas socialines ekonomines garantijas (Andriukaitis, 2014).

Dar viena priemonė, kuri galėtų ženkliai prisidėti prie sveikatos netolygumų mažinimo yra informacijos apie tikslus sveikatos rodiklius rinkimas. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras yra vienas iš penkių pagrindinių partnerių „Europos Bendrijos sveikatos rodiklių ir stebėsenos“ (angl. *ECHIM – European Community Health indicators and Monitoring*) projekte, kurio pagrindinė idėja skelbia, jog patikima, aukštos kokybės, objektyvi sveikatos informacija yra tarsi varomoji jėga, siekiant geresnės sveikatos, sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo ir sveikatos netolygumų tarp atskirų gyventojų grupių mažinimo (Higienos institutas, 2014).

Greta kitų priemonių, kurios skirtos sumažinti sveikatos netolygumus, iškyla būtinybė padidinti švietimą, kuris tiesiogiai būtų nukreiptas į sveikesnę gyventojų mitybą. Akcentuojama, kad didesnis dėmesys turi būti skiriamas žemesnio išsilavinimo žmonėms, nes būtent jų tarpe mitybos įpročiai didžia dalimi prisideda prie sveikatos būklės prastėjimo. Kaip parodė 1994 – 2002 m. atlikto tyrimo rezultatai, mitybos pokyčiai įvyko visose išsilavinimo grupėse, tačiau mitybos skirtumai tarp jų išliko. Asmenys, turintys aukštąjį išsilavinimą savo sveikata mityba rūpinosi labiau, negu tie, kurių išsilavinimas žemesnis, pavyzdžiui, dažniau valgė šviežius vaisius ir daržoves, žuvį, maistui gaminti naudojo aliejų (Grabauskas et. al., 2004).

Lietuvos sveikatos 2014 – 2021 metų programoje (2013) strateginis tikslas yra formuluojamas kaip siekis pagerinti gyventojų sveikatą, o taip pat, sumažinti sveikatos netolygumus per tokias



priemonės kaip: socialinės – ekonominės gyventojų diferenciacijos mažinimą, aplinkos užterštumo mažinimą, sveikos gyvensenos formavimą bei sveikatos infrastruktūros gerinimą, norint pagerinti sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras yra pasirašęs įsakymą, kurio paskirtis yra numatyti strategines priemones, kurių įgyvendinimas galėtų prisidėti prie tam tikrų šalies regionų ir/ar skirtingoms socialinėms grupėms priklausančių asmenų sveikatos netolygumų bei prieinamumo skirtumų mažinimo (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo, 2014). Šiame dokumente taip pat atkreipiamas dėmesys į tai, kad svarstant visuomenės netolygumų problemą Lietuvoje ir ne tik, svarbu pabrėžti, kad sveikatos srityje esančių netolygumų sumažinimas yra svarbus socialinės apsaugos ir aprėpties klausimas. Akcentuojama, jog norint, kad skirtumų mažinimas būtų efektyvus reikia imtis dvejopų veiksmų:

1. gerinti visos visuomenės sveikatą bei
2. imtis veiksmų, kurie būtų tiesiogiai pritaikyti konkrečioms socialiai pažeidžiamoms grupėms.

Iš aptartų priemonių matyti, kad didžiausias dėmesys siekiant sumažinti sveikatos skirtumus yra skiriamas tokiems aspektams kaip: tarpsektorinis bendradarbiavimas, gyventojų švietimas, informacijos apie sveikatos rodiklius rinkimas ir gyventojų diferenciacijos mažinimas.

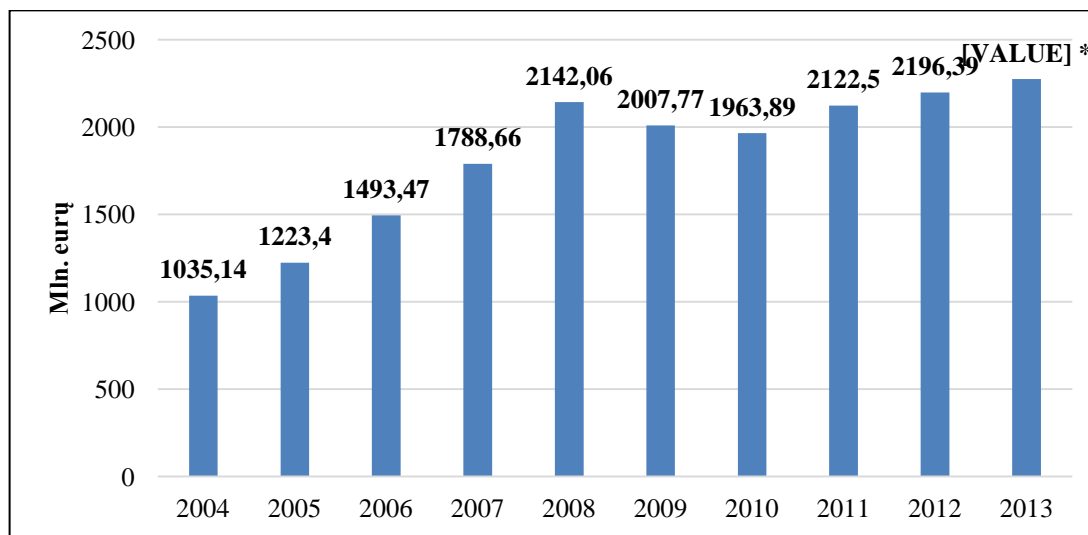
Darniam sveikatos sistemos funkcionavimui svarbus koordinuotas ir poreikius patenkinantis finansavimas, tad toliau bus apžvelgiamos Lietuvos sveikatos sektoriui valstybės skiriamos lėšos. Sveikatos netolygumų kontekste apie tai kalbėti yra svarbu dėl to, kad lėšos, skiriamos sveikatos priežiūrai yra laikomos sritimi, didžia dalimi nulemiančia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei kokybę (Baeza et. al, 2005). O kaip jau buvo reziumuota anksčiau, sveikatos netolygumai ir atsiranda todėl, kad dėl įvairių priežasčių stebimas nevienodas sveikatos priežiūros prieinamumas.

Lietuvoje sveikatinimo veikla yra finansuojama iš šių šaltinių:

1. valstybės biudžeto,
2. savivaldybių biudžeto,
3. privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF),
4. kitų visuomeninio finansavimo šaltinių (struktūrinių fondų, subsidijų, mokestinių lengvatų,
5. namų ūkių (tiesioginių ir neoficialių mokėjimų),
6. papildomojo sveikatos draudimo,

7. kitų finansavimo šaltinių (darbdavių išlaidų, labdaros, užsienio šalių pagalbos ir kt.) (Buivydas, Černiauskas, 2013).

Remiantis Lietuvos statistikos departamento pateikiamais duomenimis galima stebėti išlaidų sveikatos priežiūrai dinamiką (7 pav.). Šiame paveiksle yra pavaizduotos bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos.



\* Išankstiniai duomenys

**7 pav.** Išlaidos sveikatos priežiūrai 2004 – 2013 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Iš statistinių duomenų matyti, kad išlaidos nuo 2004 m. iki 2008 m. augo, tuo tarpu 2009 m. ištikus krizei sumažėjo ir jų tolesnis augimas stebimas nuo 2011 m. 2013 m. sveikatos priežiūrai buvo planuota skirti 2273,36 mln. eurų.

Kalbant apie valstybės skiriamą dėmesį sveikatos sričiai reikia pažymėti tai, kad „atskiros valstybės išlaidų kategorijos turi skirtingą poveikį šalies ekonomikos augimui“ (Slavickaitė, Žigienė, 2014, p. 16). Sveikatos apsauga yra viena iš tų kategorijų, kuriai skiriamos valstybės išlaidos yra laikomos produktyviosiomis, nes turi teigiamą įtaką ekonomikos potencialui (Irmen, Kuehnel, ct. pg. Slavickaitė, Žigienė, 2014). Kaip jau buvo svartyta anksčiau, lėšos, kurios skiriamos sveikatos apsaugai turi būti suvokiamos kaip investicija į ateitį, o ne kaip našta valstybei, nes sveiki kiekvienos šalies piliečiai yra laikomi ekonomikos produktyvumo ir gerovės prielaida (Jankauskienė, 2011). Pagal tai, kokia yra šalies gyventojų sveikata, galima spręsti apie visuomenės išsivystymo lygį.

## 2.5. Sveikatos apsaugos užtikrinimas kaip socialinio teisingumo aspektas

Nagrinėjant visuomenės sveikatos netolygumų aspektus kyla klausimas, kaip yra užtikrinamas lygiateisiškumas ir reikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo galimybės. Kaip teigia socialinių sveikatos veiksnių komisija (2009) „socialinis teisingumas yra gyvybės ir mirties klausimas“ (p. 3). Ir būtent jis nulemia koks bus žmonių gyvenimo būdas, kokioje aplinkoje jie gyvens ar kokia tikimybė, jog susidurs su liga ar mirs anksčiau laiko.

Visų pirma reikia analizuoti pačią teisingumo sampratą, nes mėginimai tai padaryti visada kėlė papildomų klausimų. Skirtingi autoriai skirtingai apibrėžia socialinį teisingumą ir tą padaryti apskritai nėra lengva, bet dažniausiai sampratoje akcentuojama, kad tai yra principas, pabrėžiantis, jog visuomenėje įvairios gėrybės turi būti teikiamos teisingai, tai yra, neatsižvelgiant į įvairius aspektus, tokius kaip rasė, tautybė, lytis ir pan. Kalbant apie sveikatos sistemą tai reiškia, kad visi žmonės turi turėti vienodas galimybes siekti savo sveikatos gerinimo ir tam negali būti sudarytos jokios kliūtys.

Kalbant apie socialinį teisingumą neatsiejamai reikia kalbėti ir apie ekonominį efektyvumą, nes neretai poreikiai ir galimybės juos patenkinti nėra vienodos. Ekonominis efektyvumas apibrėžiamas kaip principas, kuomet siekiama su turimais ištekliais (dažniausiai ribotais) pasiekti kuo geresnį rezultatą (Barr, 1998). Remiantis socialinio teisingumo ir ekonominio efektyvumo sampratomis analizuojant sveikatos sistemą galima daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros poreikiai yra dideli, o ištekliai – riboti. Todėl čia iškyla labai svarbi užduotis: su ribotais ištekliais patenkinti kuo daugiau žmonių poreikių. Čia tampa reikalingas tikslingas sveikatos sistemai skiriamų lėšų koordinavimas ir panaudojimas tam, kad sveikatos būklės skirtumai, esantys tarp žmonių, ne didėtų, bet būtų mažinami.

Kadangi šio darba tema yra apie sveikatos netolygumus tai svarbu akcentuoti tai, kad skirtingos asmenų grupės turi skirtingas galimybes pririnkus pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis. Turint omenyje šį aspektą verta kalbėti apie horizontalų ir vertikalų teisingumą sveikatos srityje (3 lentelė).

**3 lentelė. Horizontalaus ir vertikalus teisumo skirtumai**

Teisumo aspektas	Teisumo samprata		
		Horizontalus teisumas	Vertikalus teisumas
	<b>Prieinamumas</b>	Tie, kurių poreikiai yra panašūs turi panašų prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų.	Tie, kurių poreikiai yra didesni turi didesnį prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų.
	<b>Finansavimas</b>	Tie, kurių socioekonominė padėtis vienoda už sveikatos priežiūros paslaugas moka vienodai.	Turtingesni namų ūkiai moka daugiau negu skurdesni namų ūkiai.
	<b>Išlaidos</b>	Tie, kurių socioekonominė padėtis panaši gauna tokios pačios vertės valstybės finansuojamas sveikatos priežiūros paslaugas.	Skurdesni ar daugiau sveikatos problemų turintys namų ūkiai gauna didesnės vertės valstybės finansuojamas sveikatos priežiūros paslaugas negu turtingesni namų ūkiai.
<b>Rezultatai</b>	Nepriklausomai nuo socioekonominės padėties visų namų ūkių sveikatos rezultatai yra panašūs.		

Šaltinis: Lundberg and Wang, 2006, p. 49.

Iš lentelės matyti, kad vertikalus teisumas sveikatos sistemoje didelį dėmesį skiria žemesnėje socioekonominėje padėtyje esantiems žmonėms ir galimybei jiems mažiau prisidėti prie sveikatos priežiūros paslaugų gavimo, o horizontalusis akcentuoja teisumą pagal poreikių ir socioekonominės padėties panašumą. Svarbu pabrėžti, kad tiek horizontalioje, tiek vertikalioje teisumo sampratoje išryškinti skirtumai neturi veikti galutinio rezultato, tai yra, sveikatos būklės rezultatai neturi nukentėti vieniems kitų atžvilgiu, jie turi būti panašūs. Galima daryti prielaidą, kad remiantis vertikaliuoju teisumu galbūt būtų galima sumažinti tarp skirtingų socialinių grupių esančius sveikatos skirtumus.

Socialinis teisingumas analizuojamas per įvairius suskirstymus. Vienas iš jų yra apibrėžtas studijoje apie socialinį teisingumą švietime. Čia autoriai išskiria formalųjį ir paskirstomąjį teisingumą. Formalusis teisingumas yra suvokiamas kaip visų žmonių lygybė prieš įstatymą, o paskirstomasis – traktuojamas kaip teisingas dalyvavimo visuomenės kooperacijoje naštos ir naudos paskirstymas (Barry, ct. pg. Žalimienė et. al., 2011). Jeigu bandyti šiuos du skirstymus pritaikyti sveikatos apsaugai, tai galima būtų teigti, kad formalusis teisingumas reikštų, jog visi žmonės turi gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas nepriklausomai nuo įvairių veiksnių, tokių kaip lytis, tautybė ir pan., o kitu atveju, kalbant apie paskirstomąjį teisingumą, siekiant užtikrinti sveikatos paslaugų vienodą prieinamumą, turi įsikišti valstybė. Kalbant apie paskirstomo teisingumo traktavimą galima pasverti naštos ir naudos pasiskirstymą. Našta gali būti suprantama kaip gyventojų mokami mokesčiai (socialinio draudimo ir

sveikatos įmokos) o nauda – galimybė gauti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir taip rūpintis savo sveikata, išvengti galimų komplikacijų ar net prailginti gyvenimo trukmę.

Paskirstomojo teisingumo tikslas yra sąlygų individams dalyvauti visuomenėje sudarymas, kad kiekvienas asmuo turėtų galimybes tobulėti. Šiam teisingumui yra taikomas kokybinis principas. Sveikatos apsaugos sistemoje yra kalbama apie vėžiu sergančius pacientus, kurie yra gydomi labai brangiais vaistais, kurių neretai ne kiekvienas galėtų įsigyti; tad visuomenė juos kompensuoja, kad kiekvienas asmuo turėtų lygias galimybes gyventi (Plėšnys, 2011).

Analizuojant socialinį teisingumą sveikatos priežiūroje galima išskirti Pasaulio sveikatos organizacijos pateiktą straipsnį, kuriame analizuojama sveikatos ir socialinio teisingumo teorija, dar kitaip vadinama „Sveikatos pajėgumų paradigma“. Ši paradigma akcentuoja, kad visi žmonės turi turėti prieigą prie įvairių sveikatos priežiūros priemonių, kurios padėtų išvengti sergamumo ar ankstyvos mirties. Šalia to pabrėžiama, kad jeigu valstybė užtikrina tokias priemones tai kiekvienas žmogus turi prisiimti asmeninę atsakomybę už savo sveikatą ir jos puoselėjimą (Prah, 2010).

Norint apžvelgti sveikatos priežiūros sistemą remiantis mokslinėmis teorijomis galima bandyti tai padaryti analizuojant socialinio teisingumo teorijas.

Pirmoji pasirinkta teorija yra utilitarizmas. Ši teorija remiasi suvokimu, kad svarbiausia yra didžiausias laimės ir mažiausias kančios kiekis kuo didesniai skaičiui žmonių (Mill, 2005). Žvelgiant iš utilitarizmo perspektyvos sveikatos netolygumus galima įvardinti kaip kančią, o jų nebuvimą kaip laimę. Žmonių ligas galima silpninti pasirūpinus fiziniu ir moraliniu auklėjimu bei kontroliuojant žalingus poveikius. Jeigu žiūrėti į teisingumo ir naudos sąsajas tai reikia apžvelgti principus, kurie yra laikomi teisingi arba neteisingi. Su teisingumu nesuderinamas šališkumas ir priešingai, stipriai siejasi lygybė. Kalbant apie sveikatos priežiūros sistemą, pirmuoju paminėtu atveju – negalima rodyti didesnio palankumo arba pirmenybės kažkuriems asmenims kitų asmenų atžvilgiu, nebent ta pirmenybė yra būtina atsižvelgiant į individualaus asmens būklę (tam, kad išgelbėti gyvybę). Antruoju atveju, kalbant apie lygybę, egzistuoja nemažai skirtingų sampratų, kurios yra palaikomos tuomet, kai tai atitinka individualius naudos principus. Anot vienu, teisinga yra padalinti visiems po lygiai, tuo tarpu, kiti pasisako už tai, kad daugiau turi gauti tie, kurių poreikiai yra didesni arba jų indėlis į visuomenę didesnis (Mill, 2005). Sveikatos priežiūroje galima vadovautis ir pirmąja, ir antrąja nuomonėmis. Visi vienodas sąlygas turi turėti tuomet, kai pavyzdžiui, registruojasi gydytojo konsultacijai, o galimybė gauti daugiau už kitus pagal didesnius poreikius yra, pavyzdžiui, tada, kai prie bendrosios praktikos gydytojo kabineto atvyksta stipriai karščiuojantis asmuo (jis turi pirmenybę, nors ir nebuvo užsiregistravęs).

