

## Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviają mediciną

Miglė Bartuškaitė, Eglė Butkevičienė

*Kauno technologijos universitetas  
K. Donelaičio g. 20, LT-44239 Kaunas*

**crossref** <http://dx.doi.org/10.5755/j01.ppaa.12.1.4011>

**Anotacija.** Sveikatos priežiūros sistema, perimdama vakarietišką socialinės politikos modelį, susiduria ne tik su menku pasitikėjimu institucijomis, bet ir kintančia biomedicinos pozicija gydymo procese. Daugėjant lėtinių ligų, didėjant pacientų informatyvumui, kintant gydytojo ir paciento santykiui Vakarų valstybėse daug dėmesio skiriama alternatyviai medicinai. Nors Lietuvoje alternatyvios medicinos praktikos turi galias tradicijas, visgi dėl biomedicinos hegemonijos alternatyvi medicinos praktika taikoma tik asmenine iniciatyva. Remiantis reprezentatyvios Lietuvos gyventojų apklausos duomenimis, gautais 2011 m. įgyvendinus Tarptautinės socialinio tyrimo programos (ISSP) apklausų modulį „Sveikata“<sup>6</sup>, šiame straipsnyje analizuojamas pasitikėjimas sveikatos priežiūros sistema ir alternatyvios medicinos pozicija sveikatos sektoriuje. Straipsnyje daroma išvada, kad dabartinė Lietuvos visuomenė alternatyviają mediciną vis dar vertina skeptiškai.

**Raktažodžiai:** sveikata, sveikatos politika, alternatyvioji medicina, Tarptautinė socialinio tyrimo programa (ISSP), Lietuva.

**Keywords:** health, health policy, alternative health care, International Social Survey Programme (ISSP), Lithuania.

### Įvadas

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema, perimdama vakarietišką socialinės politikos modelį, susiduria su menku pasitikėjimu institucijomis bei kintančia

---

<sup>6</sup> Straipsnis parengtas Kauno technologijos universiteto Politikos ir viešojo administravimo institutui vykdant mokslo projektą „Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Lietuvos socialinių problemų stebėseną (ISSP-LT)“, kurį finansuoja Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. SIN-07/12). Šio projekto tikslas – tęsti ilgalaikę socialinių problemų stebėseną įgyvendinant Tarptautinę socialinio tyrimo programą (ISSP) Lietuvoje. Straipsnyje taip pat naudojami ir 2010–2011 m. vykdyto projekto „Socialinių problemų stebėseną: Tarptautinė socialinio tyrimo programos įgyvendinimas (SPS)“, kurį finansavo Lietuvos mokslo taryba, duomenys.

tradicinės medicinos pozicija gydymo procese. Šia tematika Lietuvoje domisi nemažai mokslininkų. V. Leonavičius, G. Baltrušaitytė ir I. Naujokaitė [16], aptardami besikeičiančios sveikatos priežiūros sistemos ypatumus, taiko Inglehardto vertybinės kaitos modelį, kuris, autorių nuomone, geriausiai išryškina šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos ypatumus. A. Guogis savo paskelbtuose darbuose taiko Esping-Anderseno gerovės valstybių modelių analizę, atskleidžia tarp šalių egzistuojančius skirtumus kartu bandydamas nubrėžti socialinės politikos, kuri apima ir sveikatos politiką, kryptis [8, 9]. Empiriniuose tyrimuose Lietuvos kontekstas taip pat atskleidžiamas naudojant skirtingus sveikatos rodiklius. Kalbama apie gyvenimo trukmės didelius skirtumus, lyginant Lietuvos duomenis su kitomis valstybėmis. Visgi, kaip pažymi Grabauskas ir Kalėdienė [6], lyginant Lietuvos kontekstą su kitomis posovietinėmis valstybėmis, negalima atrasti didelių skirtumų. Nepaisant to, kokie pasirenkami veiksniai, siekiant atskleisti šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemos ypatumus, išvadose konstatuojama, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema nesiplėtojo tolygiai, palyginti su Vakarų valstybėmis. Lietuvos kaip posovietinės erdvės ypatumų įvertinimas yra neišvengiamas siekiant atskleisti sveikatos politikos iššūkius.

