

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Socialinio darbo katedra

Gintarė Badaukytė

Socialinės politikos studijų programa

Magistro darbas

Sveikatos politikos problemos senėjančioje visuomenėje

Darbo vadovas: doc. dr D. Skučienė

TURINYS

| | |
|---|----|
| NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI..... | 4 |
| SANTRAUKA..... | 5 |
| SUMMARY..... | 7 |
| ĮVADAS..... | 9 |
| 1. SENĖJIMAS..... | 11 |
| 1.1 Senėjimo samprata..... | 11 |
| 2. DEMOGRAFINIAI VEIKSNIAI LEMIANTYS GYVENTOJŲ SENĖJIMĄ..... | 14 |
| 2.1 Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė..... | 14 |
| 2.2 Gimstamumo mažėjimas..... | 15 |
| 2.3 Migracija..... | 16 |
| 3. SVEIKO SENĖJIMO YPATUMAI..... | 18 |
| 3.1 Sveiko senėjimo samprata..... | 18 |
| 3.2 Sveikas senėjimas kaip sėkmingo senėjimo sąlyga..... | 19 |
| 4. SVEIKATOS POLITIKA..... | 22 |
| 4.1 Sveikatos politikos samprata..... | 22 |
| 5. GYVENTOJŲ SENĖJIMO KELIAMI IŠŠŪKIAI SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMAI..... | 24 |
| 5.1 Išlaidos sveikatos apsaugai..... | 26 |
| 5.2 Sveikatos stiprinimas..... | 27 |
| 5.3 Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas..... | 33 |
| 5.4 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė..... | 36 |
| 6. TYRIMO METODIKA..... | 39 |
| 6.1 Demografiniai veiksniai lemiantys visuomenės senėjimą..... | 40 |
| 6.2 Politikos priemonės siekiant užtikrinti sveiką senėjimą..... | 46 |
| 6.3 Išlaidos sveikatos priežiūrai..... | 51 |
| 6.4 Sveikatos stiprinimas. Sveika gyvensena. Sergamumas..... | 55 |

| | |
|---|----|
| 6.5 Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė..... | 63 |
| IŠVADOS..... | 68 |
| PRIEDAI..... | 70 |
| LITERATŪROS SĄRAŠAS..... | 76 |

NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI

NST nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

PSO – pasaulio sveikatos organizacija (WHO)

SAM – LR Sveikatos apsaugos ministerija

VGT - vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

LR - Lietuvos Respublika

LRV – LR Vyriausybė

ES – Europos Sąjunga

JT – Jungtinės Tautos

EK – Europos Komisija

TVP – tarpinstitucinis veiklos planas

BVP – bendrasis vidaus produktas

EK – Europos Komisija

SANTRAUKA

Europos Sąjungos šalyse, tarp jų ir Lietuvoje, kaip pagrindiniai minimi šie gyventojų senėjimo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai: sveikatos apsaugos tolydaus finansavimo užtikrinimas, ligų prevencijos, gydymo, ilgalaikės globos ir slaugos paslaugų subalansuotos plėtros užtikrinimas; kokybiškų paslaugų prieinamumo visiems visuomenės nariams užtikrinimas; sveikos gyvensenos propagavimas ir skatinimas. Populiacijos senėjimo tendencijos rodo, jog sveikatos sistemos prioritetais turėtų tapti ne tik ligų gydymas, bet ir jų prevencija, siekiant pailginti sveiko gyvenimo metus.

Šio darbo tikslas: išanalizuoti sveikatos politikai keliamus iššūkius senėjančios visuomenės sąlygomis. Tikslui įgyvendinti keliami šie **uždaviniai:** išanalizuoti visuomenės senėjimo sąvoką, demografinius veiksnius lemiančius visuomenės senėjimą, sveiko senėjimo ypatumus; išnagrinėti sveikatos politikos sampratą bei jai keliamus iššūkius dėl visuomenės senėjimo; atskleisti sveikatos stiprinimo svarbą senėjančios visuomenės sąlygomis; apibrėžti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo (PSP) ir kokybės sampratas ir išsiaiškinti gyventojų požiūrį į pirminės sveikatos priežiūros (PSP) paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Tyrimo tikslui ir uždaviniams įgyvendinti naudojami šie **tyrimo metodai:** mokslinės literatūros analizė; dokumentų analizė; antrinė Eurostat (2011 - 2014), Lietuvos statistikos departamento (2015), Eurobarometro 80.2 (2013); 72.3 (2009), OECD (2012), Pasaulio banko (Worldbank) (2012 - 2013), Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO) (2015) duomenų analizė. Duomenų analizei naudojama aprašomoji statistika, koreliacija, hierarchinės klasterinės analizės metodas, chi kvadrato kriterijus, Mann Whitney, Kruskal Walls kriterijus.

Tyrimas atskleidė, kad 2013 m. Lietuvoje sveikatos apsaugai nuo BVP skiriamų lėšų dalis buvo beveik du kartus mažesnė lyginant su kitomis ES šalimis. Dauguma Lietuvos gyventojų nepakankamai rūpinasi sveika gyvensena. Rūkančių vyrų dalis Lietuvoje didesnė nei kitų ES šalių vidurkis, tačiau moterų rodikliai priešingi – jos rūko mažiau nei kitų ES šalių moterys. Lietuvos gyventojai yra vieni daugiausiai alkoholio suvartojančių per metus. Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo rodikliai lyginant su kitų ES šalių yra aukštesni nei vidutiniai. Nutukusiųjų ir aukštą kraujospūdį turinčių gyventojų dalis Lietuvoje yra didesnė lyginant su ES šalių vidurkiu. Lietuvoje, daugiau nei kitose ES šalyse sergančių širdies ir kraujotakos ligomis. Lietuvos gyventojų, turinčių ilgalaikių sveikatos problemų, dalis – mažesnė nei vidutiniškai ES šalyse. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje vertinamas vidutiniškai (lyginant su kitomis ES šalimis).

Subjektyvų sveikatos vertinimą sąlygoja objektyvi sveikatos būklė. Su amžiumi ne tik prastėja subjektyvus sveikatos vertinimas, bet ir objektyvi sveikata. Lietuvoje vyrų ir moterų savo sveikatą vertinančių labai gerai arba gerai yra mažiau nei vidutiniškai ES taip vertinančių. Lietuvos gyventojams svarbiausi sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodikliai yra profesionalus medicinos personalas, efektyvus gydymas, moderni medicinos įranga bei galimybė laisvai pasirinkti gydytoją. Pastebėta sąsaja tarp respondento amžiaus ir sveikatos priežiūros sistemos vertinimo. Kuo vyresnis gyventojas, tuo jo vertinimas prastesnis.

SUMMARY

In European Union countries, including Lithuania, the following are mentioned as the main challenges of an aging population health care system: ensuring continuous funding for health care, disease prevention, treatment, ensuring the sustainable development of long-term care and nursing services, securing the access to quality services for all members of the public, promotion and fosterage of healthy lifestyle. Aging population trends suggest that in order to increase healthy life years the priorities of the health system should not only be the treatment of diseases but also its prevention.

The aim of this work: to analyze the health policy challenges posed by an aging population.

To achieve this objective, the aims are as follows: to analyze the concept of aging population, the demographic factors that influence aging, the characteristics of healthy aging; to examine the concept of health policy and its challenges posed by an aging population; to analyze the importance of strengthening the health in the aging population conditions; to define the concepts of primary health care (PHC) accesability and to ascertain the population's attititude towards the availability and quality of primary health care (PHC) services.

In order to accomplish the aim and to achieve the objectives **the following research methods have been used:** scientific literature analysis; documents analysis; Secondary Eurostat (2011 - 2014), Lithuanian Depatment of Statistics (2015), Eurobarometer 80.2 (2013); 72.3 (2009), OECD (2012) , World Bank (2012-2013), the World Health Organization (WHO) (2015) data analysis. Descriptive statistics, correlation, hierarchical cluster analysis method, Chi -square criteria, Mann Whitney, Kruskal Walls test are used for data analysis.

The study revealed that in 2013 Lithuania 's GDP on health care funding was almost two times lower compared to that of other EU countries. Most of the Lithuanian population do not take sufficient care of a healthy lifestyle. Smoking among men in Lithuania is more prevalent than the average of other EU countries, however, the indicators for women are the opposite - they smoke less than the women of other EU countries. The population of Lithuania are among those consuming the most alcohol per year. In comparison to other EU countries, the rates of physical activity among Lithuanian population are higher than average. High blood pressure and obesity rates in the Lithuanian population are higher compared to the EU average. In Lithuanian, higher numbers of the population are suffering from heart and circulatory system deseases compared to other EU countries. The numbers of Lithuanian population with long-term health problems are

lower than the average in the EU countries. Health care services in Lithuania are rated as moderate (compared to other EU countries). Subjective health assessment is caused by objective health condition. With age deteriorates not only subjective health evaluation, but also the objective health. In Lithuania, there are fewer men and women who evaluate their health as good or very good compared to the average in the EU. For Lithuanians, the most important health care system quality indicators are professional medical personnel, effective treatment, modern medical equipment and the opportunity to freely choose a doctor. The correlation between the respondent's age and health system evaluation has been observed. The older respondent the worse the evaluation.

IVADAS

Pasaulyje, ypač išsivysčiusiose šalyse, vyksta didžiuliai demografiniai pokyčiai, dėl kurių mažėja vaikų ir gausėja vyresnio amžiaus žmonių, ilgėja gyvenimo trukmė, daugėja socialinių ir ekonominių šio reiškinio sąlygojamų problemų¹. Gyventojų senėjimas nulemtas mažo gimstamumo, gyventojų migracijos ir ilgėjančios gyvenimo trukmės, yra akivaizdus (Jachjajeva, Levickaitė, 2013). Kaip rodo JT gyventojų prognozės, 2050 - aisiais 60 metų ir vyresnio amžiaus žmonių dalis sudarys daugiau nei penktadalį (22 proc.) pasaulio gyventojų (Mikulionienė, 2011). Lietuvos statistikos departamento skaičiavimai rodo, jog mūsų šalyje vyriausių gyventojų (80 metų ir vyresnių) skaičius taip pat didės spartesniais tempais, nei kitų amžiaus grupių, atitinkamai didės ir jų dalis bendrame gyventojų skaičiuje – 2030 metais vienas iš dvidešimties asmenų jau bus peržengęs 80 - ies metų ribą (Kanopienė, Mikulionienė, 2006). Bagdono ir kt. (2009), gyventojų senėjimas yra XX ir XXI a. fenomenas. Jungtinės Tautos populiacijos senėjimą įvardino kaip vieną iš trijų pagrindinių iššūkių, su kuriais susiduria pasaulis XXI amžiuje. Kiti du (globalinis klimato atšilimas ir pasaulinis terorizmas). Pasak Gustainienės ir Banevičienės (2014), vyresnio amžiaus žmonių vis daugėja, ir jie tampa vis svarbesni tiek pačiai ekonomikai, tiek žmonių bendruomenėms (Gustainienė, Banevičienė, 2014).

Sveikata yra veiksnys, lemiantis asmens galimybę dirbti dabar ir ateityje, sąlygojantis lūkesčius apie finansines galimybes, nutolinantis ir priartinantis socialinės priežiūros poreikį (Skučienė, 2015). Pasak Jankauskienės (2011), sveikata yra svarbi atskirų asmenų ir visuomenės gerovei, o sveiki gyventojai yra ir ekonomikos produktyvumo bei gerovės prielaida. Sveikatai išleisti pinigai nėra vien išlaidos – tai investicija (Jankauskienė, 2011).

Demografinio senėjimo problemos ir šio proceso keliami iššūkiai užima vis reikšmingesnę vietą šalių politinėje darbotvarkėje, taip pat ir moksliniame diskurse (Kanopienė, Mikulionienė, 2006). Vykstantys demografiniai pokyčiai ir gyventojų senėjimas yra viena iš aktualiausių visuomenės sveikatos problemų, kuri kelia iššūkių ir sveikatos apsaugai (Šurkienė, 2012). Aguonytės (2013), Šurkienės (2012), Mikulionienės ir kt. (2006) autorių teigimu, dėl ilgėjančios gyventojų gyvenimo trukmės sveikatos apsaugos sistema susiduria su finansavimo užtikrinimo, aukštos kokybės paslaugų subalansuotos plėtos bei jų prieinamumo visiems, ligų prevencijos bei sveikos gyvensenos propagavimo iššūkiais (Aguonytė, 2013; Mikulionienė (2006).

¹ Pagyvenusių žmonių sveikatos stiprinimas. Informacinis metodinis leidinys. Vilnius, 2008.

Galima teigti, jog kaip ir jų bendraamžiai kitose ES valstybėse, Lietuvos piliečiai, peržengę senatvės amžiaus slenkstį bei (dauguma) palikę darbo rinką, pragyvena dar nemažą savo gyvenimo tarpsnį, tačiau šio gyvenimo tarpsnio kokybė, kitaip nei ankstesniais gyvenimo metais, priklauso ne tik nuo jų pačių elgsenos ir pasirinkimų, bet ir nuo valstybės teikiamos paramos, arba socialinės bei sveikatos politikos efektyvumo (Kanopienė, Mikulionienė, 2006). Pastaruoju metu ne tik pasaulyje, bet ir Lietuvoje susirūpinta vyresnio amžiaus žmonių sveikatos problemomis ir jų sprendimo galimybėmis (Tarvydienė, Pačiauskaitė, 2012).

Nagrinėjama problema: didėjantis senų ir pagyvenusių gyventojų skaičius kelia naujus iššūkius sveikatos politikai

Darbo tikslas: išanalizuoti sveikatos politikai keliamus iššūkius senėjančios visuomenės sąlygomis

Tyrimo objektas: iššūkių sveikatos politikai senėjančioje visuomenėje

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti visuomenės senėjimo sąvoką, demografinius veiksnius lemiančius visuomenės senėjimą, sveiko senėjimo ypatumus
2. Išnagrinėti sveikatos politikos sampratą bei jai keliamus iššūkius dėl visuomenės senėjimo
3. Atskleisti sveikatos stiprinimo svarbą senėjančios visuomenės sąlygomis
4. Apibrėžti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo (PSP) ir kokybės sampratas ir išsiaiškinti gyventojų požiūrį į pirminės sveikatos priežiūros (PSP) paslaugų prieinamumą ir kokybę

1. SENĖJIMAS

1.1 Senėjimo samprata

Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje (2004), senėjimas – sudėtingas reiškinys, sukeltas įvairių socialinių ir ekonominių pasekmių (Nacionalinė gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategija, 2004). Kalbant apie senėjimą, svarbu pabrėžti, kad populiacijos ar demografinis senėjimas yra procesas, kurio metu didžioji dalis visuomenės populiacijos yra žmonės sulaukę 60 metų ir vyresni (Vystomasis bendradarbiavimas, pasaulinis senėjimas ir psichikos sveikata, 2013).

Pasak Jankūnaitės ir kt. (2012), Šurkienės ir kt. (2012), Bagdono ir kt. (2009) senėjimas - tai labai individualus reiškinys, vykstantis visą žmogaus gyvenimą. Asmens senėjimas yra sudėtingas kompleksinis procesas, apimantis biologinius, psichologinius ir socialinius pokyčius, kurio metu didėja vyresnio amžiaus žmonių dalis bendroje populiacijoje (Jankūnaitė ir kt., 2012; Bagdonas ir kt., 2009; Šurkienė ir kt., 2012). Philips ir kt. (2010) visuomenės senėjimą apibrėžia kaip procesą, kurio metu grupė (pvz. šalis ar žmonių etninė grupė) patiria laipsnišką vyresnio amžiaus žmonių didėjimo dalį visoje populiacijoje (Philips ir kt., 2010).

Pasak Lloyd – Sherlock (2004) populiacijos senėjimas reiškia didėjančią vyresnio amžiaus žmonių dalį (65 metų ir vyresnių) ir yra laikomas pasauline tendencija. Tai yra nustatyta visose išsivysčiusiose šalyse, taipogi vis dažniau sutinkamas skurdžiose besivystančiose pasaulio šalyse (Lloyd – Sherlock (2004). Ivanauskaitės (2012) teigimu, populiacijos senėjimas itin pastebimas labiausiai išsivysčiusiose šalyse. Šiose šalyse daugiau žmonių išgyvena iki senyvo amžiaus ir ilgiau gyvena. Jungtinių Tautų (JT) duomenimis, iki 2050 metų senyvo amžiaus gyventojų skaičius labiausiai išsivysčiusiose šalyse gali siekti iki 34 proc. visų gyventojų, t. y beveik tris kartus daugiau, nei yra šiandien (Ivanauskaitė, 2012).

Lloyd – Sherlock (2004), Garlauskaitės (2015), Mockaus (2012) teigimu, gyventojų senėjimas kelia grėsmę ateities kartoms. Žvelgiant iš socialinių ir ekonominių perspektyvų, kai gyventojų senėjimas suprantamas kaip demografinių veiksnių pokyčiai neigiama linkme – tai traktuojama kaip viena iš didžiausių problemų išsivysčiusiose šalyse. Gyventojų senėjimas įvardijamas kaip viena svarbiausių mūsų amžiaus problemų, kuri daro didelę įtaką mūsų ekonomikai, socialinei politikai, socialinei apsaugai. Autoriai pabrėžia, kad gana dažnai gyventojų senėjimas gali būti apibūdinamas ir kaip teigiamas reiškinys, jeigu svarbiausi aspektai būtų susiję su biologiniais procesais, medicina, mokslo ir švietimo, kultūros pasiekimais. Senėjanti visuomenė taip

pat gali būti suprantama kaip geresnių gyvenimo sąlygų ir visapusiško žmogaus tobulėjimo padarinys (Lloyd-Sherlock (2004); Mockus (2012); Garlauskaitė ir kt., 2015).

Pasak Šurkienės ir kt. (2012) gyventojų senėjimas yra charakterizuojamas gyventojų senėjimo rodikliu (indeksu), kuris gali būti nustatomas keliais būdais (Šurkienė ir kt., 2012). Jungtinių Tautų Organizacija rekomenduoja gyventojų senėjimo rodikliu laikyti 65 metų ir vyresnių žmonių skaičių (proc.) tarp visų gyventojų. Pagal šį gyventojų senėjimo rodiklį šalys (regionai) skirstomos į: demografiškai jaunas, kurių gyventojų senėjimo rodiklis yra iki 4 proc., demografiškai subrendusias – 4-7 proc., demografiškai senas – daugiau negu 7 proc. visų gyventojų yra vyresni negu 65 metų. Kartais gyventojų senėjimo rodikliu yra laikoma 60 metų ir vyresnių žmonių dalis (proc.) tarp visų gyventojų arba skaičiuojamas demografinės senatvės koeficientas – pagyvenusiu (60 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių skaičius, tenkantis 100 - tui vaikų iki 15 metų amžiaus (Sveikatos statistikos vadovas, 2013) Pasaulio Senėjimo asamblėja, siekiant duomenų palyginamumo, pasiūlė demografiniu senumo kriterijumi laikyti 60 metų ribą (iki 60 m. – vidutinis amžius, nuo 60 m. – vyresnis).²

Anot Gedvilaitės - Kordušienės ir kt. (2013) Lietuvoje demografinis senėjimas vyksta trigubai: „iš apačios“ (kai mažėja jauniausių žmonių), „iš viršaus“ (kai didėja vyresnio amžiaus gyventojų dalis) ir taip pat vyksta didelio masto darbingo amžiaus žmonių „nubyrėjimas“ (Gedvilaitė – Kordušienė ir kt., 2013).

Pasak Brimienės (2012), žmogaus senėjimo procesas turi du ryškius bruožus: sveikatos blogėjimą ir socialinį priklausomumą nuo kitų asmenų bei visuomenės³.

Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje (2004) pabrėžiama, kad pasaulyje ieškoma būdų, kaip išvengti dėl gyventojų senėjimo kylančių problemų ir pasinaudoti naujomis galimybėmis, kurias atveria pailgėjęs darbingas gyventojų amžius. Bagdono ir kt. (2009) teigimu, gyventojų rengimas senatvei turi būti socialinės politikos dalis ir apimti fizinį, psichologinį, kultūrinį, ekonominį, medicininį ir kitus pasirengimo būdus (Bagdonas ir kt., 2009).

Apibendrinant galime teigti, kad gyventojų senėjimas – procesas, kurio metu kinta gyventojų amžiaus struktūra, t. y. didėja vyresnio amžiaus žmonių bendroje populiacijoje. Mokslinės literatūros analizė atskleidė, jog senėjimo rodiklis (indeksas) gali būti nustatomas keliais būdais. Jungtinių Tautų Organizacija rekomenduoja gyventojų senėjimo rodikliu laikyti 65 metų ir vyresnių

² Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf Žiūrėta [2015-01-03]

³ Brimienė V. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/tvnbdf.pdf>. Žiūrėta [2015-09-29].

žmonių skaičių (proc.) tarp visų gyventojų. Kartais gyventojų senėjimo rodikliu yra laikoma 60 metų ir vyresnių žmonių dalis (proc.) tarp visų gyventojų arba skaičiuojamas demografinės senatvės koeficientas – pagyvenusių (60 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių skaičius, tenkantis 100 - tui vaikų iki 15 metų amžiaus. Pasaulinė senėjimo asamblėja pasiūlė demografiniu senumo rodikliu laikyti 60 metų ribą. Gyventojų senėjimas yra vertinamas dviprasmiškai: kaip ekonominių ir socialinių problemų priežastis bei grėsmė ateities kartoms, iš kitos pusės gyventojų senėjimas atskleidžia praėjusio amžiaus pasiekimus.

2. DEMOGRAFINIAI VEIKSNIAI LEMIANTYS GYVENTOJŲ SENĖJIMĄ

Kanopienė ir kt. (2006) gyventojų senėjimą lemiančius veiksnius suskirsto į nedemografinius ir demografinius. Garlauskaitės ir kt. (2015) teigimu, nedemografiniai gyventojų senėjimą lemiantys veiksniai: sanitarijos ir medicinos pasiekimai, industrinė revoliucija, švietimo revoliucija, mokslo ir technologijų pasiekimai. Nedemografinių veiksnių įtaka senėjimui yra neabejotina, tačiau ją pamatuoti yra labai sudėtinga, o gal net neįmanoma (Garlauskaitė ir kt., 2015).

Garlauskaitės ir kt. (2015), Hoff (2011) teigimu, gyventojų senėjimą lemia trys pagrindiniai kiekybiškai išmatuojami demografiniai veiksniai: ilgėjanti gyvenimo trukmė, gimstamumo mažėjimas, migracijos srautai. Pastaraisiais dešimtmečiais, dėl mažėjančio gimstamumo ir ilgėjančios gyvenimo trukmės vyresnio amžiaus asmenų dalis populiacijoje didėja (Mikulionienė, Kanopienė 2006; Jankauskienė, 2011; Zolubienė 2014).

Mikulionienės (2011) teigimu, viena vertus, vis mažėjantis gimstančių vaikų skaičius (vaikų deficitas) sąlygiškai (struktūriškai) didina pagyvenusių ir senų žmonių dalį visuomenėje, kita vertus, mirtingumo mažėjimas visose amžiaus grupėse, t. y VGT didėjimas, rodantis, kad vis didesnė dalis gimusių vaikų gyvens ilgai ir pasieks senatvę, didina pagyvenusių ir senų žmonių dalį visuomenėje (kiekybiškai) absoliučiai (Mikulionienė, 2011).

2.1 Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

Vidutinė gyvenimo trukmė – tikimybinis rodiklis, rodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs arba sulaukęs tam tikro amžiaus žmogus, jeigu visą būsimą tiriamosios kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekvienoje gyventojų amžiaus grupėje nekis⁴. Lemme (2003) teigimu, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė reiškia amžių, kurio gali sulaukti žmogus, turint omeny jo gyvenimo aplinkybes (Lemme, 2003).

Šurkienės ir kt. (2012) teigimu, jei vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja, o gimstamumas lieka pastovus, tai didesnė populiacijos dalis patenka į vyresnio amžiaus grupę. Tas pats vyksta jei vidutinė gyvenimo trukmė išlieka pastovi, tačiau gimstamumas mažėja (Šurkienė ir kt., 2012)

Pasak Stepukonio (2006), pastarąjį šimtmetį žmonių vidutinė gyvenimo trukmė (VGT) pailgėjo keliomis dešimtėmis metų. Visame pasaulyje, neišskiriant Lietuvos, VGT ilgėjimą lydėjo vyresnio ir senyvo amžiaus gyventojų dalies augimas (Stepukonis ir kt., 2006). Lemme (2003)

⁴Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimai, 2010. Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf Žiūrėta [2015-01-03]

pabrėžia, kad nors žmonija sensta (pagyvenusių žmonių nuolat daugėja), ne visos šalys sensta vienodu tempu (Lemme, 2003).

Lietuvoje vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 2011 m. buvo 68,47 metai, moterų – 79,13 metų. 2000 m. – atitinkamai 66,7 ir 77,4 metų). Vis dar išlieka didelis skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės – 10,66 metų, tačiau demografai prognozuoja, kad ateityje vyrų ir moterų gyvenimo trukmės skirtumas sumažės. Ryškūs skirtumai ir tarp mažiau ir daugiau ekonomiškai išsivysčiusių šalių vidutinės gyvenimo trukmės. Europoje vidutinė gyvenimo trukmė 2011 m. duomenimis buvo 76 metai, kai tuo tarpu Afrikos regione – 58 metai (Šurkienė ir kt. 2012).

Pasak Gaidelytės ir kt. (2013 m.), Lietuvos vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 2013 m. buvo 68,5 metai, moterų – 79,4 metai. Nuo 2001 m. vyrų vidutinė gyvenimo trukmė padidėjo 2,6 metų, o moterų vidutinė gyvenimo trukmė per tą patį laikotarpį padidėjo 2 metais. Todėl šiek tiek sumažėjo skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės, kuris 2013 m. sudarė 10,9 metų. Miesto gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė 2,7 metų ilgesnė nei kaimo gyventojų. Lietuvoje gimusių vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė mažiausia Europos Sąjungoje, moterų vidutinė gyvenimo trukmė priartėjo prie naujųjų Europos Sąjungos šalių vidurkio (Gaidelytė ir kt., 2013).

