

Izvirni znanstveni članek / Original article

ZDRAVJE STAREJŠIH LJUDI KOT ELEMENT KAKOVOSTI ŽIVLJENJA V EVROPI

HEALTH OF OLDER PEOPLE AS A PART OF QUALITY OF LIFE IN EUROPE

Ida Lah, Majda Pahor, Valentina Hlebec

KLJUČNE BESEDE: starejši, kakovost življenja, zdravje, Evropa, sekundarna analiza, razvrščanje v skupine

KEY WORDS: older people, quality of life, health, Europe, secondary analysis, clustering

IZVLEČEK

Izhodišča: *Kakovost življenja postaja osrednja družbena vrednota. Povezana je z zagotavljanjem zadovoljevanja potreb in s tem s sistemi blaginje v različnih državah. Staranje prebivalstva pomeni nov izziv za kakovost življenja zaradi specifičnih potreb starejše populacije, naraščanja obsega in raznovrstnosti starejše populacije. Zdravje starejših ljudi, tako merjeno z objektivnimi kot izraženo s subjektivnimi kazalci, je njen pomemben element.*

Metode: *Podatki za 25 držav članic EU so primerjani s sekundarno analizo podatkovne baze Evropske raziskave o kakovosti življenja (EQLS), in sicer z deskriptivno statistiko, analizo variance ter razvrščanjem v skupine, pri čemer je v prvem koraku za razvrščanje držav uporabljen teoretični kriterij štirih blaginjskih sistemov in v drugem empirična podobnost kazalcev.*

Rezultati: *Značilne razlike se najpogosteje pojavljajo pri primerjavi držav Srednje in Vzhodne Evrope (SVE) z ostalimi. Z zdravjem povezana kakovost življenja starejših je v državah SVE slabša. Glede slabega dostopa do zdravstvenega varstva so državam SVE podobne mediteranske države.*

Razprava: *Z zdravjem povezana kakovost življenja starejših je kompleksen koncept, ki ga lahko le do določene mere razložijo blaginjski sistemi posameznih držav.*

ABSTRACT

Introduction: *Quality of life is becoming an important socially recognized value. Meeting the needs of the elderly is closely connected with adequate conditions and general welfare systems in different countries. Aging of population, with its specific and diverse needs, is a new challenge to ensure better quality of life. Health of older people, assessed and expressed by objective and subjective indicators, is a significant element of quality of life in general.*

Methods: *Data for 25 EU member states are compared with the secondary analysis of the European Quality of Life Survey (EQLS) data base. Descriptive statistics is followed by a state level analysis of variance and clustering. Analysis of variance utilizes welfare regimes classification while clustering is based on empirical similarity among states.*

Results: *Statistically significant differences were found between Central and Eastern European and other countries. Among the countries included in the survey, the quality of life of older population concerning health is lowest in the CEE countries. However, Mediterranean countries are similar to CEE countries as far as the access to medical services is concerned.*

Discussion: *Quality of life of older people is a complex concept which can be only partially accounted for by different welfare systems and necessitates further systematic analysis.*

Uvod

Namen članka je obravnavati zdravje starejših ljudi v Evropi kot vidik kakovosti življenja (KŽ). Zdravje starejših ljudi bo obravnavano z več različnih zornih kotov. Splošen, konceptualni okvir za naše proučevanje bodo značilnosti sistema družbene blaginje v Sloveniji s poudarkom na skrbi za stare. S tem bo opredeljen najbolj splošen strukturni okvir staranja v slovenski družbi. Nato bodo prikazani vidiki zdravja

starejših ljudi v Sloveniji in primerjalno v državah Evropske unije (EU). Osnova analizi stanja in primerjavi Slovenije z drugimi evropskimi državami bo pregled člankov in dokumentov s področja kakovosti življenja starejših ljudi s poudarkom na zdravju. V empiričnem delu bodo analizirani tako objektivni in subjektivni kazalci zdravja starejših v Sloveniji kot tudi dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev, kot jih doživljajo starejši ljudje v Sloveniji. Primerjalna em-

Mag. Ida Lah, univ. dipl. soc. in izr. prof. dr. Valentina Hlebec, univ. dipl. soc., Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

Izr. prof. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc., Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo

pirična analiza bo narejena na podatkih Evropske raziskave o kakovosti življenja (European Quality of Life Survey - EQLS), zato smo konceptualno in empirično omejeni z naborom primerjalnih kazalcev, kot jih omogoča ta mednarodna baza podatkov. Pri interpretaciji podatkov bo Slovenija primerjana z ostalimi članicami EU. Pri primerjavi se bomo sklicevali na tipologijo (Hemerijck, 2002) evropskih sistemov družbene blaginje, ki je v članku ne bomo problematizirali, ampak jo na začetku privzeli kot hevristično interpretativno orodje. Pri opredelitvi razsežnosti glede socialne varnosti, po kateri se evropski sistemi družbene blaginje razlikujejo, Esping-Andersen (1990), Ferrera in Rhodes (2000) ter Scharpf in Schmidt (2000) omenjajo strukturo socialnih ugodnosti: metode financiranja, storitveno intenziteto, družinsko politiko, regulacijo zaposlitve, vladno politiko in odnose med zaposlenimi in delodajalci. Z »družbenoblaginjskimi modeli« prikazemo (Hemerijck, 2002), kako so te dimenzije sistematično povezane med seboj ter kako ustvarjajo specifične skupine držav«. Esping-Andersen (1990) opredeli tri različne »socialne Evrope« oziroma »modele« držav blaginje: skandinavski, liberalni ali »anglosaksonski« in kontinentalni model. Ferrera in Rhodes sta (2000) tej klasifikaciji dodala še mediteranski model, Deacon (2000) je kot poseben model opredelil tudi sisteme družbene blaginje v državah SVE. Skandinavske države so Švedska, Danska in Finska; med liberalne sodita Velika Britanija in Irska; med kontinentalne Nemčija, Francija, Belgija, Nizozemska, Avstrija in Luksemburg; med mediteranske Španija, Portugalska, Grčija in Italija; države SVE so: Madžarska, Češka, Slovaška, Slovenija in Poljska ter tri baltске države Estonija, Litva in Latvija.

Kakovost življenja in staranje

Staranje prebivalstva je tesno povezano s kakovostjo življenja ljudi, ki postaja osrednja družbena vrednota. Mnoge študije, ki obravnavajo kakovost življenja in jo na različne načine tako definirajo kot tudi merijo, dokazujejo, da gre za obsežno in kompleksno področje proučevanja (Bowling et al., 2003; Bond, 2004; Mandič, 2005). V nadaljevanju bodo na kratko povzete najpomembnejše opredelitve tega koncepta v literaturi.

Farquhar (1995) navaja tri glavne skupine definicij KŽ: globalne, komponentne in osredotočene. Globalne definicije so bolj splošne. Abrams (1973) npr. KŽ definira z zadovoljstvom oz. nezadovoljstvom ljudi z različnimi razsežnostmi njihovega življenja. Za McCall (1975) je KŽ zagotavljanje nujnih pogojev za srečo in zadovoljstvo. Komponentne definicije upoštevajo večrazsežno naravo koncepta KŽ. George in Bearon (1980) opišeta štiri razsežnosti, od katerih sta dve objektivni (splošno zdravstveno stanje in socialno-ekonomski položaj) in dve subjektivni (zadovolj-

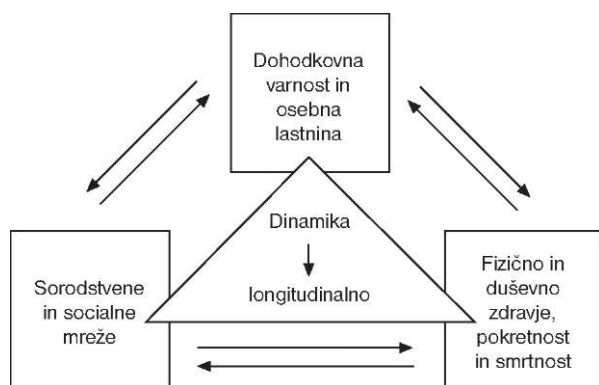
stvo z življenjem in samospoštovanje). Hughes (1990) opredeljuje osem razsežnosti oz. sestavnih elementov KŽ (osebna avtonomija, zadovoljstvo, fizično in mentalno blagostanje, socialno-ekonomski položaj, kakovost okolja, smiselno delovanje, socialna integracija in kulturni dejavniki). Osredotočene definicije obravnavajo le eno ali dve od razsežnosti, npr. znotraj raziskav zdravstvenih storitev se KŽ pogosto osredotoči na merjenje zdravja in funkcionalnih sposobnosti (Bowling et al., 2003).

