

SVEIKATOS APSAUGOS SEKTORIAUS PASLAUGŲ IR GYVENIMO KOKYBĖS KITIMAS LIETUVOJE

Jadvyga Čiburienė

Kauno technologijos universitetas, Lietuva, jadvyga.ciburiene@ktu.lt

crossref <http://dx.doi.org/10.5755/j01.cm.17.4.2998>

Abstract

Today's EU economic development strategy is based on social market economy development. The strategy's priorities (smart, sustainable and inclusive growth) are directly related to the labour. Successful development is based on exploitation of all resources (material, labour force and financial). In this aspect, the labour market has a responsible task, because its activity is manifested in all different aspects of the three priorities policy of EU development till year 2020. Health care sector services directly influences the main characteristics of labour supply.

The paper analyzes the health services sector and its changes in Lithuania, describes the essence quality of life. Health sector expenditure is an investment for the present and future of various levels, both for individual and society as a whole. The level of health care development in the world, the EU-27 countries is very different. In the EU-27 aspect countries overall health sector development co-ordination is necessary, but it is important to take into account the characteristics of specific features of individual countries' development. The population's health in microeconomic and macroeconomic level is characterized. The analysis showed, that the country's development level directly influence the level of health care sector.

Keywords: health care sector, health care sector services, inclusive economic growth, life quality.

JEL Classification: I10, I11, I12, I61.

Įvadas

Integracinis šalies ūkio augimas, apimantis aukšto užimtumo ekonomikos, kurioje užtikrinta ekonominė, socialinė teritorinė sanglauda, būseną yra viena iš reikšmingiausių Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategijos kryptių Lietuvoje. Ekonomikos augimas siejamas su gamybos veiksnių, tame tarpe ir vieno svarbiausių – darbo jėgos – kiekybiniais ir kokybiniais rodikliais bei jo užimtumu ūkinėse veiklose. Sveikata yra reikšmingiausia darbo jėgos vystymo prielaida, svarbiausia žmogaus gyvenimo sąlyga. Tiek Europos Sąjungoje (ES), tiek Lietuvoje vykstantys demografiniai pokyčiai (gyventojų senėjimas, gimstamumo mažėjimas, gyvenimo trukmės ilgėjimas, didėjanti migracija) reikalauja sveikatos ugdymo visą gyvenimą (siekiant išvengti sveikatos problemų ir jos skirtumų, priklausančių nuo ekonominių, socialinių ar aplinkos veiksnių įvairiose visuomenės grupėse pagal gaunamas vidutines pajamas) ar neįgalumo formavimosi jauname amžiuje. Sveikata, kaip vienas iš veiksnių, lemiantis išsilavinimo galimybes ir atitinkamą dalyvavimą darbo rinkoje bei socialinį statusą, apibūdina individo (mikroekonomikos lygmenyje) ir visos visuomenės (makroekonomikos lygmenyje) gyvenimo kokybę. Vienas pagrindinių ES uždavinių ir svarbiausių tikslų yra ekonomikos augimas, grindžiamas užimtumu, todėl svarbu, kad visos visuomenės grupės galėtų naudotis geros kokybės sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugomis, kad mažėtų šių visuomenės grupių sveikatos skirtumai. Dabartiniu laikotarpiu, nors europiečiai gyvena ilgiau, negu ankstesnės jų kartos, vis tik yra pakankamai didelių gyvenimo trukmės skirtumų tarp ES valstybių narių. ES šalyse narėse moterų gyvenimo trukmė skiriasi 8 m., o vyrų – net 14 m. (Poveikio vertinimo santrauka, 2009, 2). Atskirų darbo rinkos segmentų – jaunimo, moterų, priešpensinio amžiaus asmenų, ilgalaikių bedarbių, įsidarbinimo galimybės ženkliai priklauso nuo jų sveikatos, kuri sąlygoja išsilavinimo lygį, socialinę aprėptį ir gyvenimo kokybę.

Mokslinėje literatūroje išskiriami įvairūs darbo rinkos ir užimtumo veiksniai, pvz.: demografiniai duomenys (Okunevičiūtė-Neverauskienė, Pocius, 2008), technikos ir technologijos veiksniai (Zhang, 2011), ciklinis ekonomikos svyravimas (Simanavičienė, Užkurytė, 2009), įvairūs darbo rinkos struktūros pokyčiai (Čiburienė, Guščinskienė, 2008). Ekonomikos augimą ir sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų struktūrą ir jos priežiūros rodiklius tiria M.Suhrcke, M.McKee, D.Struckler, R.Sauto Arce, S.Tsolova, J.Mortensen (2006) J. Čiburienė (2011).