2.2 Gimstamumo mažėjimas

Mažėjantis gimstamumo lygis reiškia mažėjantį vaikų skaičių populiacijoje, o tai reiškia, kad natūraliai didėja vyresnio amžiaus gyventojų dalis (Global Population Ageing, 2012).

Hoff (2011) teigimu, mažėjant vaikų ir paauglių skaičiui, mažėja ir jaunų žmonių dalis populiacijoje, tai prisideda prie vyresnio amžiaus žmonių skaičiaus augimo lyginant su jaunais žmonėmis (Hoff, 2011). Gimstamumo mažėjimas iš esmės ir lemia gyventojų senėjimą.

Pasak Šurkienės ir kt. (2012), žemą gimstamumo rodiklį lemia įvairūs veiksniai: sunku rasti darbą, brangiai kainuoja būstas, trūksta skatinamųjų priemonių (pašalpų šeimoms, atostogų vaiko priežiūrai, vaikų priežiūros paslaugų, vienodo darbo užmokesčio vyrams ir moterims). Kalėdienė (2013), Šurkienės ir kt. (2012) teigimu, gimstamumo mažėjimui Lietuvoje didžiausios įtakos turėjo ekonominis nestabilumas, nedarbo augimas, gyvenimo lygio smukimas. Pasak Garlauskaitės ir kt., (2015) gimstamumo mažėjimą lemia ekonominės, socialinės, psichologinės, medicininės ir kitos priežastys, ypač aktuali tema kalbant apie gimstamumo

mažėjimą tampa moterų apsisprendimas siekti karjeros, o tik vėliau kurti šeimą ir susilaukti vaikų. Neretai tokios moterys (šeimoms) susilaukia tik vieno vaiko (Garlauskaitė ir kt., 2015).

Pozityvių gimstamumo pokyčių sunku tikėtis ir ateityje. Lietuvai būdingas vaikų dalies mažėjimas ir atitinkamai suaugusių, tarp jų ir pagyvenusių, žmonių dalies didėjimas bendrame gyventojų skaičiuje lemia visuomenės senėjimą „iš apačios“ (kai mažėja jauniausių žmonių) (Stankūnienė, 2013).

Bučaitės – Vilkės (2012), Šurkienės ir kt. (2012) teigimu, gimstamumo mažėjimas yra pasaulinis reiškinys, būdingas šalims, turinčioms labai įvairią institucinę struktūrą. Skirtingo išsivystymo šalyse jis nėra vienodas: Afrikoje, nepaisant gimstamumo sumažėjimo, suminis gimstamumo rodiklis vis dar siekia beveik 5 vaikus, tuo tarpu ES šalyse šis rodiklis nesiekia atsinaujinimo lygio – 2,1 vaiko. Vakarų valstybėse gimstamumo lygis 2005 – 2010 m. nukrito iki 1,6 vaiko vienai moteriai, kai kuriose Pietų ir Rytų Europos šalyse jis net nesiekia 1,3 vaiko vienai moteriai (Šurkienė ir kt., 2012; Bučaitė – Vilkė ir kt., 2012).

2.3 Migracija

Pasak Maslauskaitės ir kt. (2007), migracija yra sudėtingas, sunkiai išmatuojamas ir apibūdinamas procesas, apibrėžiamas kaip gyventojų persikėlimas iš vienos gyvenamosios vietos į kitą, kertant administracines vietovės ribas ir turint tikslą naujoje vietovėje pasilikti pakankamai ilgą laiką (Maslauskaitė ir kt., 2007).

Maslauskaitė ir kiti autoriai (2007) pažymi, kad konkrečiame nacionalinio lygmens politiniame, socialiniame, ekonominiame kontekste migracijos apibrėžimai labai varijuoja. Nepaisant to, visuose juose vyrauja du pagrindiniai kriterijai: erdvės (gyvenamosios vietos pakeitimas) ir laiko (persikėlimas tam tikram laikui) dimensijos (Maslauskaitė ir kt., 2007).

Damulienė (2013), Phillipson (2013), Hoff (2011) pabrėžia, kad svarbu atsižvelgti į migracijos rūšį (imigracija ar emigracija) bei į migruojančių asmenų amžiaus grupes (jauni asmenys ar vyresnio amžiaus asmenys). Visuomenė dėl emigracijos sensta kur kas greičiau, nei galėtų normaliomis sąlygomis, emigracija keičia gyventojų amžiaus struktūrą - kartu blogėja demografiniai rodikliai, nes tie, kurie kurtų šeimas, gimdytų vaikus irgi išvažiuoja (Damulienė, 2013); Phillipson (2013); Hoff (2011).

Šurkienės ir kt. (2012) autorių teigimu, migracija senėjimo procesą veikia specifiskai ir priklausomai nuo aplinkybių. Veiksniai, sąlygojantys migracijos procesų plėtrą, labai įvairūs (nedarbas, mažos algos, imigrantų darbo poreikis, profesinio tobulėjimo, savirealizacijos, karjeros

galimybės) ir veikia įvairiais lygmenimis: tarptautiniu, šalies, gyvenvietės, bendrijos ir šeimos, namų ūkio. Migracija gali paskatinti natūralų augimą, kadangi migruoja dažniausia jauni žmonės, kurių gimstamumo rodiklis yra didesnis už vietos gyventojų gimstamumo rodiklį. Tačiau šalyse, kur natūralus prieaugis ir migracija neigiama – populiacija senėja ir mažėja. Prie tokių šalių priskiriama ir Lietuva (Šurkienė ir kt., 2012). Damulienės (2013) teigimu, gyventojų emigracija laikoma rimta grėsme šalies demografiniai raidai, ūkio augimui ir kultūrinio savitumo išsaugojimui (Damulienė, 2013).

Apibendrinant galime teigti, kad veiksnius lemiančius gyventojų senėjimą, autoriai skirsto į demografinius ir nedemografinius. Nedemografiniams veiksniams priklauso: sanitarijos ir medicinos pasiekimai, industrinė revoliucija, švietimo revoliucija, mokslo ir technologijų pasiekimai. Autorių teigimu, didžiausią įtaką gyventojų senėjimui daro demografiniai veiksniai, kuriuos galima išmatuoti kiekybiškai: gimstamumo mažėjimas, ilgėjanti gyvenimo trukmė ir migracija. Kiekvienas iš šių veiksnių pasižymi skirtingais ypatumais, tačiau visi jie yra vienodai svarbūs stebint gyventojų senėjimo tendenciją.

3. SVEIKO SENĖJIMO YPATUMAI

3.1 Sveiko senėjimo samprata

Sveikas senėjimas apibrėžiamas kaip galimybių užsitikrinti fizinę, socialinę ir dvasinę sveikatą optimizavimo procesas, kuriuo siekiama įgalinti pagyvenusius žmones aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime nepatiriant diskriminacijos ir džiaugtis savarankiškumu bei gyvenimo kokybe. Sveikas senėjimas – tai pusiausvyra tarp žmogaus gebėjimų ir tikslų. Pasak Gurevičiaus ir kt., (2012), sveikas senėjimas – tai optimali psichinė, socialinė ir fizinė gerovė ir jos funkcijos palaikymas. Tai gali būti pasiekama tada, kai bendruomenės yra saugios, stiprina sveikatą ir bendrą gerovę, panaudoja sveikatos priežiūrą ir bendruomenės programas tam, kad išvengtų ligų arba sumažintų jų plitimą (Gurevičius ir kt., 2012).

Aguonytė ir kt. (2013) pabrėžia, kad investavimas į sveiką senėjimą prisideda prie ekonominio augimo, kadangi tokiu būdu didėja darbo jėgos pasiūla, mažinamas ankstyvas išėjimas į pensiją (Aguonytė ir kt., 2013).

Pasak Jankauskienės (2011), sveiką senėjimą reikia remti veiksmis, skirtais sveikatai ugdyti ir užkirsti kelią ligoms viso gyvenimo laikotarpiu sprendžiant problemas, susijusias su sveikatą lemiančiais veiksniais – bloga mityba, fiziniu aktyvumu, alkoholio, narkotikų ir tabako vartojimu, aplinkos pavojais, nelaimingais atsitikimais keliuose ir buityje. Sveikas senėjimas taip pat turėtų būti remiamas veiksmis, kuriais skatinama sveika gyvensena ir mažinamos žalingos elgsenos apraiškos, siekiama užkirsti kelią konkrečioms ligoms, įskaitant genetinius sutrikimus ir jas gydyti (Jankauskienė, 2011).

Tarvydienės, Pačiauskaitės (2012) teigimu, tam, kad vyresnio amžiaus asmenų sveikatos rodikliai gerėtų, būtinos intervencijos. Sveikas senėjimas, skatinamas sistemingos sveikatinimo veiklos, paminėtas jau 1998 m. kaip pasaulio sveikatos organizacijos veiklos krypties „Sveikata visiems XXI amžiuje“ 5 tikslas. Pagrindinis uždavinys – skatinti piliečius gyventi sveikai ir aktyviai, net ir sulaukus vyresnio amžiaus. Kuo vyresnio amžiaus žmonės ilgiau išliks sveiki, tuo ilgiau jie galės džiaugtis geresne gyvenimo kokybe, būti savarankiški ir aktyvūs (Tarvydienė, Pačiauskaitė, 2012). Kanopienės ir Mikulionienės (2006) teigimu, aktyvaus ir sveiko senėjimo politika yra grindžiama požiūriu, kad būtina įvairiais būdais skatinti visavertį vyresnio amžiaus žmonių dalyvavimą visuomenės gyvenime, taikyti lanksčias išėjimo į pensiją formas ir ilginti darbinio gyvenimo trukmę, remti pagyvenusių žmonių organizacijas, didinti jų vaidmenį politiniame gyvenime ir t.t. Principinės aktyvaus senėjimo politikos nuostatos, grindžiamos

„gyvenimo raidos“ perspektyva, yra integruotos į svarbiausias Europos Sąjungos valstybių narių socialinės, užimtumo ir sveikatos politikos sritis (Mikulionienė, Kanopienė, 2006)

Pasak Stepukonio (2006), Jankauskienės (2011) veikiausiai ir ateityje medicina bei patys gyventojai sveikiau gyvendami sėkmingai ilgins sveikąją „kokybišką“ gyvenimo trukmę. Tikima, kad vaikų, darbingo amžiaus suaugusiųjų ir pagyvenusių žmonių sveikatos gerinimas padės išugdyti sveiką, darbingą visuomenę, tolinti realiąją senatvę bei mažinti jos santykinę dalį visoje gyvenimo trukmėje.

Pasak Misevičienės (2011), siekiant remti sveiką senėjimą nepakanka stiprinti sveikatą visą gyvenimą, pradedant nuo vaikystės, bet būtina kovoti su sveikatos netolygumais, kuriuos lemia socialiniai, ekonominiai ir aplinkos veiksniai. Pastarieji veiksniai yra glaudžiai susiję su EK visuotiniu strateginiu Europos Bendrijos uždaviniu – solidarumu (Misevičienė, 2011).

Apibendrinant galime teigti, kad visuomenei senstant labai svarbu užtikrinti produktyvių visuomenės narių, ypač vyresnio amžiaus asmenų sveiką, nepriklausomą senėjimą. Siekiant sveiko visuomenės senėjimo skatinama sveika gyvensena ir mažinamos žalingos elgsenos apraiškos, siekiama užkirsti kelią konkrečioms ligoms, įskaitant genetinius sutrikimus, ir jas gydyti. Tinkamas sveiko senėjimo įgyvendinimas pagerintų vyresnio amžiaus žmonių sveikatą, jų gyvenimo kokybę, didintų jų integraciją į visuomenę, darbingumą ir fizinį aktyvumą.

3.2 Sveikas senėjimas kaip sėkmingo senėjimo sąlyga

XX a. pradėjus formuoti pozityvesniam požiūriui į senatvę, mokslininkai ėmė domėtis sėkmingo senėjimo fenomenu. Šį fenomeną ir jį lemiančius veiksnius tyrinėjo užsienio autoriai: Franklin (2009), Fernandez Ballesteros (2009), Cloosas ir kt. (Jankūnaitė, Naujanienė 2012).

Franklin ir kt. (2009) autorių teigimu, sėkmingas senėjimas – geros sveikatos būklės ir aktyvumo išlaikymas visais gyvenimo etapais (Franklin ir kt., 2009). Pasak Fernandez - Ballesteros (2009), sėkmingas asmens senėjimas, kaip ir pati senatvė, yra kompleksinis reiškinys, apimantis pagrindines fizines, emocines, kognityvines ir socialines sritis (Fernandez – Ballesteros, 2009).

Iwamasa ir kt. autorių teigimu (2011) sėkmingas senėjimas apima kelis senėjimo aspektus, požiūrį į gyvenimą ir sudaro tiek universalių, tiek ir kultūros elementų. Autoriai išskiria šio modelio elementus: fizinį (pvz. fizinė veikla). Fizinės veiklos aspektas siejamas su sveikata, dieta, mankšta, fizine išvaizda. Šis veiksnys yra įvardijamas kaip svarbiausias, dėl ligų ir negalios, kas daugeliui atrodo, daro didelę įtaką požiūriui į senėjimą ir laimingo senėjimo koncepcijai.

Socialinis aspektas apima poilsį ir pramogas, socialinių vaidmenų kitimą, socialiai priimtina elgesį. Kognityvinis aspektas suprantamas kaip naujų žinių įgijimas, kūryba. Dvasinis aspektas – tai religija, tikėjimas, vidinė ramybė. Pasak Doyle ir kt. (2010), sėkmingas senėjimas priklauso ir nuo pagyvenusio žmogaus gyvenimo būdo ankstesniame raidos etape. Fiziškai aktyvus gyvenimas apsaugo nuo ilgalaikės ligos vėlesniame amžiuje, o darbas turi teigiamą poveikį sveikatai ir subjektyviai gerovei (Doyle ir kt., 2010).

Rowe ir Kahn⁵ (2003), Harry (2002), sėkmingą senėjimą apibrėžia kaip sėkmingos adaptacijos strategiją, apimančią tris pagrindines elgsenas: elgsys nukreiptas į prevenciją, ligų ir negalios išvengimas; įsitraukimas į gyvenimą, apimantis socialinius ryšius; išlaikymas aukštos kognityvinės ir fizinės funkcijos, įskaitant saviefektyvumo palaikymą ir didinimą.

Pasak Jankūnaitės ir Naujanienės (2012), nors išskiriama daugybė indikatorių, kurie leidžia nustatyti, ar asmens senėjimas yra sėkmingas, ar ne, vis dėlto svarbus ir subjektyvus žmogaus pajautimas bei pasitenkinimas savo senėjimu, teigiamas jo vertinimas, net jei situacija neatitinka nustatytų normų. Svarbu tai, kad kultūriniai skirtumai ir kiti veiksniai gali modifikuoti sėkmingo senėjimo konceptą, t. y. įvairiose kultūrose, įvairiomis sąlygomis sėkmingas senėjimas gali reikšti skirtingus dalykus, apimti skirtingus kriterijus. Anot Phillips ir kt. (2010), reikia atsižvelgti į tai, jog senėjimo patirčiai įtakos turi socialinis statusas ir tokie socialiniai struktūriniai veiksniai kaip lytis, klasė, rasė ar etniškumas (Phillips ir kt., 2010).

Mockaus, Žukaitės (2012) teigimu, Lietuvoje sėkmingo senėjimo tema yra atlikta tik keletas tyrimų,⁶ be to, trūksta mokslinės diskusijos apie sėkmingą senėjimą psichologijos mokslų tyrimuose, apie psichologinio aspekto vaidmenį sėkmingo senėjimo modeliuose (Mockus, Žukaitė, 2012).

Ne visi senyvo amžiaus asmenys turi galimybių senti sėkmingai, to jiems padaryti neleidžia įvairūs struktūriniai suvaržymai: žalinga aplinka, ribotos užimtumo galimybės, ekonominės aplinkybės. Kad kiekvienas senyvas asmuo turėtų galimybę senti sėkmingai, reikalingi socialinės ir politinės aplinkos pokyčiai (Jankūnaitė, Naujanienė, 2012).

Apibendrinant galime teigti, kad skirtingi autoriai sėkmingą senėjimą apibrėžia kaip daugiadimensinį procesą, apimantį pagrindines žmogaus fizines, kognityvines ir socialines sritis, kuriam yra svarbus geros sveikatos išsaugojimas (ligų ir neįgalumo išvengimas), fizinio aktyvumo

⁵ Lemme BH. Suaugusiojo raida. Kaunas: poligrafija ir informatika. 2003

⁶ Gaigalaitė J. Šiuolaikinės visuomenės iššūkiai pagyvensiems žmonėms, sėkmingo senėjimo strategijos. VDU, magistro darbas, 2012.

Jankūnaitė D. Sėkmingos senatvės prielaidos: vyresnio amžiaus asmenų patirties analizė. VDU, magistro darbas, 2011.

palaikymas bei aukšto lygio pažintinių funkcijų išlaikymas. Svarbu pažymėti, kad sėkmingai senėjimo patirčiai gali turėti įtakos socialinis statusas ir kiti socialiniai veiksniai (rasė, lytis ir kt.) bei žmogaus būdas ankstesniame raidos etape. Ne visi senyvo amžiaus asmenys turi galimybių senti sėkmingai, to jiems padaryti neleidžia įvairūs struktūriniai suvaržymai: žalinga aplinka, ribotos užimtumo galimybės, ekonominės aplinkybės.

4. SVEIKATOS POLITIKA

4.1 Sveikatos politikos samprata

Sveikatos politiką galima apibūdinti, kaip politikos sritį, susidedančią iš jos formavimo ir įgyvendinimo. Sveikatos politikos įgyvendinimas apima sveikatos sistemos valdymą, planavimą, organizavimą, kontrolę bei įvertinimą. Sveikatos politiką galima apibrėžti, kaip „sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 11).

Kita vertus, teigiama, jog politika – tai suderintas veiksmų planas. Šiuo atveju, sveikatos politiką galima apibūdinti, kaip suderintas sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos veiksmų planas. Pasak Žemaitienės ir kt., (2011), sveikatos politika yra labai plati sritis, apimanti sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, gydymą, reabilitaciją, sveikatos ekonomiką ir kt. (Žemaitienė ir kt., 2011).

Juozulynas ir kt. (2014) pabrėžia, kad sveikata yra svarbiausia žmogaus gyvenime, ji turi būti remiama veiksminga politika. Pasak Filipavičiūtės ir kt. (2008), tik koordinuota ir veiksminga sveikatos politika suteikia vienodas sveikatos stiprinimo galimybes visiems visuomenės nariams.

Jankauskienės ir Pečiūros (2007) teigimu, sveikatos politika susieja skirtingas, bet viena kitą papildančias sferas, įskaitant įstatymų leidybą, finansavimą, mokesčius ir organizacines struktūras. Tik koordinuota integrali veikla gali sukurti teisingą socialinę politiką, suteikiančią vienodas galimybes sveikatai stiprinti (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pasak Kalėdienės ir kt. (1999), formuojant sveikatos politiką, Lietuvoje nueitas ilgas kelias, pradedant klasikiniiais epidemiologiniais tyrimais, profilaktinėmis lėtinių neinfekcinių ligų mokslinėmis ir praktinėmis programomis, vykdytomis bendradarbiaujant su Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) bei daugeliu Europos universitetų ir mokslinių centrų, ir baigiant aktyviu Lietuvos dalyvavimu plėtojant Europos sveikatos politiką (Kalėdienė, ir kt., 1999).

Tarptautiniu mastu sukaupta mokslinė informacija akivaizdžiai įrodo, kad spręsti pagrindines šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas tiesiog neįmanoma tenkinantis vien medicinos pagalbos teikimu. Lemiamas vaidmuo čia tenka sveikatos ugdymui, aplinkosaugai bei ligų profilaktikai (Kalėdienė ir kt., 1999).

Jankauskienės, Pečiūros teigimu (2007), valstybės institucijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, kitų juridinių ir fizinių asmenų įgyvendinamos organizacinės, teisinės, socialinės ir ekonominės priemonės, padedančios gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, formuoti visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, skatina visuomenę dalyvauti formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padeda kurti sveiką aplinką, skatina žmones gyventi sveikai, didina sveikos gyvensenos motyvaciją, skatina sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientotis į ekonomiškai veiksmingesnes priemones, grindžiamas ligų profilaktika (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pasak Jankauskienės ir Pečiūros (2007), sveikatos ugdymas ir jos išsaugojimas tapo pačia svarbiausia sveikatos politikos sritimi. Filipavičiūtės ir kt., (2008) autorių teigimu, 1986 m. PSO priimta Otavos chartija - pagrindinis sveikatos politikos dokumentas, reglamentuoja sveikatos stiprinimą, jos ugdymą, mokymą ir profilaktiką. Sveikatos stiprinimas turi tapti pagrindine politikų ir vyriausybės visų veiklos sričių kryptimi (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Žemaitienės ir kt. autorių teigimu (2011), pasaulio sveikatos organizacija nuolat pabrėžia būtinybę teikti prioritetą ligų prevencijai ir sveikatai išsaugoti, o ne ligoms gydyti. Tobulėjant technologijoms, senstant išsivysčiusių šalių populiacijoms ir vis didėjant sveikatos priežiūros išlaidoms, vienintelė galimybė reikšmingai pagerinti gyventojų sveikatą yra pačių gyventojų pastangos gyventi sveikiau ir išvengti ligų. Valstybė per savo mechanizmus turi visomis priemonėmis prisidėti prie sveikos aplinkos kūrimo ir sveikos gyvensenos skatinimo (Žemaitienė ir kt., 2011).

Pasak Juozulyno ir kt. (2014), prisitaikyti prie nuolat kintančių aplinkos sąlygų yra pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos ir politikos uždavinys, įgyvendinant jis gali tapti tam tikru sėkmės veiksniu, padedančiu priimti tinkamus sprendimus tiek valstybės, tiek ir visuomenės lygmeniu. Siekiant sukurti veiksmingą sveikatos politiką, reikia rengti sveikatos būklės, investicijų į sveikatą ir ekonominio augimo bei institucijų tarpusavio ryšių analitinių tyrimų programas (Juozulynas ir kt., 2014).

Apibendrinant galime teigti, kad sveikatos politika yra labai plati sritis, apimanti sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, reabilitaciją, sveikatos ekonomiką, gydymą ir kt. Autorių teigimu, pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos ir politikos uždavinys - prisitaikyti prie nuolat kintančių aplinkos sąlygų. Tobulėjant technologijoms, senstant išsivysčiusių šalių populiacijoms ir vis didėjant sveikatos priežiūros išlaidoms, vienintelė galimybė reikšmingai pagerinti gyventojų sveikatą yra pačių gyventojų pastangos gyventi sveikiau ir išvengti ligų.

5. GYVENTOJŲ SENĖJIMO KELIAMI IŠŠŪKIAI SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMAI

Daugelyje Europos Sąjungos šalių gyventojų senėjimas kelia įvairių sektorių politikų susirūpinimą bei iššūkius sveikatos apsaugos sistemoms^{7 8}.

Pasak Stepukonio ir kt. (2006), vyresnio ir senyvo amžiaus gyventojų gausėjimas kelia politines, ekonomines, socialines problemas – ar visuomenė įstengs išlaikyti deramą gerovės lygmenį didėjant nedarbingų gyventojų daliai, ar pakaks specialios paskirties slaugos namų, personalo, senyvų gyventojų apgyvendinimui, slaugai, ar pakaks ligoninių, vaistų ir kitų išteklių šių gyventojų gydymui (Stepukonis ir kt., 2006).

Stepukonio ir kt. teigimu (2006), iškylančios problemos būtų lengviau sprendžiamos, jei gyventojai net ir sulaukė vyresnio amžiaus ilgiau išsaugotą sveikatą, savarankiškumą, rečiau sirgtų senatvinėmis ligomis (Stepukonis ir kt., 2006).

Pasak Kanopienės, Mikulionienės (2006), Aguonytės ir kt.(2013), intensyvus vyresniosios kartos gausėjimas sveikatos apsaugos sistemai kelia tolydaus finansavimo užtikrinimo, ligų prevencijos, ilgalaikės globos ir slaugos paslaugų plėtros, kokybiškų paslaugų prieinamumo, taip pat sveikos gyvensenos/ligų prevencijos propagavimo iššūkius (Kanopienė, Mikulionienė, 2006; Aguonytė 2013).

Ivanauskaitės (2012), Mikulionienės (2011) teigimu, didėjantis senyvo amžiaus žmonių skaičius, ateityje pareikalaus vis daugiau valstybės dėmesio ir paramos: sumažės įplaukos, o išlaidos pensijoms, sveikatos ir ilgalaikiai pagyvenusių žmonių priežiūrai padidės. Senyvo amžiaus žmonių skaičiaus ir dalies didėjimas verčia laiku peržiūrėti ir prie naujų poreikių pritaikyti visuomenės išteklius ekonomikos (galimybės dalyvauti darbo rinkoje, pajamų ir santaupų lygis), politikos (galia politinėse ir visuomeninėse organizacijose), socialinio saugumo (socialinės garantijos), sveikatos apsaugos (poreikius atitinkančių paslaugų plėtra) ir žmogaus ekologijos (poreikius atitinkantys būstai, aplinka, gyvenvietės infrastruktūra, susisiekimas ir pan.) srityse (Ivanauskaitė, 2012; Mikulionienė, 2011).

Jankauskienės (2011) teigimu, pokyčiai vykstantys gyventojų sudėtyje gali nulemti sveikatos priežiūros paslaugų paklausos didėjimą tuo pačiu mažėjant darbingo amžiaus gyventojų skaičiui. Dėl šio poveikio galėtų padidėti išlaidos sveikatos priežiūrai valstybėse narėse nuo 1 iki 2 proc. BVP 2050 m. vidutiniškai išlaidos sveikatos priežiūrai išaugtų apie 25 proc. (kaip BVP dalis).

⁷ Communication from the Commission to the Council, the the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions of 5 December 2001– The future of health care and care systems for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability

⁸ Decision No 940/2011/EU of the European Parliament and the Council of 14 September 2011 on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012). Official Journal of the European Union. 2011, L246/5.

Tačiau Komisijos prognozės rodo, kad jei žmonės lieka sveikesni ilgiau gyvendami, išlaidų sveikatos priežiūrai augimas būtų per pusę mažesnis (Jankauskienė, 2011).