Kita teorija, per kurios prizmę galima pasižiūrėti į sveikatos priežiūros sistemą yra Johno Rawlso teisingumo teorija. Ši teorija remiasi principais, kad kiekvienas asmuo turi turėti vienodą teisę į laisvę, kuri yra suderinta su tokia pačia kitų teise ir antras principas: socialinei nelygybei ar pasirinkimo alternatyvoms egzistuojant, nešališkas teisingumas yra įmanomas tik atsižvelgus į blogiausias veiksmų pasekmes. Pastarasis principas yra skiriamas į du aspektus:

1. reikia vadovautis tokia nuostata, kad sprendimai būtų naudingiausi tiems, kurie yra blogiausioje padėtyje (skirtingumo principas);
2. socialinė bei ekonominė nelygybė turi būti susieta su padėtimi ar pareigomis tam, kad lygių galimybių sąlygos būtų atviros visiems (nešališkos galimybių lygybės principas) (Kanišauskas, 2009).

Sveikatos priežiūros netolygumai būtent ir atsiranda dėl tam tikrų skirtumų, tačiau šioje teorijoje pateikiamas skirtingumo principas yra visai kitoks, nes juo vadovaujantis galbūt galėtų sumažėti sveikatos priežiūros sistemose esantis neteisumas. Jeigu sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos pirmiausiai blogiausioje padėtyje esantiems asmenims tai galėtų pagerėti jų sveikatos būklė, kuri neretai priklauso nuo aspektų, trukdančių pasirūpinti savo sveikata dėl to, kad stokojama reikiamų išteklių (tiek finansinių, tiek žmogiškųjų).

Apibendrinant galima sakyti, kad sveikatos sistemoje esančius netolygumus galima analizuoti remiantis socialinio teisingumo teorijomis. Socialinis teisingumas yra suvokiamas nevienareikšmiškai, tačiau jo analizė gali pasitarnauti siekiant sumažinti sveikatos priežiūros sistemoje esančius žmonių sveikatos būklės skirtumus.

Iš pateiktos teorinės medžiagos apie sveikatą ir sveikatos netolygumus galima daryti tokias teorines išvadas. Sveikata dabartiniame laikotarpyje yra suvokiama kaip kompleksinė gėrybė, apimanti fizinius, psichologinius ir socialinius aspektus. Siekiant analizuoti su sveikata susijusius klausimus yra svarbu žinoti kokie veiksniai gali turėti įtakos žmonių sveikatai. Šiems veiksniams priskiriama aplinka, kurioje žmogus gimsta, gyvena ir dirba. Kitaip tariant, sveikatai įtakos turi žmonių individualus gyvenimo būdas, aplinka, genetika ir medicinos pagalba, tik šioje vietoje svarbu pabrėžti, kad šių veiksnių įtakos sveikatai pasiskirstymas nėra vienodas: didžia dalimi sveikata priklauso nuo pasirinkto individualaus gyvenimo būdo, o tik po to seka tokie aspektai kaip genetika, aplinka ir medicinos pagalba. Atsižvelgiant į šiuos veiksniai galima daryti prielaidą, kad teorinėje darbo dalyje analizuojami sveikatos netolygumai ir kyla dėl to, kad skiriasi sveikatai įtakos turinčių veiksnių pasiskirstymas. Sveikatos netolygumais yra laikomi sveikatos būklės skirtumai, atsirandantys dėl nevienodo sveikatos

priežiūros prieinamumo, nulemtu įvairių veiksnių, tokių kaip: amžius, lytis, gyvenamoji vieta, išsilavinimas, pajamų lygis ir pan. Sveikatos netolygumai pasireiškia sveikatos būklės rodikliuose (sergamumas, mirtingumas, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė) ir sveikatos priežiūros prieinamumo galimybėse. Valstybės vykdoma veikla gali ženkliai prisidėti prie sveikatos skirtumų mažinimo, turint omenyje dar ir tai, kad šalies gyventojų sveikata ir valstybės ekonominė padėtis bei tvarus augimas yra tarpiai susiję.

### 3. TYRIMO METODIKA

#### 3.1. Tyrimo metodas

Siekiant ištirti visuomenės sveikatos netolygumus Lietuvoje buvo pasirinktas *kiekybinis tyrimo metodas*. Išsikeltam tyrimo tikslui ir uždaviniams pasiekti buvo pasirinkta *antrinių duomenų analizė*. Tai analizė, kai tyrėjas analizuoja duomenis, kurie jau yra surinti kitų tyrėjų ar institucijų. Didžiausi jos privalumai yra duomenų patikimumas ir palyginamumas (šalių, regionų, laiko atžvilgiu) (Lietuvos HSM duomenų archyvas, 2015).

Šiame darbe yra naudojamas *aprašomosios statistikos metodas*, kurio didžiausias privalumas yra tas, kad jis leidžia informaciją, esančią dideliuose duomenų masyvuose, užrašyti koncentruotai (Lietuvos HSM duomenų archyvas, 2015).

Antriniai tyrimo duomenys buvo gauti pasitelkus šias duomenų bazes:

*Tarptautinės duomenų bazės:*

1. Eurostat – Europos Komisijos įsteigta taryba, kuri teikia ES šalių, pagrindinių šalių partnerių ir Europos regionų statistinę informaciją apie ekonomiką, finansus, gyventojus, socialinę būklę, žemės ūkį, užsienio prekybą, transportą, aplinkosaugą, energetiką, mokslą ir technologijas,
2. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazė (angl. *World Health Organization*), kurioje talpinami daugelio šalių sveikatos duomenys.

*Lietuvos duomenų bazės:*

1. Lietuvos statistikos departamentas,
2. Lietuvos higienos institutas (Lietuvos sveikatos statistika ir Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema).

#### 3.2. Tyrimo priemonės ir duomenų tvarkymas

Tyrimui reikalingi duomenys buvo suvesti į „Microsoft Office Excel 2013“ programą, o vėliau analizuojami su statistine programa „*Statistical Package for the Social Sciences*“ (SPSS) (17 ir 22 versijomis). Tyrimo duomenims apdoroti buvo pasirinkti tokie statistikos analizės metodai:

1. **Koreliacija** (angl. *Pearson Correlations*) – šis duomenų analizės metodas parodo ryšio stiprumą tarp dviejų intervalinių kintamųjų. Vieno kintamojo reikšmei didėjant kito kintamojo reikšmė gali didėti arba mažėti. Koreliacijos koeficientai gali įgyti reikšmes nuo – 1 iki 1. Kuo



arčiau – 1 arba 1, tuo ryšys tarp tiriamų kintamųjų yra stipresnis (Lietuvos HSM duomenų archyvas, 2015).

2. **Tiesinė regresija** (angl. *Linear Regression*) – šiuo metodu yra modeliuojama intervalinių kintamųjų priklausomybė nuo kitų kintamųjų. Geras tiesinės regresijos modelis yra laikomas tuomet, kai:

- a.  $R^2 \geq 0,20$ ,
- b. Anova reikšmė  $p < 0,05$ ,
- c. Visų t testų  $p < 0,05$ ,
- d. Visi VIF  $\leq 4$  (nėra multikolinearumo problemos),
- e. Visos Kuko mato reikšmės  $\leq 1$  (nėra išskirčių).

Tiesinė kintamojo Y priklausomybė nuo X užrašoma tokia lygtimi:  $y(x) = \text{constant} + b \cdot x$  (Čekanavičius, Murauskas, 2002).

3. **Logistinė regresija** (angl. *Logistic Regression*) – šiuo metodu yra modeliuojama dvireikšmio kintamojo priklausomybė nuo kitų kintamųjų. Geras logistinės regresijos modelis yra laikomas tada, kai:

- a. klasifikacinėje lentelėje teisingai klasifikuojama ne mažiau 50 % atvejų,
- b. tikėtinumų santykio  $\chi^2 < 0,05$ ,
- c. Nagelkerkės determinacijos pseudokoefficientas  $R^2 > 0,20$ .

Modelis užrašomas tokia lygtimi:  $\ln P(Y=0) / \ln P(Y=1) = \text{constant} + b \cdot x$  (Čekanavičius, Murauskas, 2002).

4. **Klasterinė analizė** (hierarchinė ir k-vidurkių) (angl. *Hierarchical ir K-Means Cluster*) – šis duomenų analizės metodas suskirsto objektus pagal panašumą į grupes (klasterius) taip, kad klasterių viduje skirtumai būtų kiek įmanoma mažesni, o tarp klasterių – kuo didesni. Antru etapu, kuomet norima pateikti klasterių vidurkius naudojamas k-vidurkių metodas (Čekanavičius, Murauskas, 2002).

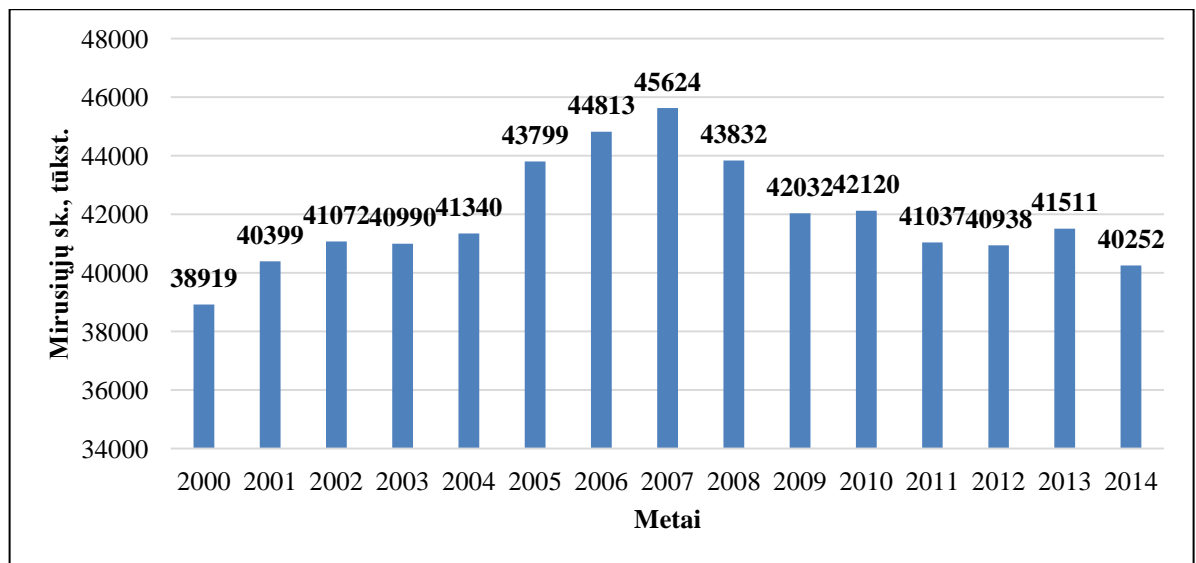
Pagrindinė problema, su kuria susidūrė darbo autorė, tai tam tikrų duomenų trūkumas. Norint pasiekti darbo tikslą buvo naudojami ne patys naujausi ir kai kuriose vietose ne visus aspektus apimantys duomenys.

## 4. TYRIMO REZULTATŲ PRISTATYMAS IR JŲ APTARIMAS

### 4.1. Sveikatos netolygumų pasireiškimo sveikatos būklės rodikliuose analizė

Teorinėje šio darbo dalyje analizuojant sveikatos netolygumų sampratą buvo išskirti du aspektai. Pirmuoju atveju, sveikatos netolygumais yra laikomi skirtumai, kurie pasireiškia diferenciacija tarp žmonių pagal įvairius *sveikatos būklės rodiklius*, tuo tarpu, antruoju atveju, netolygumai yra traktuojami kaip skirtumai, atsirandantys dėl *nevienodo sveikatos priežiūros prieinamumo*, nulemta plataus veiksnų spektro. Šioje tyrimo dalyje bus analizuojami mirtingumo ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumai.

Siekiant analizuoti sveikatos būklės rodiklius pirmiausia reikia apžvelgti kokia yra jų situacija. 8 pav. vaizduoja mirtingumo statistiką Lietuvoje.

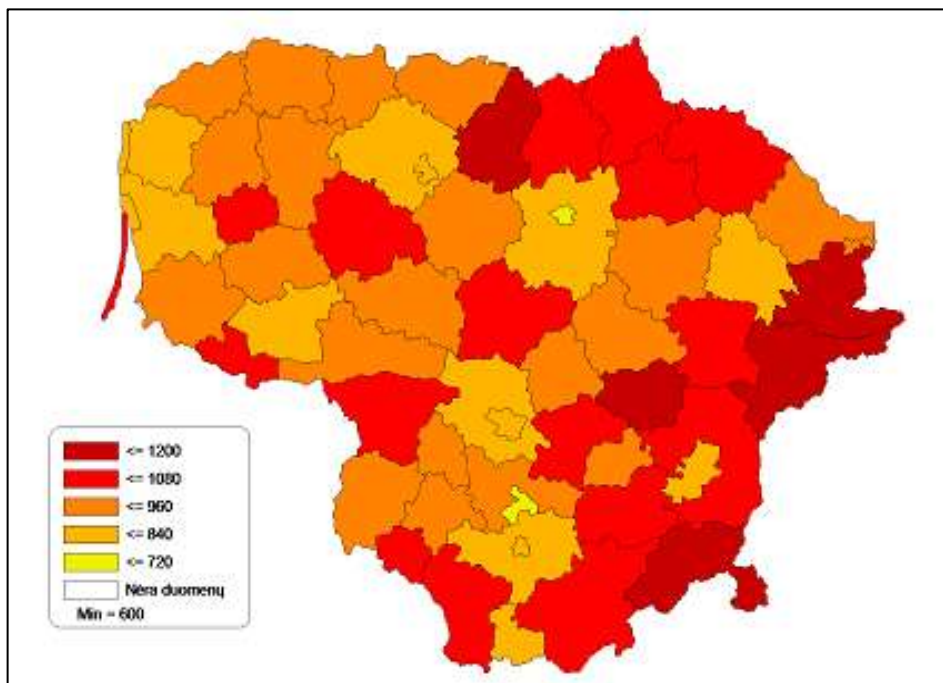


8 pav. Mirusiųjų asmenų skaičiaus dinamika 2000-2014 m.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis

Iš paveikslo matyti, kad mirusiųjų skaičius per pateiktą keturiolikos metų laikotarpį svyruoja, tačiau išlieka panašus. Nuo 2000 iki 2007 metų stebimas mirtingumo didėjimas; didžiausias mirusiųjų skaičius buvo užregistruotas 2007 m., tuo tarpu, vėliau, mirusiųjų skaičius po truputį pradeda mažėti. 2014 m. užregistruota 40 252 mirusieji asmenys.

Bendras mirusiųjų asmenų skaičius neparodo mirtingumo netolygumų, tuo tarpu mirtingumas šalies miestų ir rajonų savivaldybėse vaizduoja esančius mirtingumo netolygumus (9 pav).



**9 pav.** Standartizuotas mirtingumas 100 000 gyventojų, 2014 m.

Šaltinis: Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenys

Pateiktame paveiksle galima pastebėti, jog didžiuosiuose Lietuvos miestuose mirtingumo lygis yra mažesnis, nei rajonuose ar kaimo vietovėse. Analizuojant pagal savivaldybes matyti, kad didžiausias mirtingumas 2014 m. registruotas Pakruojo, Ignalinos, Švenčionių, Širvintų ir Šalčininkų savivaldybėse, tuo tarpu mažiausias – Birštono ir Panevėžio miesto savivaldybėse. Galima būtų teigti, kad toks mirtingumo lygis yra nulemtas tik gyventojų skaičiaus savivaldybėse, tačiau akivaizdūs pavyzdžiai rodo, kad panašų gyventojų skaičių turinčios savivaldybės skiriasi mirtingumo rodikliu, pvz. Pakruojo ir Akmenės rajono savivaldybėse gyvena apie 23 tūkst. žmonių, bet mirtingumas Pakruojyje (1087 gyv.) didesnis nei Akmenėje (891 gyv.).

Kaip jau buvo minėta šio darbo teorinėje dalyje pagrindine priežastimi, kodėl kaimo gyventojų miršta daugiau negu miesto, nurodomas didesnis kaimo vietovių gyventojų patiriamas stresas (Jakušovaitė et. al., 2011). Minėtieji autoriai remdamiesi R. Buivydo ir G. Černiausko atlikta analize (2011) teigia, kad gyventojų sveikatai yra ypatingai pavojingi tokie socialiniai ekonominiai veiksniai kaip: nedarbas, socialinė atskirtis, socialinio teisingumo pažeidimai ar nelygybė.