Gyvenimo kokybę mokslinėje literatūroje nagrinėjama įvairiais aspektais: kaip socialinis indikatorius (Merkys, Brazienė, Kondrotaitė, 2008), kaip gyvenimo kokybė darbe (Akranavičiūtė, Ruževičius, 2007), gyvenimo kokybė, susijus su sveikata (Cummins, 1994; Mannan, Turnbull, 2007; Janušonis, 2008).

ES gyventojų populiacija yra senėjanti, todėl vyresnio amžiaus žmonių, moterų potencialo įtraukimas į darbo rinką yra viena svarbiausių dabartiniu laikotarpiu tolimesnio ekonominio vystymosi prielaidų. Dėl šios

priežasties ES šalyse narėse, taip pat ir Lietuvoje, ypač svarbu sveikatos ugdytas, sveikatos apsaugos sektoriaus plėtimas ir užimtumo jame didinimas, naujų technologijų diegimas sveikatos apsaugos sektoriuje ir pan.

Straipsnio objektas yra sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugos, jo kitimo tendencijos Lietuvoje.

Straipsnio tikslas – išanalizuoti sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų bruožus, jo kitimą ir gyvenimo kokybės kitimą Lietuvoje.

Tyrimo uždaviniai:

- išanalizuoti sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų ekonomines ypatybes ir bruožus, jo kitimo tendencijas;
- charakterizuoti sveikatos priežiūros ir socialinio darbo įmonių skaičių ir jame dirbančių darbuotojų skaičių įvairaus tipo įmonėse (valstybės ir savivaldybių, akcinėse bendrovėse, uždaroiose akcinėse bendrovėse, individualiose įmonėse ir fizinių asmenų vykdomą veiklą) 2000-2009 m. ir jų kitimo tendencijas;
- apibūdinti svarbiausius veiksnių sveikatos apsaugos sektoriuje principus, leidžiančius suvienodinti sveikatos sektoriaus teikiamas paslaugas gyventojams;
- apibūdinti gyvenimo kokybės sampratą ir jos ryšį su sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugomis.

Tyrimo metodai. Teorinė problemos analizė pagrįsta užsienio ir Lietuvos mokslininkų mokslinių publikacijų studija, empirinių statistinių duomenų Lietuvos ir ES-27 šalių tyrimu, jų lyginamąja analize, ekonominių rodiklių sinteze.

Sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų ypatybės ir jo kitimas

Sveikatos apsaugos sektorius, kaip vienas svarbiausių paslaugų sektorių, savo sandara yra labai įvairus. Jį sudaro savarankiški ir tuo pat metu glaudžiai sąveikaujantys tarpusavyje sandai, apibūdinantys detalesnę veiklos specializaciją ir jos teikiamas paslaugas. Šios paslaugos yra tiek įvairios savo pasireiškimu, kiek, veikiant medicinos mokslo ir technikos pažangai, yra įvairiapusiškai išsivystęs pats sveikatos apsaugos sektorius, pvz.: terapija, pediatrija, chirurgija, ginekologija, sanitarija; rentgenologija, radiologija, imunologija; stacionarinis, ambulatorinis, kurortinis gydymas; psichiatrija, psichologija, gerontologija; kardiologija, endokrinologija ir kt. specializuota pagalba. Svarbiausios ekonominės sveikatos apsaugos sektoriaus medicininių paslaugų ypatybės charakterizuojamos 1 lentelėje.

Svarbu, kad nėra griežtos ribos tarp grynųjų ir materializuotų paslaugų, jos viena kitą papildo. Sveikatos apsaugos sistemos rezultatas susideda iš daugelio atskirų šios sistemos paslaugų teikiamų rezultatų sumos (arba kvazirezultatų). Siekiant bendro rezultato – sveikatos – būtinos pastangos tiek gydytojų specialistų, tiek bendrosios praktikos gydytojų bei kito medicinos aptarnaujančio personalo. Sveikata apibūdinama eile rodiklių, pirma, demografiniais rodikliais (pvz.: gyventojų skaičius, jų struktūra, gimstamumas, natūralus prieaugis ir pan.), antra, sergamumo rodikliais (pvz.: tuberkuliozės, psichikos ligų, širdies ir kraujagyslių ligų ir pan.), trečia, įvairių gyventojų grupių fizinio išsivystymo rodikliais (pvz.: ūgis, kūno svoris, biologinis amžius, plaštakų jėga, kūno masės indeksas, gyvybinis plaučių tūris, riebalų ir raumenų masė ir pan.).