Fahey, Nolan in Whelan (EQLS, 2003) definirajo tri pristope obravnave koncepta KŽ: prvi poudarja posameznikovo življenjsko situacijo, drugi medsebojno vplivanje več razsežnosti življenja, tretji prepletenost subjektivnih in objektivnih elementov. Pristop, ki KŽ obravnava kot posameznikovo življenjsko situacijo, govori o mikroperspektivi, kjer so življenjski pogoji in posameznikovo razumevanje le-teh ključnega pomena. Za proučitev življenjske situacije posameznika je potrebno upoštevati kontekst, v katerega je posameznik postavljen, in v ta namen proučiti tudi ekonomsko in socialno situacijo družbe, v kateri posameznik živi. Drugi pristop, ki KŽ obravnava kot večrazsežen koncept, pri proučevanju KŽ poleg upoštevavanja več razsežnosti življenja, poudarja, da je potrebno upoštevati tudi sovplivanje teh razsežnosti med seboj. Tretji pristop izpostavlja, da je KŽ kombinacija objektivnih in subjektivnih elementov, ki jo je potrebno preučevati z objektivnimi in subjektivnimi kazalci. Subjektivni kazalci so predvsem pomembni za identifikacijo posameznikovih ciljev in orientacije, celotno podobo o KŽ pa dobimo šele, ko subjektivno oceno povežemo z objektivnimi življenjskimi pogoji.

Proučevanje kakovosti življenja je prešlo več razvojnih faz, od objektivnega proučevanja življenjske ravni in nadzora nad viri do raziskovanja subjektivnih kazalcev, socialne kohezije in trajnostnega razvoja. Koeficienti in kriteriji za definiranje dobre KŽ starejših ljudi sovpadajo s kazalci za druge starostne skupine. Izkušnja staranja in starosti v sodobni družbi je definirana tako z ekonomskimi in socialnimi dejavniki kot tudi z biološkimi in individualnimi (Bond, 2004; Bowling et al., 2003). Kot sinonim za KŽ starejših ljudi se pogosto uporabljajo izrazi kot uspešno staranje, dobro staranje in pozitivno staranje. Walker (2005a; 2005b) in Walker, Hennessy (2005) zaznavata, da prevladujoči profesionalni pristop k merjenju KŽ starejših ljudi le-te še vedno obravnava kot povsem homogeno skupino, namesto da bi raziskovalci iskali razlike, temelječe na starosti, spolu, rasi, etnični pripadnosti ali fizični nezmožnosti.

Da bi dobili globlji vpogled in razumevanje KŽ starejših ljudi, se ne moremo zadovoljiti le z opazovanjem njihovega zdravstvenega stanja in funkcionalnih sposobnosti. Raziskovalci pri raziskavi SHARE (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe, 2005) poudarjajo, da staranje vpliva na vse domene

človekovega življenja. Upokojitev spremeni ekonomski položaj posameznika in njegovo porabo prostega časa. Zdravje in skrb za zdravstveno stanje postaneta bolj pomembna. Posameznikova vloga v družini se spremeni, smer socialne opore preide iz dajanja v prejemanje. Vse te domene so močno povezane, zato je (prav tam) pri preučevanju KŽ starejših ljudi potrebno upoštevati ekonomsko, zdravstveno in socialno omrežje (Sl. 1).



Sl. 1. *Trikotnik KŽ pri starejših ljudeh* (vir: SHARE, 2005).

Figure 1. *Quality of Life Triangle for Older People* (Source: SHARE, 2005).

Dobro zdravstveno stanje, ki je druga pomembna domena, ni bistveno le zaradi dobrega počutja posameznika, ampak vpliva tudi na doseganje zastavljenih ciljev družbe v celoti (EQLS, 2003). Zdravstveno stanje npr. lahko vpliva na izbor bivalnega prostora posameznika, ko ni več sposoben skrbeti sam zase (SHARE, 2005). V članku se osredotočamo prav na vidik zdravja starejših ljudi kot komponento KŽ.

Sistem družbene blaginje in skrb za starejše ljudi v Sloveniji

V Sloveniji se je po drugi svetovni vojni uveljavil specifičen tip države blaginje (Črnak-Meglič, 2000), ki bi ga še najlažje primerjali s socialdemokratskim, kjer ima država dominantno vlogo na vseh ravneh socialne politike, kjer je socialna politika del gospodarske politike in se daje velik pomen šolstvu ter širokemu dostopu do socialnih in drugih servisov in socialnih transferjev. Ta specifični povojni slovenski (oz. jugoslovanski) tip države blaginje je vseboval tudi elemente korporativističnega tipa, kar je bilo razvidno iz močne vloge podjetij in sindikatov pri zagotavljanju blaginje, vendar pod nadzorom države.

Spremembe v sistemu blaginje so bile vpeljane z letom 1991, ko je bila osnovna odgovornost za zagotavljanje socialne varnosti prenesena z države na posameznika. Vpeljan je bil princip subsidiarnosti, s čimer

mer naj bi se zmanjšal pomen državnih socialnih zavarovanj in povečal pomen zasebnih in dodatnih zavarovanj posameznikov. Država naj ne bi več zagotavljala socialnih zavarovanj, ampak vzpodbujala organiziranje programov socialne varnosti zunaj javnih služb, tako naj bi se storitve javnih zavodov dopolnjevale s storitvami komercialnega in tretjega sektorja, t. j. civilnih nevladnih in neprofitnih organizacij (Črnak-Meglič, 2000).

V zvezi z novovpeljanimi socialnimi politikami v Sloveniji lahko ugotovimo, da »v obdobju tranzicije, v 90-ih letih, zaznamo povečanje komercialne produkcije in razvoj tretjega sektorja, vendar pa ne moremo govoriti o zmanjšanju izdatkov za socialne storitve in število zaposlenih v javnem sektorju, ki je po obsegu ostal nespremenjen« (Črnak-Meglič, 2000). Govorimo lahko le o povečevanju razlik med državljani, pri čemer si lahko profitno socialno varstvo in kakovostnejše storitve zagotovijo le bogatejši. Tretji sektor s svojo vlogo in ponudbo komercialnemu ni primerljiv, ob premajhni podpori in vzpodbudah države je njegov pomen prešibak.

Zastavlja se vprašanje, koliko so družbenoblaginjski sistemi senzibilni, da lahko upoštevajo različnosti med ljudmi in specifične potrebe starejših ljudi. V Sloveniji sta bila ob koncu devetdesetih let sprejeta dva programa, ki sta postavila nove smernice skrbi za starejše: Program varstva starejših občanov na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 in Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005. Poglavitni cilj obeh je bil starejšim ljudem omogočiti čim daljše bivanje v domačem okolju, kar so skušali doseči z razvojem institucionalne mreže, oblikovanjem dnevnovarstvenih centrov ter centrov za pomoč na domu (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 1997). Nacionalna strategija varstva starejših do leta 2010 - Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva - kot cilj opredeljuje tudi podporo družini in socialnim omrežjem pri skrbi za osebe, potrebne pomoči, ter promocijo solidarnosti in zmanjševanje neenakosti na vseh področjih življenja (Nacionalna strategija, 2006).