Siekiant parodyti didesnių ir mažesnių Lietuvos apskričių (apskritys pasirinktos dėl to, kad ne visi reikiami duomenys yra pateikiami savivaldybių lygmeniu) padėtį vertinant sveikatos būklės rodiklius ir anksčiau minėtus socioekonominius veiksnius, pasirinkta atlikti hierarchinę klasterinę analizę. Remiantis teorine darbo dalimi pasirinkti tokie rodikliai:

- mirtingumas, mirusiųjų sk., 2014 m.,
- nedarbo lygis, proc., 2014 m.,
- labai sunkiai, sunkiai ir gana sunkiai besiverčiančių namų ūkių pasiskirstymas, proc., 2014 m.

**4 lentelė. Lietuvos apskričių susiskirstymas į klasterius**

<b>1 klasteris</b>	Alytus, Marjampolė, Utena, Telšiai, Tauragė
<b>2 klasteris</b>	Vilnius, Kaunas
<b>3 klasteris</b>	Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamentu

Atlikta hierarchinė klasterinė analizė suskirstė dešimt Lietuvos apskričių į tris klasterius (4 lent.). Į pirmąjį klasterį pateko penkios apskritys: Alytaus, Marjampolės, Utenos, Telšių ir Tauragės. Į antrąjį – Vilniaus ir Kauno apskritys, tuo tarpu trečiajame klasteryje likusios trys: Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio. Tolesniu etapu pritaikius k-vidurkių klasterinę analizę galima išsamiau nagrinėti klasterius, nes gaunami pasirinktų rodiklių vidurkiai (5 lent.), kurie leidžia daryti platesnius apibendrinimus.

**5 lentelė. Pasirinktų rodiklių vidurkiai, kurie apibūdina atskirus klasterius**

	Klasteris		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Mirtingumas, mirusiųjų sk.	2129	<b>8876</b>	3952
Nedarbo lygis, %	<b>14,6</b>	8,7	11,4
Kaip verčiasi namų ūkyje, %	<b>84</b>	83	<b>84</b>

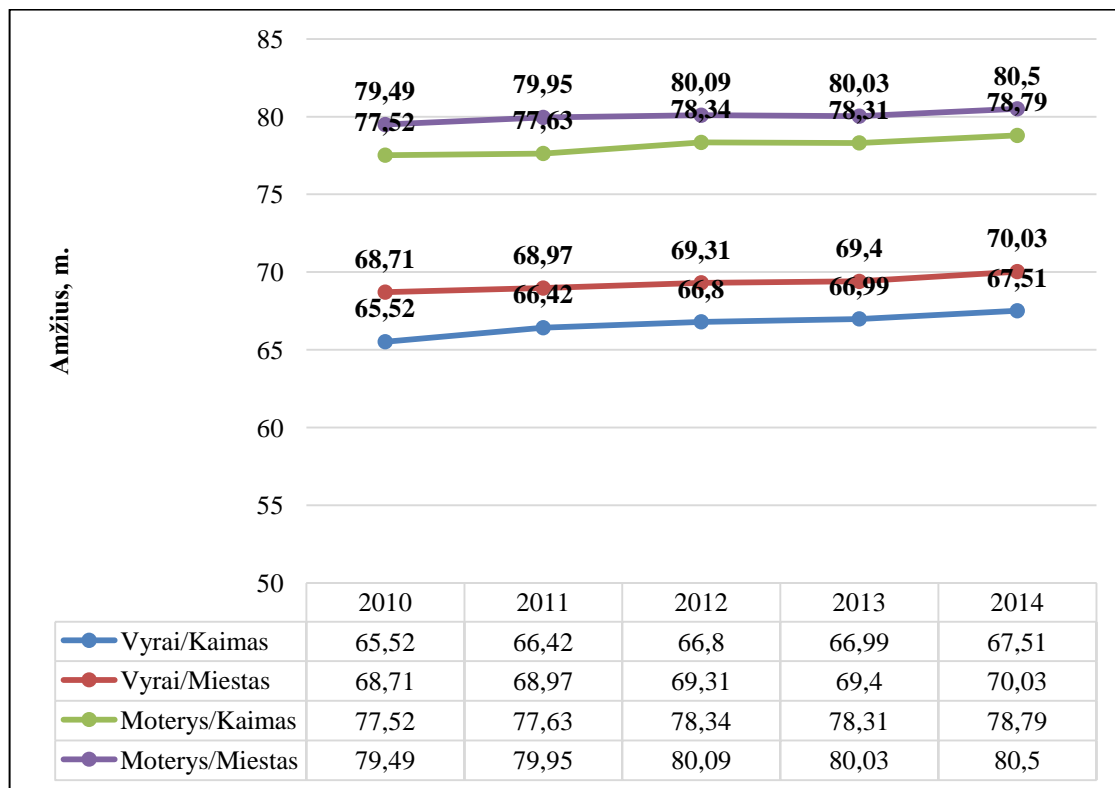
Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamentu

Pritaikius k-vidurkių metodą matyti, kad pirmasis klasteris išsiskiria pačiu mažiausiu mirtingumo lygiu (2129 asmenys), didžiausiu nedarbo lygiu (14,6 %) ir aukštu sunkiai besiverčiančių namų ūkių procentu (84 %).

Antrasis klasteris į kurį pateko Vilniaus ir Kauno apskritys pasižymi didžiausiu mirtingumu (8876 gyv.), mažiausiu nedarbo lygiu (8,7 %) bei sąlyginai mažesniu sunkiai besiverčiančių namų ūkių procentu (83 %).

Trečiajam klasteriui priklausančių apskričių rezultatai tokie: palyginus pakankamai nedidelis mirtingumo lygis (3952 gyv.), palyginus su pirmais dviem klasteriais vidutinis nedarbo lygis (11,4 %) ir tokiu pačiu procentu sunkiai besiverčiančių namų ūkių kaip ir pirmajame klasteryje (84 %).

Dar vienas rodiklis, kuris vaizduoja egzistuojančius sveikatos netolygumus yra vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Tai vienas iš pagrindinių rodiklių, kuris parodo gyventojų mirtingumo skirtumus, ypač kalbant apie lyties bei gyvenamosios vietos aspektus (10 pav).

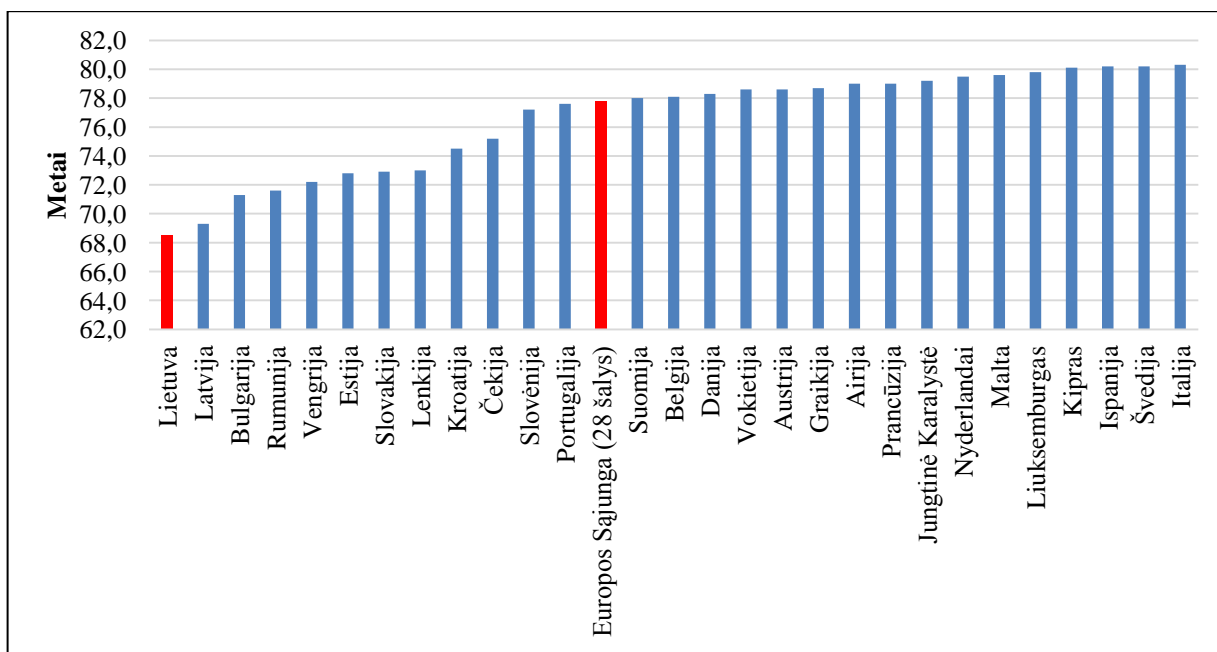


**10 pav.** Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pagal lytį ir gyvenamąją vietą 2010 – 2014 m.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis

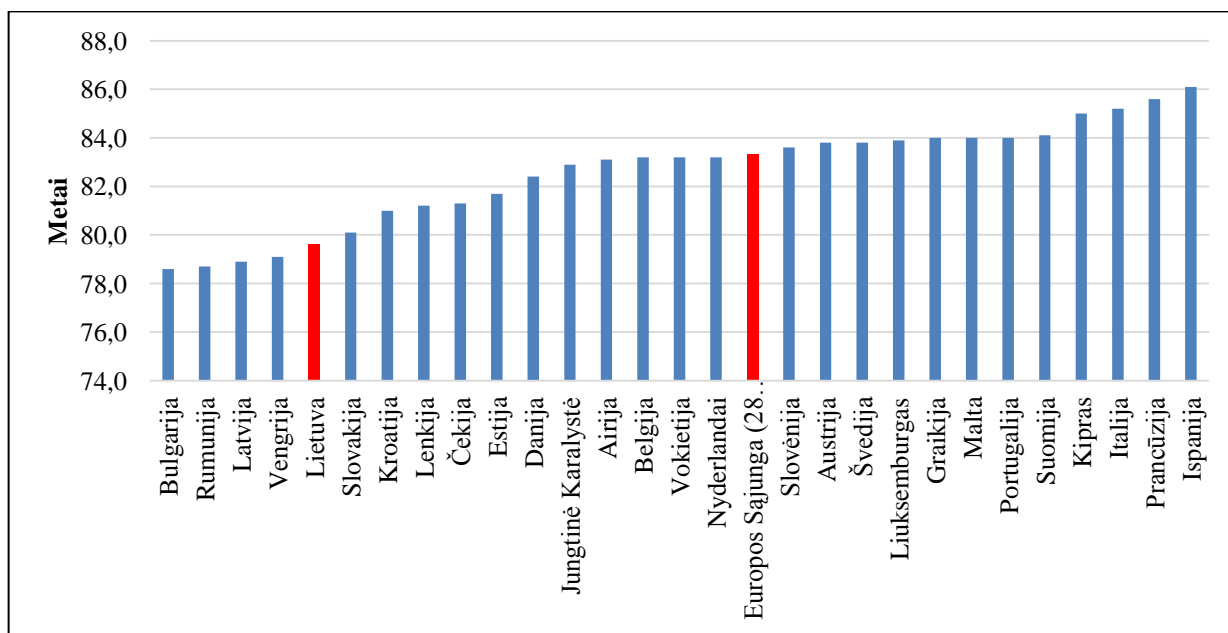
Iš pateiktų duomenų galima pastebėti du dalykus. Pirmiausia, tiek mieste, tiek kaime moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra ilgesnė nei vyrų. Visų antra, vyrų ir moterų tikėtina gyvenimo trukmė kaimo vietovėse vidutiniškai **2,5 m. trumpesnė** nei miesto gyventojų: 2014 m. mieste gyvenančių moterų – 80,5 m., vyrų – 70,03 m., o kaime gyvenančių moterų -78,79 m., vyrų - 67,51 m.

Įdomu pasižiūrėti kaip Lietuva pagal šį rodiklį atrodo Europos Sąjungos šalių kontekste ir kokie vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumai išryškėja analizuojant visų valstybių – narių duomenis.



**11 pav.** Vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė ES 2013m.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurostat duomenimis



**12 pav.** Vidutinė tikėtina moterų gyvenimo trukmė ES 2013m.

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurostat duomenimis

Iš pateiktos statistikos (11 ir 12 pav.) matyti, kad Lietuvos situacija kalbant apie tikėtiną vidutinę gyvenimo trukmę nėra labai džiuginanti. Vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje palyginus su kitomis Europos sąjungos šalimis atrodo prasčiausiai, tuo tarpu moterų – šiek tiek geriau

(Lietuva lenkia Bulgariją, Rumuniją, Latviją ir Vengriją). Būtent šioje vietoje stebimi vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės netolygumai tarp šalių. Skirtumas tarp trumpiausių ir ilgiausių tikėtiną vidutinę gyvenimo trukmę turinčių šalių (kalbant apie vyrus) yra daugiau nei 10 metų, kalbant apie moteris – daugiau nei 7 metai. Priežastims, kurios nulemia tokį skirtingą vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pasiskirstymą reikėtų atskiro empirinio tyrimo, kuriame būtų analizuojamos konkrečiai pasirinktų šalių sveikatos apsaugos sistemos ir bendra šalių padėtis.

Analizuojant šį rodiklį Lietuvoje paaiškėjo, kad vienas iš veiksnių, turinčių įtakos Lietuvos gyventojų vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei yra šalies skiriamas dėmesys sveikatos sektoriui, tai yra, jo finansavimas ir koordinavimas. Norint patikrinti teorinius teiginius buvo pasirinkti tokie Lietuvos rodikliai:

- vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (bendra vyrų ir moterų) 2004 – 2013 m.,
- bendros sveikatos priežiūros išlaidos, eurai 2004 – 2013 m.

**6 lentelė. Pirsono koreliacijos koeficientas nurodant ryšį tarp tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės ir sveikatos priežiūros sveikatos priežiūros išlaidų**

		Sveikatos priežiūros išlaidos	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė
Sveikatos priežiūros išlaidos	Pearson Correlation	1	<b>.648*</b>
	Sig. (2-tailed)		.043
	N	10	10
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	Pearson Correlation	<b>.648*</b>	1
	Sig. (2-tailed)	.043	
	N	10	10

\*. Koreliacija yra statistiškai reikšminga esant  $p < 0.05$ .

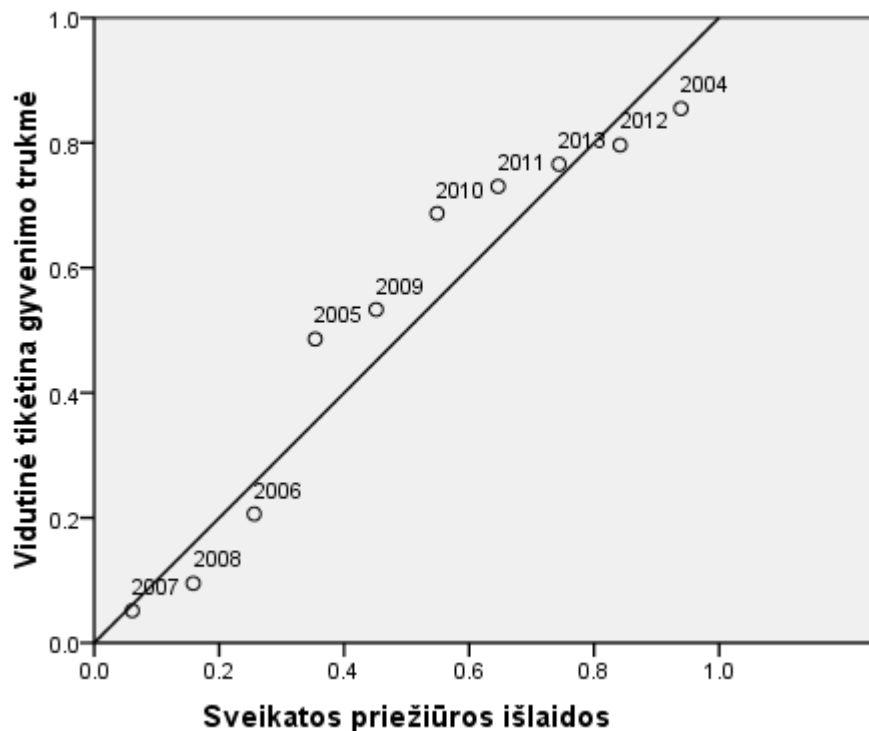
Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento duomenis

Koreliacijos metodas atskleidė (6 lent.), kad vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė statistiškai reikšmingai koreliuoja su sveikatos priežiūros išlaidomis,  $r = 0,648$ ,  $p = 0,043$ . Tai reiškia, kad augant sveikatos priežiūros išlaidoms ilgėja vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.

Kitu žingsniu buvo siekiama prognozuoti vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės priklausomybę nuo sveikatos priežiūros išlaidų. Šiam tikslui pasiekti buvo taikoma tiesinė regresija, kurios rezultatai parodė teigiamą priklausomybę tarp šių dviejų kintamųjų (13 pav.). Regresijos modelio determinacijos koeficientas yra tinkamas,  $R^2 = 0,419$ . Kiti koeficientai taip pat atitinka nustatytas ribas:

- anova  $p < 0,05$  (šiuo atveju regresijos modelio Anovos  $p$  reikšmė lygi 0,043),
- kai visi modelio  $VIF \leq 4$ , tai reiškia, kad nėra multikolinearumo problemos (regresijos modelio  $VIF=1$ ),
- $t$  testų  $p$  reikšmė  $< 0,05$  (modelio  $t$  testų reikšmė lygi 0,043),
- Kuko mato reikšmė  $\leq 1$  (modelyje Kuko mato reikšmė lygi 0,944; tai reiškia, jog modelyje nėra išskirčių).