Europos Parlamento ir Tarybos sprendime „EB dėl antrosios Bendrijos veiksnių programos sveikatos srityje (2008–2013 m.), apibendrinant Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) tyrimus, nurodoma, kad pagal būsimąjo gyvenimo trukmę, įvertinus neįgalumą rodiklį, svarbiausios ligų priežastys Europos regione: neužkrečiamosios ligos – 77 %, išorinės sužeidimų priežastys ir apsinuodijimo atvejai – 14 % ir užkrečiamosios ligos – 9 % (Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas, 2007, 4). PSO Europos regiono gyventojų sveikatos būsenos studija atskleidė: pirma, septynis pagrindiniai sveikatos sutrikimus – išeminė širdies liga, depresiniai sutrikimai, smegenų kraujotakos ligos, alkoholio vartojimo sukelti sveikatos sutrikimai, lėtinės plaučių ligos, plaučių vėžys ir traumos eismo įvykių metu, kurie Europoje sudaro 34 % visų sveikatos sutrikimų; antra, septynis pagrindinius rizikos veiksnius – tabakas, alkoholis, aukštas kraujospūdis, didelis cholesterolio kiekis, antsvoris, mažas vaisių ir daržovių vartojimas, fizinis neaktyvumas, kurie sukelia 60 % sveikatos sutrikimų; trečia, paplitusias užkrečiamąsias ligas: ŽIV/AIDS, gripą, tuberkuliozę, maliariją.

1 lentelė. Svarbiausios ekonominės sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų ypatybės ir jų bruožai

Sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų ekonominės ypatybės	Ypatybių bruožai
1. Sveikatos apsaugos paslaugų ypatybės, susijusios su profesinės veiklos rezultato bruožais	<ul style="list-style-type: none"> – tai dažniausiai gryniosios paslaugos: paslaugos rezultatas sudaiktintas pačiame žmoguje; – tai rečiau materializuotos paslaugos (elektrokardiogramos, rentgeno nuotraukos, receptai ir pan.); – paslauga, kaip sveikatos apsaugos sistemos rezultatas, yra individualaus pobūdžio (nėra masinės, serijinės gamybos); – sveikatos sektoriaus grynųjų paslaugų rinkoje figūruoja ne paslaugos, o informacija apie paslaugas, kurios gali būti suteiktos pacientams; – rezultatyvumas tiesiogiai nesusijęs su išlaidomis; – paslaugų rezultatas pacientams skirtingai pasireiškia laiko požiūriu ir būtinumu pakartotinam paslaugos suteikimui, siekiant teigiamo poveikio; – atsiskaitymo už pasiektus rezultatus (suteiktas paslaugas) pobūdis skiriasi (tiesioginis darbo užmokestis, biudžeto lėšos, privatūs mokėjimai).
2. Paslaugų vertės kiekybinės ypatybės	<ul style="list-style-type: none"> – paslaugos pateikimo forma (prekinė ir neprekinė); – sveikatos apsaugos paslaugos kaina gali skirtis, priklausomai nuo teikėjo; – paslaugos kainos dydžis nėra pastovus, jis kinta, pvz., ilgo gydymo atveju juntama jos didėjimo tendencija; – ekonominių normatyvų sudarymas leidžia apytiksliai nustatyti gydymo, profilaktikos ar sveikatos priežiūros išlaidas.
3. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesas	<ul style="list-style-type: none"> – įvairių investicinių šaltinių (tarptautinių, valstybinių, draudimo kompanijų, privačių pacientų) naudojimas užtikrina šių paslaugų tiekimo pastovumą (nenutrūkstumą), kokybę ir efektyvumą; – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas priklauso nuo gamtinių ir klimato sąlygų (palankios, mažiau palankios sąlygos atskirų ligų ar jų profilaktikos požiūriu); – paslaugos teikėjo ir gavėjo aktyvi tarpusavio sąveika (ryšys „gydytojas-pacientas“); – teikiant paslaugą galimas, reikalui esant, teritorinis paciento mobilumas; – yra galimybė sveikatos priežiūros paslaugą suteikti iš karto, o ne tik suteikti tarpinę paslaugą, kai vėliau būtų būtina atnaujinti paslaugos teikimą, tik veikiant naujiems papildomiems, dažnai komplikuojantiems, veiksniams; – sveikatos priežiūros paslaugos teikimas savo trukme gali gūti skirtingas, kita vertus, viena ar kita forma jis vyksta visą žmogaus gyvenimą.