Glede zdravstvenega varstva starejših ljudi lahko v Sloveniji opazimo spremembe, ki so podobne spremembam v novopridruženih članicah EU. Javni izdatki za zdravstveno varstvo je leta 2005 predstavljal 72 % celotnega izdatka za zdravstveno varstvo, zavarovanja pokrijejo približno 13 %, neposrednih plačil je okoli 12 % (SURs, 2007).

Večji del javnih sredstev za zdravstveno varstvo obsegajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. To zavarovanje pokriva večino zdravstvenih storitev, ostale so po potrebi doplačane iz prostovoljnega zavarovanja ali samoplačniško. Katere storitve so krite v celoti in katere v določenih odstotkih, določa ZZVZZ (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju). Storitve, ki so sicer del splo-

šnega zdravstvenega varstva, a jih je treba doplačati, se v veliki večini povrnejo iz naslova dodatnega zavarovanja (Hvalič-Touzery, 2007).

Metoda

Za izvedbo empiričnega dela članka je bila uporabljena podatkovna baza Evropske raziskave o kakovosti življenja (European Quality of Life Survey - EQLS), pri oblikovanju katere je sodelovalo 28 držav, 25 od teh je bilo držav EU, tri so bile nove kandidatke - Bolgarija, Romunija in Turčija. V vsaki državi je sodelovalo okoli 1000 oseb, starih nad 18 let, razen v manjših državah, kot so Ciper, Estonija, Luksemburg, Malta in Slovenija, kjer je bilo izvedenih po 600 intervjujev. Vprašalnik pokriva široko področje življenja s podarkom na dohodku, stanovanjskih vprašanjih, družinski, socialni in politični participaciji, kakovosti družbe in subjektivnih dejavnih. Za povezavo med individualnim pristopom in družbeno blaginjo posamezne države so bili dodani makrokazalci, kot je npr. BDP na prebivalca.

Omeniti je potrebno, da obstajajo nekatere omejitve glede podatkov. V članku starejšo populacijo definiramo s starostno mejo 60 let in več. Odločitev za to je statistično pogojena, saj imamo pri realiziranem vzorcu 1000 anketirancev na državo za proučevanje specifičnih skupin zelo malo enot. V članku so kot enote analize obravnavani podatki na stopnji države in ne podatki pri posamezniku. Vse analize so narejene na kazalcih, izračunanih za anketirance, stare 60 in več let.

V vprašalniku raziskave EQLS (2003) so obdelane številne teme in zaradi tega so nekatere razsežnosti kakovosti življenja izmerjene z bolj omejenim številom kazalcev, kot bi jih uporabili v raziskavi, ki bi obravnavala npr. samo zdravstveno stanje ljudi. V članku bomo ugotavljale, kako se Slovenija uvršča v primerjavi z novopridruženimi in starimi članicami EU, zato v analizo nismo vključile treh novih kandidatov Bolgarije, Romunije in Turčije, temveč le 25 članic EU.

V prvem delu so podatki analizirani deskriptivno, kar pomeni, da razpredelnice kažejo, kako se evropske države med seboj razlikujejo in kako so rezultati povezani z drugimi karakteristikami družbenih skupin (EQLS, 2003). V nadaljevanju bomo skušale nekatere razlike med državami pojasniti s pomočjo ugotovitev dosedanjih raziskav in različnih dokumentov. Nekateri viri so tudi nekoliko starejši, ker za specifične teme določene države še ni bilo drugih relevantnih virov. Sledi analiza variance, kjer bomo države razvrstile v skupine glede na sisteme družbene blaginje. Ugotovile bomo, ali so razlike znotraj skupin držav manjše kot med skupinami. Vsebinsko vprašanje, na katerega odgovarjamo, je, ali se sistemi družbene blaginje odražajo tudi na empirični ravni. Če je tako, bi

si morale biti države znotraj posamezne skupine med seboj bolj podobne kot države različnih skupin. Razlike med skupinami bi tudi morale biti značilne. V tretjem koraku bomo države ponovno razvrstile v skupine, vendar tokrat ne na osnovi vnaprejšnje razdelitve v različne sisteme družbene blaginje, ampak empirično glede na obravnavane kazalce. V zadnjem koraku bomo torej ugotavljale, ali so si obravnavane države glede na izbrane kazalce morda bolj podobne, kot kaže prvi pregled podatkov.

Rezultati z razpravo

V tem delu so najprej predstavljeni podatki za izbrane kazalce KŽ starejših na področju zdravja. V Razpr. 1 so podatki za dva objektivna kazalca. Prvi podatek o tem, koliko države namenijo za zdravstvo, izraženo kot delež BDP na prebivalca. To je strukturni in objektivni kazalec KŽ. Sledi pričakovana življenjska doba ob rojstvu (za leto 2001), ki je tudi objektivni kazalec KŽ. Ta podatek je izračunan na ravni populacije in ne na ravni anketnega vzorca. Oba kazalca navaja EQLS in ju le povzemamo. Vsi nadaljnji kazalci so izračunani iz anketnih podatkov EQLS. Dva kazalca kažeta subjektivno oceno zdravja in bolezn. Anketni vprašanja se glasita takole: »V splošnem bi rekli, da je vaše zdravje odlično, zelo dobro, dobro, zadovoljivo ali slabo?« (izračunan je odstotek anketirancev, ki so izbrali odgovor »slabo«) in »Imate kakšno dolgotrajno bolezen ali nezmožnost, ki na kakršenkoli način omejuje vaše aktivnosti? Z dolgotrajno boleznijo mislimo na karkoli, kar vas omejuje v daljšem časovnem obdobju ali vas bo omejevalo daljše obdobje« (izračunan je odstotek anketirancev, ki so izbrali odgovor »da«).

Naslednji štiri kazalci merijo subjektivno oceno kakovosti zdravstvenih storitev: »Ko ste nazadnje potrebovali zdravnika splošne medicine ali zdravnika specialista, do kakšne mere so vam naslednji dejavniki oteževali obisk: A) razdalja do zdravniške ordinacije/bolnice/zdravstvenega doma; B) dolga čakalna doba; C) čakalna vrsta na dan obiska ordinacije; D) stroški storitve?« (izračunan je odstotek anketirancev, ki so izbrali odgovor »do velike mere«).

Objektivni kazalci z zdravjem povezane kakovosti življenja

Iz deleža BDP, ki se porabi za zdravstvo, lahko iz Razpr. 1 razberemo, da na prebivalca za zdravstvo največ namenijo v treh kontinentalnih državah (Nemčija, Francija in Belgija) in najmanj v državah SVE. Izjema je Slovenija, ki je (oz. je bila leta 2001) po deležu BDP za zdravstvo na četrtem mestu v EU. Države SVE, ki so v obdobju tranzicije poleg drugih reform uvedle tudi reformo na področju zdravstvenega varstva, so glede na to, da je problematika zdravstva ostala nacionalna

Razpr. 1. Kazalci KŽ za izbrane evropske države.

Table 1. Indicators of Quality of Life for Selected European Countries.