NST metiniame pranešime (2012) teigiama, kad būtina kaupti ir gilinti žinias apie tai, kaip skatinti pagyvenusių žmonių sveikatingumą bei gyvenimo kokybę, kaip išvengti brangiai kainuojančių šio proceso padarinių visiems gyventojams. Reikėtų didesnę dėmesį skirti sveikos gyvensenos principų mokymui, jų įtraukimui į kasdieninę veiklą, kuo ankstyvesnei lėtinių neinfekcinių ligų ir jų rizikos veiksnių diagnostikai, kontrolei, reabilitacijai, psichinei sveikatai (NST pranešimas, 2012).

Kanopienės, Mikulionienės (2006) teigimu, sveikatos apsaugos sistemos pasaulio mastu labai varijuoja pagal tai, kokios aprėpties ir kokybės sveikatos priežiūrą jos gali užtikrinti pagyvenusiems žmonėms. Tačiau gyventojų senėjimo keliami iššūkiai sveikatos apsaugos sistemoms, ko gero, yra universalūs (Kanopienė, Mikulionienė, 2006).

Gurevičiaus, Jaselionienės (2012) teigimu, vyresnių žmonių mirtingumo rodikliai linkę didėti didesniais tempais nei bendras mirtingumas, todėl panašu, jog tai ne vien Lietuvos gyventojų populiacijos senėjimo pasekmė, o tam įtakos turi ir sveikatos sistemos ypatumai – pacientų lūkesčių netenkinimas, prastas paslaugų prieinamumas, tarpžinybinio bendradarbiavimo sveikatos srityje stoka (Gurevičius, Jaselionienė, 2012).

Pasak Jankauskienės (2011), sveikata yra svarbi atskirų asmenų ir visuomenės gerovei, o sveiki gyventojai yra ir ekonomikos produktyvumo bei gerovės prielaida. Sveikatai išleisti pinigai nėra vien išlaidos – tai investicija. Išlaidos sveikatai gali būti vertinamos kaip ekonominė našta, bet realios visuomenės išlaidos yra tiesioginės ir netiesioginės su sveikatos problemomis susijusios išlaidos bei investicijų į atitinkamas sveikatos sistemos sritis trūkumas. Greta išlaidų sveikatai reikėtų investuoti į ligų prevenciją, fizinės ir psichikos sveikatos apsaugą ir gerinimą, o tai sudaro vidutiniškai tik 3 % jos valstybių narių visų metinių sveikatos biudžeto lėšų, palyginti su 97 % sveikatos priežiūrai ir gydymui skirtų lėšų (Jankauskienė, 2011).

Apibendrinant galime teigti, kad gyventojų senėjimo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai yra ganėtinai universalūs tiek Lietuvoje, tiek ir kitose šalyse. Pagrindiniai iššūkiai - sveikatos apsaugos tolydaus finansavimo užtikrinimas, ligų prevencijos, gydymo, ilgalaikės globos ir slaugos, paslaugų subalansuotos plėtros užtikrinimas, kokybiškų paslaugų prieinamumo visiems visuomenės nariams užtikrinimas, sveikos gyvensenos propagavimas ir skatinimas.

5.1 Išlaidos sveikatos apsaugai

Skučienės ir kt. (2015) teigimu, vienu iš neigiamų gyventojų senėjimo padarinių paprastai įvardijamas sveikatos priežiūros išlaidų augimas, kadangi vadovaujamasi nuostata, jog didėjant žmogaus amžiui sveikata prastėja, todėl reikia daugiau sveikatos priežiūros paslaugų, slaugos ir t. t. Pasak Buivydo (2010), šalies gyventojų sveikatinimo poreikiai, o tuo pačiu ir išlaidos šių poreikių tenkinimui nuolat auga. Poreikių augimą lemia, visų pirma, pati besikeičianti visuomenė – jos demografinė struktūra. Gerėjant gyvenimo sąlygoms visuomenė natūraliai sensta, tai yra vis didesnę jos narių dalį sudaro vyresniojo amžiaus gyventojai. Jų poreikiai sveikatai, paprastai, didesni, sveikatos problemos sudėtingesnės, labiau komplikotos, o dažnai ir daugybinės. Be to vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga chroninėmis ligomis, didėja ilgalaikės slaugos poreikis (Buivydas, 2010).

Pasak Hope ir kt. (2012), sveikatos priežiūros sistemos finansavimas yra vienas iš gyventojų senėjimo keliamų iššūkių sveikatos apsaugos sistemai. Egzistuoja akivaizdus ryšys tarp išlaidų sveikatos priežiūrai ir didėjančios vyresnių žmonių dalies visuomenėje. Mažėjant darbingo amžiaus visuomenės daliai, mažės galimybės finansuoti sveikatos priežiūrą (Hope ir kt., 2012).

Anot Alemayehu, Warner (2004), sveikatos priežiūros išlaidų pasiskirstymas yra labai susijęs su amžiumi. Žmogaus sveikatos priežiūros išlaidos gyvenime pasiskirsto taip: 7,8 proc. išlaidų panaudojamos iki 20 m. amžiaus, 12,5 yra realizuojamos jaunystėje (20 – 39 m. amžiaus laikotarpyje), beveik trečdalis išlaidų (31 proc.) išleidžiamos vidutinio amžiaus periode (40-64 m.) ir beveik pusė visų sveikatos priežiūros išlaidų (48,6 proc.) panaudojama nuo 65 m. amžiaus iki mirties. Sulaukęs 85 m. ir daugiau metų žmogus sveikatos priežiūros išlaidų sunaudoja tris kartus daugiau nei tie žmonės, kurie priklauso 65 - 74 m. amžiaus grupei ir dvigubai daugiau nei tie, kurie priklauso 75 - 84 m. amžiaus grupei. Taip pat būtina paminėti, kad ir slaugos namų ar trumpalaikio buvimo ligoninėje poreikis didėja su amžiumi (Skučienė (2015), cit. pagal Alemayehu, Warner (2004) p. 153).

Pasak Kanopienės ir kt. (2006), išsivysčiusiose šalyse didžioji dalis sveikatos priežiūros išlaidų tenka seniems žmonėms, o beveik pusė jų skiriama asmenims, esantiems paskutiniųjų dviejų gyvenimo metų tarpsnyje. Tyrimų duomenimis, individualios išlaidos sveikatos priežiūrai iki 60 metų didėja labai nežymiai, sulaukus 70 padvigubėja, sulaukus 80 metų – išauga keturis kartus.

Carey (1999) požiūriu, vyriausybės išlaidos sveikatos priežiūrai didėja lygiagrečiai su gyventojų senėjimu, kadangi vyresnio amžiaus žmonės sveikatos priežiūros paslaugas naudoja

dažniau nei likusi gyventojų dalis. Carey (1999) teigimu, išlaidų padidėjimas sveikatos priežiūrai yra mažesnis nei vyresnio amžiaus žmonių skaičiaus didėjimas (Skučienė ir kt., (2015) cit. pagal Carey, p. 152 (1999).

Pasak Rauktytės ir kt. (2014), realios bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos (angl. Health Expenditures – HE), susijusios su medicininėmis prekėmis, paslaugomis ir gydymo įstaigose diegiama modernia įranga, kasmet didėja, tačiau diskusijų apie šių išlaidų efektyvumą gerinant visuomenės sveikatos būklę mūsų šalyje yra stebėtinai mažai (Rauktytė ir kt., 2014).

Kanopienės ir kt. (2006) teigimu, išlaidos septyniasdešimtmečių ir vyresnių asmenų sveikatos priežiūrai priklauso nuo konkretaus žmogaus sveikatos būklės: tikėtina, jog sunkiai sergantis arba turintis negalią žmogus suvartos daugiau lėšų nei to paties amžiaus žmogus, neturintis rimtų sveikatos problemų (Kanopienė ir kt., 2006).

Didžgalvytės ir kt. teigimu (2014), didėjantis demografinis senėjimas didina sveikatos išlaidas skirtingais dydžiais visame pasaulyje (Didžgalvytė ir kt., 2014).

Pasak Buivydo (2010), didėjant sveikatos sistemos išlaikymo išlaidoms, atsiranda sveikatos sistemos pertvarkos ir įvairių reformų poreikis, kuris (didesne ar mažesne apimtimi) būdingas daugeliui pasaulio šalių. Reformuoti galima tiek pačią sveikatos priežiūros teikimo struktūrą, tiek ir finansavimo sistemą, ar valdymą. Iš kitos pusės, galima mėginti riboti sveikatinimo poreikių augimą (Buivydas, 2010).

Apibendrinant galime teigti, kad demografiniai pokyčiai vykstantys pasaulyje, ateityje nulems sveikatos priežiūros paslaugų paklausos didėjimą. Autorių teigimu, išlaidos sveikatos priežiūrai auga lygiagrečiai su gyventojų senėjimu, tačiau išlaidų padidėjimas sveikatos priežiūrai yra mažesnis nei vyresnio amžiaus žmonių skaičiaus didėjimas. Sveikatos priežiūros išlaidos yra susijusios su amžiumi ir taip pat jos priklauso nuo konkretaus žmogaus sveikatos būklės. Tikėtina, kad tas, kuris serga, sunaudos daugiau lėšų, negu tas, kuris neturi rimtesnių sveikatos problemų. Didėjant sveikatos sistemos išlaidoms, atsiranda sveikatos sistemos reformų poreikis, kuris būdingas daugeliui pasaulio šalių.

5.2 Sveikatos stiprinimas

Kalbant apie iššūkius su kuriais susiduria sveikatos apsaugos sistema senėjančioje visuomenėje, būtina išskirti – sveikos gyvensenos propagavimą ir skatinimą.

Sveiki ir darbingi žmonės – šalies ekonomikos augimo ir tvaraus vystymosi garantas, todėl gyventojų sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui turi būti skiriamas ypatingas dėmesys.

Sveikatos stiprinimo idėja, kaip bendroji koncepcija buvo pasiūlyta 1986 m. Otavos konferencijoje. Jos apibrėžimas teigia: „Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją stiprinti“⁹ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 33 str. vartojama visuomenės sveikatos stiprinimo sąvoka, kuri apima sveikatos mokymą, informacijos apie sveiką gyvenimą sklaidimą, sveikos gyvensenos propagavimą, formavimą ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimą¹⁰

Juozulyno ir kt. autorių teigimu (2014), sveikatos stiprinimas yra daug platesnis dalykas negu sveikatos priežiūra. Jis įtraukia sveikatą į politikų dienotvarkę ir verčia juos suvokti savo sprendimų pasekmes sveikatai bei pripažinti savo atsakomybę sveikatai (Juozulynas ir kt., 2014).

Sveikata yra vertinama kaip didžiausias turtas ir yra svarbi tiek asmens, tiek ir visuomenės gerovei, todėl sveika gyvensena yra nuosekliai ugdoma nuo pat mažens ir skiriamas ypatingas dėmesys ligų prevencijai bei sveikatos išsaugojimui¹¹. Pasak Lalonde (1974), sveikatai, kaip vienai svarbiausių vertybių ir pagrindiniam žmogaus gyvenimo kokybės rodikliui, įtakos turi paveldimumas, fizinė ir socialinė aplinka, sveikatos priežiūros sistema, tačiau didžiausią poveikį daro paties asmens elgsena ir gyvensena (Lalonde, 1974).

Jankauskienės ir Pečiūros (2007) teigimu, per 50 proc. žmogaus sveikatos priklauso nuo jo gyvensenos. PSO duomenimis įrodyta, kad mūsų sveikata didžiąja dalimi 40 – 60 proc. priklauso nuo sveikos gyvensenos (Sveikos gyvensenos rekomendacijos, 2011). Didelę įtaką lėtinių neinfekcinių ligų atsiradimui turi rūkymas, nesaikingas alkoholio vartojimas, netinkama mityba, per mažas fizinis aktyvumas. Tarptautinė patirtis rodo, kad pakeitus žmogaus gyvenimą galima sumažinti ligų dažnumą ir pagerinti sveikatą (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pasak Žemaitienės (2011), Pasaulio sveikatos organizacija yra suformulavusi penkis pagrindinius sveikatos stiprinimo principus: sveikatos stiprinimas turi apimti visus gyventojus, o ne tik sergančius ar priklausančius didesnės rizikos susirgti grupėms; sveikatos stiprinimas turi būti orientuotas į lemiančius veiksnius ir priežastis. Būtina, kad šioje srityje aktyviai bendradarbiautų visi sektoriai; sveikatos stiprinimas turi apimti įvairius metodus ir būdus (informaciją, mokymą, teisę, finansus, organizacines priemones, bendruomenės iniciatyvas); sveikatos stiprinimas privalo

⁹ Sveikatos sistemos reformų analizės atlikimas. Galutinė ataskaita, 2012. Prieiga per internetą http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_sveikatos_sistemos_reformu_analize.pdf Žiūrėta [2015-10-18]

¹⁰ LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002. Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DD80CF948782> Žiūrėta [2015-05-25]

¹¹ Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, 2012. Prieiga per internetą http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=425517&p_query=&p_tr2=2 Žiūrėta [2015-09-20]

remtis efektyviu ir konkrečiu visuomenės dalyvavimu sprendžiant sveikatos problemas; sveikatos stiprinimas pirmiausia yra socialinis ir politinis uždavinys, o ne medicinos paslauga, nors sveikatos priežiūros profesionalai čia vaidina svarbų vaidmenį (Žemaitienė ir kt., 2011).

Sveikatos stiprinimas turi tapti pagrindine politikų ir vyriausybės visų veiklos sričių kryptimi. Su sveikata susijusios problemos turi būti sprendžiamos ir ne medicinos srityje. Bendras politikos tikslas – padėti žmonėms išlikti sveikiems

Sveikatos stiprinimo strategija pagrįsta atsakymu į klausimą, kur sukuriama sveikata. Sveikatą kuria ir ją palaiko žmonės savo kasdienio gyvenimo aplinkoje. Sveikata puoselėjama rūpinantis savimi ir kitais, sugebant priimti sprendimus, kontroliuojant savo gyvenimo aplinkybes ir garantuojant, kad visuomenė, kurioje žmogus gyvena, suteiktų sąlygas, užtikrinančias visų savo narių sveikatą (Otavos chartija, 1986).

Sveikatos stiprinimo veikla, pagal Otavos chartiją, reiškia: formuoti visuomenės sveikatos politiką; kurti sveikatą palaikančią aplinką; stiprinti bendruomenės veiklą; ugdyti asmeninius įgūdžius; perorientuoti sveikatos priežiūrą. Sveikatos stiprinimo procesas gali apimti: sveikos gyvensenos skatinimą; sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimą; aplinkos, kurioje sveikas pasirinkimas tampa lengviausiu pasirinkimu, kūrimą; mokymą, kaip saugoti ir palaikyti sveikatą (Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms, 2014).

Grabausko ir kt. (2012) autorių teigimu, sukaupta daug mokslinių tyrimų duomenų, kad keičiant gyvensenos įpročius galima pagerinti gyventojų sveikatą ir pailginti jų gyvenimo trukmę, todėl sveikos gyvensenos ugdymui ir sąlygų sveikai gyventi sukūrimui skiriamas išskirtinis dėmesys. Gyvensenos stebėseną būtina politinių sprendimų priėmimui ir jų įgyvendinimo efektyvumo vertinimui (Grabauskas ir kt., 2012).

Daugelyje sveikatos stiprinimo apibrėžimų akcentuojami sveikatos stiprinimo *tiksmai* (sveikatos stiprinimo tikslas yra subalansuotas teigiamų fizinių, psichinių ir socialinių sveikatos aspektų stiprinimas kartu su neigiamų fizinių, psichinių ir socialinių ligotumo aspektų prevencija taikant sveikatos mokymą, ligų profilaktiką ir sveikatos saugą), *strategijos* (sveikatos stiprinimas yra ne vien tik tradicinis rūpinimasis individualiu sveikatą lemiančiu elgesiu – tai tarpinė strategija tarp žmonių ir jų aplinkos, siejanti asmeninį pasirinkimą ir socialinę atsakomybę), *pagrindinės veiklos kryptys* (formuoti sveikatą palaikančią politiką ir aplinką, stiprinti bendruomenės veiklą, ugdyti asmeninius įgūdžius, o sveikatos priežiūrą orientuoti sveikatos stiprinimo kryptimi) (Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms, 2014).

Pasak Javtoko (2015), gerinti sveikatą stiprinimo būdu reiškia: pagrindinį dėmesį skirti sveikatai, o ne ligoms; įgalinti pačius žmones gerinti savo sveikatą (suteikti jiems galios); pripažinti, kad sveikatos sąvoka yra daugialypė, kad psichiniai, socialiniai, emociniai veiksniai turi būti suprantami kaip visuma; pripažinti, kad sveikatą veikia veiksniai, kurių individas negali kontroliuoti, ir „nekaltinti aukos“, nes visi gali pasirinkti sveikesnį gyvenimo būdą (Javtokas, 2015).

Aktyvus ir efektyvus bendruomenės dalyvavimas sveikatos stiprinimo procese nustatant veiklos prioritetus, priimant sprendimus, planuojant ir įgyvendinant konkrečias sveikatinimo veiklas yra viena svarbiausių XXI amžiaus visuomenės sveikatos stiprinimo prioritetinių kryptių.

Stiprinti ir saugoti gyventojų sveikatą yra strateginis valstybės ir savivaldos institucijų tikslas. Siekiant šio tikslo 2014 - 2020 m. numatyta didinti šalies gyventojų fizinį aktyvumą, ugdyti sveikos mitybos įpročius, vykdyti žalingų įpročių ir psichikos sutrikimų prevenciją, atnaujinti ir plėtoti sveiką gyvenseną skatinančią ir sveikatos raštingumą didinančią viešąją infrastruktūrą, skatinti sveikatos žinių kūrimą, įgyvendinti tikslines visuomenės sveikatos stiprinimo ir išsaugojimo priemonės (Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms, 2014).

Pasak Norkaus (2012), didžiausia Lietuvos, kaip ir daugelio kitų Europos šalių, gyventojų sveikatos problema yra lėtinės neinfekcinės ligos: kraujotakos sistemos ligos, arterinė hipertenzija, insultai, onkologinės ligos, nutukimas, plinta įvairių psichoaktyvių medžiagų vartojimas (Norkus, 2012).

Pasak Lamanausko ir kt. (2011), didžiausios įtakos asmens sveikatai turi socialinės, ekonominės ir susijusios gyvenimo bei darbo sąlygos, taip pat tokie veiksniai, kaip mityba, fizinis aktyvumas, rūkymas, alkoholis (Lamanauskas ir kt., 2011).

Januškevičienės ir kt., (2009) autorių teigimu, žmogus yra pats atsakingas už savo sveikatą ir turi ja rūpintis, stiprinti ir tausoti. Norint išsaugoti sveikatą ir nepabloginti gyvenimo kokybės, būtina laikytis tam tikrų holistinės gyvensenos principų: racionaliai maitintis, stiprinti fizines ir psichikos galias, būti fiziškai aktyviems, atsisakyti žalingų įpročių (Januškevičienė ir kt., 2009).

Pasak Skučienės ir kt., (2015), sveikas gyvenimo būdas laikomas viena iš prevencinių priemonių sveikatos priežiūros kaštų didėjimui. Taip pat sveikas gyvenimo būdas didina asmens lūkesčius ir galimybes dalyvauti darbo rinkoje. Kartu tai gali būti priemonė, mažinanti socialinės priežiūros ir globos paslaugų poreikį arba jį nukelianti kuo vėlesniam gyvenimo periodui. Sveiko gyvenimo būdo laikymasis kuo anksčiau ir iki vyresnio amžiaus yra pati geriausia prevencija

ligoms ir negaliai. Pokyčiai link sveiko gyvenimo būdo net ir vyresniame amžiuje yra efektyvūs. (Skučienė ir kt., 2015).

Aguonytė (2013) ir kt. pabrėžia, kad vyresnio amžiaus asmenų sveikatos stiprinimas yra reikšmingas aspektas, nes svarbu, kad gyventojai ne tik ilgai gyventų, bet ir jų gyvenimas būtų kokybiškas (Aguonytė ir kt., 2013).

Pasak Klizo ir kt. (2012), siekiant stiprinti ir gerinti žmogaus sveikatą bei mažinti riziką susirgti tam tikromis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis labai svarbų vaidmenį atlieka fizinis aktyvumas. Klizas ir kt., (2012) pažymi, kad vyresnio amžiaus žmonės mažai dėmesio skiria savo sveikai gyvensenai, daugelis mano, kad nėra verta stengtis laikytis sveikos gyvensenos principų, iš dalies taip yra dėl informacijos stokos apie sveiko gyvenimo būdo naudą senatvėje. Pastebima, kad būtent fizinis aktyvumas gali padėti reguliuoti ir sumažinti tam tikrų veiksmų riziką ne tik fizinei sveikatai, bet ir psichinei sveikatai, nes tai palaiko pažintinę funkciją ir mažina stresą (Klizas, 2012).

Žemaitienės ir kt. autorių teigimu (2011), fizinis aktyvumas – vienas sveikatą stiprinančių veiksmų. Nejudrumas yra daugelio ligų priežastis. PSO fizinio aktyvumo stoką įvardija kaip ketvirtą pagal dydį rizikos veiksnį, turintį įtakos pasauliniam mirtingumo lygiui (PSO, 2010).

Jankauskienė ir Pečiūra (2007) pabrėžia, kad fizinis aktyvumas gerinant ir stiprinant žmogaus sveikatą, mažinant riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis yra labai svarbus. Nors fizinis aktyvumas turi didelę reikšmę žmogaus sveikatai ir darbingumui, daug žmonių lieka fiziškai neaktyvūs. Per mažas fizinis aktyvumas – viena iš pagrindinių lėtinių neinfekcinių ligų priežastis (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Janonienės (2014), Valintėlienės (2012) ir kt. atliekant reguliarią fizinę veiklą yra teigiamai veikiama sveikata ir mažinama mirštamumo rizika nuo įvairių ligų, pavyzdžiui, nuo širdies ir kraujagyslių, diabeto, kai kurių vėžio formų. Nors fizinio aktyvumo nauda sveikatai akivaizdi, žmonių fizinis pasyvumas yra aktuali problema daugelyje pasaulio valstybių. Siūloma, kad politikos formuotojai turėtų kreipti didesnę dėmesį į visuomenės fizinio aktyvumo skatinimą. Jo įtakos pripažinimas sveikatai galėtų būti įgyvendinamas per tam tikras intervencines strategijas, ilgalaikį bendradarbiavimą tarp skirtingų sektorių, siekiant skatinti individualų ir organizacinį elgsenos keitimą, prisidedant prie naujų socialinių normų kūrimo (Valintėlienė (2012), Janonienė (2014) ir kt.

Pasak Verygos ir kt., (2013), tabako ir alkoholio vartojimas yra du iš keturių svarbiausių rizikos veiksnių, darančių didžiausią įtaką šalies gyventojų sveikatos rodikliams ir priešlaikiniam mirtingumui (Veryga ir kt., 2013).

Piknaudžiavimas alkoholiniais gėrimais – vienas labiausiai paplitusių lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių. Su alkoholio vartojimu siejami traumatizmas bei mirtingumas dėl išorinių priežasčių. Piknaudžiavimas alkoholiniais gėrimais – vienas iš pagrindinių rizikos veiksnių, kai kurių lokacijų piktybiniais navikams atsirasti (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Pasak Jankauskienės, Pečiūros (2007), šiuo metu jau nėra abejonės, kad rūkymas yra viena iš pagrindinių sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo priežasčių. Tabako vartojimas lemia 25 proc. širdies ir kraujagyslių ligų, 30 proc. vėžio, 75 proc. kvėpavimo sistemos ligų ir yra laikomas svarbiausiu šalintinu šių ligų rizikos veiksniu (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Gurevičiaus, Valentienės, Kutkaitės (2012) teigimu, kraujotakos sistemos, vėžio, cukrinio diabeto, lėtinių plaučių ligų atsiradimo rizikai turi įtakos gyvenimo būdo veiksniai, pavyzdžiui, tabakas, alkoholis, antsvoris, nepakankamas vaisių ir daržovių vartojimas bei fizinės veiklos trūkumas (Skučienė ir kt., 2015, cit pagal., Gurevičius ir kt., (2012).

Pasak Juozulyno ir kt., (2014), Miliaus ir kt., (2013), vienas iš svarbiausių veiksnių, lemiančių sveikatą, yra žmogaus mityba. Tinkama mityba gali padėti kovoti su plintančiu nutukimu ir maisto sukeltomis ligomis (Juozulynas ir kt., 2014).

Kriaučionienės ir Petkevičienės (2013) teigimu, mitybos ir sveikatos ryšys pagrįstas daugybe mokslinių tyrimų. Šiandien sukaupta pakankamai mokslinių įrodymų, kad nesveika, neteisinga mityba daro įtaką lėtinių neinfekcinių ligų, ypač kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų, sudarančių didžiausią Lietuvos gyventojų mirtingumo dalį, atsiradimui, ir vis dažniau pripažįstama įprastu šių ligų faktoriumi (Sveikos gyvensenos rekomendacijos, 2011).

Dobrovolskij, Stukas (2013) nurodė, kad dėl žmonių netinkamos mitybos ir nepakankamo fizinio aktyvumo ateityje vis daugės lėtinių ligų. Šiuo metu Europos Sąjungoje pagrindinė mirties priežastis – širdies ir kraujagyslių ligos. Tikėtina, kad tai sumažinti galėtų subalansuota mityba ir pakankamas fizinis krūvis (Dobrovolskij, Stukas, 2013). Atliktų tyrimų duomenys rodo, kad Lietuvos kaip ir daugelio kitų Europos šalių gyventojų mityba palanki lėtinių ligų atsiradimui, todėl būtina ją keisti, mokant ir skatinant visuomenę ugdyti sveikos ir tinkamos mitybos įpročius (Sveikos gyvensenos rekomendacijos, 2011).