Šaltinis: sudaryta pagal Трушкина, Тлепцеришев., Трушкин, Демьянова, Малахова, 2007, 19-23.

Sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugos nuolat kintančiame šalies ūkyje atskiriems gyventojų segmentams (žemo socialinio statusio žmonių grupei, jaunimo, moterų, priešpensinio amžiaus asmenų, ilgalaikių bedarbių ir pan.) yra ypač svarbios, nes įsidarbinimo galimybės ženkliai priklauso nuo asmenų sveikatos, kuri sąlygoja išsilavinimo lygį, socialinę aprėptį ir gyvenimo kokybę. Europos Bendrijų Komisija (EBK) svarbiausiais tikslais sveikatos sektoriaus politikoje, atsižvelgiant į demografinius pokyčius (gyventojų senėjimas, gimstamumo mažėjimas, gyventojų emigracija) ir bendraekonominis (bendrasis vidaus produktas, nedarbas, infliacija, struktūriniai ekonomikos pokyčiai, gyventojų perkamoji galia, vartojimas, mokesčių sistema, eksporto apimtys, tiesioginės užsienio investicijos ir pan.) yra (Baltoji knyga, 2007, 8-10):

- 1) skatinti gerą sveikatą senėjančioje Europoje (plėsti visuomenės sveikatos tarnybų darbą, jų atliekamus tyrimus, plačiai skleisti mokslinių studijų rezultatus apie sveikatos rizikos veiksnius ir skatinti fizinį aktyvumą bei sportą visose visuomenės grupėse);
- 2) apsaugoti piliečius, tiek ES, tiek už jos ribų, nuo grėsmių (epidemijų, bioterorizmo ir pan.) sveikatai;
- 3) remti dinamiškas sveikatos sistemas ir naujas technologijas, užtikrinant investicijų į sveikatos apsaugos sektorių didėjimą (didinant sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų subjektų skaičių), sąlygojantį ir užimtumo jame augimą.

Sveikatos priežiūros ir socialinio darbo įmonių skaičiaus ir darbuotojų kitimas įvairaus tipo įmonėse (valstybės ir savivaldybių, akcinėse bendrovėse, uždaroiose akcinėse bendrovėse, individualiose įmonėse ir fizinių asmenų vykdomą veiklą) 2000-2009 m. parodytas 2 lentelėje.

2 lentelė. Sveikatos priežiūros ir socialinio darbo įvairaus tipo įmonių skaičiaus ir darbuotojų kitimas 2000-2009 m. laikotarpiu

Rodiklis	Darbuotojų skaičius							
	0	1-9	10-19	20-49	50-99	100-249	250-499	Iš viso
1. Valstybės ir savivaldybės įmonių, AB, UAB ir kooperatinių bendrovių skaičius								
2000 m.	-	110	35	23	10	8	1	187
2002 m.	-	157	54	27	14	6	1	259
2004 m.	-	204	99	45	19	9	1	377
2005 m.	-	288	177		27		2	494
2009 m.	-	461	300		35		4	800
1.1. Darbuotojų skaičius jose								
2000 m.	-	460	471	728	653	3 897
2002 m.	-	620	711	767	979	4 177
2004 m.	-	904	1338	1283	1233	6 471
2005 m.	-	1249	3323		o		o	7 966
2009 m.	-	2040	o		o		1493	12 610
2. Individualių įmonių skaičius								
2000 m.	1372	505	12	4	0	0	0	1893
2002 m.	1598	741	32	8	-	-	-	2379
2004 m.	1453	774	44	10	-	-	-	2281
2005 m.	1438	794	48		-		-	2280
2009 m.	-	1337	67		1		-	1405
2.1. Darbuotojų skaičius jose								
2000 m.	0	1127	145	120	0	0	0	1392
2002 m.	0	1698	394	198	-	-	-	2290
2004 m.	0	1862	578	267	-	-	-	2707
2005 m.	1444	803	55		-		-	2302
2009 m.	-	1336	o		o		-	1404
3. Fiziniai asmenys, vykdantys ūkinę veiklą (įmonių skaičius, vienas dirbantysis, nuo 2005 m.)								
2005 m.	-	-	-	-	-	-	-	-
2009 m.	38	-	-	-	-	-	-	38
4. Iš viso įmonių pagal įvairias nuosavybės formas								
2000 m.	1372	615	47	27	10	8	1	2080
2002 m.	1598	988	86	35	14	6	1	2638
2004 m.	1453	978	143	55	19	9	1	2658
2005 m.	1438	1082	225		27		2	2774
2009 m.	38	1798	367		36		4	2243
4.1. Iš viso darbuotojų skaičius jose								
2000 m.	0	1587	616	848	653	-	-	5289
2002 m.	0	2318	1105	965	979	-	-	6467
2004 m.	0	2766	1916	1550	1233	-	-	9178
2005 m.	1444	2052	3378		o		-	10268
2009 m.	38	3376	o		o		1493	14052