	V1 % GDP	V2 PŽD	Q43 (slabo)	Q44 (da)	Q45A (zelo težko)	Q45B (zelo težko)	Q45C (zelo težko)	Q45D (zelo težko)
Avstrija	8	78,2	10,2	41,2	5,2	7,1	5,3	5,7
Belgija	8,7	78,2	12,7	35,0	5,6	4,9	6,0	7,9
Češka	7,1	74,8	23,0	52,7	8,8	6,8	15,3	3,8
Danska	8,3	76,4	7,0	36,6	2,8	4,5	1,6	1,9
Estonija	5,9	70,6	34,4	47,5	13,1	13,9	7,9	10,3
Finska	6,7	77,5	12,1	58,3	3,8	8,4	2,3	3,0
Francija	9,5	78,9	8,2	36,7	1,9	2,2	2,6	3,8
Nemčija	10,6	77,5	14,7	38,5	3,6	5,3	6,8	2,7
Grčija	8,3	77,9	9,4	32,5	16,4	17,3	15,6	22,9
Madžarska	6,7	71,2	31,0	53,0	15,8	15,0	22,6	10,4
Irska	6,7	76,3	6,3	28,7	5,0	5,0	8,0	5,5
Italija	8	78,7	3,8	16,9	12,0	27,3	21,5	23,5
Latvija	5,8	70,4	44,0	63,5	15,1	19,0	21,8	30,9
Litva	6,2	72,6	42,3	66,0	9,0	14,5	13,3	30,4
Luksemburg	5,8	77	13,3	24,8	7,9	3,7	3,0	5,0
Nizozemska	8,1	77,9	9,6	40,0	3,8	4,9	8,3	1,1
Poljska	6	73,3	45,2	69,6	10,6	14,9	8,8	18,1
Portugalska	8,2	75,7	37,0	40,7	15,2	22,6	24,0	21,5
Slovaška	5,8	73,1	17,5	49,3	16,6	12,9	36,4	34,7
Slovenija	8,6	75,3	34,8	63,8	16,8	23,1	27,9	12,8
Španija	7,7	78,2	12,8	31,4	8,7	15,2	10,6	4,7
Švedska	8	79,6	12,8	44,4	1,1	6,2	3,7	2,2
Velika Britanija	7,3	77,3	14,4	47,7	4,2	7,7	5,0	0,6

Legenda:

V1-GDP: Odstotek BDP na prebivalca, ki se porabi za zdravstvo

V2-PŽD: Pričakovana življenjska doba ob rojstvu (OECD 2001)

Q34: Subjektivna ocena zdravja (% slabo zdravje)

Q44: Prisotnost dolgotrajne bolezni in nezmožnosti (% da)

Q45A: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - razdalja do storitev (% zelo težko)

Q45B: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - čakalna doba (% zelo težko)

Q45C: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - čakalna vrsta (% zelo težko)

Q45D: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - stroški storitev (% zelo težko)

Labels:

V1-GDP: Percentage of GDP per capita for health

V2-PŽD: Life Expectancy at Birth (OECD 2001)

Q34: Subjective Health Evaluation (% bad)

Q44: Long-term Illness or Disability (% yes)

Q45A: Difficulties at access to medical services - distance to services (% very difficult)

Q45B: Difficulties at access to medical services - Delay in getting the appointment (% very difficult)

Q45C: Difficulties at access to medical services - Waiting time to see doctor on day of Appointment (% very difficult)

Q45D: Difficulties at access to medical services - Cost of Seeing the Doctor (% very difficult)

domena in ne domena EU, ubrale različne smeri razvoja in reorganizacije. Lawson in Nemeč (1998) ugotavljata, da sta se razvili dve obliki zdravstvene oskrbe. Na Poljskem in Češkem so se odločili za decentraliziran sistem z mnogimi ponudniki zavarovanj, medtem ko sta Madžarska in Slovaška ohranili bolj monopolen državni sistem zavarovanj z bolj centraliziranim zagotavljanjem storitev (Manning, 2004).

Po podatkih OECD 2001 (v EQLS, 2003) (Razpr. 1) je med državami EU opazna razlika glede pričakovane življenjske dobe ob rojstvu. Države SVE imajo v primerjavi z ostalimi državami EU nižjo pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu (pod 76 let), medtem ko

je pri ostalih državah EU pričakovana življenjska doba ob rojstvu dokaj homogena med 76 in 78 let z izjemo Italije, Francije in Švedske, kjer je nad 78 let. Slovenija ima med državami SVE najdaljšo pričakovano življenjsko dobo.

Po medicinski definiciji je »zdravje odsotnost bolezni« (Reed, Stanley, Clark, 2004). Laične definicije zdravja, ki jih v svoji raziskavi navaja Blaxter (1990), pa zajemajo široko paleto predstav o tem, kaj je zdravje: odsotnost bolezni, nasprotje bolezni, rezerva, zdravo življenje, fizična pripravljenost, energija ali vitalnost, socialna razmerja, funkcioniranje, psihosocialno blagostanje.

Na individualni ravni je slabo zdravstveno stanje starejše osebe povezano z različnimi izgubami (izguba neodvisnosti in avtonomije, samospoštovanja in dostojanstva, mobilnosti, socialne interakcije in participacije v vsakdanjem življenju). Število akutnih in kroničnih bolezni se s staranjem povečuje (Office of Population Censuses and Surveys, OPCS, 1993). Starejši ljudje imajo več akutnih problemov, kot so nesreče in poškodbe (le-te so bolj pogoste pri ženskah kot pri moških). Imajo tudi več kroničnih bolezni - približno 75 % ljudi, starih nad 75 let, ima dolgotrajno bolezen. Starost pogosto spremljajo problemi z duševnim zdravjem, od katerih sta najbolj pogosti depresija in demenca, ki v starosti 65 let prizadeneta 5 % ljudi, med starimi 80 let in več je obolelost že 20 % (RIS, 1999). Nesporno na kakovost življenja vpliva tudi invalidnost, ki s starostjo močno narašča.

Za primerjavo med državami glede dolgotrajnih bolezni in invalidnosti med populacijo, staro 60 let in več, uporabljamo podatke EQLS (2003). Podatki v Razpr. 1 kažejo, da se države SVE ločijo od ostalih držav EU. Primerjalno gledano imajo najvišje odstotke starejših ljudi z dolgotrajnimi boleznimi in invalidnostjo. Tudi Slovenija je glede tega kazalca podobna ostalim državam SVE. Vodilni vzroki smrti starih ljudi v Sloveniji so bolezni srca in ožilja ter rak, na tretjem mestu so poškodbe. Podatki o umrljivosti v Sloveniji iz obdobja okoli leta 2000 v primerjavi s podatki starih članic EU (EU-15) kažejo, da v Sloveniji ljudje, stari nad 65 let, pogosteje umirajo zaradi poškodb in samomorov (zlasti moški), malignomov (rak dojke pri ženskah in rak pljuč pri moških), bolezni, povezanih z uživanjem alkohola, bolezni srca in ožilja, prebavil in delno tudi dihal (SZV, 2004).

Subjektivna zaznava zdravja kot element kakovosti življenja

Subjektivna ocena zdravja posameznika se lahko razlikuje od ocene, ki bi jo temu človeku dali njegovi bližnji ali zdravstveni delavci (Bond, 2004), vendar je subjektivna ocena zdravstvenega stanja (EQLS, 2003) »pomemben element splošne kakovosti posameznikovega življenja« in je »relativno dober instrument za merjenje zdravstvenega statusa«. Reed, Stanley in Clarke (2004) ločijo tri komponente, pomembne za razumevanje pogledov starejših ljudi na lastno zdravje in kakovost življenja: razumljivost, prilagodljivost in pomenskost. Bryant, Corbett in Kutner (2001) npr. ugotavljajo, da za starejše ljudi biti aktiven pomeni biti zdrav, medtem ko študija, ki so jo opravili Seeman et al. (1999), trdi, da je prepričanje o lastni učinkovitosti pomemben dejavnik pri spremembah v načinu življenja starejšega človeka in sprejemanju dosegljive kakovosti življenja. Starejši ljudje pogosto ocenijo svoje zdravstveno stanje za dobro v primerjavi s svojimi vrstniki. Sidell (1995) ter Bryant,

Corbett in Kutner (2001) razlagajo to razhajanje z nekaj dejavniki, npr.: zdravje se ujema s prepričanji o staranju; slabo zdravstveno stanje je sinonim za starost in starejša oseba se ne nujno počuti staro; marsikoga je sram priznati, da je slabega zdravstvenega stanja. Vsekakor so izkušnje, razumevanje in sprejemanje zdravstvenega stanja starejšega človeka lahko primerno razumljene le v odnosu do kulturnega konteksta njegovega življenja.