Apibendrinant galime teigti, kad vienas iš iššūkių su kuriuo susiduria sveikatos sistema senėjančioje visuomenėje – sveikos gyvensenos propagavimas. Sveikatos stiprinimas yra

įvardijamas kaip procesas, suteikiantis daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Sukaupta daug mokslinių tyrimų duomenų, kad keičiant gyvenamosios aplinkos sąlygas galima pagerinti gyventojų sveikatą, pailginti jų gyvenimo trukmę, bei padėti išvengti ligų. Siekiant, kad žmonės kuo ilgiau išliktų sveiki ir gyvybingi, būtina stiprinti sveikatą. Sveikos gyvenamosios aplinkos ugdymui ir sąlygų sveikai gyventi sukūrimui turėtų būti skiriamas ypatingas dėmesys. Norint išsaugoti sveikatą ir nepabloginti gyvenimo kokybės, būtina laikytis tam tikrų sveikos gyvenamosios aplinkos principų: sveikam gyvenimui, žalingų įpročių atsisakymas, fizinis aktyvumas.

5.3 Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

Geras sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė yra neatsiejama sveikatos visuomenės senėjimo sąlyga.

Kiekvienas žmogus turi teisę į sveikatą. Esminė sąlyga šiai teisei įgyvendinti – kiekvienam piliečiui prieinama sveikatos priežiūra, nepaisant amžiaus, gyvenamosios vietos, statuso ir kitų veiksnių (Tamutienė ir kt., 2011). Krančiukaitės - Butylkinienės ir kt. autorių teigimu (2010), vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų yra sveikatos priežiūros prieinamumas (Butylkinienė ir kt., 2010).

Jankauskienė ir Pečiūra (2007), sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą apibrėžia, kaip tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Pasak Kieliauskaitės ir kt., (2011), PSP prieinamumo sąvoka daugelio tyrėjų siejama su galimybe ligos ir sveikatos sutrikimo atveju pasinaudoti PSP paslaugomis, tačiau, laikui bėgant ir įsigalint rinkos dėsniams, paslaugų prieinamumo koncepciją papildė paslaugų efektyvumas atsižvelgiant į jų kainas ir rezultatus (Kieliauskaitė ir kt., 2011).

Kai kurie autoriai prieinamumą prie sveikatos priežiūros apibrėžia per sveikatos priežiūros paslaugų prizmę, akcentuodami paslaugų tinkamumą, įperkamumą, pasiekiamumą, adekvatumą ir priimtinumą (Obrist 2007). Pasak Aguonytės ir kt. (2013), kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – svarbus veiksnys siekiant sveiko ir kokybiško gyvenimo. 2005-2010 m. Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje medicinos paslaugų prieinamumas apibrėžiamas kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei (Aguonytė ir kt., 2013).

Pasak Goddard (2009), prieinamumo prie sveikatos priežiūros problematikos analizė glaudžiai siejama su teisingumu, lygybės bei kokybės kontekstais. Kiečiauskaitės ir kt. (2011) teigimu, pasaulio sveikatos organizacija (PSO) Europos regiono šalims rekomenduoja išlaikyti teismo principą, užtikrinant vienodą kvalifikuotos pirminės sveikatos priežiūros (PSP) prieinamumą visoms gyventojų grupėms, kurioms jos reikia, įvertinti gyventojų sveikatos poreikius ir išlyginti netolygų paslaugų teikimą (Kiečiauskaitė ir kt., 2011).

Markas (2004) pataria sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoką apibrėžti atsižvelgiant į prieinamumo dimensijas, t.y potencialų prieinamumą (asmenys nori ir gali, pagal laiką ir vietą, gauti sveikatos priežiūrą) ir jau realizuotą prieinamumą, gautas paslaugas, kai įveiktos prieinamumo kliūtys.

LR sveikatos sistemos įstatyme (1994) sveikatos priežiūros prieinamumas apibrėžiamas kaip valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, organizacinį ir komunikacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei (LR sveikatos sistemos įstatymas).

Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžia, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos kiekvienam žmogui.¹² Šių paslaugų prieinamumo būtinybė taip pat akcentuojama ir nacionalinio lygmens dokumentuose, pavyzdžiui, Lietuvos sveikatos 2014 - 2023 m. programoje, pabrėžiant poreikį plėtoti sveikatos infrastruktūrą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą¹³

Pagal Pasaulio sveikatos organizaciją (PSO), sveikatos priežiūros paslaugos atitinka prieinamumo reikalavimą, kai jos prieinamos laiku, tinkamos geografiniu požiūriu, teikiamos užtikrinant medicininius poreikius atitinkančius įgūdžius ir išteklius (Sriubas, 2013).

Sriubas (2013) išskiria tokius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo elementus, kurių nesilaikymas gali lemti teisės į kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugas pažeidimą: komunikacinį, fizinį, organizavimo, teisinį, finansinį, savalaikiškumo (Sriubas, 2013).

Pasak Tamutienės ir kt. (2011), finansinis sveikatos priežiūros prieinamumas siejamas su gyventojų galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir apsirūpinti vaistais bei medicinos priemonėmis, apmokant tai iš nacionalinių fondų ar privačių šaltinių. Teritorinis arba komunikacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas susijęs su susisiekiimo galimybėmis, t.

¹²WHO. The right to health, 2013. Prieiga per internetą. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>>
Žiūrėta [2014-10-18]

¹³ Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos sveikatos 2014– 2023 m. programa. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/682b6f200d7111e4adf3c8c5d7681e73> Žiūrėta [2014-12-10]

y. atstumu iki gydymo įstaigos, viešojo transporto prieinamumu ir laiku, per kurį pacientas pasiekia sveikatos paslaugas teikiančią įstaigą. Jankauskienės ir Pečiūros (2007) teigimu, sveikatos paslaugų prieinamumas organizacine prasme atspindi, kaip sveikatos priežiūra yra organizuojama gyventojams. Pasak Kairio (2004), Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumą tyrinėję autoriai nustatė, jog ambulatorinė sveikatos priežiūra gyventojams yra prieinama, o susisiekimas, bendrosios praktikos gydytojo institucija, kitų sveikatos specialistų dėmesys ir darbo organizavimas vertinamas taip pat gana palankiai. Kartu išskirtos pagrindinės organizacinės problemos (vadybinės, etinės bei profesinės), su kuriomis susiduria Lietuvos sveikatos įstaigų pacientai (Kairys ir kt. 2004).

Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumą tyrinėję Kairys ir kt., (2004) teigia, jog ambulatorinė pagalba šalies gyventojams – prieinama, didesnių prieinamumo skirtumų pagal gyvenamą vietą taip pat nėra. Priešingas išvadas pateikė Pečiūra, Jankauskienė ir Gurevičius (2006). Jie nustatė, kad patekti į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas gyventojams trukdo ribotos rajonų visuomeninio transporto galimybės (Tamutienė ir kt., 2011).

Pasak Tamutienės ir kt., (2011), sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą riboja finansinės, teritorinės/komunikacinės ir organizacinės kliūtys (Tamutienė ir kt., 2011).

Štaras ir kt. (2013) pabrėžia, kad paslaugų prieinamumas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai. Paslaugos turi būti geografiškai arti gyventojų, o paslaugų kaina turi būti priimtina ir neturtingiems visuomenės nariams (Štaras ir kt., 2013).

Aguonytės (2014) ir kt. teigimu, vyresnio amžiaus žmonės dažniau negu kitų amžiaus grupių asmenys turi problemų, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. Pastebima, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas geresnis vyresnio amžiaus asmenims, gyvenantiems priemiesčiuose negu kaimo vietovėse, taip pat asmenims, turintiems nuosavą transportą (Aguonytė ir kt., 2014).

Apibendrinant galime teigti, kad kiekvienas žmogus turi teisę į sveikatą. Šiai teisei įgyvendinti – kiekvienam piliečiui turi būti prieinama sveikatos priežiūra, nepaisant jo amžiaus, gyvenamosios vietos, materialinės padėties, statuso ir kitų veiksnių. Autorių teigimu, kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – svarbus veiksnys siekiant sveiko ir kokybiško gyvenimo. Į sveikatos priežiūros prieinamumą žvelgiama finansiniu, komunikaciniu ir organizaciniu aspektais. Komunikacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas susijęs su susisiekimo galimybėmis, t. y. atstumu iki gydymo įstaigos. Finansinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra siejamas su gyventojų galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas bei tuo, kiek

gyventojams tenka mokėti/primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas. Organizacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas siejamas su sveikatos paslaugų įstaigų infrastruktūros teritorijoje užtikrinimu, pakankamu sveikatos specialistų skaičiumi, tinkamu sveikatos priežiūros specialistų darbo laiku ir pan.

5.4 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė

Pasak Kaziliūno (2006), kokybė – tai turimų charakteristikų visumos ir reikalavimų atitikimo laipsnis. Testimony (2009) teigimu, sveikatos priežiūros kokybė – tai tinkamos priežiūros teikimas tinkamam pacientui tinkamu laiku, ir ją sudaro pagrindinės dimensijos: struktūra, procesas ir rezultatai (Testimony, 2009). Šilys (2012) teigia, jog sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo to, ar ji pacientui suteikiama, ar reikiamu laiku ir kaip suteikiama, o kai suteikiama, ar pakankamai gerai (Šilys, 2012).

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) kokybišką sveikatos priežiūrą apibrėžia remdamasi kokybės rodikliais: rezultatyvumu, efektyvumu, prieinamumu, priimtinum (orientuota į pacientą), teisingumu ir sauga¹⁴ (WHO). Mokslinėje literatūroje dažniausiai išskiriami tokie sveikatos priežiūros kokybės aspektai: teikiamų paslaugų prieinamumas, sauga, informacijos suteikimas. Savalaikis prieinamumas pas šeimos gydytojus, o ypač pas specializuotus gydytojus, gerina teikiamų paslaugų kokybę (Bubnienė ir kt., 2010).

Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 str. 1 d. įtvirtina, kad pacientas turi teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.¹⁵

Pasak Jankauskienės (2000), paslaugų kokybės gerinimas yra kiekvienos valstybės sveikatos sistemos ir medicinos pagalbos uždavinys. Pacientų nuomonė apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis tampa svarbiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankiu (Jankauskienė, 2000).

Galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų ES šalių viena pagrindinių socialinės veiklos siekiamybių. Šiuo tikslu yra remiamos ir Europos mastu koordinuojamos sveikatos apsaugos nacionalinės politikos, kuriomis siekiama užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas, jų veiksmingą valdymą bei sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų saugumą (Bubnienė (2010), cit. pagal. Quality).

¹⁴ Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organisation, 2006. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf> [žiūrėta 2015-11-20]

¹⁵ Paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Prieiga per internetą. Žiūrėta [2015-11-30] http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=238324&p_query=&p_tr2=

Pasak Bubnienės ir kt. (2010), mokslinėje literatūroje teikiami pasiūlymai diegti ir tobulinti kokybės vertinimo sistemas, derinti skirtingų kokybės sistemos dalyvių interesus, skatinti sisteminių požiūrį į sveikatos priežiūrą ir jos kokybės tobulinimą. Tokie organizacijos pajėgumai kaip vadovavimas, žmogiškasis kapitalas, informacinės valdymo sistemos, kultūra ir motyvacinė sistema sveikatos priežiūros organizacijose pateikiami kaip pagrindiniai struktūriniai kokybės gerinimo elementai (Bubnienė (2010), cit. pagal, Ovretveit 2002; Mainz 2006; Glickman 2007).

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijoje akcentuojama kokybės gerinimo priemonių taikymo, kokybės vadybos metodų tobulinimo ir propagavimo, kokybės infrastruktūros kūrimo ir plėtojimo, valdymo struktūros koordinavimo svarba (Bubnienė ir kt. 2010).

Pasak Bubnienės ir kt. (2010), sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas ir pritaikymas tampa vienu iš sveikatos priežiūros prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse. Sveikatos priežiūros įstaigos dalyvauja užtikrindamos ligų prevenciją, gyventojų sveikatos kokybę, visos visuomenės gerovę. Vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir valdymo kontrolei (Bubnienė ir kt., 2010).

Pasak Štaro ir kt. (2013), išskiriamos trys kokybės dimensijos, į kurias būtina atsižvelgti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms organizacijoms, norint sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas. Paciento suvokiama kokybė yra tai, ko pacientas tikisi iš sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių organizacijų ar institucijų. Paciento suvokiama kokybė apima jo lūkesčius, kokių jis tikisi arba norėtų medicininių paslaugų ir kokias jis galėtų gauti. Profesionalioji kokybė – apima tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos kvalifikuotai ir ar jos atitinka pacientų teisėtas reikmes ir įstaigoje patvirtintus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo standartus (procedūras). Valdymo kokybė – efektyviausias ir produktyviausias išteklių panaudojimas, laikantis sveikatos priežiūros įstaigoms vadovujančių institucijų nurodymų ir įsakymų (Štaras ir kt., 2013).

Atlikta nemažai mokslinių tyrimų, kuriais bandoma įvertinti pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis, teikiamų paslaugų kokybę bei išsiaiškinti pacientų lūkesčius, susijusius su paslaugų kokybe (Štaras ir kt., 2013).

Pasak Štaro (2013), Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, pacientai panašiai vertina pirminės sveikatos priežiūros kokybę, bet gerokai prasčiau specializuotų paslaugų kokybę ir prieinamumą (Štaras ir kt., 2013).

Apibendrinant galime teigti, kad sveikatos priežiūros kokybė – tai tinkamos priežiūros teikimas tinkamam pacientui tinkamu laiku. Galimybė visiems visuomenės nariams gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas yra visų ES šalių viena pagrindinių socialinės veiklos siekiamybių. Sveikatos priežiūros kokybė, jos valdymas ir pritaikymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų tiek Lietuvoje, tiek ir kitose Europos bei pasaulio šalyse.

6. TYRIMO METODIKA

Atsižvelgiant į darbo tikslą ir uždavinius, tyrimo turinį sudaro:

Dokumentų analizė. Ji apima mokslinės literatūros bei pagrindinių Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO), Europos Komisijos (EK) bei Lietuvos sveikatos sistemos dokumentų analizę.

Siekiant atskleisti sveiko senėjimo svarbą senėjančios visuomenės sąlygomis, buvo analizuojami šie dokumentai : „Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų planas; Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris; Europos Tarybos išvados (2012), Nacionalinė mokslo programa „Sveikas senėjimas“ 2015 m.; Sveikata 2020 m.; Sveikata visiems XXI a.; LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas; ES sveikatos programa 2008 – 2013 m.; ES programa 2014 – 2020 m.; Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011 – 2020 m. metmenys.

Antrinė Eurostat (2011 - 2014), Lietuvos statistikos departamento (2015), Eurobarometro 80.2 (2013); 72.3 (2009), OECD (2012), Pasaulio banko (Worldbank) (2012 - 2013), Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO) (2015), Higienos instituto (2014) kiekybinių duomenų analizė: pristatomi demografiniai veiksniai, lemiantys gyventojų senėjimą, pateikiama situacija apie sveikatą, sveiką gyvenimo būdą, sveikatos priežiūros sistemos būklę ir jai keliamus iššūkius senėjančios visuomenės kontekste.

Tyrimo priemonės ir duomenų tvarkymas

Hierarchinės klasterinės analizės metodas – šiuo metodu nustatomas objektų panašumas, objektų suskirstymas į klasterius. Klasterinės analizės tikslas – suskirstyti objektus taip, kad skirtumai klasterių viduje būtų kuo mažesni, o tarp klasterių – kuo didesni. Tam tikra prasme klasterinė analizė yra egzistuojančių struktūrų paieška (Čekanavičius ir Murauskas, 2002).

Koreliacija – koreliacijos metodas apibūdina kintamųjų tarpusavio ryšį. Teigiama koreliacija rodo, jog požymiai kinta viena kryptimi – arba abiejų reikšmė didėja, arba mažėja. Neigiama koreliacija rodo, jog vienam požymiui didėjant kitas mažėja ir atvirkščiai.

D lentelė. Koreliacijos stiprumo interpretacija

| Koreliacijos koeficiento reikšmė | Interpretacija |
|--|--------------------------|
| Nuo 0,9 iki 1 arba nuo -0,9 iki -1 | Labai stipri koreliacija |
| Nuo 0,7 iki 0,9 arba nuo – 0,7 iki – 0,9 | Stipri koreliacija |

| | |
|---|--------------------------|
| Nuo 0,5 iki 0,7 arba nuo – 0,5 iki -0,7 | Vidutinė koreliacija |
| Nuo 0,3 iki 0,5 arba nuo -0,3 iki -0,5 | Silpna koreliacija |
| Nuo 0,3 iki – 0,3 | Nereikšminga koreliacija |

Šaltinis: Sudaryta Bilevičienės ir Jonušo 2011

Chi kvadrato kriterijus naudojamas duomenų skirtumų statistiniam reikšmingumui nustatyti.

Statistiniam dviejų grupių palyginimui naudotas **Mann Whitney** neparametrinis kriterijus, daugiau nei dviejų – **Kruskal Walls** kriterijus.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programinį statistinių duomenų paketą SPSS 22, taip pat Microsoft Excel 2013 kompiuterinę programinę įrangą.

6.1 Demografiniai veiksniai lemiantys visuomenės senėjimą

Gimstamumo mažėjimas

Didžgalvytės ir Lukšaitės (2014) teigimu, gimstamumo rodikliai per pastaruosius dešimtmečius sumažėjo apie 40%. Šie sparčiai kintantys rodikliai didina demografinės problemos gyventojų senėjimo svarbą (Didžgalvytė ir kt., 2014).

Skirtumas tarp gimusiųjų ir mirusiųjų parodo natūralų gyventojų prieaugį. 1 lentelėje pateikiami gimstamumo ir mirtingumo rodikliai Lietuvoje 2010 – 2014 m. laikotarpiu.

1 lentelė. Gimusiųjų ir mirusiųjų gyventojų skaičius

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Gimę | 30676 | 30268 | 30459 | 29885 | 30369 |
| Mirę | 42120 | 41037 | 40938 | 41511 | 40252 |
| Natūrali kaita | -11444 | -10769 | -10479 | -11626 | -9883 |

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, 2015

Pagal 1 lentelėje pateiktus duomenis nustatyta, kad gimusių asmenų skaičius Lietuvoje vidutiniškai kasmet 2010 – 2014 metais buvo 30 331,4 o mirusiųjų 41 171,6. Gimstamumas mažėjo nuo 2010 iki 2011 metų, 2012 metais užfiksuotas gimstamumo padidėjimas, lyginant su 2011.

Žymus gimstamumo sumažėjimas matomas 2013 m., o 2014 m. užfiksuotas didesnis gimusiųjų skaičius lyginant su praėjusiais metais. Mirtingumo skaičius 2010 buvo didesnis lyginant su 2011 metais, 2011 ir 2012 lyginant su praėjusiais sumažėjo. 2013 vėl buvo užfiksuotas didesnis mirusiųjų skaičius. 2014 m. mirusiųjų skaičius lyginant su praėjusiais 2013 metais sumažėjo.

Visu analizuojamu laikotarpiu mirusiųjų skaičius viršijo gimusiųjų, vidutiniškai kasmet 10840. Tai neabejotinai turi įtakos gyventojų senėjimui.

Suminis gimstamumo rodiklis, kurio duomenys 2010 – 2014 metų laikotarpiu pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Lietuvos suminis gimstamumo rodiklis

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Visi šalies gyventojai | 1,50 | 1,55 | 1,60 | 1,59 | 1,63 |
| Miesto gyventojai | 1,42 | 1,47 | 1,55 | 1,47 | 1,54 |
| Kaimo gyventojai | 1,66 | 1,73 | 1,70 | 1,87 | 1,86 |

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, 2015

Suminis gimstamumo rodiklis tiek mieste, tiek kaime analizuojamu laikotarpiu nesiekė 2,1 ribos, vadinasi, Lietuvoje nebuvo užtikrinta natūrali gyventojų kaita. Visu analizuojamu laikotarpiu suminis gimstamumo rodiklis kaimuose viršijo rodiklį, esantį miestuose, vidutiniškai kasmet 1,3 karto.

Atsižvelgiant į JT prognozes (United Nations 2014) planuojama, kad gimstamumo rodikliai turėtų didėti per 2000 – 2050 metų laikotarpį tik labiau išsivysčiusiose šalyse. Mažiau išsivysčiusios šalys pagal gimstamumo lygį turėtų labai nesiskirti nuo pasaulio vidurkio, tačiau gimstamumas šiose šalyse mažės, labiausiai gimstamumo rodikliai turėtų mažėti mažiausiai išsivysčiusiose šalyse. Pagal šias tendencijas Lietuvos gyventojų rodiklis turėtų dar labiau mažėti,

vadinasi, jei vertintume tik šį rodiklį, ateityje ir toliau bus fiksuojamas gyventojų senėjimas. (Garlauskaitė ir kt., (2015).

Apibendrinant galima teigti, kad gimstamumo rodikliai, mažėjantys per pastaruosius dešimtmečius, didina demografinės problemos – gyventojų senėjimo svarbą. Atlikus duomenų analizę Lietuvoje, matome, kad visu analizuojamu laikotarpiu 2010 – 2014 metais mirusiųjų skaičius viršijo gimusiųjų skaičių. Tai neabejotinai turi įtakos gyventojų senėjimui. Atsižvelgiant į JT prognozes, numatoma, kad gimstamumo rodikliai turėtų didėti per 2000 – 2050 metų laikotarpį tik labiau išsivysčiusiose šalyse.

Ilgėjanti gyvenimo trukmė

Jeigu XIX – XX a. sandūroje vos vienam iš dešimties (1897 m. 9,3 %) Lietuvos gyventojų buvo sukakę 60 ir daugiau metų, tai XX - XXI a. sandūroje tokio amžiaus jau buvo vienas iš penkių (2001m. - 19,3%, 2006 m. pradžioje - 20, 4 %) Lietuvos gyventojų. Vadinasi, per šimtmetį pagyvenusių (60 metų ir vyresnių) žmonių dalis padvigubėjo. O Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė per visą XX amžių pailgėjo maždaug trimis dešimtmečiais (Kanopienė ir kt., 2006).

Lietuvos statistikos departamento duomenimis 2014 metų pradžioje Lietuvoje gyveno 542,7 tūkst. vyresnių nei 65 metų amžiaus žmonių. Nuo 2010 metų jų dalis išaugo nuo 17,3 iki 18,4 procentų nuo visų gyventojų (Lietuvos statistikos departamentas). Europos Sąjungos statistikos tarnyba (Eurostat) prognozuoja, kad 2030 metų pradžioje, jeigu situacija nesikeis, beveik trečdalis (28,9 procentų) Lietuvos gyventojų bus pagyvenę žmonės. Tradiciškai pagyvenusiais žmonėmis vadinami 60 - 75 metų, senyvais žmonėmis – 75 - 90 metų, o ilgaamžiais žmonėmis - virš 90 metų. Nacionalinėje mokslo programoje „Sveikas senėjimas“ pagyvenusiais žmonėmis vadinami 60 metų amžiaus ir vyresni, senyvais - virš 75 metų žmonės.¹⁶

Lietuvoje atlikti demografiniai tyrimai parodo išskirtinę Lietuvos poziciją tarp kitų Europos valstybių: „Nuo XX a. 7 – ojo dešimtmečio pabaigos, kai daugelio išsivysčiusių šalių vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VTGT) nuosekliai augo, Lietuvos VTGT rodikliai svyruodami mažėjo (vyrų) arba išliko beveik to paties lygio (moterų) (Jasilionis ir kt., 2011).

Nepaisant reikšmingo vyrų ir moterų VTGT rodiklių augimo 2007 – 2009 m. (atitinkamai 2,6 ir 1,4 metų), vyrų VTGT išliko trumpiausia Europos Sąjungoje. Remiantis 2009 m. duomenimis, Lietuvos vyrų VTGT buvo 67,5 m., o moterų – 78,6 m. Pagal šį rodiklį Lietuvos vyrai gyvena vidutiniškai 10 m., o moterys - beveik 5 m. trumpiau nei penkiolikoje ES šalių senbuvių.

¹⁶Įsakymas dėl nacionalinės mokslo programos „Sveikas senėjimas“ patvirtinimo, 2015.

Nemažas atotrūkis ir lyginant Lietuvos ir dvylikos naujųjų ES šalių vyrų VTGT rodiklius (apie 4 m.) (Jasilionis ir kt., 2011).

3 lentelė. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Vyrai ir moterys | 73,19 | 73,62 | 73,98 | 74,02 | 74,59 |
| Vyrai | 67,55 | 68,03 | 68,39 | 68,53 | 69,13 |
| Moterys | 78,76 | 79,12 | 79,45 | 79,38 | 79,8 |

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, 2015

Remiantis Lietuvos Statistikos departamento duomenimis matome, kad tiek vyrų, tiek moterų VTGT ilgėjo visu tiriamuoju 2010 – 2014 metų laikotarpiu. Moterų VTGT 2014 m. buvo ilgesnė nei vyrų 10,1 metais.

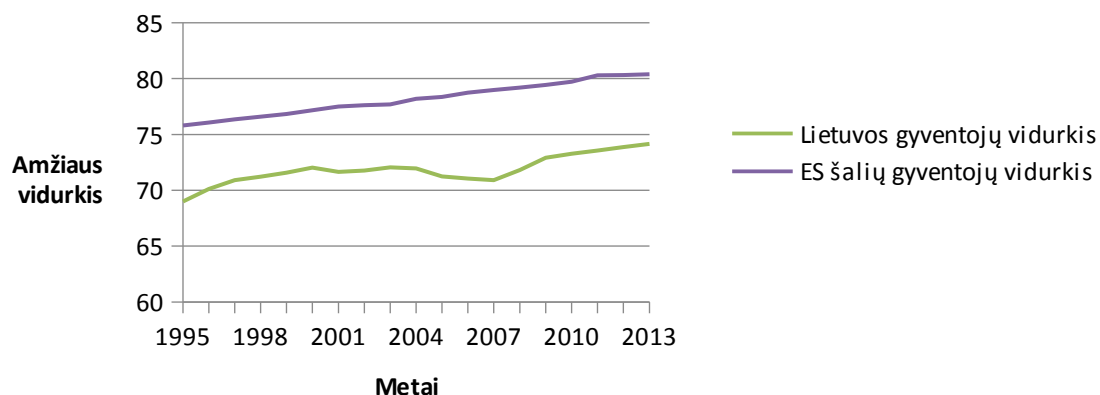
Remiantis Eurostat demografinėmis prognozėmis, 2020 metais Lietuvoje bus apie 17 procentų vyresnių nei 64 metų amžiaus žmonių. Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII – 964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų programos patvirtinimo“ siektina vidutinė gyvenimo trukmė 2020 metais – 76 metai.¹

Remiantis ES statistikos tarnybos (Eurostat) prognozėmis, numatoma, kad Lietuvos gyventojai ir toliau sparčiai sens. Tikėtina, kad 2060 m. pradžioje beveik 37 proc. Lietuvos gyventojų bus 60 metų ir vyresni, ES (27 šalių vidurkis) – 35 proc.¹⁷

¹ Įsakymas dėl nacionalinės mokslo programos „Sveikas senėjimas“ patvirtinimo, 2015.