Svarbu atkreipti dėmesį, kad senoji sveikatos priežiūros sistema pasižymėjo itin išreikšta socialinės kontrolės funkcija. Pritariant sovietinės sveikatos priežiūros sistemos kontrolei bei reguliavimui, atsirado pasitikėjimo institucijomis deficitas. Anot A. Leonavičiaus, G. Baltrušaitytės ir I. Naujokaitės [16], tiek kokybiškai, tiek kiekybiškai atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad šiuolaikinė sveikatos priežiūros sistema išlaikė perimtą iš sovietinių metų institucijos modelį, pagal kurį ne tik palaikomas, bet ir atnaujinamas vyraujantis paternalistinis santykis. Esant paternalistiniam santykiui, garantuojama, kad pacientai kaip aktyvūs sveikatos priežiūros sistemos veikėjai bus pasyvūs ir atsitrauks nuo kaitos procesų. Svarbu pažymėti, kad pasitikėjimo samprata Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje įgyja ypatingą poziciją, nes pasitikėjimas institucijomis griuvo ne dėl socialinės kaitos ar iškilusių iššūkių, bet dėl nuolatinės visuomenės gyvenimo kontroliavimo, panaudojant ir sveikatos priežiūros sistemą, ir reprodukuotos invazinės socialinės politikos. Todėl pasitikėjimas sveikatos priežiūros institucijomis ir atsirandantys nauji sveikatos priežiūros institutai – alternatyvioji medicina – straipsnyje yra pagrindinė analizuojama problema. Atsižvelgiant į tai, autoriai kelia tikslą atskleisti Lietuvos gyventojų požiūrį į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną.

Straipsnyje analizuojami empiriniai duomenys, kurie gauti Kauno technologijos universiteto Politikos ir viešojo administravimo institutui vykdant mokslo projektą „Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Lietuvos socialinių problemų stebėseną (ISSP-LT)“, kurį finansuoja Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. SIN-07/12). Šio projekto tikslas – tęsti ilgalaikę socialinių problemų stebėseną įgyvendinant Tarptautinę socialinio tyrimo programą (ISSP) Lietuvoje. Straipsnyje taip pat naudojami ir 2010–2011 m. vykdyto projekto „Socialinių problemų stebėseną: Tarptautinė socialinio tyrimo programos įgyvendinimas Lietuvoje (SPS)“, kurį finansavo Lietuvos mokslo taryba, duomenys.

## **Sveikatos priežiūros sistema ir jos įgyvendinimas šiuolaikinėje visuomenėje**

Lietuvos socialinė politika, kuri apima ir sveikatos priežiūros sektoriaus reguliavimą, susiduria ne tik su nacionalinėje valstybėje išskylančiais iššūkiais, bet ir globalizacijos proceso nulemtais veiksniais. Anot A. Guogio ir D. Gudelio [7], globalizacijos ar europeizacijos procesų tiesioginę įtaką socialinės kaitos darnumui sudėtinga apibrėžti, visgi galima įžvelgti, kad vykstant globalioms ekonominėms krizėms nacionalinio lygmens socialinė politika nesugeba užtikrinti visuomenės poreikių. Antra vertus, sveikatos politikos tarptautiniu mastu lyginamieji tyrimai yra sudėtingi dėl šalių specifikos [18].