Pri primerjavi prebivalcev držav EU, starih 60 let in več, je iz Razpredelnice 1 razvidno, da na splošno 26 % ljudi iz celotnega preučevanega vzorca poroča, da je njihovo zdravstveno stanje odlično ali zelo dobro, in 19 %, da je zelo slabo (EQLS, 2003). O razvrščanju držav lahko rečemo, da so si države SVE med seboj podobne. Lastno zdravstveno stanje ocenjuje kot slabo več starejših ljudi v državah SVE kot v ostalih državah EU, izjema so le starejši ljudje na Portugalskem (država je glede na ta kazalec podobna državam SVE).

Pri starejših ljudeh je slabo zdravstveno stanje pogosto povezano s kroničnimi ali akutnimi bolečinami. Kronična bolezen (Bond, 2004) je življenjska izkušnja, ki ovira in moti vsakdanje življenje, prinaša izkušnjo trpljenja v smislu bolečine in povzroča spremembe socialnega življenja. Kronična bolezen prizadene tudi samorefleksijo in vzpostavi potrebo po ponovni proučitvi lastnega življenja in koncepta lastne osebnosti. Posledice kronične bolezni lahko vodijo v nezmožnost in izgubo funkcionalne sposobnosti. Hkrati lahko vodijo v omejeno življenje, socialno izolacijo in osamljenost. Kronična bolezen vpliva tudi na bolnikove bližnje, katerih življenje se lahko dramatično spremeni. Kronična bolezen je torej problem tako za posameznika kot za njegove najbližje. Od posameznika zahteva spremembo načina življenja, pojmovanja kakovosti življenja in soočanje s problemi, zahteva veliko odrekovanja in v mnogih primerih tudi spremenjeno vlogo pomembnih drugih.

Subjektivna zaznava kakovosti zdravstvenih storitev

Iz Razpr. 1 je razvidno, da se po dostopnosti zdravstvene oskrbe za osebe, stare 60 let in več, države ločijo v tri skupine - skandinavsko, kontinentalno ter skupino mediteranskih držav in držav SVE skupaj. Dostop do zdravstvene oskrbe je v mediteranskih državah in državah SVE opazno slabši, najboljši je v skandinavskih. Kontinentalne države so nekje vmes, izjema je Francija, ki se po oceni starejših ljudi poleg skandinavskih držav uvršča v sam vrh dobre dostopnosti zdravstvene oskrbe. Tudi Velika Britanija se glede tega kazalca umešča v to najvišjo skupino.

Mogoče je, da je poglavitni vzrok nezadovoljstva z zdravstvenimi storitvami v državah SVE (Farquhar, 1995) to, da reforma zdravstvenega sistema ni bila ta-

ko previdna kot reforma pokojninskega sistema. Liberalizaciji (prehodu iz javnih storitev na zavarovalne sisteme z bolj ali manj polno pokritostjo) je sledila privatizacija lekarn, bolnic, klinik in ambulant. Sistem financiranja je v veliki meri prešel na delodajalce in delavce, državno financiranje se je zelo omejilo. Posledica tega je bil nižji standard, močno povečanje samoplačništva, omejen dostop do specialistične in bolnišnične oskrbe ter poslabšanje preventivne oskrbe. Prišlo je tudi do omejitev v zdravstvenih storitvah. Javnozdravstveni skladi sedaj delujejo kot sheme javnega zavarovanja z omejitvami glede pokrivanja storitev. Večina preventivnih zdravstvenih storitev, kot so presejalni testi, zobozdravstvo in oskrba z zdravili, je bilo iz javnozdravstvenih shem izključenih. Kljub ostrejšim pravilom se je strošek oskrbe in zdravil zelo povečal. Povečale so se tudi neorganiziranost, privatna dobičkonosnost in neuskkljenost storitev (Ferge, 1995, 2001; Sykes et al., 2001).

Nekateri avtorji, ki so proučili razmere v zdravstvenem varstvu po reformah v državah SVE, so prepričani, da so za poslabšanje krive neučinkovite reforme, po drugi strani pa se pojavlja tudi prepričanje, da je za to kriva porazdelitev odgovornosti in odločanje o zdravstveni politiki na nacionalni ravni. Tako Manning (2004) za npr. Poljsko navaja, da njihova zdravstvena politika ostaja pod nadzorom države in se tako prilagaja trenutni politični orientaciji. Zato je uveljavitev novega sistema nepopolna, z nekaj privatizacije, nadaljnjim neformalnim plačevanjem za mnoge specialiste ter nizko uveljavitvijo konkurenčnosti in depolitizacije zdravstvenih skladov.

Ko govorimo o zdravstvenih sistemih v povezavi s starejšimi ljudmi, velikokrat mislimo na dolgotrajno oskrbo (Kondratowitz, Römer, Motel-Klingebiel, 2002), ki pomeni »potrebo po pomoči pri vsakdanjih, rednih opravilih, v večjem obsegu in v daljšem obdobju«. Če primerjamo razlike med dolgotrajno oskrbo v Evropi, so v skandinavskih državah EU (Danska, Finska, Švedska) vsi državljani zavarovani za primer potrebe po dolgotrajni oskrbi, po principu državljanске pravice. V drugi skupini držav, kamor sodijo nekaj držav SVE (Češka, Estonija, Madžarska) ter Irska in Malta, imajo centralno vlogo državne zdravstvene storitve. Slovaška sledi modelu socialne asistencije za financiranje dolgotrajne oskrbe. V Latviji ni posebne sheme za dolgotrajno oskrbo; prednost dajejo družini in oskrbi na domu - socialna in institucionalna oskrba je zelo redka. Madžarska tudi bolj podpira družinsko oskrbo, vendar je institucionalna na razpolago, če je potrebna (Hoff, 2006). V Sloveniji je bila dolgotrajna oskrba do nedavnega pretežno institucionalna, sedaj je na voljo vse več privatnih ponudnikov, ki jo opravljajo na domu, kar je (deloma) posledica pomanjkanja javnih ustanov.

Države s tradicijo socialnozavarovalnih shem so uvedle mehanizme (Hoff, 2006), ki temeljijo na soci-

alnozavarovalnem principu. V Belgiji in na Nizozemskem npr. tveganje dolgotrajne oskrbe pokriva bolniško in invalidsko zavarovanje. Podobna institucionalna rešitev obstaja tudi v Franciji, Grčiji, Litvi, Luksemburgu in Španiji. Nekoliko drugačna slika je na Cipru, kjer dolgotrajno oskrbo zagotavlja ministrstvo za zdravje in državni proračun. Nemčija je ena izmed prvih, ki je razvila nov socialnozavarovalni steber, da bi zadostila naraščajočemu številu ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo; le-ta pokriva pomoč na domu kot tudi bolnišnično ali institucionalno oskrbo. Portugalska je sledila z uvedbo socialnozavarovalnega sistema za dolgotrajno oskrbo. Avstrija prakticira ločen sistem bonitet, ki ga skupaj izvajata centralna in lokalna oblast. Zelo specifičen sistem najdemo na Poljskem, kjer si odgovornost za dolgotrajno oskrbo delijo različne javne zdravstvene in socialnovarstvene institucije.