Galima daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros išlaidos turi teigiamą įtaką žmonių vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei.



**13 pav.** Sveikatos priežiūros išlaidų ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės regresijos teisė,  $R^2=0,419$ .

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento duomenis

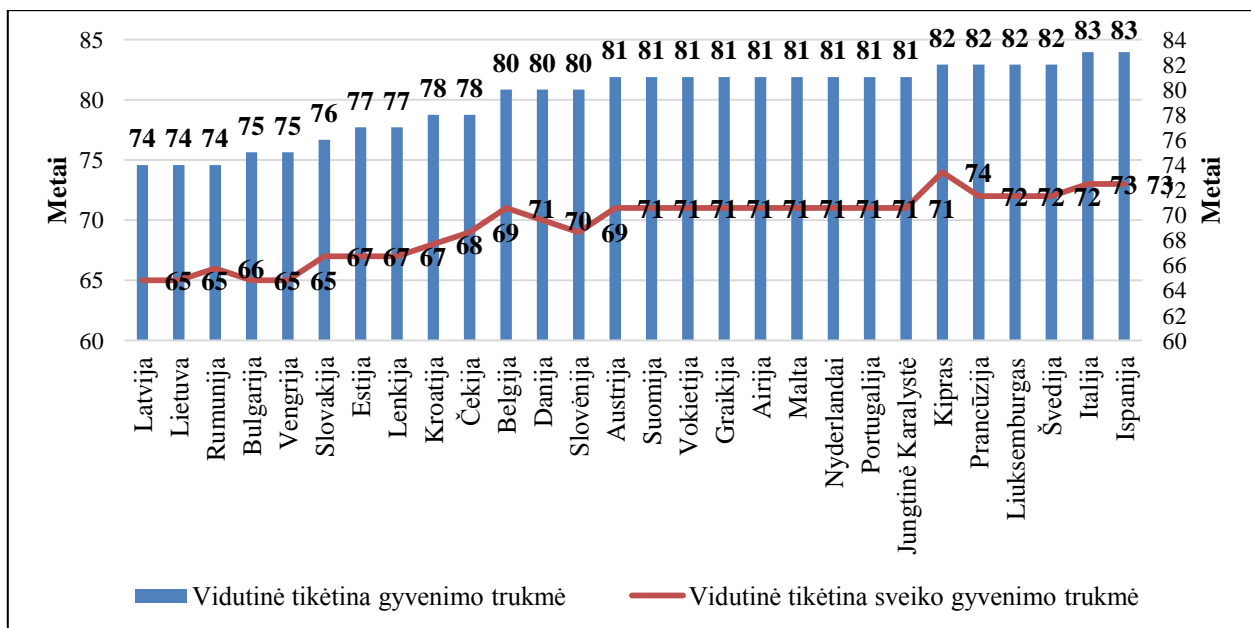
Pasirinkta tiesinė regresija atskleidė, kad determinacijos koeficientas, parodantis kokią dalį vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės kitimo paaiškina sveikatos priežiūros išlaidų kitimas, yra vidutinis,  $R^2=0,419$ , šiuo atveju daugiau nei 40 %.

Pagal šį modelį regresijos lygtis  $y(x) = \text{constant} + b \cdot x$  atrodytų taip:

$$\text{Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė} = 68,964 + 0,002 \text{ sveikatos priežiūros išlaidos}$$



Išanalizavus pagrindinius aspektus, atskleidžiančius diferenciaciją sveikatos būklės rodikliuose Lietuvoje, toliau bus siekiama parodyti Europos Sąjungos valstybių padėtį, iliustruojančią sveikatos skirtumus kalbant apie vidutinę tikėtiną gyvenimo ir vidutinę tikėtiną sveiko gyvenimo trukmę (14 pav.)



**14 pav.** Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ir vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė ES 2013 m.

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Pasaulio sveikatos organizacijos duomenis

Iš pateiktų duomenų galima pastebėti atotrūkį tarp šalių analizuojant vidutinę tikėtino gyvenimo ir tikėtino sveiko gyvenimo trukmę. Būtent šioje vietoje matyti sveikatos netolygumai tarp šalių atsižvelgiant į vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę. Skirtumas tarp trumpiausia ir ilgiausia gyvenimo trukme pasižyminčių šalių yra 9 metai: Latvijoje vidutiniškai žmonės gyvena iki 74 metų, tuo tarpu Ispanijoje iki 83 metų. Lietuvos bendra (vyrų ir moterų) vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė kartu su Latvijos ir Rumunijos yra vienos žemiausių visoje Europos Sąjungoje.

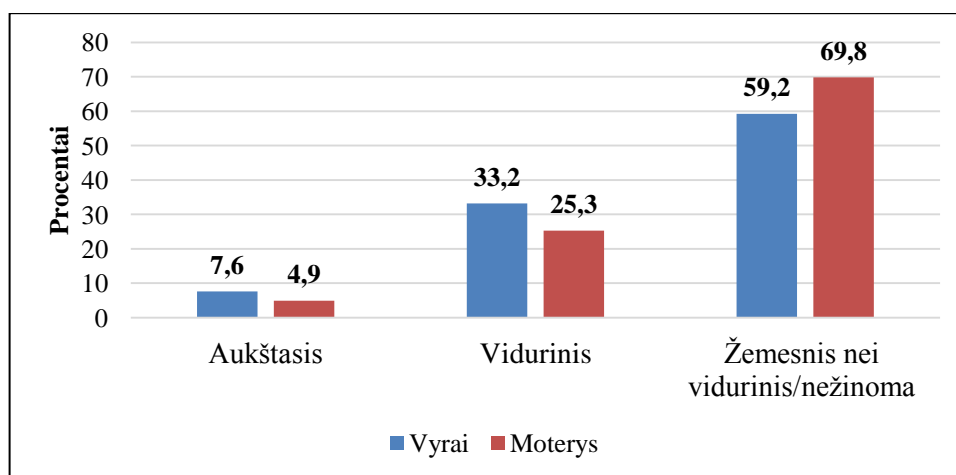
Gauti rezultatai parodė, kad Lietuvoje matomi mirtingumo skirtumai tarp skirtingą gyvenamąją vietą turinčių žmonių, tuo tarpu vidutinės tikėtinės gyvenimo trukmės skirtumai išryškėjo tarp gyvenamosios vietos ir lyties. Moterys vidutiniškai gyvena ilgiau nei vyrai, taip pat ilgiau gyvena mieste, o ne kaimiškose vietovėse įsikūrę asmenys. Taip pat koreliacijos metodu patikrintas ryšys tarp vidutinės tikėtinės gyvenimo trukmės ir išlaidų sveikatos priežiūrai parodė, kad stebimas tiesioginis vidutinio stiprumo ryšys, kuris atskleidžia, kad augant skiriamoms sveikatos priežiūros išlaidoms ilgėja vidutinė gyvenimo trukmė. Kalbant apie Europos Sąjungos šalių padėtį pastebima, kad egzistuoja

pakankamai dideli skirtumai tarp šalių kalbant apie vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę. Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad pasitvirtino teorinėje šio darbo dalyje aptarta problema, pažyminti, jog sveikatos netolygumai yra stebimi ir tarp atskirų šalių, ir kiekvienos iš šalių viduje.

#### **4.2. Sveikatos būklės rodiklių ir sveikatą lemiančių veiksnių tarpusavio sąsajų analizė**

Nagrinėjant teorinę medžiagą paaiškėjo, kad egzistuoja nemažai veiksnių, galinčių daryti įtaką žmonių sveikatos būklei. Tai yra dviejų tipų veiksniai: tie, kurie nuo pačių žmonių nepriklauso ir tie, kurie tiesiogiai susiję su žmonių pasirinkimu ar elgesiu. Būtent šių veiksnių, kuriems įtakos gali turėti pats žmogus ir sveikatos būklės rodiklių tarpusavio ryšys bus analizuojamas šioje tyrimo dalyje. Visų pirma reikia paminėti su kokiais sunkumais buvo susidurta ieškant duomenų apie sveikatos būklės ir veiksnių, turinčių įtakos sveikatai, ryšį. Lietuvos statistikoje, iš tiesų, pateikiama mažai statistinės informacijos apie sveikatą, kurioje atsispindėtų mirtingumo ar vidutinės tikėtiną gyvenimo trukmės ryšys su įvairiais veiksniais, tokiais kaip išsilavinimas ar pajamų lygis. Todėl norint įvertinti minėtųjų veiksnių įtaką sveikatos būklei buvo pasinaudota statistikos departamento specialistų sujungtais gyventojų surašymo ir mirtingumo statistinės informacijos duomenimis. Naudojami duomenys yra pakankamai seni (2001 – 2004 m.) todėl, kad įmanoma gauti tik tokių metų sujungtą statistinę informaciją, nes ji yra konfidenciali ir su ja galimybę dirbti turi tik tam tikri, šiuo atveju, statistikos departamento specialistai. Pateikiami mirtingumo duomenys yra surinkti remiantis Lietuvos gyventojų mirčių registro turima statistine informacija. Šios tyrimo dalies toliau pateikiamuose 15 – 17 paveiksluose statistiniai duomenys turėtų būti traktuojami taip: pateiktų atitinkamų duomenų procentai parodo kokia dalis nuo visų 2001 – 2004 metais registruotų mirusių žmonių pasižymi tam tikromis charakteristikomis.

Šio darbo teorinėje dalyje kalbant apie veiksnius, kurie turi įtakos sveikatos būklei nemažai dėmesio buvo skiriama išsilavinimo aspektui. Teigiama, kad kuo aukštesnis išsilavinimo lygis tuo geresnė sveikatos būklė. 15 paveiksle vaizduojami duomenys patvirtina šį teiginį, kadangi kuo aukštesnis išsilavinimas tuo žemesnis mirtingumo lygis. Taip pat pabrėžiama, kad ir vyrų, ir moterų, turinčių aukštesnio lygio išsilavinimą, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra ilgesnė nei tų, kurių išsilavinimo lygis yra žemesnis. Į klausimą kodėl taip yra galima mėginti atsakyti remiantis žiniomis apie tai, kad aukštesnį išsilavinimo lygį turintys žmonės turi platesnę pasaulėžiūrą bei didesnes galimybes rūpintis savo gyvenimo būdu, sveikata ar asmeniniu tobulėjimu, kuris prisideda prie asmens poreikių tenkinimo.

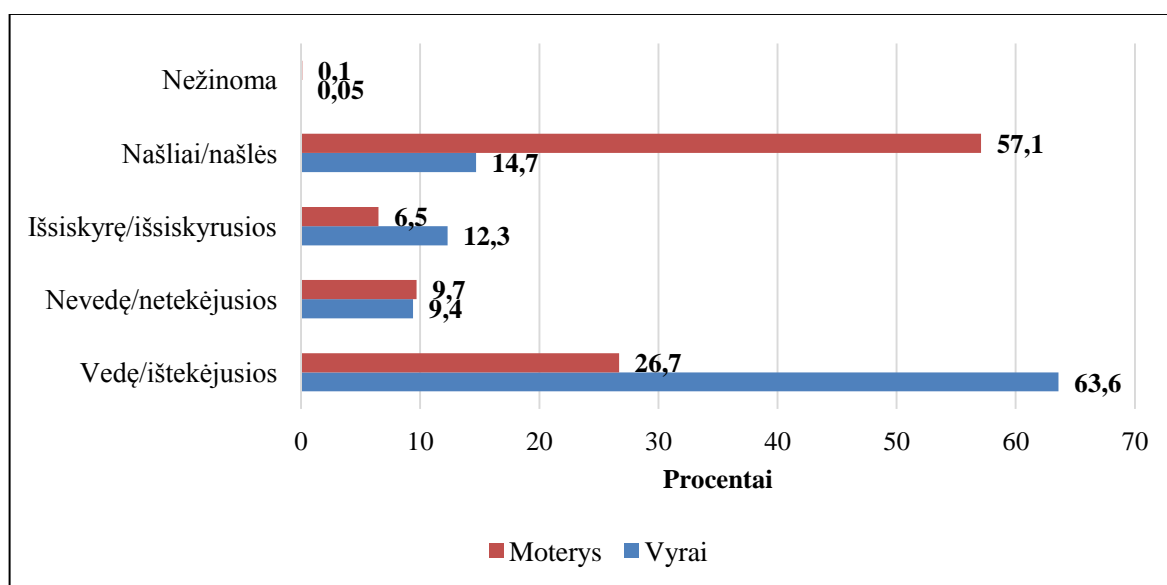


**15 pav.** Mirtingumas pagal išsilavinimo lygį 2001 - 2004 m.

Šaltinis: Jasilionis et. al.

Pateikti duomenys rodo, kad vyrų, kurių išsilavinimas aukštasis ir vidurinis mirtingumas yra didesnis negu tokio pačio išsilavinimo moterų. Tą galbūt būtų galima paaiškinti remiantis jau minėta statistika apie žalingus įpročius: stiprius alkoholinius gėrimus bent kartą per savaitę vartoja beveik tris kartus daugiau vyrų nei moterų, rūkančių vyrų beveik du su puse karto daugiau nei moterų. Be to, vyrai yra labiau linkę nertis į įvairias pavojingas avantiūras bei neatsargiai vairuoti.

Antras veiksnys, kuris nurodomas kaip galintis turėti įtakos sveikatos būklei yra santuokinis statusas (16 pav.).

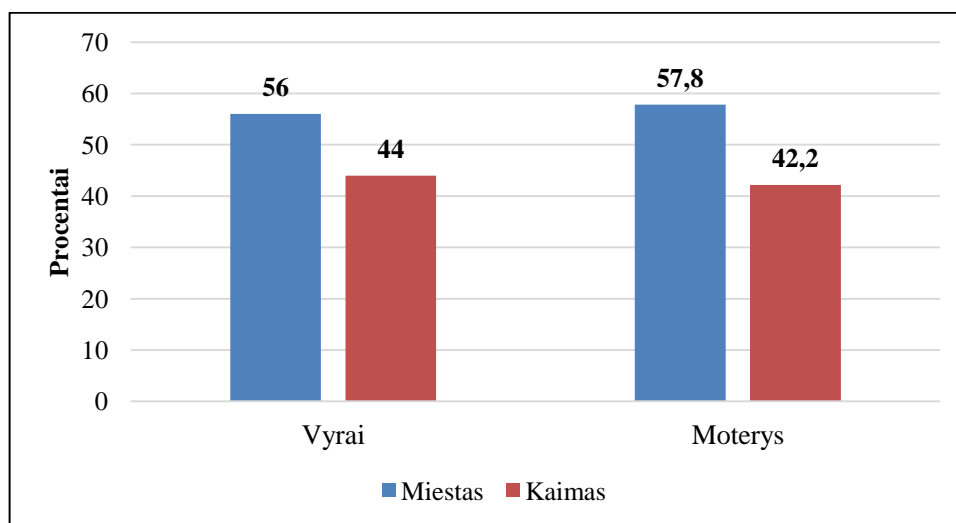


**16 pav.** Mirtingumas pagal santuokinį statusą 2001 – 2004 m.

Šaltinis: Jasiulionis et. al.

Santuokinio statuso ir mirtingumo ryšys yra sudėtingesnis nei išsilavinimo lygio ir mirtingumo ryšys. Pateikiamoje statistinėje informacijoje galima pastebėti įdomius skirtumus tarp vyrų ir moterų. Pirma, mirtingumo lygis didesnis tarp vyrų, kurie yra vedę, antra, mirtingumo lygis yra didesnis tarp moterų, kurios yra našlės.