¹⁷ Lietuvos statistikos departamentas, 2015.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė metais



1 pav. ES šalių ir Lietuvos palyginimas pagal vidutinę gyvenimo trukmę per 1995- 2013 m. laikotarpį

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis pasaulio banko duomenimis (1995-2013)

1 pav. parodoma, kaip kito Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė per laikotarpį nuo 1995 iki 2013 metų lyginant su ES šalių gyventojų vidutine gyvenimo trukme. Kaip rodo pateikti rezultatai, tiek Lietuvoje, tiek Europos Sąjungoje bendrai gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja. Tačiau Europos Sąjungos šalių gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė - 80 metų, o Lietuvoje - 74 metai.

Siekiant palyginti Lietuvos gyventojų tikėtiną gyvenimo trukmę su kitų ES šalių gyventojų duomenimis, atlikome klasterinę analizę, ES šalis pagal jų gyventojų gyvenimo trukmę suskirstėme į 5 klasterius. Rezultatai pavaizduoti 4 lentelėje. Kaip galima matyti, Lietuvos ir Latvijos gyventojų gyvenimo trukmė yra trumpiausia lyginant su kitomis ES šalimis.

4 lentelė. ES šalių suskirstymas pagal tikėtiną gyvenimo trukmę 2013 metais

| Klasterio Nr. | Šalis | Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė šalyje 2013 metais | Klasterio vidurkis |
|---------------|----------------|--|--------------------|
| 1 | Latvija | 73,98 | 74,46 |
| | Lietuva | 74,16 | |
| | Rumunija | 74,46 | |
| | Bulgarija | 74,47 | |
| | Vengrija | 75,27 | |

| | | | |
|---|--------------------|-------|-------|
| 2 | Slovakija | 76,26 | 76,66 |
| | Estija | 76,42 | |
| | Lenkija | 76,85 | |
| | Kroatija | 77,13 | |
| 3 | Čekija | 78,28 | 78,27 |
| 4 | Kipras | 79,8 | 80,64 |
| | Slovėnija | 80,28 | |
| | Danija | 80,3 | |
| | Portugalija | 80,37 | |
| | Belgija | 80,39 | |
| | Graikija | 80,63 | |
| | Malta | 80,75 | |
| | Suomija | 80,83 | |
| | Austrija | 80,89 | |
| | Jungtinė karalystė | 80,96 | |
| | Vokietija | 81,04 | |
| | Airija | 81,04 | |
| | Nyderlandai | 81,1 | |
| 5 | Švedija | 81,7 | 82,03 |
| | Liuksemburgas | 81,8 | |
| | Prancūzija | 81,97 | |
| | Italija | 82,29 | |
| | Ispanija | 82,43 | |

Migracijos srautai

Kitas svarbus gyventojų senėjimą lemiantis veiksnys yra migracijos srautai. Lietuvos gyventojų skaičius toliau daugiausia mažėja dėl emigracijos (tai sudaro apie 2/3 mažėjimo). Demografinės statistikos duomenimis, nors ir mažėja, emigracija vis dar išlieka labai intensyvi: 2013 m. emigravo 38,8 tūkst. žmonių (2012 m. - 41,1 tūkst.). Gyventojų skaičiaus mažėjimą pastaraisiais metais pristabdo ir imigracijos, tiksliau, grįžtamosios migracijos, apimčių didėjimas: 2013 m. imigravo 22 tūkst. žmonių, iš jų 19 tūkst. - grįžtantys Lietuvos piliečiai (2012 m. atitinkamai 19,8 ir 17,3). Palengva mažėjantys, bet dar išliekantys intensyvūs emigracijos ir didėjantys grįžtamosios migracijos srautai ėmė lėtinti gyventojų skaičiaus mažėjimą dėl migracijos: migracijos neto (skirtumas tarp emigracijos ir imigracijos) 2013 m. sumažėjo iki 16,8 tūkst. (2012 m. buvo 21,2 tūkst.) (Stankūnienė, 2014).

Migracijos srautai parodo, kokia dalis gyventojų paliko šalį ir kokia dalis atvyko per 2010 - 2014 metų laikotarpį.

5 lentelė. Emigrantų ir imigrantų skaičius Lietuvoje

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Emigrantai | 83157 | 53863 | 41100 | 38818 | 36621 |
| Imigrantai | 5213 | 15685 | 19843 | 22011 | 24294 |

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas, 2015

Pagal pateiktus duomenis galime matyti, kad imigrantų skaičius analizuojamu 2010 – 2014 m. laikotarpiu vis didėjo. Vidutiniškai kasmet 2010 – 2014 metų laikotarpyje atvykdavo po 17,409 gyventojus. Kalbant apie emigracijos srautus galime matyti, kad didžiausias emigravusių asmenų skaičius buvo užfiksuotas 2010 m. Nuo 2011 m. emigruojančių žmonių skaičius mažėjo. Vidutiniškai kasmet analizuojamu laikotarpiu iš šalies išvykdavo po 50 711 gyventojus. Vadinasi, neto migracija (iš imigrantų skaičiaus atėmus emigrantų skaičių) vidutiniškai kasmet buvo – 33,302 gyventojų.

6.2 Politikos priemonės siekiant užtikrinti sveiką senėjimą

Sveikata yra vienas svarbiausių dalykų žmonių gyvenime, taip pat apibūdinama kaip didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, todėl ja privalo rūpintis ir šalių vyriausybės, vykdydamos veiksmingą politiką. Lietuvos, kaip ir daugelio Europos Sąjungos (ES) šalių sveikatos politika formuojama remiantis pagrindinėmis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir Europos Komisijos (EK) politinių dokumentų nuostatomis bei šių dokumentų užsibrėžtais tikslais.

Siekiant gerinti vyresnio amžiaus žmonių sveikatą bei kompleksinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę pagyvenusiems ir senyvo amžiaus žmonėms, 2014 m. liepos 16 d. buvo patvirtintas sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014 – 2023 metų veiksmų planas¹⁸.

Plane (2014) yra pateikiamas vienas esminių iššūkių, su kuriuo susiduriama senėjant visuomenei – užtikrinti produktyvios visuomenės narių, ypač vyresnio amžiaus asmenų, sveiką nepriklausomą senėjimą (angl. healthy ageing) siekiant sumažinti neigiamą sveikatos sutrikimų poveikį gyvenimo kokybei, savarankiškumui ir darbingumui, ir atitinkamai užkirsti kelią socialinės atskirties bei skurdo rizikai.

¹⁸Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014 – 2023 m. veiksmų planas. Prieiga per internetą. http://www.lsdaps.lt/failai/291_SAM_programu_senejimo_veiksmu_planas_2014-2020.pdf. Žiūrėta [2014-12-11]

Pagrindiniai veikslių plano (2014) tikslai: gerinti vyresnio amžiaus žmonių sveikatą, daugiau dėmesio skiriant ligų profilaktikai, ankstyvajai ligų diagnostikai, sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui, sveikatos atkūrimui. Gerinti kompleksinių sveikatos priežiūros paslaugų pagyvenusiems ir senyvo amžiaus žmonėms prieinamumą ir kokybę bei plėtoti šias paslaugas.

Siekiant įgyvendinti užsibrėžtus tikslus, plane yra numatomos pagrindinės veikslių įgyvendinimo kryptys: sveikos gyvensenos ir kitų profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugų plėtra.

Sveiko senėjimo užtikrinimo veikslių plane (2014-2023 m.) (II skyriuje 17 ir 18 punktuose) pabrėžiama, kad atsižvelgiant į tai, kad visuomenė sensta, labai svarbu pratęsti sveiką ir darbingą amžių ir sudaryti sąlygas vyresnio amžiaus žmonėms kuo ilgiau išlikti darbo rinkoje – stiprinti vyresnio amžiaus darbuotojų sveikatą, siekiant skatinti aktyvų bei sveiką senėjimą, mažinti vyresnių darbingo amžiaus žmonių sergamumą, neįgalumą ir mirtingumą. Gerinant vyresnio amžiaus žmonių sveikatą, mažėja ir jų socialinė atskirtis - sveikesnis žmogus gali aktyviau dalyvauti socialiniame gyvenime, be to, ilgiau išlikti savarankiškas ir netapti našta savo artimiesiems ir / arba valstybei.

Plane (2014-2023 m.) teigiama, jog siekiant sveiko senėjimo būtina išplėsti Lietuvoje vykstančios asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ vykdymą, išplečiant programos apimtį ir įtraukiant vyresnio amžiaus asmenis, užtikrinant šios programos duomenų analizę ir veiklos koordinavimą.

Apibendrinant galime teigti, kad pagrindinis šio dokumento tikslas – gerinti vyresnio amžiaus žmonių sveikatą. Būtina daugiau dėmesio skirti ankstyvajai ligų diagnostikai, ligų profilaktikai, sveikatos išsaugojimui, stiprinimui bei atkūrimui. Siekiant įgyvendinti šiuos tikslus, plane yra numatomos pagrindinės kryptys: sveikos gyvensenos ir kitų profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugų plėtra. Gerinant vyresnio amžiaus žmonių sveikatą, mažėja ir jų socialinė atskirtis - sveikesnis žmogus gali aktyviau dalyvauti socialiniame gyvenime, be to, ilgiau išlikti savarankiškas ir netapti našta savo artimiesiems ir/arba valstybei.

Dar vienas svarbus dokumentas – tai EK (Europos Komisijos) regiono šalių vyriausybėms parengta Europos sveikatos strategija „Kartu sveikatos labui – strateginis požiūris Europai 2008 - 2013 m.¹⁹. Šis dokumentas numato ES šalių narių sveikatos politikos ir piliečių

¹⁹ Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013 Prieiga internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf [Žiūrėta 2015-12-01]

sveikatos priežiūros bendrąsias strategines priemones ir veiksmus 2008-2013 m., su tikslu siekiant užtikrinti pagrindinių ES sutartyse minimų principų įgyvendinimą tarptautiniu mastu.

Pagrindinis šio dokumento tikslas – sveikatos ugdymas senėjančioje Europoje. Pažymima, kad sveiką senėjimą reikia remti veiksmais, skirtais sveikatą ugdyti ir užkirsti kelią ligoms viso gyvenimo laikotarpiu sprendžiant problemas susijusias su sveikatą lemiančiais veiksniais – bloga mityba, fiziniu aktyvumu, alkoholio, narkotikų ir tabako vartojimu, aplinkos pavojais, nelaimingais atsitikimais keliuose ir buityje. Būtina skatinti sveiką gyvenseną ir mažinti žalingos elgsenos apraiškas, siekti užkirsti kelią konkrečioms ligoms, įskaitant genetinius sutrikimus ir jas gydyti. Reikia skatinti geriatrinės medicinos, visų pirma individualizuotos pagalbos, plėtrą.

Remiantis Europos Sąjungos Tarybos išvadomis (2012), kurios buvo priimtinos remiantis kitais svarbiais dokumentais, tokiais kaip: („Europa 2020“, „Kartu sveikatos labui – strateginis požiūris Europai 2008 – 2013 m., Tarybos deklaracija dėl Europos aktyvaus senėjimo ir kartų solidarumo metų (2012) ir kt. pripažįstama, kad sveikas senėjimas yra nuolatinis visą gyvenimą trunkantis procesas.

Pabrėžiama, kad laikantis šio požiūrio, yra būtina remti piliečius sveikatingumo propagavimo, ligų prevencijos ir sveikatos priežiūros, taip pat socialinės rūpybos srityje vykdant daugialypę veiklą. Tai apima darbą įvairiose visuomenės politikos srityse, dalyvaujant valdžios institucijoms ir, remiantis valstybių narių prioritetais, suinteresuotiems subjektams, visuose lygiuose, įskaitant sveikatos priežiūros specialistus ir pacientus, socialinius partnerius ir pilietinę visuomenę, žiniasklaidą ir ekonominės veiklos vykdytojus. Europos Sąjungos Taryba pripažįsta, kad novatoriški požiūriai į sveikatingumo propagavimą ir ligų prevenciją galėtų padėti vyresnio amžiaus žmonėms ilgesnį laiką likti nepriklausomais ir pagerinti jų gyvenimo kokybę (ES Tarybos išvados, 2012).

Kalbant apie sveiką senėjimą būtina paminėti įsakymą dėl nacionalinės mokslo programos „Sveikas senėjimas“ patvirtinimo, kuris buvo pasirašytas 2015 m. vasario mėn. Įsakyme pabrėžiama, kad nacionaline mokslo programa „Sveikas senėjimas“ (toliau programa) siekiama gauti naujų mokslo žinių, reikalingų pailginti sveiko ir kokybiško gyvenimo trukmę Lietuvoje. Pagrindinis mokslo programos „Sveikas senėjimas“ tikslas – kompleksinė Lietuvos visuomenės sveiko senėjimo biomedicinos ir socialinės medicinos klausimų analizė ir sprendimai, pasitelkiant mokslo ir technologijų plėtrą, fundamentinių ir taikomųjų mokslinių tyrimų rezultatus.

Išskiriami programos uždaviniai: sukurti naujus ligų rizikos veiksnių vertinimo ir profilaktikos metodus bei technologijas, iširti jų poveikį sveiko ir kokybiško gyvenimo trukmei; pasitelkus biotechnologijų, nanotechnologijų, vaizdinimo, informacines ir telekomunikacijos technologijas, sukurti ligų, trumpinančių sveiko ir kokybiško gyvenimo trukmę, ankstyvos diagnostikos ir eigos prognozavimo metodus; sukurti, tobulinti ir iširti sveikatos būklių, darančių įtaką sveiko ir kokybiško gyvenimo trukmei, gydymo, ligonių reabilitacijos bei ilgalaikės stebėsenos metodus ir Lietuvos pagyvenusių žmonių socialinę atskirtį mažinančias technologijas.

Įsakymo šeštoje dalyje minima, kad senėjimui būdingos patologijos yra dinaminiai procesai, kuriems suprasti būdingi tolesni tyrimai, todėl naujų technologijų taikymas yra ir artimiausioje ateityje bus svarbūs senėjimo biologijos ir su senėjimu susijusių ligų patogenezės mechanizmams atskleisti, naujoms diagnostinėms bei terapinėms priemonėms kurti.

Įsakymo septintoje dalyje teigiama, jog nauji diagnostikos ir gydymo metodai pailgino gyventojų, turinčių įvairių susirgimų, gyvenimo trukmę, o tai susiję su papildomomis finansinėmis išlaidomis sveikatos priežiūrai ir sveikatos apsaugai. Dėl to pažangios valstybės siekia pailginti kokybiško gyvenimo, t.y gyvenimo be ligų ir neįgalumo, trukmę.

Vienuoliktoje įsakymo dalyje teigiama, kad kompleksinėms su senėjimu susijusioms problemoms spręsti būtina ankstyva su senėjimu susijusių ligų diagnostika, kuri neįmanoma be pažangiausių vaizdinimo technologijų, signalų analizės kūrimo ir tobulinimo.

Apibendrinant galime teigti, jog pagrindinis mokslo programos „Sveikas senėjimas“ tikslas – Lietuvos visuomenės sveiko senėjimo biomedicinos ir socialinės medicinos klausimų analizė ir sprendimai, pasitelkiant mokslo ir technologijų plėtrą. Programos tikslui pasiekti iškelti šie uždaviniai – sukurti naujus ligų rizikos veiksnių vertinimo ir profilaktikos metodus bei technologijas, sukurti ligų, trumpinančių sveiko gyvenimo trukmę, ankstyvos diagnostikos ir eigos prognozavimo metodus; sukurti, tobulinti ir iširti sveikatos būklių, darančių įtaką sveiko ir kokybiško gyvenimo trukmei, gydymo, ligonių reabilitacijos bei ilgalaikės stebėsenos metodus ir Lietuvos pagyvenusių žmonių socialinę atskirtį mažinančias technologijas.

Dar vienas svarbus dokumentas, kurį svarbu paminėti - „Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas“²⁰. Šiame įstatyme vienas iš pagrindinių visuomenės sveikatos stiprinimo uždavinių – vystyti ligų profilaktiką ir sveikatos stiprinimą.

²⁰ LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002. Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DD80CF948782> Žiūrėta [2015-05-25]

Sveikatos programos (2008-2013m.)²¹ vienas iš tikslų – skatinti sveikatingumą ir mažinti sveikatos sutrikimus. 2008 – 2013 metų programa numato tęsti kovą su rūkymu, alkoholiu, narkotinėmis medžiagomis, siekia gerinti žmonių mitybą, skatinti fizinį aktyvumą ir imtis konkrečių veiksnių susijusių su šiais sveikatos veiksniais. Programoje akcentuojamas dėmesys sveikam senėjimui, vaikų sveikatai ir bendradarbiavimas tarp sveikatos sistemų.

Kalbant apie sveiką senėjimą, būtina paminėti 2014 – 2020 metų trečiosios sveikatos programos²² tikslus. Vienas iš programos tikslų – skatinti sveikatingumą, užkirsti kelią ligoms ir propaguoti sveiką gyvenimą skatinančią aplinką, atsižvelgiant į sveikatos aspektų integravimo į visų sričių politiką principą.

Dar vienas svarbus Europos sveikatos politikos dokumentas - „Sveikata 2020“. Tai naujoji Europos sveikatos politika „Geresnė sveikata Europai prisitaikant prie besikeičiančios aplinkos“. Šios strategijos tikslas - reikšmingai pagerinti žmonių sveikatą ir gerovę, pratęsti sveiko gyvenimo trukmę, sumažinti netolygumus sveikatos srityje, stiprinti visuomenės sveikatą bei užtikrinti, kad sveikatos priežiūros sistemos, orientuotos į žmogų, būtų universalios, teisingos, tvarios ir kokybiškos. Svarbu paminėti, jog Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) parengto dokumento „Sveikata 2020 m.“ politika yra pagrįsta keturiomis prioritetinėmis sritimis, siekiant politinių veiksnių: investuoti į žmonių sveikatą taikant gyvenimo ciklo modelį ir suteikiant žmonėms daugiau galimybių, spręsti pagrindines regiono žmonių sveikatos problemas susijusias su užkrečiamomis ir neužkrečiamomis ligomis, stiprinti į žmones orientuotas sveikatos priežiūros sistemas, visuomenės sveikatos gebėjimus ir pasirengimą nenumatytiems atvejams; kurti atsparias bendruomenes ir palankią aplinką. Akcentuojama, kad sveikas ir aktyvus senėjimas yra politinis prioritetas ir pagrindinis tyrimų objektas.²³

Svarbu paminėti, jog Lietuvos valstybės sveikatos politika plėtojama remiantis PSO rekomendacijomis „Sveikata visiems XXI a.“ - tai Pasaulinė sveikatos deklaracija, priimta 1998 m. gegužės mėn. Pasaulio sveikatos organizacijos valstybės narės dar kartą patvirtino įsipareigojimus, išdėstytus PSO konstitucijoje, kad siekis būti kuo geresnės sveikatos – viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių. Dokumente „Sveikata visiems XXI a.“ yra pateikiamas 21 sveikatą stiprinantis siekinys ir strategijos siekiniai įgyvendinti. Du pagrindiniai tikslai, padedantys gerinti

²¹Europos Sąjungos sveikatos programa 2008 – 2013m. Prieiga per internetą http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_lt.htm Žiūrėta [2014-11-15]

²²Sveikatos augimui skatinti ES programa 2014-2020 m. Prieiga per internetą <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=URISERV%3Aasp0017> Žiūrėta [2015-04-15]

²³Health 2020. Prieiga per internetą http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Health2020_long.pdf Žiūrėta [2015-05-10]

sveikatą, atitinkantys pagrindinę kryptį: žmonių sveikatos priežiūra ir nuolatinis jos saugojimas visą gyvenimą; įvairių ligų, traumų atsiradimo bei sergamumo mažinimas.

Svarbu įvardinti ir dar vieną svarbų dokumentą, kuris prisidėjo prie sveikatos politikos plėtojimo - „Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011 – 2020 m. metmenys“. Šiame dokumente vienas iš tikslų - sukurti tokią sistemą, kuri skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją. Dokumente taip pat paminimos ir dabartinės sveikatos sistemos problemos: nepakankamai nuosekli politika ir jos įgyvendinimas, nepakankama gyventojų atsakomybė už savo sveikatą ir kt.²⁴

Apibendrinant Europos Sąjungos, Pasaulio sveikatos organizacijos bei Lietuvos pagrindinius sveikatos politikos dokumentus, galime išvelgti juose pateikiamus bendrus tikslus, kurie jau buvo įgyvendinami ar dar bus įgyvendinti ateityje. Visuose nagrinėtuose dokumentuose yra apibrėžiama sveiko senėjimo svarba, ligų prevencija, siekis gyventojus išlaikyti kuo ilgiau sveikus ir nepriklausomus. Pagrindiniai sveikatos programų tikslai yra nukreipti į sveiką gyvenseną, sveikos aplinkos vystymą, profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugas, bei sveiko ir kokybiško gyvenimo trukmės ilginimą.

6.3 Išlaidos sveikatos priežiūrai

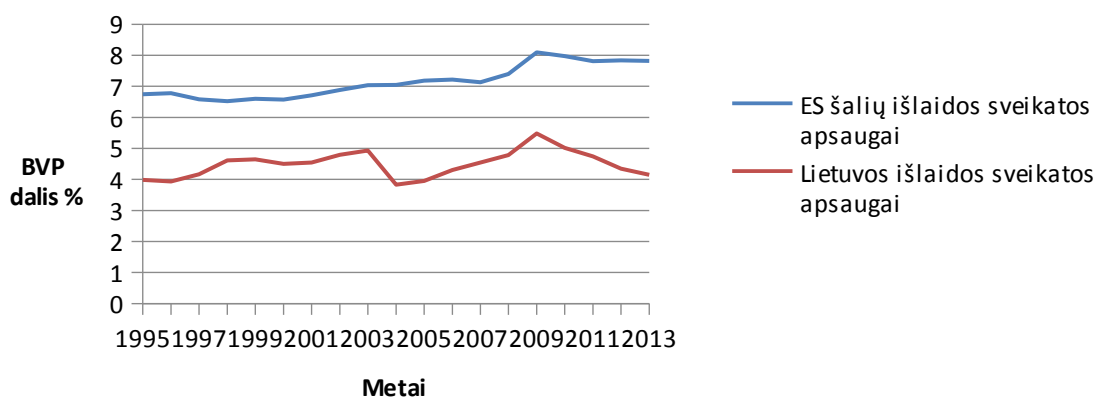
Lietuvos statistikos duomenimis (2013), bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 7,8 mlrd. litų (2,3 mlrd. EUR). Palyginus su 2012 m., jos padidėjo 266 mln. litų, arba 4 procentais, ir buvo 7 procentais didesnės nei 2011 m. Vieno šalies gyventojų sveikatos priežiūrai 2013 m. vidutiniškai buvo išleista 2654 litai (769 EUR), tai 116 litų (5 proc.) daugiau nei 2012 m. ir 234 litais (10 proc.) daugiau nei 2011 m.

2013 m. didžioji einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis pagal sveikatos priežiūros funkcijas teko gydymo paslaugoms (49,6 proc.) ir medicinos prekėms (daugiausiai vaistams) ambulatoriniams ligoniams (31,2 proc.). Pagal paslaugų teikėjų rūšis didžiausia bendrųjų išlaidų dalis teko ligoninėms (37,5 proc.), mažmeninės prekybos įmonėms ir kitiems medicinos prekių teikėjams (29,4 proc.), ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (23,6 proc.). Lietuvos sveikatos statistikos (2013) duomenimis, 2012 m. duomenimis tarp Europos Sąjungos (ES) ir Europos Laisvosios prekybos asociacijos (ELPA) šalių pagal išlaidų sveikatos priežiūrai dalį nuo BVP Lietuva užėmė vieną iš paskutiniųjų vietų (Gaidelytė ir kt., 2013).

²⁴ Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430, Prieiga per internetą http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_1?p_id=401152&p_query=&p_tr2=2 Žiūrėta[2015-03-08]

2 pav. parodoma, kokia BVP dalis (procentais) nuo 1995 iki 2013 metų vidutiniškai buvo skiriama sveikatos apsaugai Lietuvoje, lyginant su Europos Sąjungos šalimis (ES vidurkiu). 2013 metais Lietuvoje sveikatos apsaugai buvo skiriama 4,15% BVP, kai tuo tarpu Europos Sąjungos šalių vidurkis yra 7,82% BVP. Taigi, Lietuvoje šis rodiklis beveik du kartus mažesnis. Nuo 2004 iki 2009 metų valstybės išlaidos sveikatos apsaugai nuosekliai didėjo, o 2009 metų tik mažėja. 2013 metais šis rodiklis buvo toks pat kaip ir 1997 metais.

Išlaidos sveikatos apsaugai (BVP dalis %)



2 pav. ES šalių ir Lietuvos palyginimas pagal išlaidas skiriamas sveikatos apsaugai nuo BVP

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis pasaulio banko duomenimis

Atlikus klasterinę analizę pagal 2013 metų BVP (proc.) išlaidas sveikatos apsaugai, buvo išskirtos 5 ES šalių grupės (6 lentelė). Kaip matoma lentelėje, Lietuva 2013 metais buvo tarp prasčiausių šalių pagal BVP išlaidas sveikatos apsaugai.