Statistična primerjava držav EU glede na izbrane kazalce zdravja starejših ljudi

V Razpr. 2 so prikazani rezultati analize variance. Države EU primerjamo med seboj po skupinah, ki smo jih oblikovale glede na sistem držav blaginje. Zanima nas, ali se skupine držav blaginje glede povprečnih vrednosti obravnavanih kazalcev KŽ med seboj značilno razlikujejo.

Kot kažejo vrednosti F-statistike (Tabachnick, Fidell, 1996) in stopnja značilnosti testa (p), so na prvi pogled skupine držav med seboj značilno različne, vendar je vrednost F-statistike značilna že, če se le dve skupini držav značilno razlikujeta med seboj. Z Bonferronijevim testom smo med seboj primerjale posamezne skupine in ugotovile, da se pri odstotku BDP, ki se porabi za zdravstvo, med seboj značilno razlikujeta le skupini kontinentalnih držav in države SVE, in sicer imajo države SVE značilno nižji odstotek BDP, ki se porabi za zdravstvo. Z najnižjim povprečjem pričakovane življenjske dobe ob rojstvu se države SVE značilno razlikujejo od vseh drugih skupin držav, le-te so med seboj precej izenačene. Pri subjektivni oceni zdravstvenega stanja se države SVE spet značilno razlikujejo od vseh ostalih skupin držav, in sicer z značilno višjim povprečnim odstotkom starejših ljudi, ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot slabo. Glede prisotnosti dolgotrajnih bolezni in nezmožnosti se države SVE značilno razlikujejo od kontinentalnih in mediteranskih držav, ki imajo najnižji odstotek starejših oseb, ki poročajo o prisotnosti dolgotrajnih bolezni. Pri oceni težav pri dostopu do zdravstvenih storitev je v primerjavi z ostalimi skupinami razdalja do kraja storitve velik problem za značilno večji odstotek starejših ljudi v mediteranskih državah in državah SVE. Enako velja za čakalno dobo. Čakalna vrsta je ocenjena kot velik problem za relativno visok odstotek starejših ljudi tako v medite-

ranskih državah kot državah SVE, toda v odnosu do skandinavskih in kontinentalnih držav so razlike značilne le za države SVE. Stroški storitev v primerjavi s skandinavskimi in kontinentalnimi državami v državah SVE predstavljajo veliko težavo za značilno višji odstotek starejših ljudi. Skorajda enak odstotek starejših ljudi ocenjuje za veliko težavo stroške storitev tudi v mediteranskih državah, čeprav razlike tu niso značilne.

Razdelitev držav v skupine glede na sistem držav blaginjeni dobro povezana z empirično zaznamimi razlikami med državami. Če pogledamo statistično značilne razlike, so se večinoma pojavljale pri primerjavi držav SVE z ostalimi skupinami držav. Vsekakor so države SVE specifične pri izbranih kazalcih KŽ za starejše ljudi. Med opazovanimi kazalci se večje razlike pojavijo pri subjektivnih ocenah zdravstvenega stanja, kjer izstopajo države SVE in mediteranske države, ter prisotnosti dolgotrajne bolezni, kjer imajo države SVE najvišji odstotek, mediteranske pa najnižjega. Vsekakor so si države SVE in mediteranske države med seboj podobne pri ocenjevanju težav pri dostopanju do zdravstvenih storitev. Poglejmo si še, kakšno sliko držav dobimo, če opazujemo vse kazalce hkrati.

Razvrščanje v skupine

V tem poglavju predstavljamo rezultate razvrščanja v skupine, kjer so enote opazovanja države in povprečne vrednosti izmerjenih kazalcev KŽ. Pri tej analizi smo upoštevali vse kazalce hkrati brez vnaprej določenih predpostavk o tem, koliko skupin držav pričakujemo in katere države naj bi si bile podobne in katere različne. Pri razvrščanju v skupine izbor kazalcev odraža pomen, ki ga pripisujemo posameznim kazalcem. Dva kazalca sta objektivna, dva kažeta subjektivno zaznavo zdravstvenega stanja in štirje subjektivno zaznavo težav pri dostopu do zdravstvenih storitev. S takim izborom kazalcev dajemo subjektivnim ocenam težav pri dostopu do zdravstvenih storitev enako težo kot ostalima dvema vrstama kazalcev skupaj. Subjektivne ocene težav pri dostopu do zdravstvenih storitev lahko še posebej v primerjalni perspektivi pokažejo na pričakovane pomanjkljivosti zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev za starejše ljudi v Sloveniji.

Za razvrščanje smo uporabile Wardovo metodo hierarhičnega razvrščanja v skupine, mera razlik med državami je kvadrirana evklidska razdalja, razvrščanje (Ferligoj, 1989) je narejeno na standardiziranih

Razpr. 2. Analiza variance za izbrane kazalce.

Table 2. Analysis of Variance for Selected Countries.

SP	Skupine držav										F	p
	skandinavske		liberalne		kontinentalne		mediteranske		SVE			
	pov.	std.	pov.	std.	pov.	std.	pov.	std.	pov.	std.		
V1	7,67	0,85	7,00	0,42	8,45	1,62	8,05	0,26	6,51	0,96	3,15	*
V2	77,83	1,63	76,80	0,71	77,95	0,65	77,63	1,33	72,66	1,84	16,35	***
Q34	10,67	3,17	10,40	5,73	11,44	2,49	15,76	14,64	34,02	10,00	7,97	**
Q44	46,44	11,01	38,21	13,43	36,03	5,92	30,38	9,90	58,16	8,47	9,07	***
Q45A	2,56	1,38	4,60	0,53	4,64	2,05	13,07	3,45	13,23	3,34	15,70	***
Q45B	6,36	1,96	6,36	1,89	4,68	1,63	20,60	5,42	15,01	4,71	14,13	***
Q45C	2,53	1,05	6,54	2,12	5,33	2,22	17,93	6,00	19,26	9,81	6,41	**
Q45D	2,37	0,60	3,03	3,44	4,35	2,37	18,14	9,02	18,91	11,59	4,83	**

Legenda:

V1-GDP: Odstotek BDP na prebivalca, ki se porabi za zdravstvo

V2-PŽD: Pričakovana življenjska doba ob rojstvu (OECD 2001)

Q34: Subjektivna ocena zdravja (% slabo zdravje)

Q44: Prisotnost dolgotrajne bolezni in nezmožnosti (% da)

Q45A: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - razdalja do storitev (% zelo težko)

Q45B: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - čakalna doba (% zelo težko)

Q45C: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - čakalna vrsta (% zelo težko)

Q45D: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - stroški storitev (% zelo težko)

* 0,05 > p > 0,01; ** 0,01 > p > 0,005; *** 0,005 > p

Labels:

V1-GDP: Percentage of GDP per capita for health

V2-PŽD: Life Expectancy at Birth (OECD 2001)

Q34: Subjective Health Evaluation (% bad)

Q44: Long-term Illness or Disability (% yes)

Q45A: Difficulties at access to medical services - distance to services (% very difficult)

Q45B: Difficulties at access to medical services - Delay in getting the appointment (% very difficult)

Q45C: Difficulties at access to medical services - Waiting time to see doctor on day of Appointment (% very difficult)

Q45D: Difficulties at access to medical services - Cost of Seeing the Doctor (% very difficult)

vrednostih spremenljivk zaradi različnih merskih nivojev kazalcev KŽ. Dendrogram (Sl. 2.) kaže, da sta pri razvrščanju v skupine nastali dve večji skupini držav, kjer so države SVE in mediteranske države združene v eno skupino ter ostale države v drugo skupino držav. Izjemi sta le Češka in Španija, ki sta se uvrstili v skupino poleg skandinavskih, liberalnih in kontinentalnih držav. Kljub zelo očitni razvrstitvi v dve skupini lahko rečemo, da so se države razvrstile po skupinah, ki smo jih opazovali že pri analizi variance, pri čemer so mediteranske države po kazalcih težav pri dostopu do zdravstvenih storitev zelo podobne državam SVE. V Razpr. 3 so prikazana povprečja spremenljivk, ki so bile uporabljene za razvrščanje. Izkaže se, da dve spremenljivki nimata značilnih razlik v povprečnih vrednostih. Države se torej ne razlikujejo značilno glede odstotka BDP na prebivalca, ki se porabi za zdravstvo, in odstotka starejših, ki poročajo o prisotnosti dolgotrajne bolezni ali nezmožnosti, čeprav je odstotek BDP na prebivalca večji v prvi skupini in manjši v drugi ter odstotek starejših s prisotnostjo dolgotrajne bolezni manjši v prvi skupini in večji v drugi.