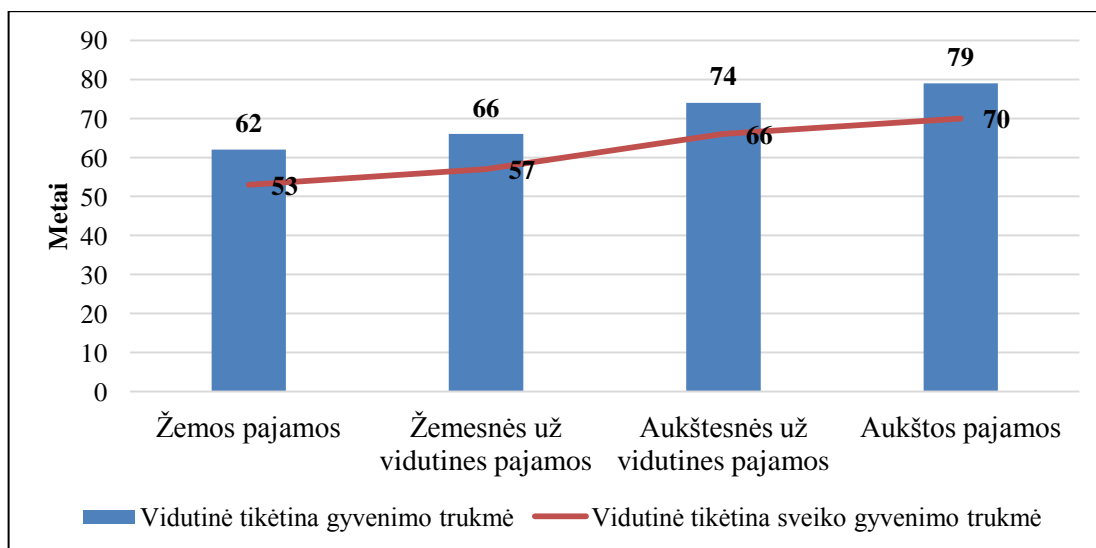
Dar vienas aspektas yra gyvenamoji vieta. Literatūroje nurodoma, kad kaimo gyventojai neretai dažniau susiduria su sveikatos problemomis. Įdomu pasižiūrėti kokia yra statistika kalbant apie mirtingumo skirtumus mieste ir kaimo vietovėse. Pateikti duomenys (17 pav.) rodo, kad bendras gyventojų mirtingumas mieste yra šiek tiek didesnis negu kaime, tad teiginys, kad kaimo vietovių gyventojų mirtingumas yra didesnis negu miesto gyventojų – nepasitvirtina. Tačiau reikia atsižvelgti į tai, kad mieste gyvenančių žmonių yra apie du kartus daugiau negu kaimo vietovėse, todėl mirtingumas mieste yra didesnis. Kitas aspektas yra tas, kad teorinėje šio darbo dalyje yra teigiama, kad kaimo vietovių gyventojai dažniau susiduria su sveikatos problemomis, kas nebūtinai reiškia patį mirties faktą.



**17 pav.** Mirtingumas pagal gyvenamąją vietą 2001 – 2004 m.

Šaltinis: Jasiulionis et. al.

Jau aptarti trys svarbūs veiksniai, kurie turi įtakos žmonių sveikatos būklei, tačiau liko neapžvelgtas dar vienas tiesiogiai su sveikata susijęs veiksnys tai pajamų lygis. Laisvai prieinamose Lietuvos statistikos priegose nepavyko rasti duomenų, kurie iliustruotų pajamų lygio ir sveikatos būklės rodiklių tarpusavio ryšį, tačiau Pasaulio sveikatos organizacija pateikia apibendrintus duomenis iš šalių, priklausančių šiai organizacijai, kurie rodo, kaip vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ir vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė priklauso nuo pajamų lygio (18 pav.).



**18 pav.** Vidutinė tikėtina gyvenimo ir vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė pagal pajamų grupę 2013 m.

Šaltinis: Pasaulio sveikatos organizacija

Nors pateikti duomenys yra bendri, tai yra ne pagal šalis ar gyventojų grupes, tačiau tendencija rodo, kad kuo didesnės pajamos, tuo vidutinė tikėtina gyvenimo ir sveiko gyvenimo trukmė yra ilgesnė. Galima teigti, kad skirtumas tarp žemų pajamų ir aukštų pajamų grupių yra pakankamai didelis: žemų pajamų grupėje esančių asmenų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra 62 metai, tuo tarpu, aukštų pajamų grupėje – 79 metai. Skirtumas net 17 m. Kalbant apie pajamų ir sveikatos ryšį galima teigti, kad didesnes pajamas gaunantys asmenys turi didesnes galimybes pasirūpinti savo sveikata. Tai yra, jie gali sau leisti sveikai maitintis, profilaktiškai atlikti sveikatos būklę nustatančius tyrimus, daugiau investuoti į saugią ir sveiką aplinką, kurioje gyvena ar dirba, tuo tarpu, mažesnes pajamas gaunančių arba visai jokių pajamų negaunančių (bedarbių) asmenų galimybės yra finansiškai apribotos.

Teorinėje darbo dalyje nemažai dėmesio buvo skirta socialiniams ekonominiams veiksniams kaip vienai iš pagrindinių veiksnių grupių, kurios gali turėti įtakos sveikatos netolygumams atsirasti, nes ekonominės sąlygos veikia įvairias gyvenimo sritis, o šios turi poveikį sveikatai. Kaip jau buvo akcentuota, nedarbas yra vienas iš veiksnių, kurie veikia asmenų sveikatą (Dahlgren, Whitehead, 2007). Šiam teiginiui patikrinti bus atlikti koreliacijos skaičiavimai norint pasižiūrėti ar yra ryšys tarp ilgalaikio nedarbo (ilgalaikiais bedarbiais yra laikomi asmenys, kurie nedirba daugiau kaip 12 mėnesių), bei savižudybių skaičiaus Lietuvoje. Šiuo atveju pasirinktas ilgalaikio nedarbo rodiklis turint omenyje, kad asmenys, kurie pakankamai ilgą laiką negali įsitvirtinti darbo rinkoje, patiria įvairias ne tik ekonomines, tačiau ir socialines bei psichologines problemas. Pasirinkti tokie 1998 - 2014 m. Lietuvos rodikliai:

- ilgalaikio nedarbo lygis, proc.,
- savižudybių skaičius.

**8 lentelė. Pirsono koreliacijos koeficientas nurodant ryšį tarp savižudybių skaičiaus ir ilgalaikio nedarbo lygio**

		Ilgalaikio nedarbo lygis	Savižudybių skaičius
Ilgalaikio nedarbo lygis	Pearson Correlation	1	<b>.634**</b>
	Sig. (2-tailed)		.006
	N	17	17
Savižudybių skaičius	Pearson Correlation	<b>.634**</b>	1
	Sig. (2-tailed)	.006	
	N	17	17

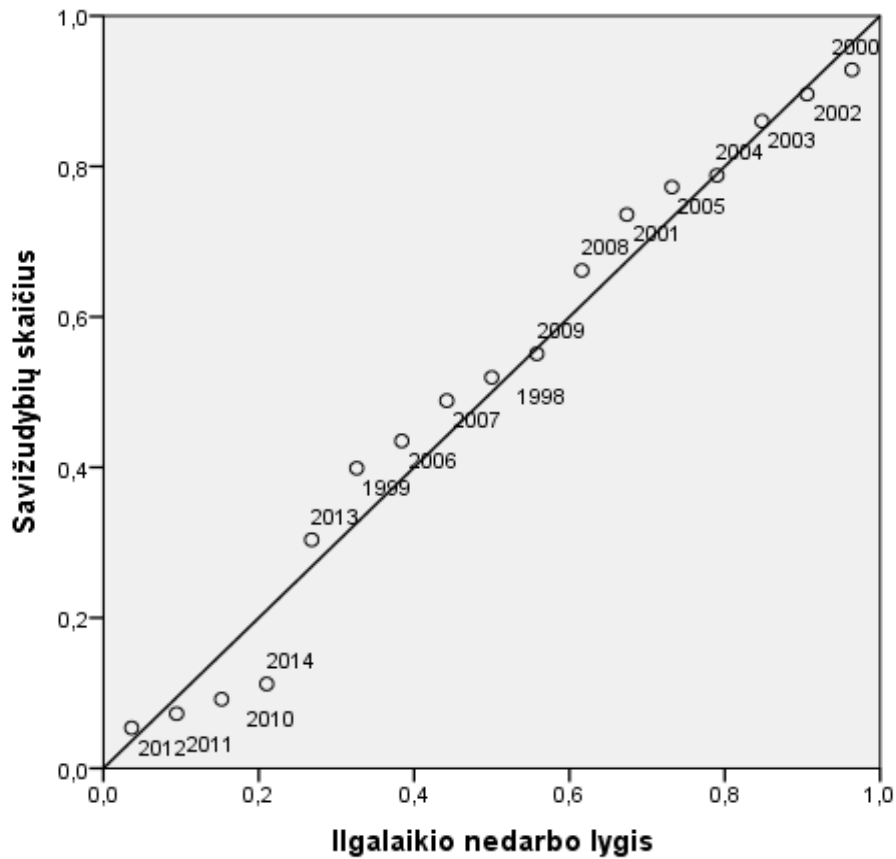
\*\* Koreliacija yra statistiškai reikšminga esant  $p < 0.01$ .

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento duomenis

Atlikti skaičiavimai parodė (8 lent.), kad pasirinkti rodikliai tarpusavyje statistiškai reikšmingai koreliuoja,  $r = 0,634$ ,  $p = 0,006$ . Stebima vidutinio ryšio teigiama koreliacija ir tai reiškia, kad kylant ilgalaikio nedarbo lygiui savižudybių skaičius didėja.

Savižudybių skaičiaus priklausomybei nuo ilgalaikio nedarbo lygio prognozuoti buvo taikoma tiesinė regresija, kurios rezultatai parodė teigiamą priklausomybę tarp šių dviejų kintamųjų (19 pav.) Pritaikius tiesinės regresijos modelį gautas determinacijos koeficientas yra tinkamas,  $R^2 = 0,402$ . Kiti koeficientai taip pat atitinka nustatytas ribas:

- anova  $p < 0,05$  (šiuo atveju regresijos modelio Anovos  $p$  reikšmė lygi 0,006),
- kai visi modelio  $VIF \leq 4$ , tai reiškia, kad nėra multikolinearumo problemos (regresijos modelio  $VIF=1$ ),
- t testų  $p$  reikšmė  $< 0,05$  (modelio t testų reikšmė lygi 0,006),
- Kuko mato reikšmė  $\leq 1$  (modelyje Kuko mato reikšmė lygi 0,094; tai reiškia, jog modelyje nėra išskirčių).



**19 pav.** Ilgalaikio nedarbo lygio ir savižudybių skaičiaus regresijos teisė,  $R^2=0,402$ .

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento duomenis

Tiesinės regresijos modelis atskleidė, kad determinacijos koeficientas, parodantis kokią dalį savižudybių skaičiaus kitimo paaiškina ilgalaikio nedarbo lygio kitimas yra  $R^2=0,402$ , šiuo atveju daugiau kaip 40 %.

Pagal šį modelį regresijos lygtis  $y(x) = \text{constant} + b \cdot x$  atrodytų taip:

$$\text{Savižudybių skaičius} = 970,912 + 42,773 \text{ ilgalaikio nedarbo lygis}$$

Apžvelgus sveikatos būklės ir įvairių veiksnių tarpusavio sąsajas Lietuvoje, būtų įdomu pasižiūrėti kaip atrodo Europos Sąjungos šalių padėtis šiuo klausimu. Buvo atlikta klasterinė analizė, kurios pagalba šalys buvo suskirstytos į 5 klasterius (9 lent.) pagal tokius 2013 metų rodiklius:

- vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, metais,
- GINI koeficientas, parodantis pajamų pasiskirstymo tarp namų ūkių nelygybę šalyje, proc.
- sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui, US \$.

**9 lentelė. Šalių susiskirstymas į klasterius**

<b>1 klasteris</b>	Liuksemburgas, Nyderlandai
<b>2 klasteris</b>	Austrija, Belgija, Danija, Prancūzija, Vokietija, Airija, Švedija
<b>3 klasteris</b>	Bulgarija, Kroatija, Estija, Latvija, <b>Lietuva</b> , Lenkija, Rumunija
<b>4 klasteris</b>	Kipras, Čekija, Graikija, Vengrija, Malta, Portugalija, Slovakija, Slovėnija
<b>5 klasteris</b>	Suomija, Italija, Ispanija, Jungtinė Karalystė

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Pasaulio sveikatos organizacijos ir Eurostat duomenis

Pagal gautus duomenis matyti kokios šalys pateko į vieną klasterį su kitomis šalimis (9 lent.). Lietuva pateko į trečią klasterį kartu su Bulgarija, Kroatija, Estija, Latvija, Lenkija ir Rumunija. Toliau norint aprašyti kiekvieno iš klasterių ypatumus reikia atlikti k-vidurkių analizę (10 lent.).

**10 lentelė. Pasirinktų rodiklių vidurkiai, kurie apibūdina atskirus klasterius**

	Klasteris				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (m.)	81.5	81	76	79	<b>82</b>
GINI koeficientas (proc.)	27.8	27.9	<b>33.4</b>	28.8	30.5
Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyv. (US \$)	<b>6059.00</b>	4460.00	1373.00	2304.13	3221.75

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Pasaulio sveikatos organizacijos ir Eurostat duomenis



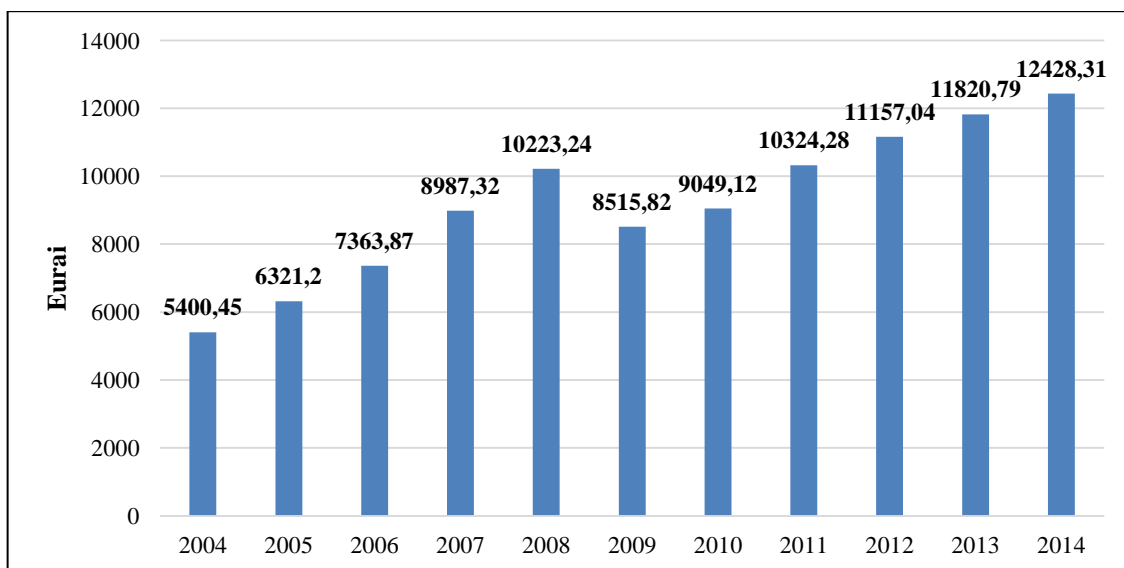
Gauti rezultatai atskleidžia, kad pirmasis klasteris, kuriame yra Liuksemburgas ir Nyderlandai, pasižymi didžiausiomis sveikatos priežiūros išlaidomis vienam gyventojui (6059,00 US \$). Trečiasis klasteris, kuriame yra ir Lietuva, pasižymi didžiausia namų ūkių pajamų nelygybe (33,4 proc.) ir mažiausia vidutine tikėtina gyvenimo trukme (76 metai) bei mažiausiomis sveikatos priežiūros išlaidomis vienam gyventojui (1373,00 US \$). Penktasis klasteris, kuriame yra Suomija, Italija, Ispanija, Jungtinė Karalystė pasižymi ilgiausia vidutine tikėtina gyvenimo trukme (82 metai). Kaip matyti iš pateiktų duomenų sveikatos netolygumai tarp šalių egzistuoja. Šioje vietoje matomi vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumai, kurie, galima daryti prielaidą, gali būti nulemti netolygaus pajamų pasiskirstymo arba nepakankamo sveikatos priežiūros finansavimo.

Apibendrinant šios tyrimo dalies rezultatus galima sakyti, kad žmonių sveikatos būklė priklauso nuo tokių veiksnių kaip: išsilavinimo ir pajamų lygis, gyvenamoji vieta bei santuokinis statusas. Kuo aukštesnis išsilavinimo lygis tuo mirtingumas yra mažesnis, kuo aukštesnė pajamų grupė tuo vidutinė tikėtina gyvenimo ir vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė yra ilgesnė. Atliktas koreliacijos skaičiavimas parodė, kad yra stebimas vidutinio stiprumo teigiamas ryšys tarp ilgalaikio nedarbo ir savižudybių lygio, tai reiškia, kad kuo nedarbo lygis yra aukštesnis, tuo savižudybių skaičius yra didesnis. Tokie gauti rezultatai parodo, kad socioekonominiai veiksniai turi įtakos žmonių sveikatos būklei.

#### **4.3. Sveikatos apsaugos finansavimo analizė sveikatos netolygumų kontekste**

Teorinėje šio darbo dalyje didelis dėmesys buvo skiriamas sveikatos kaip vieno iš tvaraus valstybės ekonominės plėtros veiksnio suvokimui. Pabrėžiama, jog sveiki ir savo sveikatą geriau vertinantys žmonės žymiai labiau prisideda prie šalies gerovės kūrimo, tad toliau bus analizuojami statistiniai duomenys susiję su šalies ekonomika ir sveikatos apsaugos finansavimu.