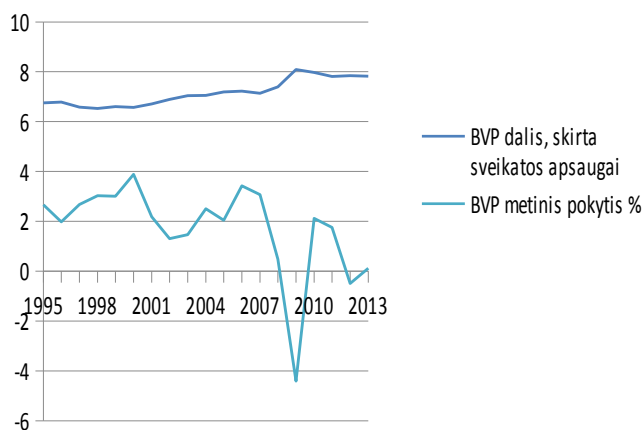
6 lentelė. ES šalių suskirstymas pagal išlaidas sveikatos apsaugai (BVP proc.) 2013 metais

| Klasterio Nr. | Šalis | 2013 metų išlaidos sveikatos apsaugai pagal BVP dalį (proc.) | Klasterio vidurkis |
|--------------------|----------------|--|--------------------|
| 1 | Kipras | 3,45 | 4,26 |
| | Latvija | 3,54 | |
| | Lietuva | 4,15 | |
| | Rumunija | 4,26 | |
| | Estija | 4,46 | |
| | Bulgarija | 4,52 | |
| | Lenkija | 4,64 | |
| | Vengrija | 5,12 | |
| 2 | Slovakija | 5,75 | 6,05 |
| | Malta | 5,77 | |
| | Kroatija | 5,84 | |
| | Liuksemburgas | 5,94 | |
| | Čekija | 6,03 | |
| | Airija | 6,04 | |
| | Ispanija | 6,25 | |
| | Portugalija | 6,28 | |
| | Slovėnija | 6,56 | |
| | 3 | Graikija | |
| Suomija | | 7,08 | |
| Italija | | 7,09 | |
| Jungtinė karalystė | | 7,62 | |
| Švedija | | 7,91 | |
| 4 | Austrija | 8,36 | 8,72 |
| | Belgija | 8,48 | |
| | Vokietija | 8,68 | |
| | Danija | 9,07 | |
| | Prancūzija | 9,04 | |
| 5 | Nyderlandai | 10,29 | 10,29 |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis pasaulio banko duomenimis

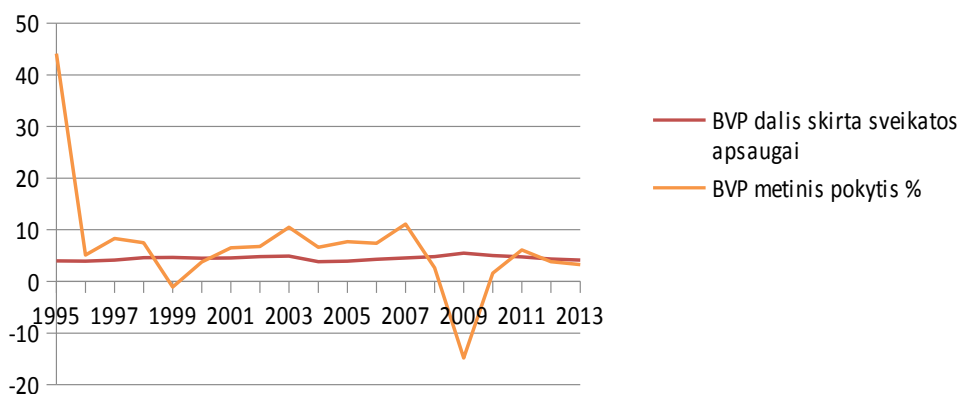
Siekiant nustatyti, ar Europos Sąjungos šalių bei atskirai Lietuvos BVP pokyčiai yra susiję su didesnėmis ar mažesnėmis išlaidomis sveikatos apsaugai, palyginta kaip per 1995-2013 m. laikotarpį kito šie abu rodikliai. Kaip galima matyti 2 ir 3 pav., minėti du rodikliai nėra reikšmingai susiję.

ES šalių BVP metinis pokytis ir BVP išlaidų dalis sveikatos apsaugai



2 pav. ES šalių BVP metiniai pokyčiai nuo 1995 iki 2013 metų ir išlaidų dalis sveikatos apsaugai
Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis pasaulio banko duomenimis (1995-2013)

Lietuvos BVP metinis pokytis ir BVP išlaidų dalis sveikatos apsaugai

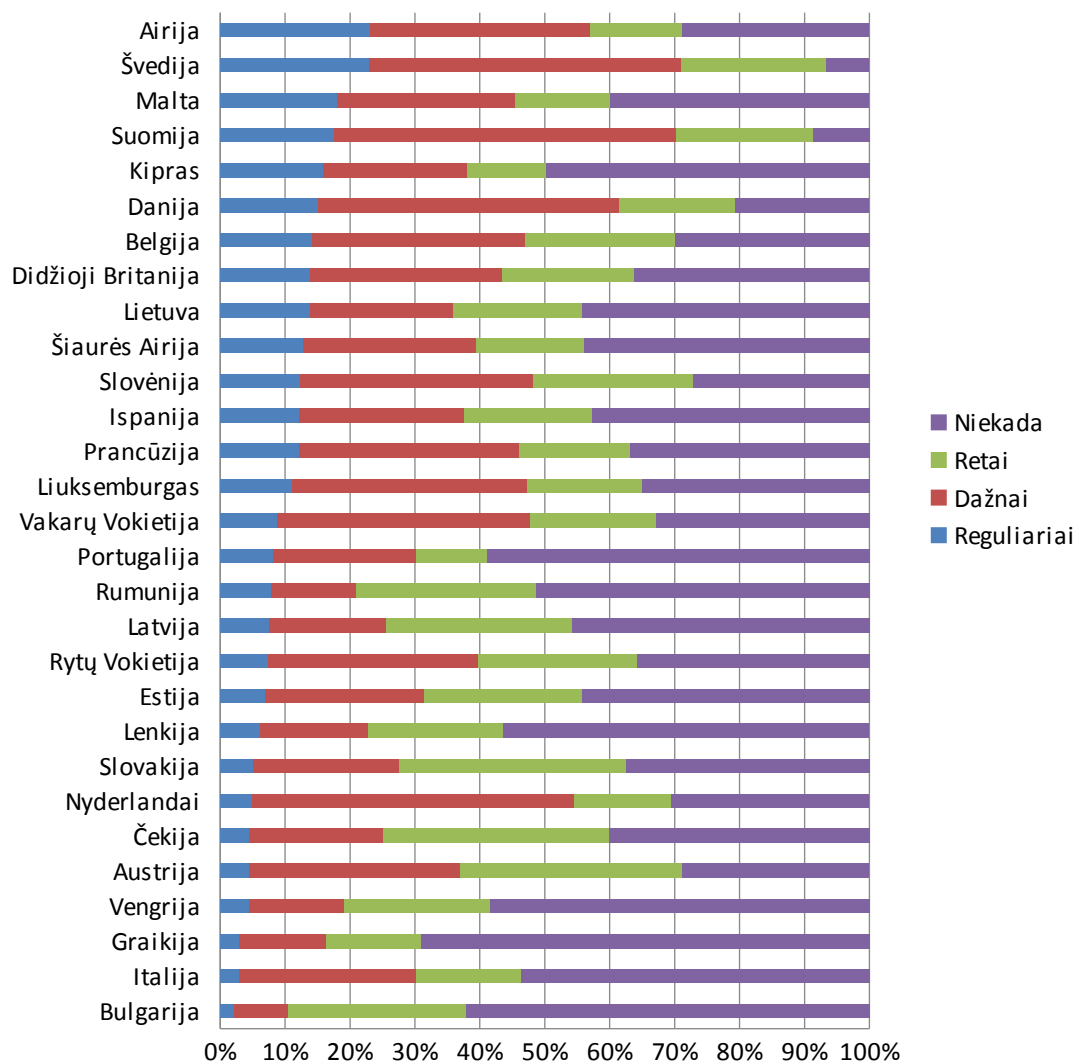


3 pav. Lietuvos BVP metiniai pokyčiai nuo 1995 iki 2013 metų ir BVP išlaidų dalis sveikatos apsaugai

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis pasaulio banko duomenimis (1995-2013)

6.4 Sveikatos stiprinimas. Sveika gyvensena. Sergamumas

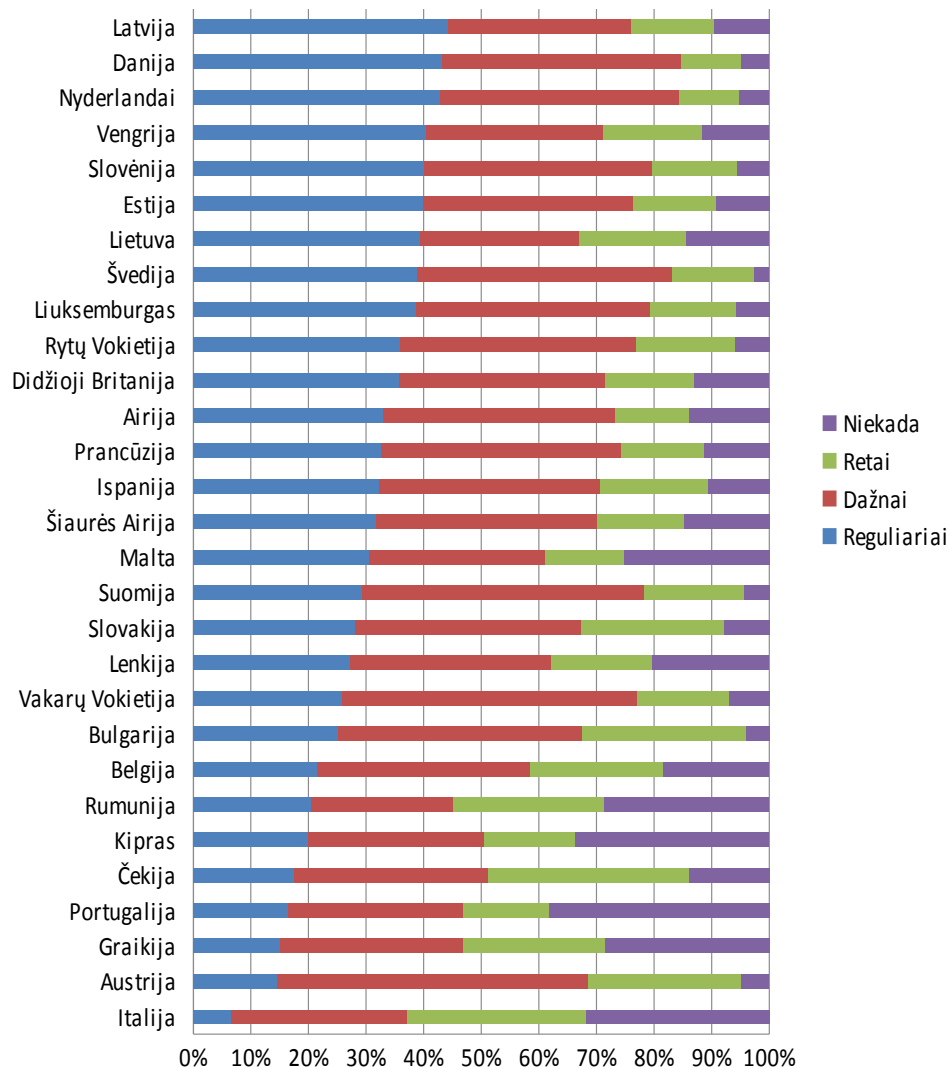
Palyginimas, kaip dažnai ES šalių gyventojai sportuoja



4 pav. Palyginimas, kaip dažnai ES šalių gyventojai sportuoja

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurobarometro 72.3 (2009) duomenimis

Palyginimas, kaip dažnai ES šalių gyventojai užsiima fizine veikla



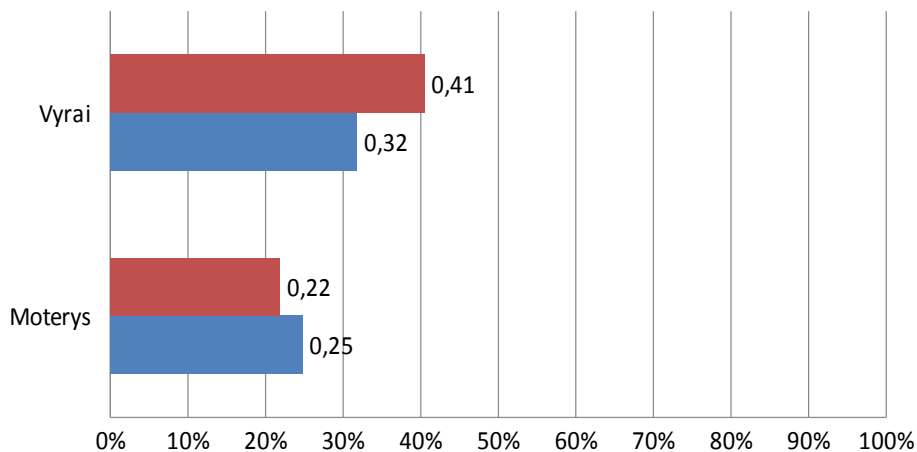
5 pav. Palyginimas, kaip dažnai ES šalių gyventojai užsiima fizine veikla

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurobarometro 72.3 (2009) duomenimis

4 ir 5 pav. matoma kad Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo rodikliai lyginant su kitų ES šalių yra aukštesni nei vidutiniai. Eurobarometro duomenimis, reguliariai sportuojantys Lietuvoje sudarė 13,8% apklaustųjų, o reguliariai užsiimantys fizine veikla – 39,40%. Sportine veikla įvardijamas kokios nors sporto šakos propagavimas, o fiziniu aktyvumu tokios energijos reikalaujančios veiklos kaip pvz., keliavimas pėsčiomis, važinėjimas dviračiu, ir kt.

6 pav. parodoma, kokią dalį visų Lietuvos gyventojų virš 15 metų (vyrų ir moterų) sudaro rūkantieji. Šie duomenys palyginami su ES šalių duomenimis. Pastebima, kad rūkančių Lietuvos vyrų dalis net 9,11 % didesnė nei ES šalių vidurkis. Tačiau Lietuvos moterų rodikliai priešingi – jos rūko mažiau nei kitų ES šalių moterys.

Rūkančiųjų dalis Lietuvoje lyginant su ES šalių vidurkiu

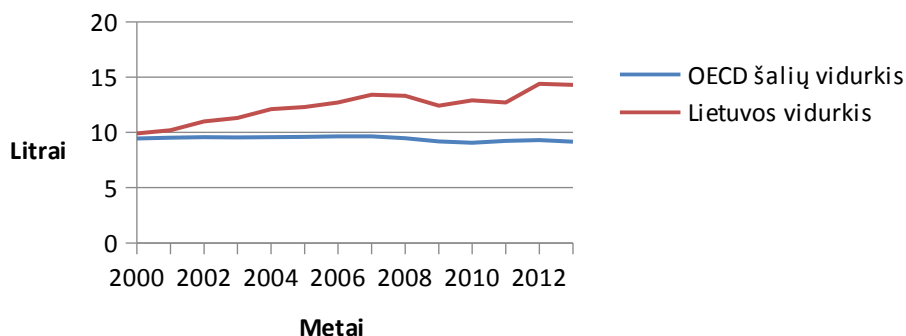


6 pav. Rūkančiųjų vyrų ir moterų dalies Lietuvoje palyginimas su ES šalių vidurkiu

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis pasaulio banko duomenimis

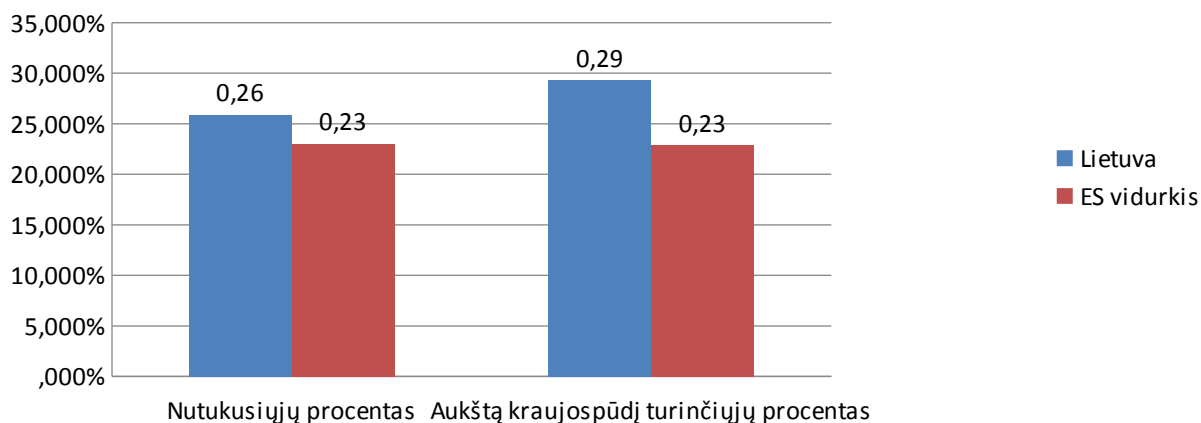
OECD duomenimis, Lietuvos gyventojai yra vieni iš daugiausiai alkoholio suvartojančių per metus. 2013 metais vienam gyventojui šis rodiklis buvo 14,3 litro, kai tuo tarpu imant kitas šalis – vidutinis suvartojimas yra 9,1 litro. 7 pav. matoma, kad Lietuvoje nuo 2000 metų alkoholio suvartojimas vis auga.

Alkoholio suvartojimas 1 asmeniui per metus



7 pav. Lietuvos gyventojų alkoholio suvartojimas (litrais) ir jo palyginimas su OECD šalių vidurkiu
Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis OECD (2000–2012) duomenimis

Sveikatos rizikos faktoriai: nutukimas ir aukštas kraujospūdis



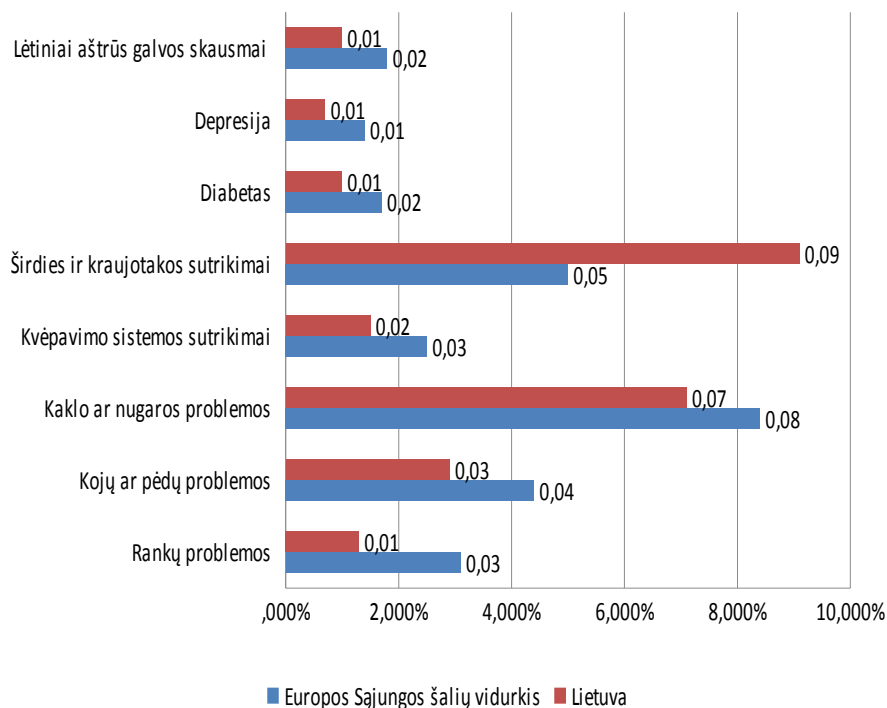
8 pav. Nutukusių ir aukštą kraujospūdį turinčių gyventojų dalis Lietuvoje lyginant su ES šalių vidurkiu

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO) (2014) duomenimis

Naudojant Pasaulio sveikatos organizacijos (WHO) tyrimo duomenis palyginti 2014 m. Lietuvos ir kitų ES šalių duomenys, kurią dalį šalies gyventojų sudaro nutukusieji (kūno masės indeksas ≥ 30) bei turintieji padidėjusį kraujospūdį (sistolinį ≥ 140 , diastolinį ≥ 90). 8 pav. Lietuvos gyventojų duomenys palyginami su ES šalių vidutiniais duomenimis. Lietuvoje šie sveikatos rizikos faktoriai

aukštesni nei ES šalių vidurkis: nutukusiųjų yra 2,9 % daugiau, o per aukštą kraujospūdį turinčiųjų – 6,41% daugiau.

Lietuvos gyventojų lėtinių sveikatos problemų palyginimas su ES vidutiniais rodikliais



9 pav. Lietuvos gyventojų lėtinių sveikatos problemų palyginimas su ES vidutiniais rodikliais

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurostat duomenimis

9 pav. parodoma, koks procentas Lietuvos gyventojų turi lėtinių sutrikimų ir šis rodiklis palyginamas su ES šalių vidurkiu. Pastebima, kad sergamumas tam tikromis lėtinėmis ligomis Lietuvoje mažesnis nei kitose ES šalyse: mažiau turinčių rankų, kojų, kaklo ar nugaros problemų, mažiau kvėpavimo sistemos sutrikimų, retesnis diabetas, depresija, migreniniai galvos skausmai. Tačiau Lietuvoje 4,1% daugiau sergančiųjų širdies ir kraujotakos sistemos ligomis.

Lietuvos gyventojų, turinčių ilgalaikių sveikatos problemų, dalis 1,4 % mažesnė nei vidutiniškai ES šalyse (7 lentelė). Vyrų grupėje šis rodiklis mažesnis 3,7 %, o moterų – 0,2 % didesnis.

7 lentelė. Gyventojų, turinčių ilgalaikių sveikatos problemų, dalis tarp visų šalies gyventojų (proc.)

| | Iš viso | Vyrai | Moterys |
|--------------------|----------------|--------------|----------------|
| ES vidurkis | 32,4 | 30,1 | 34,6 |
| Lietuva | 31 | 26,4 | 34,8 |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurostat duomenimis

Naudojant Eurostat duomenis palyginta, kaip vyresni nei 16 metų Lietuvos ir ES šalių gyventojai vertina savo sveikatą Likerto skalėje nuo „Labai gerai arba gerai“ iki „Blogai arba labai blogai“. 8 lentelėje parodoma, kaip pasiskirstė tiriamųjų atsakymai. 2013 m. Eurostat duomenimis, Lietuvoje vyrų savo sveikatą vertinančių labai gerai arba gerai - net 18,1 % mažiau nei vidutiniškai Europos Sąjungoje yra taip vertinančių, o moterų – net 22,2 % mažiau.

8 lentelė. Gyventojų savo sveikatos būklės subjektyvus vertinimas (2013 m.), atsakymo variantą pasirinkusiųjų dalis (proc.)

| | Vyrai | | | Moterys | | |
|---------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| | Labai gerai arba gerai | Vidutiniškai | Blogai arba labai blogai | Labai gerai arba gerai | Vidutiniškai | Blogai arba labai blogai |
| Savo sveikatos vertinimas | | | | | | |
| ES vidurkis | 70,3 | 21 | 8,7 | 64,4 | 24,6 | 11 |
| Lietuva | 52,2 | 33,2 | 14,6 | 42,2 | 36,5 | 21,3 |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurostat duomenimis

Siekiant palyginti trijų Baltijos šalių - Lietuvos, Latvijos ir Estijos gyventojų elgesį, turintį teigiamos ar neigiamos įtakos sveikatai, 9 lentelėje parodoma, kuri dalis (%) gyventojų šiose šalyse turi antsvorį, yra nutukę, rūko kasdien, kuri - nerūko, valgo šviežias daržoves mažiausiai 3 kartus per dieną bei laisvalaikiu užsiima fizine veikla mažiausiai 30 min. daugiau nei 4 ar daugiau dienų per savaitę. Pastebima, kad Lietuvoje lyginant su Estija ir Latvija nutukusių ir turinčių antsvorį gyventojų dalis didesnė. Tačiau Lietuvoje gyventojai daugiau valgo šviežių daržovių ir dažniau užsiima fizine veikla, mažiau yra rūkančiųjų.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Lietuvos gyventojų, dažnai užsiimančių fizine veikla, dalis statistiškai reikšmingai didesnė nei Latvijoje ir Estijoje ($p < 0,05$).

9 lentelė. Gyventojų elgesio, turinčio įtakos sveikatai, palyginimas Lietuvoje, Latvijoje ir Estijoje (proc.)

| | Estija | Latvija | Lietuva | Chi kvadratas, p |
|--|--------|---------|---------|----------------------------|
| Turinčiųjų atsvorį dalis (KMI 25,0-29,9) | 29,9 | 33 | 33,5 | $\chi^2=0,237$, $p=0,88$ |
| Nutukusiųjų dalis (KMI ≥ 30) | 19 | 19,8 | 19,9 | $\chi^2= 0,025$, $p=0,98$ |
| Rūkančiųjų kasdien dalis | 26 | 33,9 | 20,5 | $\chi^2= 3,386$, $p=0,18$ |
| Nerūkančiųjų dalis | 41,9 | 47,6 | 51,6 | $\chi^2=1,01$, $p=0,60$ |
| Dalis, valgančių šviežias daržoves mažiausiai 3 kartus per dieną | 52,3 | 56,5 | 62 | $\chi^2=0,831$, $p=0,66$ |
| Dalis gyventojų, kurie laisvalaikiu užsiima fizine veikla mažiausiai 30 min. daugiau nei 4 ar daugiau dienų per savaitę | 14,5 | 14,3 | 28,9 | $\chi^2= 7,289$, $p=0,04$ |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis higienos instituto Sveikatos informacijos centro (2013) duomenimis

Lietuvoje, lyginant su ES šalių vidurkiu, du kartus didesnis mirtingumas nuo kraujotakos ligų, mirtingumas dėl autoįvykių, 4 kartus – dėl širdies ligų, 2, 5 karto daugiau savižudybių (statistika 10000 gyventojų). Lietuvoje 10000 taip pat tenka daugiau plaučių vėžio atvejų. Tačiau beveik du kartus mažiau kvėpavimo ir nervų sistemos ligų (10 lentelė).