o – yra konfidencialūs duomenys

Šaltiniai: sudaryta pagal Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2000, 2002, 58; Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2002, 2004, 112; Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2004, 2006, 112; Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2005, 2007,60; Mažų, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2009, 2011, 86.

2000-2009 m. laikotarpiu sveikatos priežiūros ir socialinio darbo srityje įvairaus nuosavybės tipo įmonių skaičius padidėjo 7,8 %, nors 2000-2005 m. šis padidėjimo tempas buvo žymiai didesnis, net 33,4 %. Įmonių skaičiaus spartų sumažėjimą 2005-2008 m. laikotarpiu galima paaiškinti tuo, kad darbuotojų skaičius šiose įmonėse analizuojamu laikotarpiu padidėjo 165,7 %. Tai rodo, kad įmonės šiame sektoriuje stambėjo: jei 2000 m. vidutiniškai sektoriaus įmonėje dirbo 2,5 darbuotojo, tai 2009 m. dirbančiųjų skaičius padidėjo 1,5 karto ir siekė apie 6,3 darbuotojo. Kaip rodo atlikti moksliniai tyrimai (Janušonis, 2008, 181; Suhrcke, 2006, 997) sveikatos apsaugos sektoriaus kokybiškų paslaugų teigiamas poveikis atskiro žmogaus sveikatai (mikroekonomikos lygmuo) taip pat didina ir šalies gamybos apimtį rodiklius (makroekonomikos lygmuo). Ekonominis ir socialinis sveikatos apsaugos sektoriaus poveikis pasireiškia ir tuo, kad likviduojami

ar mažėja atskirų susirgimų židiniai, krinta gydymo, profilaktikos ar sveikatos priežiūros kaina, geriau naudojami įrenginiai, aparatūra, diegiamos naujos technologijos diagnostikoje ir ligų gydymui.

Sveikatos būsenos svarba atskiram individui ir visai visuomenei išryškino ES pagrindinius principus, taikytinus sveikatos apsaugos sektoriaus veikloje (Baltoji knyga, 2007, 4-7):

1. Bendromis sveikatos vertybėmis grįsta veikla (visuotinumai, galimybė naudotis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis, teisingumas, solidarumas);
2. Sveikata yra didžiausias turtas, todėl gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė esant geros sveikatos – ne tik ilgai gyvenant – yra svarbus ekonomikos augimo veiksnys ir gyvenimo kokybės sąlyga;
3. Šalies gyventojų sveikatos klausimai turi atsispindėti visose šalies vykdomos politikos srityse, tiek vidaus, tiek ir išorinės;
4. ES vaidmens globaliu mastu sprendžiant klausimus, susijusius su žmonių sveikata, didinimas.