V prvi skupini so naslednje države: Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Irska, Luksemburg, Nizozemska, Španija, Švedska in Velika Britanija. Večino teh držav glede na sistem držav

blaginje uvrščamo med skandinavske, liberalne in kontinentalne. V drugo skupino držav so razvrščene države, ki jih uvrščamo med mediteranske in države SVE: Grčija, Italija, Portugalska, Slovenija, Slovaška, Poljska, Madžarska, Estonija, Latvija in Litva. Prvi skupini držav je skupen večji odstotek BDP, ki se porabi za zdravstvo, in višja pričakovana življenjska doba ob rojstvu. Prebivalci teh držav v povprečju ocenjujejo svoje zdravje kot boljše (manjši odstotek je takih, ki ocenijo svoje zdravje kot slabo) in v manjšem odstotku poročajo o prisotnosti dolgotrajne bolezni in nezmožnosti. Skupna jim je dobra ocena geografske, finančne in časovne dostopnosti zdravstvenih storitev.

Mediteranske države, ki izstopajo po majhnem odstotku starejših z dolgotrajnimi boleznimi ali nezmožnostmi in dolgi pričakovani življenjski dobi ob rojstvu, so v vseh ostalih kazalcih zelo podobne državam SVE, in sicer predvsem po ocenah geografske, finančne in časovne dostopnosti zdravstvenih storitev. Državam SVE so skupni manjši odstotek BDP, ki se porabi za zdravstvo, krajša pričakovana življenjska doba ob rojstvu, večji odstotek starejših, ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot slabše, in večji odstotek takih, ki poročajo o prisotnosti dolgotrajnih bolezni. Predvsem jih veliko poroča o težavah pri geografski, finančni in časovni dostopnosti zdravstvenih storitev.

h A r b ' H I Z R I R C H [C I L C L U S T E R h W n i T E - I S

EünJcúqijir uiinq Naed Ha-thod

Pf...:j1hL LiitJlCa ÇIUitHJI ÊrjTfc Ififl

	<i>c. X a E</i>	D	B	ID	IB	20	<i>n</i>
LAIM]	Nun						
lun trm	1	{l i					
Ne-Uirrln nds	16						
Brlqii jr	z	j>-					
• e-nrr-ar.^	t						
ŠLMH'IIII	iz	flβflOfits					
Trance	i	fit »					
GAirv-iny							
Finland	li	-3-t #					W-
UK	23	O Ç ^					
Czjich Rnpjblq	3	fltf -tttd					«o
I rrl-and	11	JU: ff					
LiMwraLijji tq	li						ä
t pa iri	£ i	^Lf					
Bstefiin.	E						-S-
Hungary	10						»
Litima nia	14	Jta	ff	a			s
h l i n d							
Latvia	13			=			
(Jreflue	j	0 x H [i J Jj H t,		tt			
: ca	12	fltf »M-t-JH} JHlff					
PorL'jgwI	is	at,					
ElçVhlEji*	za	• -o-isJ'					
5leva tin	19	JHJiWtf					

Sl. 2. Dendrogram.

Razpr. 3. Povprečja in standardni odkloni spremenljivk v dveh skupinah držav.

Table 3. Mean values and standard deviations for two Clusters.

SP	Skupini držav				t	p
	Skupina 1		Skupina 2			
	pov.	std.	pov.	std.		
V1	7,88	1,26	6,95	1,18	3,15	**
V2	77,52	1,23	73,88	2,93	16,35	***
Q34	12,10	4,26	29,94	14,67	7,97	***
Q44	39,69	9,39	50,28	16,71	9,07	***
Q45A	4,79	2,45	14,05	2,74	15,70	***
Q45B	6,29	3,16	18,05	4,81	14,13	***
Q45C	6,04	3,85	19,99	8,77	6,41	***
Q45D	3,67	2,05	21,54	8,72	4,83	***

Legenda:

V1-GDP: Odstotek BDP na prebivalca, ki se porabi za zdravstvo

V2-PŽD: Pričakovana življenjska doba ob rojstvu (OECD 2001)

Q34: Subjektivna ocena zdravja (% slabo zdravje)

Q44: Prisotnost dolgotrajne bolezni in nezmožnosti (% da)

Q45A: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - razdalja do storitev (% zelo težko)

Q45B: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - čakalna doba (% zelo težko)

Q45C: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - čakalna vrsta (% zelo težko)

Q45D: Težave pri dostopu do zdravstvene oskrbe - stroški storitev (% zelo težko)

* 0,05 > p > 0,01; ** 0,01 > p > 0,005; *** 0,005 > p

Labels:

V1-GDP: Percentage of GDP per capita for health

V2-PŽD: Life Expectancy at Birth (OECD 2001)

Q34: Subjective Health Evaluation (% bad)

Q44: Long-term Illness or Disability (% yes)

Q45A: Difficulties at access to medical services - distance to services (% very difficult)

Q45B: Difficulties at access to medical services - Delay in getting the appointment (% very difficult)

Q45C: Difficulties at access to medical services - Waiting time to see doctor on day of Appointment (% very difficult)

Q45D: Difficulties at access to medical services - Cost of Seeing the Doctor (% very difficult)

Zaključek

Kakovost življenja v starosti je vprašanje, s katerim se ukvarjamo tako raziskovalci kot tudi starejši ljudje sami in seveda tudi politika in organizacije civilne družbe. Iz pregleda literature je razvidno, da ni nekega skupnega odgovora na vprašanje, kaj je KŽ v starosti. Predvsem se je pomembno zavedati, da so starejši ljudje heterogena skupina z različnimi potrebami in predstavami o tem, kaj KŽ je. Ena od redkih točk strinjanja v definicijah KŽ tako med strokovnjaki kot med starejšimi ljudmi je velik pomen zdravja oz. odsotnosti bolezni ter velik pomen dostopa do kakovostnih zdravstvenih storitev. V članku smo se s KŽ na področju zdravja ukvarjale primerjalno na ravni evropskih držav in ne na ravni posameznikov, čeprav so empirični indeksi izračunani iz odgovorov posameznikov, starih 60 let in več, v evropskih državah. Na osnovi statističnih analiz ugotavljamo, da se evropske države med seboj močno razlikujejo glede KŽ na področju zdravja. Toda razvrščanje v skupine kljub vsemu poda rezultate, ob katerih najdemo precejšnje podobnosti držav, ki jih sicer uvrščamo v različne sisteme države blaginje.

V prvi skupini so skandinavske in kontinentalne države. V teh državah je odstotek BDP na prebivalca za zdravstvo najvišji; odstotek ljudi, ki poročajo o težavah pri dostopu do zdravstvene oskrbe, najmanjši; zdravstveno stanje starejšega prebivalstva povprečno oziroma dobro (ocenjeno s pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu, subjektivno oceno zdravstvenega stanja in odstotkom starejših, ki poročajo o prisotnosti dolgotrajne bolezni ali nezmožnosti). V to skupino se uvrščajo tudi liberalne države, saj so njihovi kazalci podobni, le daje pri njih odstotek porabe BDP na prebivalca za zdravstvo nekoliko nižji.