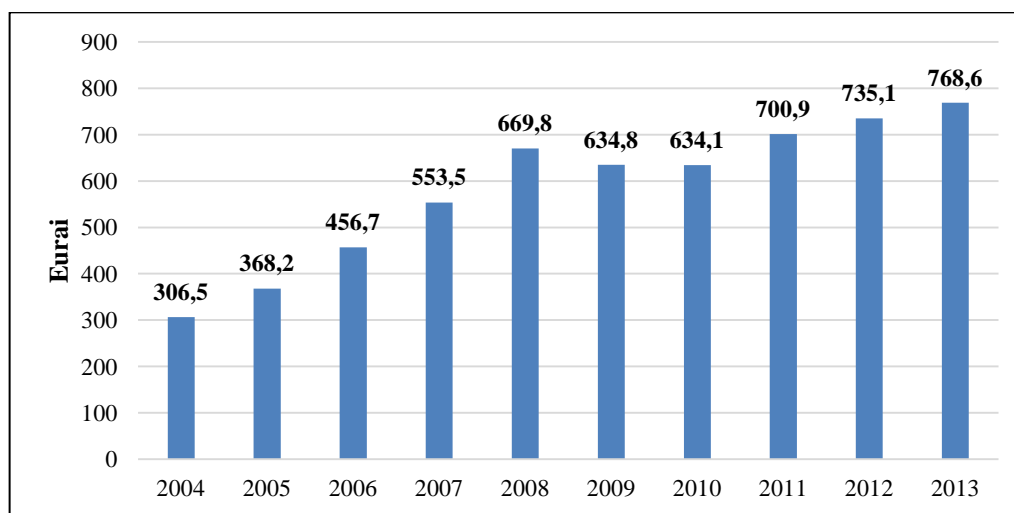
Pirmiausia reikia apžvelgti BVP, tenkančio vienam gyventojui (to meto kainomis) duomenis (20 pav.) Iš statistinių duomenų matyti, kad šis rodiklis kiekvienais metais auga, tik ekonominės krizės laikotarpiu buvo sumažėjęs, tačiau po to vėl stebimas gana ryškus augimas.



**20 pav.** BVP, tenkančio vienam gyventojui (to meto kainomis) 2004 – 2014 m. kaita, eurais

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Kitas rodiklis, kuris, kaip teigiama, siejasi su žmonių sveikatos būkle yra sveikatos išlaidos, kurios tenka vienam gyventojui (21 pav.). Iš pateiktų duomenų galima stebėti tokias tendencijas: visų pirma, nuo 2003 iki 2008 m. bei po kriziniu laikotarpiu stebimas gana spartus sveikatos išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, augimas. Antra, ekonominės krizės laikotarpiu labai nežymiai šios išlaidos sumažėjo. Pabrėžtina, kad sveikatos sektoriui krizės laiku išlaidos buvo mažinamos mažiau negu kitiems sektoriams (Higienos institutas, 2015).



**21 pav.** Sveikatos priežiūros išlaidų, kurios tenka vienam gyventojui 2004 – 2013 m. kaita, eurais

Šaltinis: Higienos instituto duomenys

Apžvelgus šiuos du rodiklius tikslinga būtų pasižiūrėti ar tarp jų yra teorinėje darbo dalyje minėtasis ryšys. Pasirinkti tokie 2004-2013 m. rodikliai:

- BVP, tenkantis vienam gyventojui, eurai,
- sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, eurai.

**11 lentelė. Pirsono koreliacijos koeficientas nurodant ryšį tarp BVP vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui**

		BVP, tenkantis vienam gyventojui	Sveikatos išlaidos vienam gyventojui
BVP, tenkantis vienam gyventojui	Pearson Correlation	1	<b>.973**</b>
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	10	10
Sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui	Pearson Correlation	<b>.973**</b>	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	10	10

\*\* . Koreliacija yra statistiškai reikšminga esant  $p < 0,01$ .

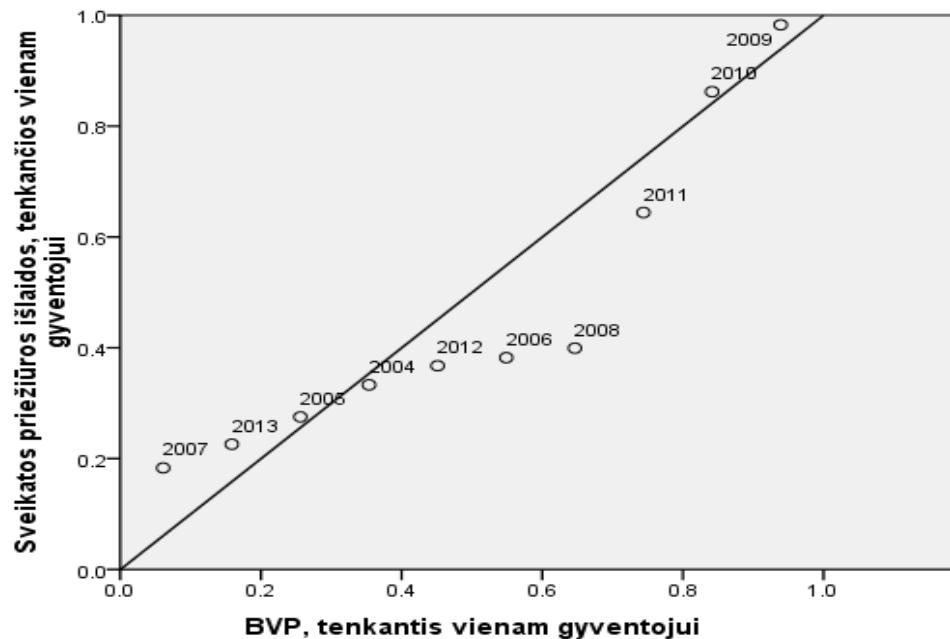
Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento ir Lietuvos higienos instituto duomenis

Atlikti skaičiavimai rodo (11 lent.), kad BVP vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui statistiškai reikšmingai koreliuoja,  $r = 0,973$ ,  $p = 0,000$ . Koreliacija tarp šių dviejų rodiklių yra labai stipri ir teigiama: didėjant BVP vienam gyventojui, didėja ir sveikatos priežiūros išlaidos, kurios tenka vienam gyventojui.

Sveikatos priežiūros išlaidoms, tenkančioms vienam gyventojui priklausomybei nuo BVP, tenkančio vienam gyventojui prognozuoti buvo taikoma tiesinė regresija, kurios rezultatai parodė teigiamą priklausomybę tarp šių dviejų kintamųjų (22 pav.) Pritaikius tiesinės regresijos modelį gautas determinacijos koeficientas yra labai didelis,  $R^2 = 0,947$ . Kiti koeficientai taip pat atitinka nustatytas ribas:

- anova  $p < 0,05$  (šiuo atveju regresijos modelio Anovos p reikšmė lygi 0,000),
- kai visi modelio  $VIF \leq 4$ , tai reiškia, kad nėra multikolinearumo problemos (regresijos modelio  $VIF=1$ ),
- t testų p reikšmė  $< 0,05$  (modelio t testų reikšmė lygi 0,00),

- Kuko mato reikšmė  $\leq 1$  (modelyje Kuko mato reikšmė lygi 0,291; tai reiškia, jog modelyje nėra išskirčių).



**22 pav.** Sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui ir BVP, tenkančio vienam gyventojui regresijos teisė,  $R^2=0,947$ .

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento ir Lietuvos higienos instituto duomenis

Tiesinės regresijos modelis atskleidė, kad determinacijos koeficientas, parodantis kokią dalį sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui kitimo paaiškina BVP, tenkančio vienam gyventojui kitimas yra  $R^2=0,947$ , šiuo atveju daugiau kaip 90 %.

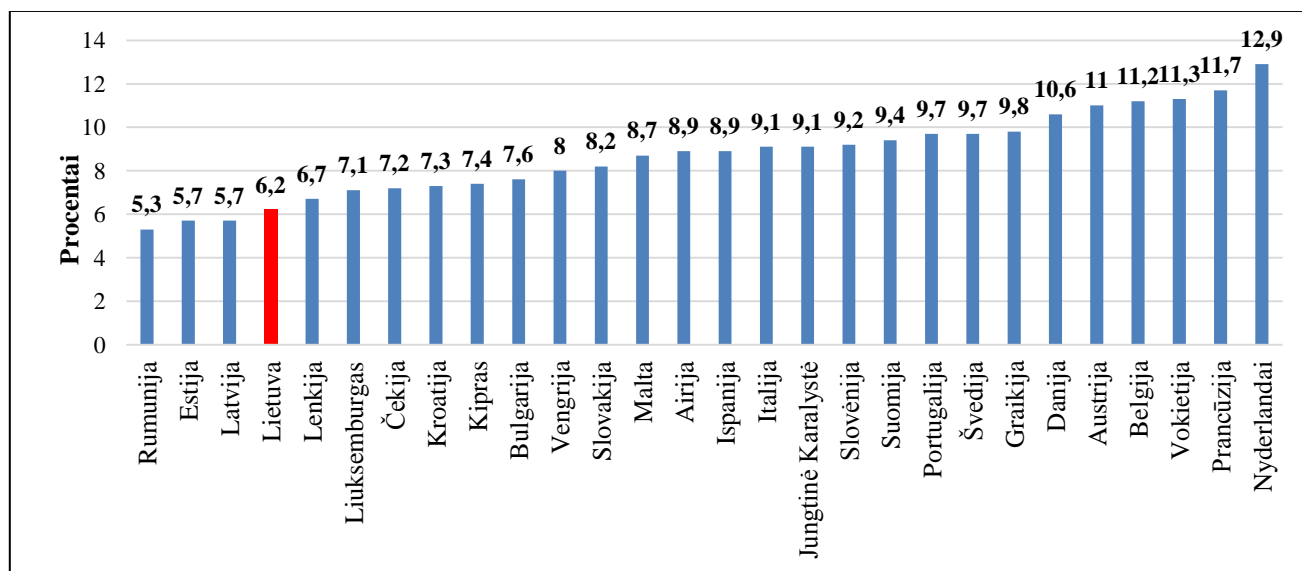
Pagal šį modelį regresijos lygtis  $y(x) = \text{constant} + b \cdot x$  atrodytų taip:

*Sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui = - 76,130 + 0,074 BVP, tenkantis vienam gyventojui*

Kokias išvadas galima daryti atlikus skaičiavimus ir gavus tokius rezultatus? Teorinėje darbo dalyje nagrinėtas ekonomikos ir sveikatos ryšys pasitvirtino. Apskritai, šie du dalykai tarpusavyje yra glaudžiai susiję, nes ekonomikos augimas didžia dalimi priklauso nuo gyventojų įsitraukimo į darbo rinką ir vartojimo, o valstybė surinkdama daugiau mokesčių ir turėdama didesnę biudžetą geba geriau pasirūpinti savo šalies gyventojų poreikių patenkinimu. Tik sveiki ir savo sveikatos būklę gerai vertinantys gyventojai kuria pridėtinę vertę, prisidedančią prie ekonomikos augimo. Grįžtant prie gautų

rezultatų galima teigti, kad augant BVP taip pat didėja lėšos, kurios iš bendro šalies biudžeto skiriamos sveikatos apsaugai, tai reiškia, kad šios išlaidos skiriamos padėti patenkinti su sveikata iškilusius poreikius, kad sveikatos problemų turintys asmenys vėl galėtų grįžti į darbo rinką. Šioje vietoje vėl reikia akcentuoti, kad lėšos, kurios skiriamos sveikatos sektoriui turi būti suvokiamos ne kaip našta valstybei, bet kaip investicija į ateitį.

Apžvelgus aukščiau minėtų rodiklių situaciją ir tarpusavio ryšį Lietuvoje, įdomu pasižiūrėti ir ES šalių padėtį kalbant apie sveikatos priežiūrai skiriamas išlaidas. Pateikiama statistika, kurioje vaizduojamas šalių skiriamas procentas sveikatos sektoriui nuo BVP 2013 m. (23 pav.).



**23 pav.** ES šalių išlaidos sveikatos sektoriui 2013 m., proc

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis

Pateikta statistika iliustruoja ES padėtį minėtu klausimu. Matyti, kad Lietuva yra ketvirta nuo galo šalis pagal skiriamas lėšas sveikatos sektoriui. Ji lenkia tik Rumuniją ir kitas dvi Baltijos šalis. Sveikatos sektoriui skiriamų lėšų procentas lyginant visas šalis taip pat skiriasi: mažiausiai lėšų skiria Rumunija (5,3 %), daugiausiai Nyderlandai (12,9 %). Skirtumas tarp mažiausiai ir daugiausiai skiriančių šalių yra daugiau nei du kartai.

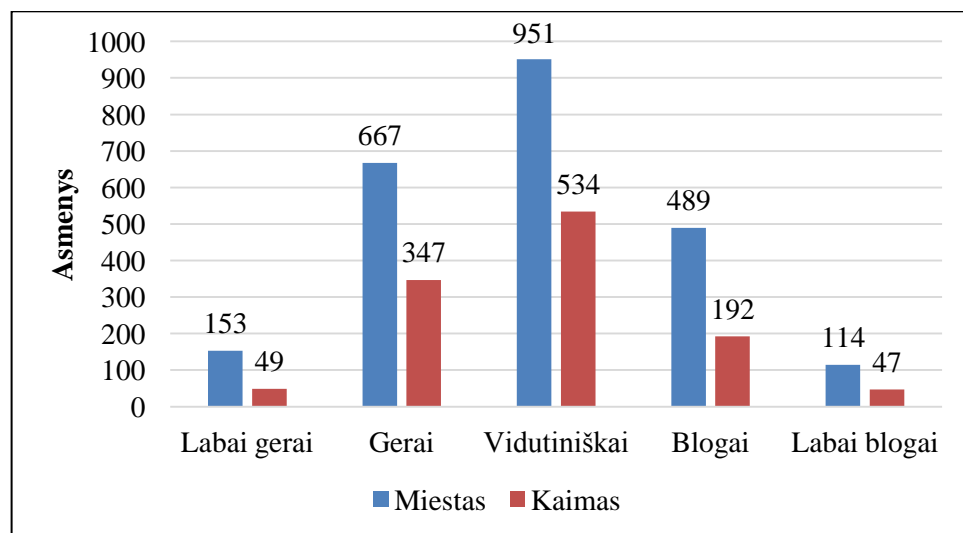
Apibendrinant galima teigti, kad šalies ekonomika ir gyventojų sveikata yra tarpusavyje stipriai susiję. Sveiki gyventojai prisideda prie ekonomikos augimo, tuo tarpu, tvarią ekonomiką turinti valstybė gali geriau atliepti gyventojų poreikius. Atliktas koreliacijos skaičiavimas atskleidė, kad tarp šių dviejų kintamųjų yra labai stiprus teigiamas ryšys, tai reiškia, augant BVP auga ir sveikatos apsaugai skiriamos lėšos, kurios turėtų būti suvokiamos kaip investicija ilgalaikėje perspektyvoje.

#### 4.4. Subjektyvaus sveikatos vertinimo ir sveikatos būklei įtakos turinčių veiksnių tarpusavio ryšys

Jau anksčiau aptartuose empirinės dalies skyriuose galima buvo matyti sveikatos netolygumus ir jų pasiskirstymą pagal tam tikrus aspektus, tačiau tolimesnėje šio darbo dalyje norima pateikti subjektyvaus sveikatos vertinimo ir sveikatai įtakos turinčių veiksnių tarpusavio sąsajas. Šiam tikslui pasiekti bus naudojami „Pajamų ir gyvenimo sąlygų“ statistinio tyrimo 2013 metų duomenys. Šis tyrimas pasirinktas dėl to, kad jame yra duomenys apie gyventojų išsilavinimo lygį, pajamas, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą bei subjektyvų sveikatos vertinimą. Reikia akcentuoti, kad subjektyvus sveikatos vertinimas gali skirtis nuo objektyvių duomenų, tačiau yra įdomu analizuoti kaip patys asmenys įvardija savo sveikatos būklę ir su kokiais veiksniais galima sieti tokį jų pasirinkimą.

Šioje tyrimo dalyje bus analizuojami rezultatai gauti stebint subjektyvaus sveikatos vertinimo pasiskirstymą pagal: gyvenamąją vietą, aukščiausią įgytą išsilavinimo lygį ir dabartinį ekonominį aktyvumą.

Visų pirma bus apžvelgtas sveikatos vertinimas pagal gyvenamąją vietą (miestas ir kaimas) (24 pav.).