Anot J. Bagdanavičiaus (2002, 5), "Bet kurios visuomenės pagrindinis turtas yra žmonės, o ekonominio-socialinio progreso galutinis kriterijus yra žmogus ir jo poreikių pilnesnis patenkinimas. Žmogiškasis kapitalas yra vertingiausias šiuolaikinės visuomenės resursas, net svarbesnis už gamtos turtus arba žmonių sukauptą materialinį turtą". Mokslinės literatūros analizė rodo, kad žmogiškasis kapitalas – tai ne tik sukauptų įgūdžių, žinių, gabumų atsargos; tai įgūdžiai, žinių ir gabumų atsargos, kurios yra tikslingai žmogaus naudojamos vienoje ar kitoje visuomeninės reprodukcijos sferoje ir skatinančios darbo našumo bei gamybos augimą; bet ir tikslingas šių atsargų naudojimas lemia darbuotojų darbo užmokesčio (pajamų) augimą bei pajamų augimas stimuliuoja investicijas į sveikatą ir išsilavinimą. Taip nuolat kaupiamos naujų žinių, įgūdžių ir motyvacijos atsargos, kurios ateityje bus efektyviai naudojamos. Įgūdžiai, įgytos kompetencijos, žinios ir gabumai tarpusavyje yra susiję. Bendra tarp jų yra tai, kad jie įgyjami, gebėjimai gali būti dar ir įgimti. Šie žmogiškojo kapitalo bruožai gali būti vystomi, tobulinant pagrindines investavimo į žmogiškąjį kapitalą kryptis:

- plėtojant mokymąsi (išsilavinimas, išsimokslinimas, kvalifikacijos kėlimas, patirties, t.y. praktikos įgijimas ir pan.);
- ugdant, įvairiomis priemonėmis prižiūrint gyventojų sveikatą. Dėl to išlaidos sveikatos priežiūrai galėtų padidėti ES šalyse narėse nuo 1 % iki 2 % nuo bendrojo vidaus produkto. EBK teigia (Baltoji knyga, 2007, 8), kad jei žmonės yra sveikesni ir ilgiau gyvena, tai jie ilgiau išlieka aktyvūs darbo rinkoje ir gerėja jų gyvenimo kokybė.

Gyvenimo kokybė

Nuolat vykstanti mokslo, technologijų ir technikos pažanga lemia naujų sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų atsiradimą. Kai kurios paslaugos, kurios dabartiniu laikotarpiu yra įprastos, pvz., kataraktos, klubo sąnario protezavimas ar širdies kraujagyslių stentavimas, prieš pora dešimtmečių nebuvo įmanomos. Sveikatos apsaugos sistemos paslaugos nukreiptos gyvenimo kokybei, kuri apima įvairius gyvenimo aspektus, didinti. Mokslinėje literatūroje (Merkys, Brazienė, Kondrotaitė, 2008, 29) grindžiama nuomonė, kad gyvenimo kokybės samprata apima plačius tyrimus: 1) socialinius rodiklius; 2) laimės studijas; 3) sėkmingo senėjimo mokslo studijas; 4) psichologinės gerovės studijas ir 5) visuomenės sveikatos studijas. Kintant žmonių užimtumui, jų gyvensenai, socialinei aplinkai ir socialiniams ryšiams tai daro tiesioginį poveikį žmogaus sveikatai ir jo gyvenimo kokybei. Reikia pripažinti, kad kaip teigia R. Cummins (1994), apie 70 % gyvenimo kokybę apibrėžiančių sampratų ir sąvokų ją sieja su sveikata, todėl išskiriama sąvoka – su sveikata susijusi gyvenimo kokybė – tai individo ligų ir jų prevencijos bei gydymo poveikio vertinimas per fizinių, psichologinių, socialinių funkcijų ir gerovės prizmę (Janušonis, 2008, 98). Sveikata yra visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ar negalios nebuvimas (PSO, 1948 m.); ji yra kasdieninio gyvenimo šaltinis, o ne gyvenimo tikslas, ji apima ekonominius, socialinius, asmeninius išteklius ir fizines galimybes (WHO, 1995). Todėl svarbu siekti ne tik prailginti žmogaus gyvenimą, bet ir pailgėjusiam gyvenimui suteikti visavertiškumą. Darbo rinka vis labiau susiduria su sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugų poveikiu ir poreikiu: gyventojų amžiaus didėjimu, žmonių gebėjimu ilgesnį laiką, negu buvęs nustatytas pensijinis amžius, išlikti aktyviems ir kūrybingiems piliečiams, ne tik norintiems, bet ir gebantiems, dirbti, esant geros sveikatos. Gera darbuotojų sveikata gali reikšmingai padidinti darbuotojų potencialias galimybes ir darbo rinkoje išlaikyti didesnę darbuotojų skaičių, net ir didėjant darbo rinkoje vyresnio amžiaus asmenų lyginamajam svoriui ir mažėjant jaunimo lyginamajam svoriui darbo rinkoje. Bloga darbuotojų sveikata, atvirkščiai, skatina net ankstyvesnę, negu pensijinis amžius, pasitraukimą iš darbo rinkos.