10 lentelė. Dažniausios mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų)

| | Mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų) | | | | | | | | |
|--------------------|--|---------------|-------|---------------|---------------|--------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| | Kraujotakos ligos | Širdies ligos | Vėžys | Plaučių vėžys | Žarnyno vėžys | Kvėpavimo sistemos ligos | Nervų sistemos ligos | Autoįvykiai | Savižudybės |
| ES vidurkis | 393,6 | 136,8 | 266,9 | 55,4 | 31,9 | 82,9 | 37,5 | 6,3 | 11,9 |
| Lietuva | 900,6 | 592,0 | 278,1 | 47,0 | 31,9 | 45,0 | 18,1 | 12,9 | 30,7 |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurostat duomenimis

Tačiau, kaip matoma 11 ir 12 lentelėse, 2011 m. mirusių nuo kvėpavimo ir nervų sistemos ligų gyventojų iki 65 metų Lietuvoje buvo net šiek tiek daugiau negu vidutiniškai ES šalyse. Taigi,

atsižvelgiant į bendrą mirtingumo nuo šių ligų statistiką, Lietuvoje buvo reikšmingai mažesnis vyresnių nei 65 metų gyventojų mirtingumas nuo kvėpavimo ir nervų sistemos ligų.

11 lentelė. Jaunesnių nei 65 metų gyventojų dažniausios mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų)

| Jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų) | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------|-------|---------------|---------------|--------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| | Kraujotakos ligos | Širdies ligos | Vėžys | Plaučių vėžys | Žarnyno vėžys | Kvėpavimo sistemos ligos | Nervų sistemos ligos | Autoįvykiai | Savižudybės |
| ES vidurkis | 48,5 | 20,8 | 82,7 | 20,5 | 7,6 | 8,9 | 5,7 | 5,7 | 10,5 |
| Lietuva | 142,3 | 79,4 | 103,1 | 19,9 | 7,9 | 14 | 7,9 | 12,8 | 29,8 |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurostat duomenimis

12 lentelė. Vyresnių nei 65 metų gyventojų dažniausios mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų)

| Vyresnių nei 65 metų gyventojų mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų) | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|------------------------|---------------------------|-------|--------------------------|-----------------------------|---------------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| | Kraujotakos ligos | Iš jų: | | | Kvėpavimo sistemos ligos | Vėžys (piktybiniai augliai) | Iš jų: | | | |
| | | Išeminės širdies ligos | Galvos kraujagyslių ligos | | | | Plaučių vėžys | Žarnyno vėžys | Krūties vėžys (tik moterims) | Prostatos vėžys (tik vyrams) |
| ES vidurkis | 1822,2 | 625,8 | 442,5 | 372,8 | 1031,7 | 200,3 | 133,2 | 110,2 | 198,8 | |
| Lietuva | 4072 | 2705,6 | 1014 | 172 | 1001,3 | 170,4 | 138,8 | 80 | 279,1 | |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurostat duomenimis

Europos Sąjungos šalyse pažangai, padarytai gerinant galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, stebėti naudojamas rodiklis – sveiko gyvenimo metai. Sveiko gyvenimo metų (arba gyvenimo be negalios trukmės) duomenys rodo, kiek metų tam tikro amžiaus žmogus gali tikėtis gyventi be negalios. Sveiko gyvenimo metų rodiklis yra vienas iš pagrindinių Europos struktūrinių rodiklių – jo svarba pripažinta Lisabonos strategijoje.

Kaip matoma 13 lentelėje, Lietuvoje vyrų ir moterų bendra sveiko gyvenimo trukmė nevienoda – Lietuvoje vyrams ji vidutiniškai 4,6 metų trumpesnė nei ES, o moterų net nežymiai (0,1 m.) ilgesnė. Tačiau lyginant vyresnių nei 65 metų gyventojų likusio sveiko gyvenimo trukmę pastebima, kad Lietuvos moterims ji yra vidutiniškai 2,3 metų, o vyrams - 2,6 metų trumpesnė nei kitose ES šalyse.

13 lentelė. Sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje lyginant su ES šalių vidurkiu

| | Sveiko gyvenimo trukmė nuo gimimo | | Sveiko gyvenimo trukmė nuo 65 metų | |
|--------------------|-----------------------------------|-----------|------------------------------------|----------|
| | Moterys | Vyrai | Moterys | Vyrai |
| ES vidurkis | 61,5 metų | 61,4 metų | 8,6 metų | 8,5 metų |
| Lietuva | 61,6 metų | 56,8 metų | 6,3 metų | 5,9 metų |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurostat duomenimis

6.5 Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros sistemos esamą situaciją, buvo įvertinti du svarbiausi parametrai: prieinamumas ir kokybė.

Vieni iš sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo rodiklių – ligoninės lovų bei gydytojų skaičius 1000 gyventojų. Eurostat duomenimis, slaugytojų skaičius nuo 2002 metų visose Europos šalyse augo, tik Lietuvoje ir Slovakijoje – sumažėjo. Tačiau, kaip matoma 14 lentelėje, Lietuvoje gydytojų bei ligoninės lovų skaičius 1000 gyventojų ir 2011-2012 metais vis dėlto viršijo ES šalių vidurkį.

14 lentelė. Gydytojų ir ligoninės lovų skaičius 1000 gyventojų

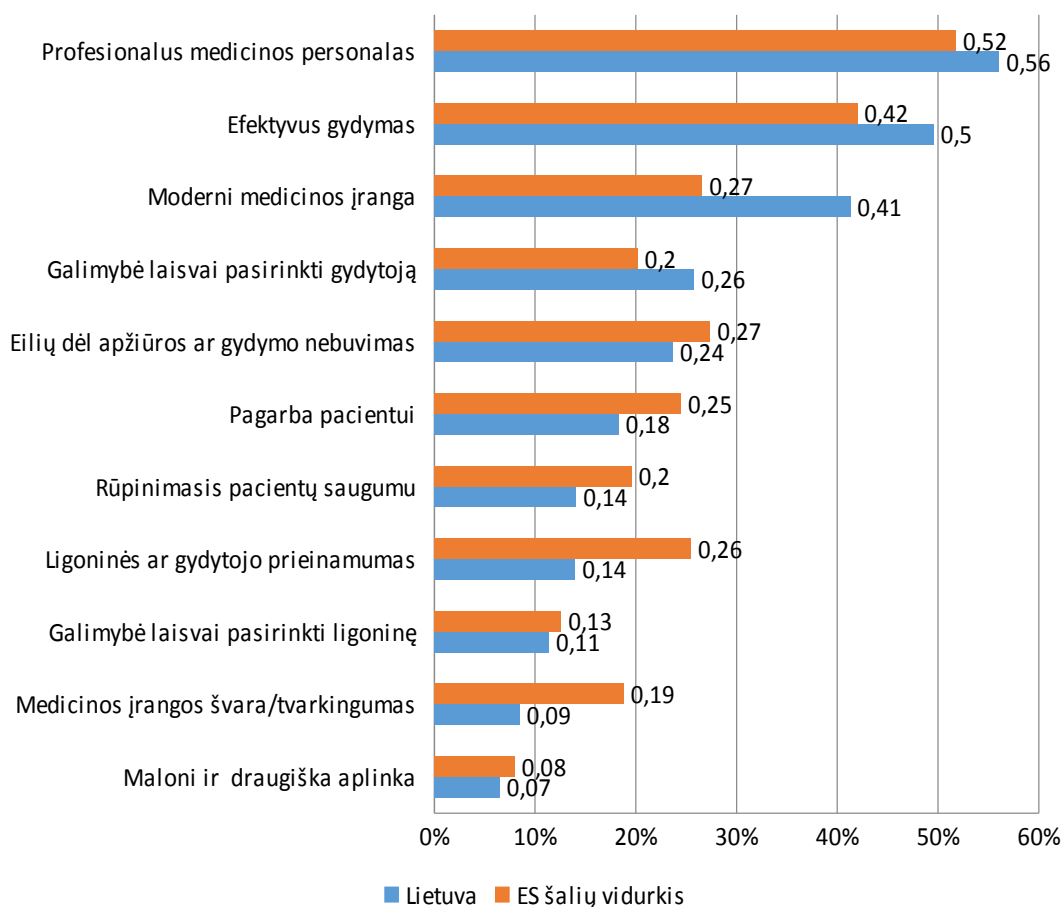
| | Lietuva | ES vidurkis |
|---|---------|-------------|
| Gydytojų skaičius, 1000 gyventojų (2012 m.) | 4,22 | 3,40 |
| Ligoninės lovų skaičius, 1000 gyventojų (2011 m.) | 7,44 | 5,25 |
| Slaugytojų skaičius 1000 gyventojų (2012 m.) | 7,5 | 8 |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurostat ir OECD duomenimis (2012)

2013 m. Eurobarometro apklausos metu ES šalių gyventojai buvo paprašyti įvertinti sveikatos priežiūros sistemos kokybę savo šalyje, jos kokybę lyginant su kitomis ES šalimis bei atsakyti, kokie šios kokybės rodikliai, jų nuomone, yra reikšmingiausi. 10 pav. parodoma, kuri dalis Lietuvos apklaustųjų pažymėjo tam tikrą sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodiklį kaip svarbų bei kokie vidutiniai ES šalių gyventojų sveikatos priežiūros sistemos kokybės savo šalyje vertinimai.

Kaip matoma 10 pav., Lietuvos gyventojams svarbiausi sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodikliai yra profesionalus medicinos personalas, efektyvus gydymas, moderni medicinos įranga bei galimybė laisvai pasirinkti gydytoją. Pastebima, kad visų ES šalių gyventojams šie rodikliai yra vidutiniškai mažiau svarbūs. Galima daryti prielaidą, kad ne Lietuvos gyventojams gydymo kokybė, medicinos personalo profesionalumas ir moderni medicinos įranga atrodo labiau suprantamas dalykas ir į tai jau nebekreipiama daug dėmesio. Kitų šalių gyventojams daug svarbesni sveikatos priežiūros kokybės rodikliai tiesiogiai nesusiję su gydymu – kaip pagarba pacientui, maloni ir draugiška aplinka. Pastebima, kad kitų ES šalių gyventojai yra reiklesni sveikatos priežiūros sistemos kokybei nei Lietuvos gyventojai.

Sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodiklių reikšmingumas



10 pav. Sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodiklių reikšmingumas

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

65% apklaustųjų Lietuvoje sveikatos priežiūros sistemą savo šalyje vertino gerai arba labai gerai, o tuo tarpu ES šalių vidurkis - 68,5 %. Pastebima, kad labai nedidelė dalis lietuvių, (tik 2,8 %) atsakė, jog Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą vertina labai gerai (15 lentelė). Lietuvos gyventojai mažiau linkę manyti, kad jų šalyje sveikatos priežiūros sistema yra geresnė nei kitose ES šalyse (16 lentelė).

15 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas (proc.)

| | Labai gerai | Gerai | Blogai | Labai blogai | Neatsakė |
|-------------------|-------------|-------|--------|--------------|----------|
| Lietuva | 2,8 | 62,2 | 27,8 | 5,2 | 2,1 |
| ES šalių vidurkis | 15,7 | 52,8 | 22,2 | 7,8 | 1,4 |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurobarometro (2013 m.) duomenimis

16 lentelė. Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis (proc.)

| | Geresnė | Tokia pati | Blogesnė | Neatsakė |
|-------------------|---------|------------|----------|----------|
| Lietuva | 15,7 | 34,1 | 30,2 | 19,9 |
| ES šalių vidurkis | 26,1 | 30,7 | 30,1 | 13,2 |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurobarometro (2013 m.) duomenimis

53,1 % Lietuvos apklaustųjų teigė, kad jų nuomone, žala pacientui šalies ligoninėje yra tikėtina arba labai tikėtina. Bendrai ES šalyse taip manančiųjų buvo nežymiai daugiau - 53,4 %, tačiau 4,7 % daugiau manančiųjų, kad žala labai tikėtina (17 lentelė).

17 lentelė. Vertinimas, kiek tikėtina žala pacientui šalies ligoninėje (proc.)

| | Labai tikėtina | Tikėtina | Nelabai tikėtina | Visiškai nėra tikėtina | Neatsakė |
|-------------------|----------------|----------|------------------|------------------------|----------|
| Lietuva | 7,5 | 45,6 | 38,5 | 3,4 | 5,0 |
| ES šalių vidurkis | 12,2 | 41,2 | 37,1 | 4,40 | 5,0 |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurobarometro (2013 m.) duomenimis

Tačiau Lietuvos gyventojai labiau tiki galima žala kitoje gydymo įstaigoje. 58,2 % Lietuvos tyrimo dalyvių atsakė, jog ji tikėtina arba labai tikėtina, o ES šalyse taip vertinančiųjų buvo šiek tiek mažiau – 51,9 % (18 lentelė).

18 lentelė. Vertinimas, kiek tikėtina žala pacientui šalies gydymo įstaigoje (išskyrus ligonines) (proc.)

| | Labai tikėtina | Tikėtina | Nelabai tikėtina | Visiškai nėra tikėtina | Neatsakė |
|-------------------|----------------|----------|------------------|------------------------|----------|
| Lietuva | 8,6 | 49,6 | 33,1 | 2,7 | 6,0 |
| ES šalių vidurkis | 11,2 | 40,7 | 37,7 | 4,2 | 6,2 |

Šaltinis: sudaryta autorės, remiantis Eurobarometro (2013 m.) duomenimis

Naudojant 2013 m. Eurobarometro duomenis palyginta, ar vertinant savo šalies sveikatos priežiūros sistemos kokybę statistiškai reikšmingai skyrėsi įvairių socialinių grupių Lietuvos gyventojų nuomonės (priedų 19-28 lentelės). Tarpusavyje buvo palyginti tie gyventojai, kuriems per paskutinius 3 metus buvo atlikta chirurginė operacija su tais, kuriems nebuvo, kurie gulėjo ligoninėje per paskutinius 12 mėnesių ir kurie negulėjo, tuos, kuriems per paskutinius 12 mėnesių buvo taikoma ilgalaikė slauga, ir kuriems nebuvo. Taip pat palyginti skirtingų gyvenamųjų vietovių apklaustieji, vyrai ir moterys bei skirtingo amžiaus, skirtingos darbinės padėties, skirtingų socialinių grupių gyventojai. Statistiniam dviejų grupių palyginimui naudotas Mann Whitney neparametrinis kriterijus, daugiau nei dviejų – Kruskal Wallis kriterijus. Priklausomybės ryšiams tarp kintamųjų įvertinti skaičiuotas Spearmano koreliacijos koeficientas. Rezultatai tarp grupių statistiškai reikšmingai skiriasi, arba koreliacija statistiškai reikšminga, jeigu p reikšmė mažesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad tie tyrimo dalyviai, kurie gulėjo ligoninėje per paskutinius 12 mėnesių, sveikatos priežiūros sistemą savo šalyje lyginant su kitoms ES šalimis vertino prasčiau negu tie, kurie negulėjo (20 lentelė). Šie skirtumai statistiškai reikšmingi. Taip pat pastebėta nežymi sąsaja tarp respondento amžiaus ir jo Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo (koreliacijos koeficientas -0.073, $p=0,022$) (23 lentelė). Kuo vyresnis gyventojas, tuo jo vertinimas prastesnis.

IŠVADOS

1. Gyventojų senėjimas kelia iššūkius sveikatos apsaugos sistemai: sveikatos apsaugos tolydaus finansavimo užtikrinimas, ligų prevencijos, gydymo, aukštos kokybės paslaugų subalansuotos plėtros užtikrinimas, kokybiškų paslaugų prieinamumo visiems visuomenės nariams užtikrinimas, sveikos gyvensenos propagavimas ir skatinimas. Sveikatos priežiūros išlaidos susijusios su amžiumi, taip pat jos priklauso nuo konkretaus žmogaus sveikatos būklės. Tikėtina, kad tas, kuris serga, sunaudos daugiau lėšų, negu tas, kuris neturi rimtesnių sveikatos problemų.
2. Lietuvoje 2013 metais sveikatos apsaugai buvo skiriama mažiau lėšų nuo BVP negu kitose ES šalyse. Lietuvoje šis rodiklis buvo beveik du kartus mažesnis. Lyginant su kitomis Europos šalimis, Lietuva 2013 metais buvo tarp šalių, kurių išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP mažiausia.
3. Dauguma Lietuvos gyventojų nepakankamai rūpinasi sveika gyvensena. Neinfekcinių ligų atsiradimui didelę įtaką turi rūkymas, nesaikingas alkoholio vartojimas, netinkama mityba, per mažas fizinis aktyvumas. Rūkančių vyrų dalis Lietuvoje didesnė nei kitų ES šalių vidurkis, tačiau moterų rodikliai priešingi – jos rūko mažiau nei kitų ES šalių moterys. Lietuvos gyventojai yra vieni daugiausiai alkoholio suvartojančių per metus. Nuo 2000 metų alkoholio suvartojimas vis auga ir viršija ES vidurkį. Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo rodikliai lyginant su kitų ES šalių yra aukštesni nei vidutiniai. Nutukusių ir aukštą kraujospūdį turinčių gyventojų dalis Lietuvoje yra didesnė lyginant su ES šalių vidurkiu. Lietuvoje lyginant su Latvija ir Estija nutukusių, turinčių antsvorį gyventojų dalis didesnė. Tačiau Lietuvoje gyventojai daugiau valgo daržovių ir dažniau užsiima fizine veikla, yra mažiau rūkančiųjų.
4. Sergamumas tam tikromis lėtinėmis ligomis Lietuvoje yra mažesnis nei kitose ES šalyse: mažiau turinčių rankų, kojų, kaklo ar nugaros problemų, mažiau kvėpavimo sistemos sutrikimų, retesnis diabetas, depresija, migreniniai galvos skausmai. Tačiau Lietuvoje daugiau sergančiųjų širdies ir kraujotakos ligomis. Lietuvos gyventojų, turinčių ilgalaikių sveikatos problemų, dalis – mažesnė nei vidutiniškai ES šalyse. Lietuvoje, lyginant su ES šalių vidurkiu, du kartus didesnis mirtingumas nuo kraujotakos ligų, autoįvykių, 4 kartus – dėl širdies ligų, 2,5 karto daugiau savižudybių (statistika 10000 gyventojų). Lietuvoje 10000 taip pat tenka daugiau plaučių vėžio atvejų. Tačiau beveik du kartus mažiau kvėpavimo ir nervų sistemos ligų.
5. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje yra vertinamas vidutiniškai. Vertinant ligoninių bei gydytojų skaičių, tenkantį 1000 gyventojų, lyginant su ES šalių vidurkiu, galime pastebėti, kad Lietuva patenka tarp šalių, turinčių didesnę gydytojų skaičių 1000 gyventojų. Taip pat Lietuva pasižymi didesniu lovų skaičiumi (1000 gyventojų), lyginant su ES šalių vidurkiu.

6. Subjektyvų sveikatos vertinimą sąlygoja objektyvi sveikatos būklė. Su amžiumi ne tik prastėja subjektyvus sveikatos vertinimas, bet ir objektyvi sveikata, nes išauga poreikis stacionarioms paslaugoms, labai padidėja sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis, piktybiniais navikais. Lietuvoje vyrų ir moterų savo sveikatą vertinančių labai gerai arba gerai yra mažiau nei vidutiniškai Europos Sąjungoje taip vertinančių.

7. Lietuvos gyventojams svarbiausi sveikatos priežiūros sistemos kokybės rodikliai yra profesionalus medicinos personalas, efektyvus gydymas, moderni medicinos įranga bei galimybė laisvai pasirinkti gydytoją. Pastebima, kad kitų ES šalių gyventojams šie rodikliai yra vidutiniškai mažiau svarbūs. Galima daryti prielaidą, kad ne Lietuvos gyventojams gydymo kokybė, medicinos personalo profesionalumas ir moderni medicinos įranga atrodo labiau suprantamas dalykas ir į tai jau nebekreipiama dėmesio. Kitų šalių gyventojams daug svarbesni sveikatos priežiūros kokybės rodikliai tiesiogiai nesusiję su gydymu – kaip pagarba pacientui, maloni ir draugiška aplinka. Pastebima, kad kitų ES šalių gyventojai yra reiklesni sveikatos priežiūros sistemos kokybei nei Lietuvos gyventojai.

8. Sveikatos priežiūros sistemą savo šalyje gyventojai vertino gerai arba labai gerai, tuo tarpu ES šalių vidurkis buvo aukštesnis. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad tie tyrimo dalyviai, kurie gulėjo ligoninėje per paskutinius 12 mėnesių, sveikatos priežiūros sistemą savo šalyje vertino prasčiau negu tie, kurie negulėjo. Taip pat pastebėta sąsaja tarp respondento amžiaus ir sveikatos priežiūros sistemos vertinimo. Kuo vyresnis gyventojas, tuo jo vertinimas prastesnis.

PRIEDAI

19 lentelė. Palyginimas, kaip vertina Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą tie, kuriems per paskutinius 3 metus buvo atlikta chirurginė operacija, ir tie kuriems nebuvo (Eurobarometras 80.2) (2013).

| | Ar per paskutinius 3 metus buvo atlikta chirurginė operacija | N | Mann-Whitney vidutiniai rangai | Mann-Whitney U | P reikšmė |
|--|--|-----|--------------------------------|----------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Taip | 337 | 485.55 | 106678.500 | 0.199 |
| | Ne | 661 | 506.61 | | |
| | Iš viso | 998 | | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Taip | 283 | 411.58 | 74264.000 | 0.733 |
| | Ne | 532 | 406.09 | | |
| | Iš viso | 815 | | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

20 lentelė. Palyginimas, kaip vertina Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą tie, kurie per paskutinius 12 mėnesių gulėjo ligoninėje, ir kurie – ne.

| | Ar gulėjo ligoninėje per paskutinius 12 mėnesių | N | Mann-Whitney vidutiniai rangai | Mann-Whitney U | P reikšmė |
|--|---|------|--------------------------------|----------------|--------------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Ne | 827 | 504.74 | 69681.500 | 0.364 |
| | Taip | 175 | 486.18 | | |
| | Iš viso | 1002 | | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Ne | 682 | 416.82 | 42067.000 | 0.047 |
| | Taip | 137 | 376.06 | | |
| | Iš viso | 819 | | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

21 lentelė. Palyginimas, kaip vertina Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą tie, kuriems per paskutinius 12 mėnesių buvo taikoma ilgalaikė slauga ir kuriems – ne.

| | Ar per paskutinius 12 mėnesių buvo taikoma ilgalaikė slauga | N | Mann-Whitney vidutiniai rangai | Mann-Whitney U | P reikšmė |
|--|---|------|--------------------------------|----------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Ne | 972 | 503.03 | 13088.000 | 0.260 |
| | Taip | 30 | 451.77 | | |
| | Iš viso | 1002 | | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Ne | 793 | 410.94 | 9560.000 | 0.497 |
| | Taip | 26 | 381.19 | | |
| | Iš viso | 819 | | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

22 lentelė. Palyginimas, kaip Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą vertina vyrai ir moterys

| | Lytis | N | Mann-Whitney vidutiniai rangai | Mann-Whitney U | P reikšmė |
|--|---------|------|--------------------------------|----------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Vyras | 456 | 506.92 | 122015.50 | 0.523 |
| | Moteris | 546 | 496.97 | | |
| | Iš viso | 1002 | | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Vyras | 371 | 402.75 | 80415.000 | 0.390 |
| | Moteris | 448 | 416.00 | | |
| | Iš viso | 819 | | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

23 lentelė. Palyginimas, kaip Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą vertina skirtingo amžiaus gyventojai

| | Amžiaus grupės | N | Kruskal Wallis vidutiniai rangai | P reikšmė |
|--|--------------------|------|----------------------------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | 15 - 24 metų | 177 | 541.25 | 0.102 |
| | 25 - 39 metų | 204 | 500.83 | |
| | 40 - 54 metų | 306 | 495.92 | |
| | 55 metų ir daugiau | 315 | 485.02 | |
| | Iš viso | 1002 | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | 15 - 24 metų | 160 | 401.14 | 0.623 |
| | 25 - 39 metų | 179 | 399.27 | |
| | 40 - 54 metų | 244 | 409.37 | |
| | 55 metų ir daugiau | 236 | 424.79 | |
| | Iš viso | 819 | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

24 lentelė. Sąsaja tarp respondento amžiaus ir jo Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo

| | | | Amžius |
|-----------------------|--|---------------------------|-----------|
| Spearmano koreliacija | Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Koreliacijos koeficientas | -0.073(*) |
| | | P reikšmė | 0.022 |
| | | N | 1002 |
| | Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Koreliacijos koeficientas | 0.028 |
| | | P reikšmė | 0.417 |
| | | N | 819 |

** Koreliacija statistiškai reikšminga, kai reikšmingumo lygmuo 0.05.

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

25 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo palyginimas pagal respondentų darbą

| | Respondento darbinė padėtis | N | Kruskal Wallis vidutiniai rangai | P reikšmė |
|--|-----------------------------|------|----------------------------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Dirbantis sau | 41 | 499.32 | 0.982 |
| | Samdomas darbuotojas | 435 | 503.19 | |
| | Nedirbantis | 526 | 500.27 | |
| | Iš viso | 1002 | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Dirbantis sau | 31 | 454.29 | 0.279 |
| | Samdomas darbuotojas | 372 | 399.03 | |
| | Nedirbantis | 416 | 416.50 | |
| | Iš viso | 819 | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

26 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo palyginimas pagal respondentų paskutinįjį darbą

| | Respondento darbinė padėtis - paskutinis darbas | N | Kruskal Wallis vidutiniai rangai | P reikšmė |
|--|---|-----|----------------------------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Dirbantis sau | 7 | 276.00 | 0.094 |
| | Samdomas darbuotojas | 430 | 257.78 | |
| | Niekada nedirbo | 89 | 290.16 | |
| | Iš viso | 526 | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Dirbantis sau | 8 | 270.38 | 0.286 |
| | Samdomas darbuotojas | 327 | 207.49 | |
| | Niekada nedirbo | 81 | 206.46 | |

| | | | | |
|--|---------|-----|--|--|
| | Iš viso | 416 | | |
|--|---------|-----|--|--|

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

27 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo palyginimas pagal respondentų gyvenamąją vietą

| | Gyvenamoji vieta | N | Kruskal Wallis vidutiniai rangai | P reikšmė |
|--|--------------------------|------|----------------------------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Kaimo vietovė | 235 | 494.37 | 0.752 |
| | Mažas, vidutinis miestas | 446 | 507.88 | |
| | Didmiestis | 321 | 497.86 | |
| | Iš viso | 1002 | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Kaimo vietovė | 191 | 421.43 | 0.147 |
| | Mažas, vidutinis miestas | 368 | 393.44 | |
| | Didmiestis | 260 | 425.04 | |
| | Iš viso | 819 | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