V drugi skupini prevladujejo mediteranske države. Njihov odstotek BDP na prebivalca za zdravstvo je povprečen; odstotek ljudi, ki poročajo o težavah pri dostopu do zdravstvenih storitev, visok in podoben odstotku, izračunanem pri državah SVE; zdravstveno stanje pa dobro (ocenjeno s pričakovano življenjsko dobo ob rojstvu, subjektivno oceno zdravstvenega stanja in odstotkom starejših, ki poročajo o prisotnosti dolgotrajne bolezni ali nezmožnosti). V to skupino so razvrščene tudi države SVE, pri njih je odstotek starejših, ki poročajo o težavah pri dostopu do zdravstvenih storitev, najvišji. Države SVE (razen Slovenije) se od me-

diteranskih razlikujejo v tem, da za zdravstvo namenajo najmanjši odstotek BDP na prebivalca. Tudi zdravstveno stanje, merjeno tako z objektivnimi kot s subjektivnimi kazalci, je v državah SVE slabo.

Slovenija je po odstotku BDP na prebivalca, ki se porabi (oz. se je porabila leta 2001) za zdravstvo, na četrtem mestu med evropskimi državami, po ostalih kazalcih pa se uvršča kot druge države SVE. Vsekakor je to znak, da se je z zdravstvenim stanjem starejših ljudi ter dostopom do zdravstvenih storitev potrebno ukvarjati na ravni države in medsebojnega delovanja makrosistemov (npr. Zakon o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je še vedno v postopku sprejemanja) in daje potrebno redno spremljanje kakovosti dostopa do zdravstvenih storitev ter promocija KŽ med starejšimi.

Za konec se lahko vprašamo, kako je zdravje (starejšega) prebivalstva povezano s sistemi blaginje in znotraj njih s sistemi zdravstvenega varstva. Naša analiza je pokazala, da zveza ni linearna niti enostavna. Za slovensko zdravstveno politiko in stroko je zlasti pomembno ugotoviti, rezultat katerih ukrepov je dobro zdravje in višja kakovost življenja.

Literatura

- Abrams M. Subjective social indicators. *Soc Trends*. 1973;4:33-50.
- Blaxter M. Health and lifestyles. London: Routledge; 1990.
- Bond J. Quality life and older people. England: Open University Press; 2004.
- Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Marriott-Dowling L, Fleissig A, Evans O, Banister D, Sutton S. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*. 2003;56(4):269-306.
- Bryant L, Corbett K, Kutner J. In their own words: a model of healthy aging. *Soc Sci Med*. 2001;53(7):927-41.
- Črnak-Meglič A. Vpliv tipov države blaginje na obseg in vlogo neprofitno-volonterskega sektorja v sodobnih družbah [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2000.
- Deacon B. Eastern European welfare states: the impact of the politics of globalization. *J Eur Soc Policy*. 2000;10(2):146-61.
- Esping-Andersen G. The tree world of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
- EQLS - European Quality of Life Survey 2003. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, [computer file]. Colchester, Essex: UK Data Archive [distributor], February 2006. SN: 5260.
- Farquhar M. Quality of life of old people. In: Fitzpatrick R, ed. *Advances in medical sociology*. Greenwich Connecticut: JAI Press Inc. 1995:139-58.
- Ferligoj A. Razvrščanje v skupine: teorija in uporaba v družboslovju. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1989.
- Ferge Z. Social policy reform in post-communist countries: various reform strategies. In: Ringen S, Wallace C, eds. *Social Reform in East-Central Europe: New trends in transition*. Praha: Prague Papers on Social Responses to transformation. Vol. III; 1995:1-38.
- Ferge Z. Welfare and 'III-Fare' systems in central-eastern Europe. In: Sykes R, eds. *Globalization and European Welfare states: Challenges and change*. Hampshire: Palgrave; 2001:127-52.
- Ferrera M, Rhodes M. *Recasting European Welfare state*. London: Frank Class; 2000.
- George L K, Bearon L B. *Quality Of Life in Older Persons. Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press; 1980.
- Hemerijck A. The self-transformation of the European social model. In: Esping-Andersen G, Gallie D, Hemerijck A, Myles J, Myers J, eds. *Why we need a new welfare state?* Oxford: Oxford University press; 2002:173-214.
- Hoff A. Final report of the research project - Tacking poverty and social exclusion of older people - Leson from Europe. Oxford: University of Oxford: Oxford Institute of aging; 2006.
- Hughes B. Quality of life. In: Peace SM. *Researching social gerontology*. London: Sage publications; 1990.
- Hvalič-Touzery S. Družinska oskrba starih družbenih članov [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2007:153.
- Kondratowicz HJ, Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A. Establishing systems of care in Germany: Along and winding road. *Aging Clin Exp Res*. 2002;14(4):239-46.
- Lawson C, Nemeč J. Central european health reform: the case of Slovakia, 1990-97. *J Eur Soc Policy*. 1998;8(3):237-52.
- Mandič S. Kakovost življenja: med novimi blaginjskimi koncepti in družbenimi izzivi. *Družb Razp*. 2005;21(48):111-31.
- Manning N. Diversity and change in pre-accession Central and Eastern Europe since 1989. *J Eur Soc Policy*. 2004;14(3):211-32.
- McCall S. Quality of life. *Soc Ind Res*. 1975;2:20-30.
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 1997: »Plan razvoja varstva starejših do leta 2005«. Ljubljana; 1997.
- Nacionalna strategija 2006. Nacionalna strategija skrbi za kakovostno staranje prebivalstva in za solidarno sožitje generacij v Sloveniji. Predlog pripravila medresorska delovna skupina. 5. junij. 40. str. Dostopno na: http://www.gov.si/mddsz/doc/strategija_staranje_sozitje_2006jrazprava_5_6_06.pdf?PHPSESSID=4f83949bb203006cd58683a34e8a4fc5 (12. 1. 2007).
- OPCS - Office of population censuses and surveys 1993: *General household survey 1991*. London: OPCS; 1993.
- Reed J, Stanley D, Clarke C. *Health, well-being and old people*. London: The policy press; 2004:57-8.
- RIS MRC CFAS Resource implications study group of the medical research council cognitive function and aging study. Informal caregiving for fairl older people at home and in long-term care institutions: who are the key supporters? *Health Soc Care Community*. 1999;7(6):434-44.
- Scharpf FS, Schmidt VA. *Welfare and work in the open economy*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Seeman TE, Unger JJ, McAvay G, Mendes de Leon C. Self-efficacy beliefs and perceived declines in functional ability: MacArthur studiesw of successful aging. *J gerontol*. 1999;54b(4):214-22.
- SHARE - Survey of Health, Aging and Retirement in Europe 2005. Mannheim: Mannheim research institute of the economics of aging; 2005.
- Sidell M. *Health in old age: Myth, mystery and management*. Buckingham: Open university press; 1995.
- Sykes R, Palier B, Prior P, Campling J. *Globalization and European welfare states: Challenges and change*. London: Palgrave; 2001.
- SURS, 2007. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1320 (12. 1. 2007).
- SZV Strategija skrbi za starejše na področju zdravstvenega varstva v obdobju 2005-2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Delovno gradivo za interno uporabo 23. 9. 2004.
- Tabachnick B G, Fidell L S. *Using Multivariate Statistics*. Northridge: HarperCollins Publications; 1996.
- Walker A. *Understanding Quality of life in old age*. England: Open University Press; 2005a.
- Walker A, Hennessy H. *Growing older: Quality of life in old age*. England: Open University Press; 2005.
- Walker A. *Growing older: Growing older in Europe*. England: Open University Press; 2005b.