Gyventojų/darbuotojų sveikatos apsauga yra vienas svarbiausių ir su užimtumu bei socialiniais klausimais susijęs ES vykdomos politikos elementas (2007-2012 m. Bendrijos darbuotojų sveikatos ir saugos strategija, 2007). Praktika rodo, kad darbuotojų darbo kokybė, našumas priklauso nuo darbuotojų sveikatos. Sveikatos problemos lemia ne tik laikiną nedarbingumą, profesinius susirgimus, nelaimingų atsitikimų galimybes ir pan., bet ir neigiamas pasekmes individo ir jo šeimos gyvenimo kokybei (moralinius išgyvenimus, psichologinį stresą, depresiją, pajamų sumažėjimą).

Gyvenimo kokybė priklauso nuo šalies bendrojo vidaus produkto, sveikatos ir išsilavinimas, kurie charakterizuoja žmogaus socialinės raidos indeksą – HDI (Human Development Index). Atlikti tyrimai (Miles, Scott, Breedon, 2012, 30) rodo, kad 90 % šio indekso kitimo priklauso nuo bendrojo vidaus produkto pasikeitimo. Kita vertus, tiek sveikatos priežiūra, tiek švietimas yra geriau išvystyti turtingose ir išsivysčiusiose šalyse.

Išvados

Šalies ekonominis išsivystymas glaudžiai siejasi su užimtumu, kuris ženkliai priklauso nuo šalies gyventojų/darbuotojų sveikatos, greta kitų demografinių rodiklių, tokių kaip: šalies gyventojų skaičius, gyvenimo trukmė, gimstamumas. Siekiant užtikrinti ekonomikos augimą būtina naudoti įvairias darbo rinkos plėtros galimybes ir didinti užimtumą. Viena tokių galimybių, ilgėjant gyventojų gyvenimo trukmei ir esant mažėjančiam gimstamumui (kuriuos neigiamai veikia ir migracijos procesai), yra sveikatos apsaugos sektoriaus paslaugos. Šio sektoriaus ir jo teikiamų paslaugų plėtra sudaro palankias sąlygas ne tik plėsti užimtumą šiame sektoriuje, bet ir, didėjant vyresnio amžiaus žmonių skaičiui ir jų daliai bendrame šalies gyventojų skaičiuje, palaikant gerą sveikatą ir visavertiškumą išlikti darbo rinkoje.

2000-2009 m. laikotarpiu sveikatos priežiūros ir socialinio darbo srityje įvairaus nuosavybės tipo įmonių skaičius padidėjo 7,8%, nors 2000-2005 m. šis padidėjimo tempas buvo žymiai didesnis, net 33,4%. Įmonių skaičiaus spartų sumažėjimą 2005-2008 m. laikotarpiu galima paaiškinti tuo, kad darbuotojų skaičius šiose įmonėse analizuojamu laikotarpiu padidėjo 165,7 %. Tai rodo, kad įmonės šiame sektoriuje stambėjo: jei 2000 m. vidutiniškai sektoriaus įmonėje dirbo 2,5 darbuotojo, tai 2009 m. dirbančiųjų skaičius padidėjo 1,5 karto ir siekė apie 6,3 darbuotojo.

Sveikatos būsenos svarba atskiram individui ir visai visuomenei išryškino pagrindinius principus, taikytinus sveikatos apsaugos sektoriaus veikloje: bendromis sveikatos vertybėmis grįsta veikla (visuotinumumas, galimybė naudotis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis, teisingumas, solidarumas); sveikata yra didžiausias turtas, todėl gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė esant geros sveikatos – ne tik ilgai gyvenant – yra svarbus ekonomikos augimo veiksnys ir gyvenimo kokybės sąlyga; šalies gyventojų sveikatos klausimai turi atsispindėti visose šalies vykdomos politikos srityse, tiek vidaus, tiek ir išorinės; ES vaidmens globaliu mastu sprendžiant klausimus, susijusius su žmonių sveikata, didinimas.

Tyrimai rodo, kad apie 70 % gyvenimo kokybę apibrėžiančių sampratų ir sąvokų ją sieja su sveikata, todėl išskiriama sąvoka – su sveikata susijusi gyvenimo kokybė – tai individo ligų ir jų prevencijos bei gydymo poveikio vertinimas per fizinių, psichologinių, socialinių funkcijų ir gerovės sąveiką.