28 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo palyginimas pagal respondentų socialinę klasę

| | Socialinė klasė, kuriai save priskiria respondentas | N | Kruskal Wallis vidutiniai rangai | P reikšmė |
|--|---|-----|----------------------------------|-----------|
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje bendras vertinimas | Žemesnė klasė | 523 | 463.90 | 0.221 |
| | Vidutinė klasė | 398 | 489.74 | |

| | | | | |
|--|-----------------|-----|--------|-------|
| | Aukštesnė klasė | 27 | 455.06 | |
| | Iš viso | 948 | | |
| Sveikatos priežiūros sistemos savo šalyje vertinimas lyginant su kitoms ES šalimis | Žemesnė klasė | 413 | 384.68 | 0.573 |
| | Vidutinė klasė | 346 | 397.92 | |
| | Aukštesnė klasė | 23 | 417.50 | |
| | Iš viso | 782 | | |

Šaltinis: sudaryta autorės remiantis Eurobarometro (2013) duomenimis

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Aguonytė V., Zolubienė E., Beržanskytė A., Nedzinskienė L. „65 ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą“. Higienos institutas. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas. 2014 3 (66). P. 5
2. Aguonytė V., Valentienė J., Nedzinskienė L., Beržanskytė A., Zolubienė E., „Vyresnio amžiaus asmenų sveikatos netolygumai. Literatūros apžvalga. Visuomenės sveikata. 2013 4 (63) P. 16-17
3. Bagdonas G., Damulevičienė G., Lesauskaitė V., Macijauskienė J., Valius L., Venskutonis D., Visokinskas A., „Pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūra“. Kaunas, 2009. P. 7
4. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013 [Žiūrėta 2015-10 -01] Prieiga internetu:http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
5. Brimienė V., „Trečiojo amžiaus universiteto veikla, užtikrinant geresnę vyresnio amžiaus žmonių integraciją į visuomenę, palaikant darbingumą, fizinį aktyvumą“. P.86 Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. „Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai“. Vilnius, 2012
6. Bubnienė D., Ruževičius J., „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“. Verslo ir teisės aktualijos, 2010, t. 5 P. 1-10
7. Bučaitė - Vilkė J., Purvaneckienė G, Vaitkevičius R, Tereškinas A. Lyčių politika ir gimstamumo ateitis. VDU Kaunas, 2012. P. 7
8. Buivydas R., Lietuvos sveikatos sistema. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje, Vilnius, 2010. P. 143
9. Cicėnaitė V., Gaidelytė R., Garbuvienė M. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. P. 5. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2010. Žiūrėta [2015-01-03] Prieiga per internetą. http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf
10. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions of 5 December 2001 – The future of health care and care systems for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability. COM/2001/0723. Žiūrėta [2015-10-25]; Prieiga per internetą:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A5-2002-0452+0+DOC+XML+V0//EN>

11. Damulienė A., „Migracijos problema Lietuvoje ir jos įtaka šalies ekonomikai“. P. 106, 112 Mykolo Romerio universitetas. 3 (1) 2013. Žiūrėta [2015-08-15] Prieiga per internetą. https://www.mruni.eu/upload/iblock/d73/009_damuliene.pdf
12. Decision No 940/2011/EU of the European Parliament and the Council of 14 September 2011 on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012). Official Journal of the European Union. 2011, L246/5 Žiūrėta [2015-09-19] Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV%3Aem0038>
13. Didžgalvytė M., Lukšaitė I. „Demografinio senėjimo įtaka ekonominiams rodikliams“, 2014. P. 65, 66, 77.
14. Dobrovolskij V., Stukas R., „Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai 2013 metais“. Sveikatos mokslai, 2013. Visuomenės sveikata. P. 34
15. Doyle YG, Kee MM Sheriff M., „A model of successful ageing in British populations“. European Journal of Public Health 2010; P. 1 – 5.
16. Dromantienė L., Kanopienė V., 2004. „Demografinis senėjimas ir ES socialinė politika pagyvenusiems“. Mykolo Romerio universitetas. 2004 3 (2)
17. ES Struktūrinių investavimo fondų lėšų paskirstymas atskirų sveikatos plėtros kryptių tikslams, uždaviniams ir priemonėms įgyvendinti. 2014 - 2020 m. 2014 m. liepos 11d. Įsakymu Nr. V - 795. Žiūrėta [2015-01-10].
Prieiga per internetą file:///C:/Users/Asus/Downloads/lesupaskirstymasisakymu.pdf. Žiūrėta [2015-01-10]
18. Europos Sąjungos sveikatos programa 2008 – 2013m. [2014-11-15] Prieiga per internetą http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_lt.htm
19. Fernandez-Ballesteros „Positive ageing: objective, subjective, and combined outcomes“. 2009. Žiūrėta [2015-01-10]
Prieiga per internetą. <http://sensoria.swinburne.edu.au/index.php/sensoria/article/view/238>
20. Filipavičiūtė R., Juozulynas A., Butikis M., Butkienė B., Jurgelėnas A., „Pagyvenusių žmonių sveikatos stiprinimo situacijos vertinimas“. P. 21 -22 Gerontologija 2008 9 (1)
21. Gaidelytė, N. Madeikytė, D. Tendziagolskytė Lietuvos sveikatos statistika. Health Statistics of Lithuania, 2013.
Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. Higienos instituto sveikatos informacijos centras.

- P. 4, 67. Žiūrėta [2015-01-04] Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/data/la2013.pdf>.
22. Garlauskaitė A., Zabarauskaitė R., (2015). „Lietuvos gyventojų senėjimą lemiančių veiksnių analizė“. P. 199,201,202. Vilniaus Gedimino technikos universitetas. 2015 7 (2)
23. Gedvilaitė – Kordušienė, M. Baublytė M. 2013. Kiek paseno Lietuva? Lietuvos gyventojų senėjimas ES šalių kontekste. P.6 Žiūrėta [2015-09-10] Prieiga per internetą: http://demografija.lt/download/Nr.9_2013.pdf
24. Global population ageing (2012).
25. Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakytė E., Kriaučionienė V., Veryga A., „Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2012. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Žiūrėta [2014-10-10] Prieiga per internetą: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:B.03~2013~ISBN_978-9955-15-319-1/DS.001.0.01.BOOK
26. Gurevičius R., Jaselionienė J., „Lietuvos gyventojų senėjimo rodikliai ir senstančios visuomenės įtaka jų raidai“. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012. Sveikatos senėjimas - nauji iššūkiai Lietuvai. Vilnius, 2012. P. 14 Žiūrėta [2015-01-08] Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/TVNBDEL.F.PDF>.
27. Gustainienė L., Banevičienė V., (2014). Vyresnio amžiaus žmonių psichologinių bei socialinių veiksnių, psichosocialinio prisitaikymo ypatumai socialinių ir demografinių duomenų atžvilgiu. P. 249 Žiūrėta [2015 - 10 -15] Prieiga per internetą. <https://www3.mruni.eu/ojs/social-work/article/viewFile/2148/3768>
28. Harry R. Moody, „Aging concepts and controversies". 2002, psl. 406
29. Hoff A., 2011. Population Ageing in Central and Eastern Europe. Societal and Policy Implications
30. Hope, P., Bamford, S. M., Beales, S., Brett, K., Kneale, D., Macdonell, M., McKeon, A. (2012). Creating sustainable health and care systems in ageing societies. Report of the Ageing Societies Working Group. Žiūrėta [2015-02-16]. Prieiga per internetą: <http://www.cpahq.org/cpahq/cpadocs/Creating%20Sustainable%20Health%20and%20Care%20Systems%20in%20Ageing%20Societies.pdf>
31. Ivanauskaitė T., Demografinių veiksnių poveikis darniam vystymuisi“. P. 74-75 Informacijos mokslai 2012 62. Žiūrėta [2015-10-10] Prieiga per internetą. <http://www.zurnalai.vu.lt/informacijos-mokslai/article/viewFile/1582/954>

32. Iwamasa GY, Iwasaki M. A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adult. *J Cross Cult Gerontol.* 2011; 26; P. 261 – 278 Žiūrėta [2014-11-01] Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21626301>
33. Įsakymas „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. Veiksmų plano patvirtinimo. 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-825 Vilnius. Žiūrėta [2014-12-11] Prieiga per internetą: http://www.lsadps.lt/failai/291_SAM_programu_senejimo_veiksmu_planas_2014-2020.pdf.
34. Jachjajeva E., Levickaitė K. „Vystomasis bendradarbiavimas, pasaulinis senėjimas ir psichikos sveikata“. *Globali iniciatyva psichiatrijoje*, 2013. Žiūrėta [2014-12-15] Prieiga per internetą: http://issuu.com/67158/docs/vb_ps_ps
35. Jankauskienė D. „Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje“ P. 7-18.
36. Jankauskienė D., „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse“. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2000 P. 84
37. Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“. P. 96. Mykolo Romerio universitetas. Vilnius, 2007. psl. 11,25, 28, 26,91, 96, 173, 194
38. Jankūnaitė D., Naujanienė R. Sėkmingos senatvės prielaidos: senyvo amžiaus asmenų perspektyva 2012 10 (2). *Vytauto Didžiojo universitetas. Lietuva*. Žiūrėta [2014-12-11] Prieiga per internetą: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:J.04~2012~ISSN_2029-0470.N_10_2.PG_209-232/DS.002.0.01.ARTIC
39. Janonienė R., Sobutienė A., Valintėlienė R., „Fizinio aktyvumo matavimo metodai“. P. 10 *Visuomenės sveikata* 2014 3 (66).
40. Januškevičienė G., Sekmokienė D., Lukoševičius L., „Sveika gyvensena ir funkcionalusis maistas“. *Visuomenės sveikata*. 2009/4 (47). Žiūrėta [2014-11-10]. P.51 Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2009.4%2847%29/Sveika%20gyvensena%20ir%20funkcionalusis%20maistas.pdf>.
41. Juozulynas A. Jurgelėnas A., Venalis A., Sąlyga J., Stukas R., Dobrovolskij V., „Sveikatos integralumas ir valdymas“. *Klaipėda*, 2014. P. 23-25;92- 98
42. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa
43. Kalėdienė R., Gaižauskienė A., Petrauskienė J., Sauliūnė S., Cicėnienė V. „Sveikatos statistikos vadovas“. P. 20. *LSMU Leidybos namai*. Kaunas, 2013.

44. Kanopienė V, Mikulionienė S. „Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai“. Gerontologija 2006; VII (4) P. 188 – 195. Žiūrėta [2014-12-09] Prieiga per internetą: http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2006/nr_4/2006_188_200.pdf
45. Kaziliūnas A. Kokybės analizė, planavimas ir auditas. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2006, P. 1
46. Kieliauskaitė S., Stankūnas M., Sauliūnė S., „Kauno miesto gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvertinimas“ 2011. P. 722-723
47. Klizas Š., Sipavičienė S., Klizienė I., Pliauga V., „Fizinio aktyvumo poveikis vyresnio amžiaus moterų psichofizinei sveikatai“. P. 267-268 Medicinos teorija ir praktika. 2012 – T. 18 (Nr. 3) Žiūrėta [2015-11-24] Prieiga per internetą http://www.mtp.lt/files/MTP3_2str.pdf
48. Krančiukaitė – Butylkinienė D., Peldžiūtė D., Rastenytė D. „Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose“, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2010, tomas XIV , Nr. 1
49. Kriaučionienė V., Petkevičienė. Hipertenzijai įtakos turintys veiksniai ir jų kontrolė. „Skirtingo išsilavinimo Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai ir jų pokyčiai 1994 – 2012 metais“. Nacionalinis sveikatos tarybos pranešimas 2013.
50. Lalonde, M. A new Perspective on the Health of Canadians, 1974 [žiūrėta 2015- 12-18]. Prieiga per internetą <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> >.
51. Lamanuskas V., Armonienė J., „Fizinis aktyvumas kaip sveikatą sąlygojantis veiksnys: socioedukaciniai aspektai“ 2011 1 (30) P. 18
52. Lietuvos pažangos strategija. Lietuva 2030. P. 10 Žiūrėta [2015-09-20] Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=425517&p_query=&p_tr2=2.
53. Lemme BH. Suaugusiojo raida. Kaunas: „Poligrafija ir informatika“, 2003, psl. 27; 181- 182
54. Lietuvos HSM duomenų archyvas. Žiūrėta [2015-10-01] Prieiga per internetą: <http://www.lidata.eu/>
55. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430, Žiūrėta [2015-03-08] Prieiga per internetą http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=401152&p_query=&p_tr2=2

56. Lloyd – Scherlock, Peter, 2004. „Living longer: Ageing, Development and Social Protection. Generalisations, Myths and Stereotypes.
57. Maslauskaitė A., Stankūnienė V. (2007). Šeima abipus sienų. Lietuvos transnacionalinės šeimos genezė, funkcijos, raidos perspektyvos. Vilnius: Tarptautinė migracijos organizacija (TMO).
58. Mikulionienė S. „Socialinė gerontologija“. MRU Vilnius, 2011. psl. 231, 253
5. Milius J., Stanevičius Z., Išarienė A., Sužiedelytė O., Jarošienė V., Mačytė L., Hipertenzijai įtakos turintys veiksniai ir jų kontrolė. „Nuo saugaus maisto – sveikos mitybos link. Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos indėlis, užtikrinant saugų maistą ir formuojant sveikos mitybos įpročius“. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013. psl. 21
60. Misevičienė I., „Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai“. Visuomenės sveikata, 2011. 2 (53). P. 5 Žiūrėta [2014-10-11] Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2011.2%2853%29/Vs_2011_2%2853%29__redakcijos_skiltis.pdf.
61. Mockus A, Žukaitė A. „Sėkmingas senėjimas - psichologinis aspektas". Gerontologija 2012; XIII (4). Žiūrėta [2014-12-28] Prieiga per internetą http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2012/nr_4/2012_228_234.pdf.
62. Nacionalinė gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategija, patvirtinta 2004 m. birželio 14 d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 737. P. 6
63. Norkus A., (2012), „Sveika gyvensena Lietuvos studentų populiacijoje: edukacinis, diagnostinis aspektas“. Daktaro disertacija. Socialiniai mokslai. Edukologija. Šiauliai, 2012.
64. Otavos chartija 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
65. Šilys A., „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės valdymas. Vilnius: Nacionalinis medicinos mokymų centras, 2012. P. 86
66. Šurkienė G., Stukas R., Melvidaitė A., Alekna V., Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema. Gerontologija 2012; 13(4) P. 235–239
67. Tarvydienė, N.; Pačiauskaitė, I. Visuomenės sveikatos biurų veikla, patirtis, užtikrinant sveiką senėjimą. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2012, P. 84–86. [Žiūrėta: 2015-04-10]

Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/tvnbdf.pdf>

68. Nutarimas „Dėl nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos įgyvendinimo 2005–2013 metų priemonių patvirtinimo, 2005 m. sausio 10 d. Nr. 5. Vilnius. P. 114 Žiūrėta : [2015-01-15] Prieiga per internetą:

http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=248539&p_query=&p_tr2=

69. Pagyvenusių žmonių sveikatos stiprinimas. Informacinis metodinis leidinys. Vilnius, 2008. psl. 4 Žiūrėta [2015-10-20] Prieiga per internetą:

http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Sveikatos_mokymas/Lektura/Pagyvenusiu_zmoniu_sveikatos_stiprinimas.pdf. Žiūrėta [2015-10-20]

70. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Vilnius, 2010. Higienos sveikatos informacijos centras. Žiūrėta [2015-05-03]

Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf.

71. Pasiūlymas nacionalinės mokslo programos „Sveikas senėjimas“ rengimui. 2013 Lietuvos mokslo taryba. Žiūrėta [2014-12-15] Prieiga per internetą:

(file:///C:/Users/Asus/Downloads/nmp_sveikas%20senejimas-20130708%20(5).pdf)

72. Phillips J., Ajrouch K., Hillcoat - Nalletamby S. Key Concepts in social Gerontology. 2010

73. Phillipson Chris „Ageing“, 2013.

74. Pranešimas diskusijai „Pasaulinis senėjimas ir vystomasis bendradarbiavimas“ su rekomendacijomis, 2011. Žiūrėta [2014-12-10] Prieiga per internetą:

http://www.pagalba.org/lt/dokumentai/pasaulinis_senejimas_ir_vystomasis_bendradarbiavimas.

75. Rauktytė A., Stasytytė V., „Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos rodiklių ekonometrinis požiūris“. P. 33 Vilniaus Gedimino technikos universitetas, 2014.

76. Skučienė D., Moskvina J., Bartkus A., Uleckienė A. ir kt (2015). „Senėjanti visuomenė. Kaip mes pasirengę?“. P. 152-157 Lietuvos socialinių tyrimų centras, 2015 m.

77. Sriubas M., „Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje“, P. 66 Teisės problemos. 2013 Nr. 1 (79)

78. Stankūnienė V., „Ar tolstame nuo 3 milijonų“. Trumpa dabartinės Lietuvos demografinės situacijos iliustracija naujausiais statistiniais duomenimis, 2014.

79. Stankūnienė V., Jasilionis D., 2011. „Lietuvos gyventojų mirtingumo lygio ir mirties priežasčių struktūros prieštaringi pokyčiai“. Lietuvos mokslo akademija, 2011.

80. Stepukonis F., Svensson T., (2006). „Senatvės ir sergamumo nutolinimas ilgėjant gyvenimo trukmei: teorijos ir tyrimų apžvalga“. Gerontologija 2006; 7(1)
81. Sveikatos augimui skatinti ES programa 2014-2020 m. Žiūrėta [2015-04-15] Prieiga per internetą <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=URISERV%3Aasp0017> Žiūrėta [2015-04-15]
82. Sveikatos sistemos reformų analizės atlikimas. Galutinė ataskaita. Vilnius, 2011. psl. 18 Žiūrėta [2015-10-18] Prieiga per internetą:
file:///C:/Users/Gintarė/Desktop/peržiūrėti/2012_sveikatos_sistemas_reformu_analize.pdf
83. Sveikos gyvensenos rekomendacijos. P. 4-8. Metodinės rekomendacijos. Mokomoji knyga. Vilnius, 2011. Žiūrėta [2015-02-19] Prieiga per internetą:
http://ntakd.lt/files/informacine_medzega/1-NKD_medziaga/Sveika_mityba2011.pdf.
84. Štaras K., Vedlūga T., Kalvelytė N., „Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė“. 2013, 23 tomas. Sveikatos mokslai. Visuomenės sveikata. P. 27-28 Žiūrėta [2015-12-10] Prieiga per internetą:
<http://sm-hs.eu/index.php/smhs/article/viewFile/sm-hs.2013.088/803>
85. Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“. Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. 2011 2 (1) P. 96-108
86. Tarpinstitucinis veiklos planas. 2014 – 2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „sveikata visiems“ 2014 m. kovo 26 d. Nr. 293, Vilnius.) Žiūrėta [2014-12-28] Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=468446&p_tr2=2.
87. Testimony „Agency for Health care Research and Quality US. Department of Health and Human Services. Žiūrėta [2015-10-20] Prieiga per internetą:
<http://www.hhs.gov/asl/testify/2009/03/t20090318b.html>
88. Valintėlienė R., Varvuolienė R., Kranauskas A., „Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu“. Visuomenės sveikata 2012 4 (59) P. 67, 73
89. Veryga A., Liutkutė V., Štelemėkas M., „Alkoholio ir tabako kontrolės politikos tendencijos“, 2013. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013. P.37

90. Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms. Vilnius, 2014.

91. Žemaitienė N., Bulotaitė L., Jusienė R., Veryga A., „Sveikatos psichologija“. Vilnius, 2011.
Tyto alba. Psl. 49, 401,

92. World bank. Žiūrėta [2015-11-01] Prieiga per internetą:

<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

93. LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002. Žiūrėta [2015-05-25] Prieiga per internetą <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.DD80CF948782>

Antrinių duomenų nuorodos:

93. Lietuvos statistikos departamentas Žiūrėta [2015-10-16] Prieiga per internetą:
<http://www.stat.gov.lt/>

94. Lietuvos sveikatos statistika, 2014. Žiūrėta [2015-10-01] Prieiga per internetą:

<http://www.hi.lt/lt/lietuvos-sveikatos-statistika-health-statistics-of-lithuania.html>

95. Išlaidos sveikatos apsaugai nuo BVP. Žiūrėta [2015-11-29] Prieiga per internetą.

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS> Žiūrėta [2015-10-01]

96. ES šalių BVP metiniai pokyčiai nuo 1995 iki 2013 metų ir BVP išlaidų dalis sveikatos apsaugai
GDP growth (annual %) Žiūrėta [2015-11-20]

Prieiga per internetą: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>

97. Lietuvos BVP metiniai pokyčiai nuo 1995 iki 2013 metų ir BVP išlaidų dalis sveikatos apsaugai
GDP growth (annual %); Health expenditure, public (% of GDP) Žiūrėta [2015-10-02]

<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>

98. Rūkančių vyrų ir moterų dalies Lietuvoje palyginimas su ES šalių vidurkiu. Žiūrėta [2015-06-14] Prieiga per internetą: http://data.worldbank.org/topic/health#boxes-box-topic_cust_sec

99. Lietuvos gyventojų alkoholio suvartojimas (litrais) ir jo palyginimas su OECD šalių vidurkiu. Žiūrėta [2015-11-15] Prieiga per internetą: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

100. Palyginimas, kaip dažnai ES šalių gyventojai sportuoja. Žiūrėta [2015-11-25]

Prieiga per internetą:

<http://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/study-profiles/eurobarometer-723-za-4977-oct-2009/?>

[tx_eurobarometer_pi1\[vol\]=2659&tx_eurobarometer_pi1\[pos1\]=525](http://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/study-profiles/eurobarometer-723-za-4977-oct-2009/?tx_eurobarometer_pi1[vol]=2659&tx_eurobarometer_pi1[pos1]=525)

101. Palyginimas, kaip dažnai ES šalių gyventojai užsiima fizine veikla. Žiūrėta [2015-10-14]

Prieiga per internetą <http://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/study-profiles/eurobarometer-723-za-4977-oct-2009/?>

[tx_eurobarometer_pi1\[vol\]=2659&tx_eurobarometer_pi1\[pos1\]=525](http://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/study-profiles/eurobarometer-723-za-4977-oct-2009/?tx_eurobarometer_pi1[vol]=2659&tx_eurobarometer_pi1[pos1]=525)

102. Nutukusių ir aukštą kraujospūdį turinčių gyventojų dalis Lietuvoje lyginant su ES šalių vidurkiu. Žiūrėta [2015-09-11] Prieiga per internetą

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/290440/Core-Health-Indicators-European-2015-human-resources-health.pdf?ua=1

103. Lietuvos gyventojų lėtinių sveikatos problemų palyginimas su ES vidutiniais rodikliais.

Žiūrėta [2015-10-03] Prieiga per internetą http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=hlth_dp030

104. Gydytojų ir ligoninių skaičius 1000 gyventojų. Žiūrėta [2015-08-13] Prieiga per internetą:

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_indicators,_2002_and_2011_12_(per_100_000_inhabitants)_YB15.png)

[explained/index.php/File:Healthcare_indicators,_2002_and_2011_12_\(per_100_000_inhabitants\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_indicators,_2002_and_2011_12_(per_100_000_inhabitants)_YB15.png)

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014/doctors_health_glance_eur-2014-25-en#page2

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf>

105. Gyventojų, turinčių ilgalaikių sveikatos problemų, dalis tarp visų šalies gyventojų (%). Žiūrėta [2015-10-17] Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_persons_aged_16_and_over_with_or_without_long-standing_\(chronic\)_health_problems,_2013_\(%25\)_Health2015.png&oldid=237907](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_persons_aged_16_and_over_with_or_without_long-standing_(chronic)_health_problems,_2013_(%25)_Health2015.png&oldid=237907)

106. Gyventojų savo sveikatos būklės subjektyvus vertinimas (2013 m.), atsakymo variantą pasirinkusiųjų dalis. Žiūrėta [2015-12-04] Prieiga per internetą

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Distribution_of_persons_aged_16_and_over_by_self-perceived_health_status,_2013_\(%25\)_Health2015.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Distribution_of_persons_aged_16_and_over_by_self-perceived_health_status,_2013_(%25)_Health2015.png)

107. Gyventojų elgesio, turinčio įtakos sveikatai, palyginimas Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje. Valstybės išlaidos sveikatos apsaugai Lietuvoje ir vidutiniškai Europos Sąjungos šalyse. Žiūrėta [2015-09-23] Prieiga per internetą <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf>

108. Dažniausios mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų). Žiūrėta [2015-10-18] Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2012_\(per_100_000_inhabitants\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2012_(per_100_000_inhabitants)_YB15.png)

109. Gyventojų elgesio, turinčio įtakos sveikatai, palyginimas Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje „Health in the Baltic Countries 2013“. Žiūrėta [2015-10-18]

Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/>

110. Jaunesnių nei 65 metų gyventojų dažniausios mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų). Žiūrėta [2015-09-12] Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2012_\(per_100_000_inhabitants_aged_less_than_65\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2012_(per_100_000_inhabitants_aged_less_than_65)_YB15.png)

111. Vyresnių nei 65 metų gyventojų dažniausios mirties priežastys (atvejų skaičius 10000 gyventojų). Žiūrėta [2015-09-12] Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Major_causes_of_death_for_persons_aged_65_and_over,_2011_\(standardised_death_rates_per_100_000_inhabitants\)_Health2015.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Major_causes_of_death_for_persons_aged_65_and_over,_2011_(standardised_death_rates_per_100_000_inhabitants)_Health2015.png)

112. Sveiko gyvenimo metai. Žiūrėta [2015-09-12] Prieiga per internetą
http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/index_lt.htm

113. Sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje lyginant su ES šalių vidurkiu. Žiūrėta [2015-09-12]
Prieiga per internetą

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2013_\(years\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2013_(years)_YB15.png)

114. European Commission, Brussels (2014): Eurobarometer 80.2 (2013). TNS Opinion [producer].
GESIS Data Archive, Cologne. ZA5877 Data file Version 1.0.0, [doi:10.4232/1.12010](https://doi.org/10.4232/1.12010)
<https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?no=5877&db=e&doi=10.4232/1.12010>