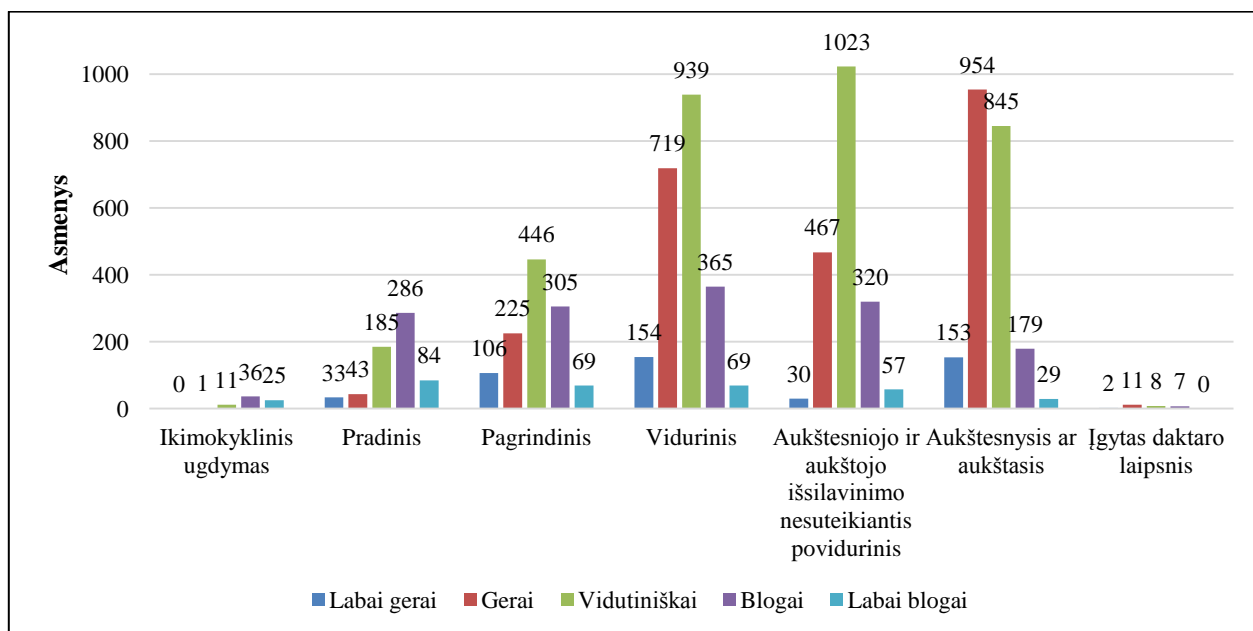


24 pav. Sveikatos vertinimas pagal gyvenamąją vietą 2013 m.

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento duomenis

Atsižvelgiant į tai, kad apklausti 2374 miesto ir 1169 kaimo vietovių gyventojai matyti, kad mieste gyvenantys savo sveikatą vertina geriau, negu kaimo vietovėse gyvenantys asmenys, tačiau kas liečia blogą sveikatos vertinimą tai miesto gyventojų taip pat yra daugiau nei kaimo vietovėse gyvenančių.

Toliau bus analizuojamas turimas aukščiausias išsilavinimo lygis ir galima jo įtaka subjektyviam sveikatos vertinimui (25 pav.).



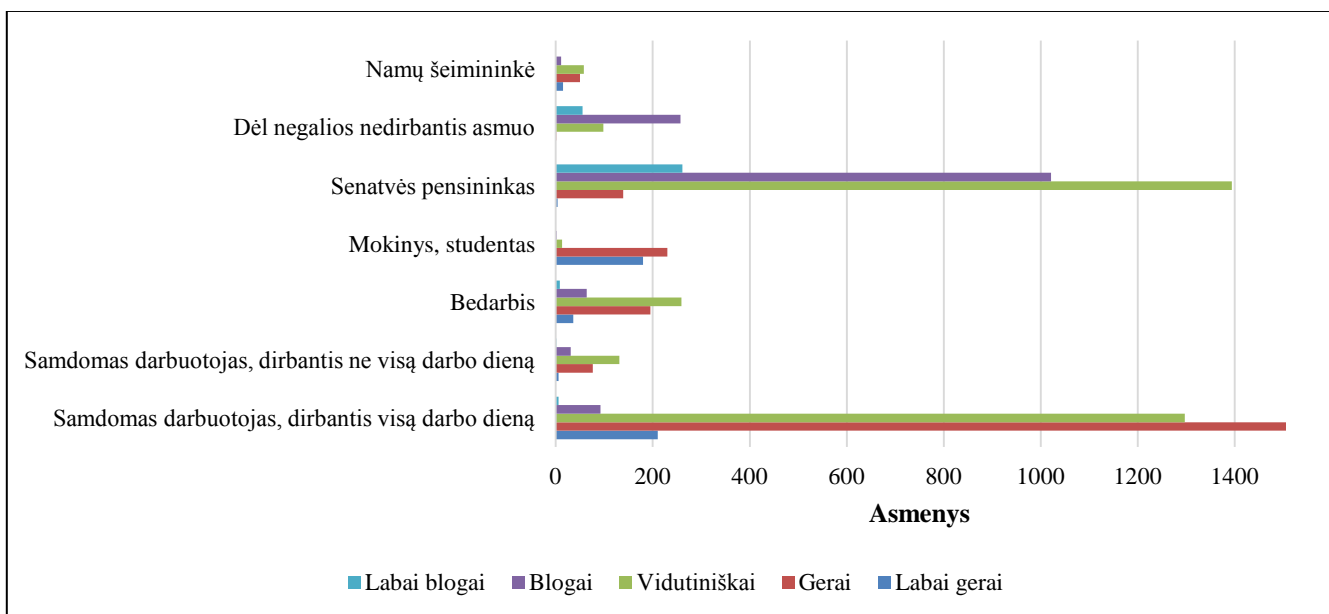
**25 pav.** Sveikatos vertinimas pagal įgytą aukščiausią išsilavinimą 2013 m.

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento duomenis

Pateikti duomenys iliustruoja, kad augant išsilavinimo lygiui, sveikatos vertinimas iš esmės gerėja. Tai puikiai galima pamatyti lyginant pagrindinį ir aukštesnįjį arba aukštąjį išsilavinimą turinčių žmonių vertinimą. Aukštesnįjį arba aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys savo sveikatą geriau vertina visose iš pateiktų kategorijų, nei pagrindinį išsilavinimą turintys asmenys.

Dar vienas pasirinktas analizuoti aspektas yra dabartinis ekonominis aktyvumas (26 pav.). Pateikti statistiniai duomenys iliustruoja, kad ekonominis aktyvumas taip pat turi įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui ir būtent prie šio aspekto verta sustoti ilgiau ir paanalizuoti daugumą iš pateiktų gyventojų grupių. Darbuotojas, dirbantis visą darbo dieną savo sveikatą daugiausiai vertina gerai, labai blogai vertinančių savo sveikatą šioje grupėje nebuvo. Tuo tarpu, darbuotojas, dirbantis ne visą darbo dieną savo sveikatą daugiausiai vertina vidutiškai, priešingai nei tie, kurie dirba visą darbo dieną. Įdomi situacija yra kalbant apie bedarbius. Jie savo sveikatą vertina daugiausiai arba vidutiniškai, arba gerai, nors pagal teorines įžvalgas jų sveikatos vertinimo pasiskirstymas turėtų kaip tik būti priešingas. Reikėtų pasižiūrėti kiek laiko asmuo yra bedarbis, nes jeigu jis ką tik praradęs darbą ir dar turi santaupų, o šiuo metu nesusidūrė su sveikatos problemomis tai galima teigti, jog normalu, kad savo sveikatą vertina šitaip. Mokinių ir studentų grupėje, kurie taip pat nėra labai ekonomiškai aktyvūs sveikatos vertinimas yra labai geras, tačiau čia reikėtų atkreipti dėmesį į jų amžių, nes neretai tokia

amžiuje nėra labai rimtų sveikatos problemų. Senatvės pensininkai savo sveikatą vertina daugiausiai blogai arba vidutiniškai. Galima daryti prielaidą dėl to kaip yra: visų pirma, jų amžius yra toks, kad su sveikatos problemomis susiduria dažniau, antra, jų senatvės pensijos neretai būna labai mažos, todėl ypatingai sunku patenkinti su sveikata iškilusius poreikius. Kita grupė yra dėl negalios nedirbantys asmenys. Šioje vietoje vėl galimos dviprasmiškos išvados: sveikatą vertina blogai dėl to, kad turi negalią, tuo tarpu, dėl negalios galbūt negali dalyvauti darbo rinkoje ir turimos pajamos yra mažos.



26 pav. Sveikatos vertinimas pagal dabartinį ekonominį aktyvumą, 2013 m.

Šaltinis: sudaryta autorės, naudojant Lietuvos statistikos departamento duomenis

Kaip galima pastebėti iš pateiktų pavyzdžių yra nemažai veiksnių, kurie gali turėti įtakos sveikatos būklei ir subjektyviam jos vertinimui, tačiau akivaizdu, kad neretai sveikatą nulemia ne pavieniai veiksniai, bet tam tikrų veiksnių grupė. Tam iliustruoti buvo pasirinkta atlikti logistinę regresiją.

Kintamasis bendra sveikatos būklė, buvo pakeistas į dvireikšmį kintamąjį *sveikata*, kur reikšmės **1** – **gera sveikatos būklė** (vidutiniškai, gerai ir labai gerai vertinama sveikata), o **2** – **bloga sveikatos būklė** (blogai arba labai blogai vertinama sveikata); (toks priskyrimas atliktas remiantis duomenimis apie bendrą sveikatos būklę, kur 1 – labai gera, 2 – gera, 3 – vidutiniška, 4 – bloga, 5 – labai bloga).

Remiantis teorinėje šio darbo dalyje analizuota informacija buvo daryta prielaida, kad sveikatos vertinimas gali priklausyti nuo tokių kintamųjų:



- amžiaus,
- dabartinio ekonominio aktyvumo,
- išsilavinimo lygio,
- sluoksnio (didieji Lietuvos miestai, mažieji ar kaimo vietovės).

Po logistinės regresijos taikymo, iš modelio buvo pašalintas statistiškai nereikšmingas kintamasis – sluoksnis. Galutinis modelis gerai aprašo duomenis:

- teisingai klasifikuota 88,1 proc. gerą sveikatą turinčiųjų ir 68,9 proc. blogą sveikatą turinčiųjų asmenų,
- tikėtinumų santykio chi kvadratas statistiškai reikšmingas ( $p = 0,000$ ),
- Nagelkerkės R kvadratas = 0,543.

Logistinės regresijos rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad didėjant amžiui ir mažėjant ekonominiam aktyvumui sveikatos vertinimas prastėja, tuo tarpu, didėjant išsilavinimo lygiui sveikatos vertinimas gerėja.

Logistinės regresijos modelis:

$$\ln P(\text{bloga})/P(\text{gera}) = 4,027 - 0,109\text{amžius} + 0,346\text{išsilavinimo lygis} - 0,124\text{ekonominis aktyvumas}.$$

Šios teorinės dalies apibendrinimui galima teigti, kad subjektyvus sveikatos vertinimas priklauso nuo tokių aspektų kaip: gyvenamoji vieta, išsilavinimo lygis ir dabartinis ekonominis aktyvumas, tačiau žiūrint bendrai, minėtųjų pavienių veiksnių įtaka nėra tokia didelė kaip pasižiūrėjus į šiuos veiksnius kaip į grupę, kurios įtaka tampa didesnė.

## IŠVADOS

1. Dabartiniu laikotarpiu sveikata suvokiama plačiai: ne tik kaip ligų nebuvimas, bet ir kaip visapusiška fizinė, socialinė ir dvasinė gerovė. Literatūroje akcentuojama, kad gera žmonių sveikata yra subalansuotos ekonomikos plėtros ir tvarios valstybės sąlyga. Sveikatai įtakos turinčių veiksnių spektras yra gana platus, pradedant nuo veiksnių, kuriems pats asmuo gali turėti įtakos (individuali elgsena) ir baigiant tais veiksniais, kurie tiesiogiai nuo asmens nepriklauso (sveikatos sistemos finansavimas).
2. Gyvenimo lygio augimas, naujos gydymo technologijos ir medicinos pažanga lemia bendrą žmonių sveikatos būklės pagerėjimą. Pagrindine problema yra laikomi sveikatos netolygumai, kurie pasireiškia nevienodais sveikatos būklės gerėjimo tempais tarp žmonių, esančių skirtinguose socialiniuose sluoksniuose. Sveikatos netolygumai atsispindi tokiuose sveikatos būklės rodikliuose kaip vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ir mirtingumas bei nevienodas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.
3. Sveikatos netolygumams atsirasti įtakos gali turėti socioekonominiai, demografiniai ir geografiniai veiksniai, šalia to prisideda fizinė aplinka ir asmens gyvenamosios ypatumai. Atsižvelgiant į tai, valstybės vykdoma veikla, kuria siekiama sumažinti sveikatos netolygumus, yra orientuojama į politikos nuoseklumą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą, gyventojų švietimą ir sveikatos sektoriui skiriamų lėšų tinkamą paskirstymą.
4. Sveikatos netolygumų pasireiškimo sveikatos būklės rodikliuose analizė atskleidė, jog sveikatos netolygumai yra stebimi ne tik tarp atskirų šalių, bet ir tarp toje pačioje šalyje gyvenančių atskirų visuomenės grupių. Tyrimas atskleidė, kad sveikatos būklei įtakos turi tokie veiksniai kaip: išsilavinimas, gyvenamoji vieta, santuokinis statusas, pajamų lygis. Siekiant atskleisti sveikatos būklės rodiklių ir sveikatą lemiančių veiksnių tarpusavio sąsajas didelis dėmesys buvo skiriamas socioekonominiams veiksniais kaip vienai iš pagrindinių veiksnių grupių, galinčių turėti įtakos žmonių sveikatos būklei. Atlikti statistiniai skaičiavimai parodė, kad egzistuoja teigiama priklausomybė tarp ilgalaikio nedarbo lygio ir savižudybių skaičiaus: augant nedarbo lygiui didėja savižudybių skaičius. Iš to daroma prielaida, kad pasitvirtina teiginys, jog socioekonominiai veiksniai (išsilavinimas ar pajamų lygis) turi įtakos sveikatai.
5. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad sveikatos netolygumai Lietuvoje yra stebimi pagal gyvenamąją vietą: standartizuotas mirtingumo rodiklis kaimo vietovėse yra didesnis negu mieste. Taip pat netolygumai išryškėja ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliuose

analizuojant duomenis pagal gyvenamąją vietą (miesto gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra ilgesnė nei kaimo vietovėse gyvenančių žmonių) ir lytį (moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra ilgesnė nei vyrų). Atlikti statistiniai skaičiavimai parodė, kad egzistuoja teigiama priklausomybė tarp vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ir išlaidų, skiriamų sveikatos apsaugai.

6. Tyrimo rezultatai leido suprasti, kad sveikatos sistemos finansavimas ir skiriamų lėšų koordinavimas taip pat turi įtakos šalies gyventojų sveikatos būklei. Atlikti koreliacijos skaičiavimai parodė labai stiprų teigiamą ryšį tarp BVP vienam gyventojui ir sveikatos priežiūros išlaidų, tenkančių vienam gyventojui. Tai reiškia, kad augant šalies BVP taip pat didėja ir sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos. Reikia pabrėžti egzistuojantį ryšį tarp šalies ekonomikos ir gyventojų sveikatos: sveiki gyventojai prisideda prie ekonomikos augimo, tuo tarpu, tvari ekonomika suteikia galimybę geriau patenkinti gyventojų poreikius.
7. Tyrimas parodė, kad subjektyvus žmonių sveikatos vertinimas ne itin skiriasi nuo objektyvių duomenų, kurie renkami šalies mastu. Išnagrinėjus subjektyvų žmonių sveikatos vertinimą paaiškėjo, kad jis gali priklausyti nuo tokių veiksnių kaip: gyvenamoji vieta, išsilavinimo lygis ir dabartinis ekonominis aktyvumas. Pabrėžiama, kad sveikatai įtakos turinčių veiksnių spektras yra gana platus, tačiau reikia akcentuoti, kad pavienių veiksnių įtaka yra daug mažesnė nei tam tikrų veiksnių grupės įtaka.