Literatūra

1. Čiburienė, J., Guščinskienė, J. (2008). Darbo rinkos struktūros pokyčiai integracijos į Europos Sąjungą sąlygomis. *Ekonomika ir vadyba-2008*. [Economics and Management-2008]. 13-osios tarptautinės mokslinės konferencijos, vykusios Kaune 2008 m. Pranešimų medžiaga. Kaunas: Technologija, p. 475-483.
2. Čiburienė, J. (2011). Integracinis ekonomikos augimas: sveikatos apsaugos sektoriaus aspektas. *Ekonomika ir vadyba-2008*. [Economics and Management-2008]. 16-osios tarptautinės mokslinės konferencijos, vykusios Kaune 2011 m. Pranešimų medžiaga. Kaunas: Technologija, p. 425-431.
3. Bagdanavičiaus J. (2002). *Žmogiškasis kapitalas*. Vilnius, 2002.
4. Baltoji knyga. Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris. (2007). Europos Bendrijų Komisija, Briuselis, 23.10.2007. KOM(2007) 630galutinis.
5. Cummins R.; McCabe, M.; Romeo Y.; Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational&Psychological Measurement*, 54, 372-382.
6. 2020 m. Europos strategija.Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija. (2011). [žiūrėta 2012-02-02]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_LT_ACT_part1_v1.pdf

7. 2007-2012 m. Bendrijos darbuotojų sveikatos ir saugos strategija: gerinti darbo kokybę ir našumą (2007). Kuropos Bendrijų komisija. Komisijos momunikatas. Briuselis, KOM(2007)62 galutinis.
8. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1350/2007/EB dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) 2007 m. spalio 23 d. Tekstas svarbus EEE. Oficialusis leidinys L 301, 20/11/2007 p. 0003 – 0013.
9. Janušonis, V. (2008). Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra. Monografija, Klaipėda.
10. Mannan, H.; Turnbull, A. (2007). A review of community based rehabilitation evaluations: quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. Vol. 18, No 1, 29-45.
11. Mažų, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2009. (2011). Lietuvos statistikos departamentas, Vilnius.
12. Miles, D.; Scott, A.; Breedon, F. (2012). *Macroeconomics: understanding the global economy*. 3rd ed. Wiley, John Wiley & Sons, Ltd.
13. Okunevičiūtė-Neveauskienė, L.; Pocius, A. (2008). Jaunimo padėties šalies darbo rinkoje raidos tendencijos ir ją įvertinančių rodiklių metodinės skaičiavimo problemos. *Ekonomika – Economics*, 2008, p.147-163 [interaktyvus].
14. Poveikio vertinimo santrauka. Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES. (2009). Europos Bendrijų Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. EBK, Briuselis, SEC(2009).
15. Simanavičienė, Ž.; Užkurytė, L. (2009). Changes of labour market during the recession: in case of Lithuanian. *Ekonomika ir vadyba-2009*. [Economics and Management-2009]. 14-osios tarptautinės mokslinės konferencijos, vykusios Kaune 2009 m. Pranešimų medžiaga. Kaunas: Technologija, p. 940-946.
16. Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2000. (2002). Lietuvos statistikos departamentas, Vilnius.
17. Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2002. (2004). Lietuvos statistikos departamentas, Vilnius.
18. Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2004 (2006). Lietuvos statistikos departamentas, Vilnius.
19. Smulkių, vidutinių ir didelių įmonių pagrindiniai rodikliai 2005. (2007). Lietuvos statistikos departamentas, Vilnius.
20. Suhrcke, M.; McKee, M.; Struckler D.; Sauto Arce, R.; Tsoлова, S.; Mortensen J. (2006) The contribution of health to the economy in the EU. *Public health* No. 120, 994-1001.
21. WHO. (1995). World Health Organization Quality of life group. The World Health Organization Quality of Life Assesment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*. 1995:41(10): 1403-1409.
22. Zhang, Y. (2011). Financial factors and labour market. *Fluctuations working paper/Bank of Canada Working paper*, 2011,5, 1-44.
23. Трушкина Л.Ю.; Тлепцеришев З.Ф.; Трушкин А.Г.; Демьянова Л.М.; Малахова, Н.Г. (2007). *Экономика и управление здравоохранением*. Ростов-на-Дону: Феникс.