## REKOMENDACIJOS

1. Šiuolaikinėje visuomenėje vyraujanti sveikatos samprata, kurioje akcentuojamas ne tik ligų ar negalių nebuvimas, bet ir asmens fizinė, protinė, socialinė, dvasinė gerovė, reikalauja platesnio požiūrio į sveikatos apsaugos sistemą. Šalia to galima pridėti ir platų sveikatos būklei ir sveikatos netolygumams įtakos turinčių veiksnių spektrą. Šie du aspektai suponuoja glaudesnio tarpsektorinio bendradarbiavimo reikalingumą. Sveikatos apsauga ir jos priežiūra neturėtų būti tik sveikatos apsaugos ministerijos reikalas. Prie minėtosios ministerijos darbų taip pat turėtų prisidėti švietimo, socialinės apsaugos, užimtumo ir kiti sektoriai, nes jų tarpusavio bendradarbiavimas galėtų atnešti naudos ne tik kiekvieno šalies gyventojų sveikatai, bet ir visai valstybei.
2. Dar vienas itin reikšmingas siekis turėtų būti sveikatos priežiūros prieinamumo galimybių gerinimas. Tai ypatingai svarbu kaimo vietovėse gyvenantiems asmenims. Šalia to svarbu efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skiriamas lėšas, didesnę dėmesį skiriant socialiai jautrių gyventojų grupių apsaugai.
3. Norint pasiekti kuo didesnius žmonių elgesio, susijusio su sveikata, pokyčius, reikalingas intensyvesnis švietimas sveikatos išsaugojimo klausimais. Reikia teikti daugiau informacijos ne tik apie tai, kas turi įtakos įvairioms ligoms ar sutrikimams atsirasti, bet ir apie tai, kokia gyventojų elgsena (gyvensenos ypatumai) gali turėti teigiamos ar neigiamos įtakos jų pačių sveikatos būklei.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Andriukaitis, V. P. 2014. Dėl Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuro 2013 metų ataskaitos „Socialinių veiksnių, lemiančių sveikatos netolygumus Europos regione, apžvalga. LR Sveikatos apsaugos ministerija.
2. Baeza, C. et. al. 2005. Financing Health Systems in the 21st Century [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11772/pdf/Bookshelf\\_NBK11772.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11772/pdf/Bookshelf_NBK11772.pdf)> [žiūrėta 2015 09 30].
3. Barr, N. Economics of Welfare State. 1998. Stanford University Press.
4. Björnberg, A. 2013. Euro Health Consumer Index [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf)> [žiūrėta 2015 09 25].
5. Buivydas, R. ir Černiauskas, G. 2013. Sveikatos studija: Lietuva 2012. Europos Sąjungos sveikatos sistemų konvergencija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://sec.lt/sites/default/files/leidiniai/SVEIKATOS%20STUDIJA\\_LIETUVA%202012.pdf](http://sec.lt/sites/default/files/leidiniai/SVEIKATOS%20STUDIJA_LIETUVA%202012.pdf)> [žiūrėta 2015 10 09].
6. Čekanavičius, V. ir Murauskas, G. 2002. Statistika ir jos taikymai. II knyga. Vinius: TEV.
7. Dahlgren, G. ir Whitehead, M. 2007. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>> [žiūrėta 2015 09 15].
8. Deaton, A. 2003. Health, Inequality and economic development. *Journal of Economic Literature* [interaktyvus], no. 41, 113-158. Prieiga per internetą: <[https://www.princeton.edu/~deaton/downloads/Health\\_Inequality\\_and\\_Economic\\_Development.pdf](https://www.princeton.edu/~deaton/downloads/Health_Inequality_and_Economic_Development.pdf)> [žiūrėta 2015 10 06].
9. European Commission. 2013. *Health inequalities in the EU* [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/healthinequalitiesineu\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf)> [žiūrėta 2015 08 04].
10. Europos Bendrijų Komisija. 2007. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_lt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_lt.pdf)> [žiūrėta 2015 09 20]

11. Europos Bendrijų Komisija. 2009. Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=EN>> [žiūrėta 2015 11 28].
12. Figueras, J. ir Mckee, M. 2012. *Health systems, Health, Wealth and societal Well-being*. European Observatory on Health systems and policies series [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/164383/e96159.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf)> [žiūrėta 2015 11 20].
13. Grabauskas, V. et. al. 2004. Health inequalities in Lithuania: education and nutrition habits. *Medicina* [interaktyvus], nr. 40(9). Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/lithuania\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/lithuania_rd06_en.pdf)> [žiūrėta 2015 08 21].
14. Higienos institutas. 2015 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.hi.lt/>> [žiūrėta 2015 09 14].
15. Higienos instituto sveikatos informacijos centras. 2015 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://sic.hi.lt/>> [žiūrėta 2015 08 08].
16. Jakušvaitė, I. et. al. 2011. Teisė į sveikatą socialinių žmogaus teisių ir kaimo plėtros politikos kontekste. *Kaimo raidos kryptys žmonių visuomenėje* [interaktyvus], nr. 2, 95-104. Prieiga per internetą: <[http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2011~ISSN\\_2029-8846.N\\_2.PG\\_95-104/DS.002.0.01.ARTIC](http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2011~ISSN_2029-8846.N_2.PG_95-104/DS.002.0.01.ARTIC)> [žiūrėta 2015 09 30].
17. Jankauskienė, D. 2011. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas* [interaktyvus], nr. 1 (3). Prieiga per internetą: <[https://www.mruni.eu/upload/iblock/613/01\\_jankauskiene.pdf](https://www.mruni.eu/upload/iblock/613/01_jankauskiene.pdf)> [žiūrėta 2015 09 18].
18. Jasilionis, D. et. al. 2006. Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografiniai skirtumai 2001–2004 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43\\_Lietuvos\\_gyv\\_mirtingumo\\_skirt\\_2001-20041.pdf](http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43_Lietuvos_gyv_mirtingumo_skirt_2001-20041.pdf)> [žiūrėta 2015 08 06].
19. Kalėdienė, R. et. al. 2008. Inequalities in life expectancy by education and socioeconomic transition in Lithuania. *Medicina* [interaktyvus], nr. 44 (9), 713-722. Prieiga per internetą: <<http://medicina.lsmuni.lt/med/0809/0809-09e.pdf>> [žiūrėta 2015 10 01].
20. Kanišauskas, S. 2009. *Moralės filosofijos pagrindai*. Vilnius: UAB „Baltijos Kopija“.
21. Lietuvos HSM duomenų archyvas. 2015 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.lidata.eu/>> [žiūrėta 2015 12 12].

22. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2021 metų programos. *Valstybės žinios*. 2013.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo. *Valstybės žinios*. 2014, nr. V-815.
24. Lietuvos statistikos departamentas. 2015 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/>> [žiūrėta 2015 12 15].
25. Lundberg, M. ir Wang, L. 2006. Health Sector Reforms [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://siteresources.worldbank.org/INTPSIA/Resources/490023-1120845825946/3622-02\\_Ch02.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPSIA/Resources/490023-1120845825946/3622-02_Ch02.pdf)> [žiūrėta 2015 11 06].
26. Mill, J. S. 2005. *Utilitarizmas*. Vilnius: margi raštai.
27. Plėšnys, A. 2011. *Socialinės filosofijos pagrindai*. Vilnius: Ciklonas.
28. Proškuvienė, R. 2004. *Sveikatos ugdymo įvadas*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.biblioteka.vpu.lt/elvpu/44954.pdf>> [žiūrėta 2015 09 14].
29. Prah, R. J. 2010. Health and social justice [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-082388/en/>> [žiūrėta 2015 10 01].
30. Sahn, D.E. 2012. Health Inequality across Populations of Individuals. *African Development Review* [interaktyvus], no. 4, 316–326. Prieiga per internetą: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6be593b6-20d9-46b8-a3d7-157e0dd6ee73%40sessionmgr113&vid=4&hid=105>> [žiūrėta 2015 08 21].
31. Savičiūtė, R. 2013. Sveikatos ir socialinių veiksnių sąsajų tyrimas. Daktaro disertacija [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D\\_20130327\\_100653-19832/DS.005.0.01.ETD](http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D_20130327_100653-19832/DS.005.0.01.ETD)> [žiūrėta 2015 09 28]
32. Sheridan, L. 2002. Social and economic determinants of health [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.health.state.mn.us/strategies/social.pdf>> [žiūrėta 2015 08 30].
33. Skučienė, D. 2008. Pajamų nelygė Lietuvoje. *Filosofija. Sociologija* [interaktyvus], nr. 4. Prieiga per internetą: <<http://lmaleidykla.lt/publ/0235-7186/2008/4/22-33.pdf>> [žiūrėta 2015 09 18].
34. Slavickaitė, S. ir Žigienė, G. 2014. Valstybės išlaidų struktūros ir politinės ideologijos sąsajų įtaka šalies ekonomikai. *Taikomoji ekonomika: sisteminiai tyrimai* [interaktyvus], nr. 8(1). Prieiga per internetą: <[http://vddb.library.lt/fedora/get/LTeLABa0001:J.04~2014~ISSN\\_1822-7996.V\\_8.N\\_1.PG\\_13-29/DS.002.0.01.ARTIC](http://vddb.library.lt/fedora/get/LTeLABa0001:J.04~2014~ISSN_1822-7996.V_8.N_1.PG_13-29/DS.002.0.01.ARTIC)> [žiūrėta 2015 09 25].

35. Socialinių sveikatos veiksnių komisija. 2009. *Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį*. Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje.
36. Ssewanyana, S. ir Kasirye, I. 2012. Causes of Health Inequalities in Uganda: Evidence from the Demographic and Health Surveys. *African Development Review* [interaktyvus], no. 4, 327–341. Prieiga per internetą: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fb1ab461-4ff0-47cf-ab00-a5caee9859b3%40sessionmgr114&vid=4&hid=118>> [žiūrėta 2015 09 30].
37. Stasytytė, V. ir Rauktytė, A. 2014. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos rodiklių ekonometrinis modelis. *Verslas XXI amžiuje* [interaktyvus], nr. 6(1), 33–40. Prieiga per internetą: <<http://www.mla.vgtu.lt/index.php/mla/article/viewFile/mla.2014.005/1097>> [žiūrėta 2015 09 30].
38. Tamulienė, I. et. al. 2011. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai. *Kultūra ir visuomenė* [interaktyvus], nr. 2(1), 95-110. Prieiga per internetą: <[http://culturesociety.vdu.lt/wpcontent/uploads/2011/06/9.I.-Tamutiene\\_I.-Cerniauskaite\\_A.-Sruogaite-Lietuvos-kaimo-ir-miesto-gyventoj%C5%B3-prieinamumo-prie-ambulatorini%C5%B3\\_KV21.pdf](http://culturesociety.vdu.lt/wpcontent/uploads/2011/06/9.I.-Tamutiene_I.-Cerniauskaite_A.-Sruogaite-Lietuvos-kaimo-ir-miesto-gyventoj%C5%B3-prieinamumo-prie-ambulatorini%C5%B3_KV21.pdf)> [žiūrėta 2015 09 30].
39. The Organisation for Economic Co-operation and Development. 2014. Health inequalities [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.oecd.org/health/inequalities-in-health.htm>> [žiūrėta 2015 09 23].
40. Visuomenės sveikatos fondas. 2014 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.vsfondas.lt/didziausias-turtas/2014/02/24/sveikatos-netolygumai/>> [žiūrėta 2015 08 30].
41. World Economic Forum. 2015. Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Maximizing\\_Healthy\\_Life\\_Years.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Maximizing_Healthy_Life_Years.pdf)> [žiūrėta 2015 09 23].
42. World Health Organization. 2015 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/en/>> [žiūrėta 2015 08 27].
43. Žalimienė, L. et. al. 2011. *Socialinis teisingumas švietime: teorinė samprata ir praktinis vertinimas* [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://www.smm.lt/uploads/lawacts/docs/693\\_f31fc7ad3da4f678e4cb208806e76b91.pdf](http://www.smm.lt/uploads/lawacts/docs/693_f31fc7ad3da4f678e4cb208806e76b91.pdf)> [žiūrėta 2015 10 10].



## PRIEDAI

### 1 priedas

#### VISUOMENĖS SVEIKATOS NETOLYGUMŲ LIETUVOJE ANALIZĖS ANTRINIŲ DUOMENŲ RODIKLIŲ SĄRAŠAS

1. Bendros sveikatos priežiūros išlaidos 2004 – 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has\\_h=db707fc5-cf52-4fd8-a2ee-0663fabfe07c](http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has_h=db707fc5-cf52-4fd8-a2ee-0663fabfe07c)> [žiūrėta 2015 12 05].
2. BVP, tenkantis vienam gyventojui (to meto kainomis) 2004 – 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize1>> [žiūrėta 2015 12 05].
3. GINI koeficientas, parodantis pajamų pasiskirstymo tarp namų ūkių nelygybę šalyje ES 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tessi190&plugin=1>> [žiūrėta 2015 12 05].
4. Ilgalaikio nedarbo lygis Lietuvoje 1998 – 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has\\_h=7131a78c-7821-41ff-b06d-9e74188d1295](http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has_h=7131a78c-7821-41ff-b06d-9e74188d1295)> [žiūrėta 2015 12 05].
5. Išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<<http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>> [žiūrėta 2015 12 05].
6. Mirtingumas pagal gyvenamąją vietą, 2001 – 2004 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43\\_Lietuvos\\_gyv\\_mirtingumo\\_skirt\\_2001-20041.pdf](http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43_Lietuvos_gyv_mirtingumo_skirt_2001-20041.pdf)> [žiūrėta 2015 12 05].
7. Mirtingumas pagal išsilavinimo lygį 2001 - 2004 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43\\_Lietuvos\\_gyv\\_mirtingumo\\_skirt\\_2001-20041.pdf](http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43_Lietuvos_gyv_mirtingumo_skirt_2001-20041.pdf)> [žiūrėta 2015 12 05].
8. Mirtingumas pagal santuokinį statusą 2001 – 2004 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43\\_Lietuvos\\_gyv\\_mirtingumo\\_skirt\\_2001-20041.pdf](http://www.demografija.lt/users/www/uploaded/mografijos/tekstai/43_Lietuvos_gyv_mirtingumo_skirt_2001-20041.pdf)> [žiūrėta 2015 12 05].

9. Mirusiųjų asmenų skaičius Lietuvoje 2000 - 2014 [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has\\_h=5788f681-a58f-44da-a7c3-850490ad81c0](http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has_h=5788f681-a58f-44da-a7c3-850490ad81c0)> [žiūrėta 2015 12 05].
10. Mirusiųjų asmenų skaičius Lietuvoje 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<<http://www.hi.lt/lt/mirties-priezastys.html>> [žiūrėta 2015 12 05].
11. Namų ūkių pasiskirstymas pagal tai, kaip namų ūkis verčiasi, 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has\\_h=13c915ab-66db-48fe-8fb1-ad2dad98a9b7](http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has_h=13c915ab-66db-48fe-8fb1-ad2dad98a9b7)> [žiūrėta 2015 12 05].
12. Nedarbo lygis Lietuvos apskrityse 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has\\_h=db4051e1-fb1d-4612-adcc-91d7547b4fad](http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&has_h=db4051e1-fb1d-4612-adcc-91d7547b4fad)> [žiūrėta 2015 12 05].
13. Savižudybių skaičius Lietuvoje 1998 – 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://vpsc.lt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49%3Asaviudybi-danis-lietuvoje-1930-40-ir-1986-2008metais&catid=14%3Asaviudybistatistika&Itemid=24&lang=lt](http://vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=49%3Asaviudybi-danis-lietuvoje-1930-40-ir-1986-2008metais&catid=14%3Asaviudybistatistika&Itemid=24&lang=lt)> [žiūrėta 2015 12 05].
14. Standartizuotas mirtingumas 100 000 gyventojų 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<<http://sic.hi.lt/html/demografija7.htm>> [žiūrėta 2015 12 05].
15. Sveikatos priežiūros išlaidos nuo BVP ES šalyse 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>> [žiūrėta 2015 12 05].
16. Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui ES 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<<http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>> [žiūrėta 2015 12 05].
17. Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui 2004 – 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://sic.hi.lt/php/spf3.php?dat\\_file=spf3.txt](http://sic.hi.lt/php/spf3.php?dat_file=spf3.txt)> [žiūrėta 2015 12 05].
18. Sveikatos vertinimas pagal dabartinį ekonominį aktyvumą 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://osp.stat.gov.lt/viesosduomenurinkmenos//asset\\_publisher/i2LnhXkrXAbl/content/metini\\_opajamuirgyvenimosalygustatistiniotyrimo;jsessionid=A174FEB198A763664B90674427D9C0E3](http://osp.stat.gov.lt/viesosduomenurinkmenos//asset_publisher/i2LnhXkrXAbl/content/metini_opajamuirgyvenimosalygustatistiniotyrimo;jsessionid=A174FEB198A763664B90674427D9C0E3)> [žiūrėta 2015 12 05].
19. Sveikatos vertinimas pagal įgytą aukščiausią išsilavinimą 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą:  
<[http://osp.stat.gov.lt/viesosduomenurinkmenos//asset\\_publisher/i2LnhXkrXAbl/content/metini](http://osp.stat.gov.lt/viesosduomenurinkmenos//asset_publisher/i2LnhXkrXAbl/content/metini)>

- opajamuirgyvenimosalygustatistiniotyrimo;jsessionid=A174FEB198A763664B90674427D9C0E3> [žiūrėta 2015 12 05].
20. Sveikatos vertinimas pagal gyvenamąją vietą 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <[http://osp.stat.gov.lt/viesosduomenurinkmenos//asset\\_publisher/i2LnhXkrXAbl/content/metiniopajamuirgyvenimosalygustatistiniotyrimo;jsessionid=A174FEB198A763664B90674427D9C0E3](http://osp.stat.gov.lt/viesosduomenurinkmenos//asset_publisher/i2LnhXkrXAbl/content/metiniopajamuirgyvenimosalygustatistiniotyrimo;jsessionid=A174FEB198A763664B90674427D9C0E3)> [žiūrėta 2015 12 05].
21. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (bendra tarp vyrų ir moterų) 2004 – 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://osp.stat.gov.lt/statistiniurodikliuanalize?portletFormName=visualization&hash=e6729112-922a-475f-b90c-716dab8a2f26>> [žiūrėta 2015 12 05].
22. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ir vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė ES 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph100&plugin=1>> [žiūrėta 2015 12 05].
23. Vidutinė tikėtina gyvenimo ir vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė pagal pajamų grupę 2013 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://apps.who.int/gho/data/view.main.700?lang=en>>
24. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pagal amžių ir lytį 2010 - 2014 m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>> [žiūrėta 2015 12 05].
25. Vidutinė tikėtina moterų gyvenimo trukmė ES 2013m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en>> [žiūrėta 2015 12 05].
26. Vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė ES 2013m. [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en>> [žiūrėta 2015 12 05].