Kaip rodo įvairių šalių tyrimai, globalios kaitos įtaka socialinei politikai yra neatsiejama nuo valstybės įsipareigojimų visuomenei formos. Institucionalizuotų valstybės įsipareigojimų visuomenei formos sveikatos priežiūros sistemoje nustatomos naudojant privalomąjį sveikatos draudimą (PSD). Funkcionuojant įstatymais numatyta šiuolaikinės sveikatos priežiūros sistemai, suteikiamos ne tik gydymo paslaugos, bet ir siekiams užtikrinti sveikatos priežiūros teisumą, t. y. nepaisant asmens turtinės padėties, rasės, lyties, amžiaus, garantuoti kuo lygesnes galimybes asmenims, siekiantiems sveikatos priežiūros paslaugų. S. Kwon [14] nuomone, tokių procesų, kaip globalizacija, įtaka sveikatos priežiūros sistemai pirmiausia turi remtis sociokultūrine situacija šalyje. Nors įprasta manyti, kad globalizacija ar kiti globalūs reiškiniai neaplenkia nė vienos valstybės ir panaikina skirtumus tarp valstybių, visgi pastebima, kad valstybėse, kuriose vyrauja institucionalizuotos sveikatos priežiūros sistemos formos, o ne liberali sistema, globalizacijos ar europeizacijos procesų suformuoti iššūkiai įveikiami sunkiau. Žinoma, atskleidus globalių procesų tik negatyvias puses, šie reiškiniai nėra daugialypiai. Tai, kad daugelis medicinoje taikomų technologijų, aukštų standartų sveikatos priežiūros sistemoje buvo perimta, lėmė būtent globali kaita. Kaip pažymi A. Guogis [8], siedami europeizacijos procesą su gerovės valstybės modeliu, galime pastebėti, kad pietų Europos valstybėse socialinės apsaugos standartai gerokai pagerėjo, daugiau pasiekta atskirties mažinimo prasme. Lietuva kaip Europos Sąjungos bei Pasaulio sveikatos organizacijos narė perėmė europinį sveikatos modelį, kurį būtų galima įvardyti kaip universaliųjų modelį. Universalusis modelis užtikrina visuotinį prieinamumą prie sveikatos priežiūros sistemos, taip pat sistemos vieningumą [9]. Visoje ES galiojantis vieningas sveikatos draudimas yra vienas iš sistemos vieningumo pavyzdžių.

Sveikatos paslaugų prieinamumas daugelyje valstybių yra užtikrinamas palaikant institucionalizuotus medicinos paslaugų teikėjų ir vartotojų santykius, t. y. naudojant privalomą sveikatos draudimą. Sveikatos draudimas yra viešoji paslauga, teikiama modernioje, institucionalizuotoje valstybėje. Pirmieji sveikatos draudimai Lietuvoje atsirado XIX a. pab. Sveikatos draudimo modelis sudaromas remiantis Vokietijoje egzistavusiu sveikatos draudimo modeliu. Vėliau, 1938 metais, ligonių kasose buvo per 141 tūkst. apdraustųjų. Tačiau palyginti su bendru tuometinės

Lietuvos gyventojų skaičiumi (apie 2,88 mln.), apdraustųjų skaičius tesudarė tik 3–4 proc. šalies gyventojų [25, p. 2].

Pagrindiniai kriterijai, kurie buvo būdingi senajai sveikatos priežiūros sistemai: griežta ekspertinė erdvė, medikalizacijos plitimas ir svarbiausia ideologinis angažuotumas. Anot V. Leonavičiaus, G. Baltrušaitytės ir I. Naujokaitės [16, p. 25], nepaisant sovietinės visuomenės ir kapitalistinių Vakarų visuomenių radikaliai skirtingų politinių bei socialinių ir ekonominių santykių sistemų, sovietinė visuomenė priklausė tam pačiam industrinės, urbanizuotos, biurokratizuotos, visus švietimo lygius suformavusios visuomenės tipui, kuris apibendrintai vadinamas moderniąja industrine visuomene. Moderniojoje gerovės valstybės visuomenėje sveikatos priežiūros sistema funkcionuoja kaip būtinas ir santykinai autonomiškas sistemos sektorius, kurio pagrindinė funkcija yra arba mažinti sergamumą, arba saugoti visuomenės sveikatą [16, p. 25]. Dabar Lietuvoje privalomas sveikatos draudimas (įstatymas priimtas 1997 m.) ne tik užtikrina ankstesniais metais įtvirtintą visuotinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, bet ir iškelia naujus iššūkius sveikatos politikai.

Paskelbus nepriklausomybę, politiniai, ekonominiai, socialiniai pokyčiai vyko ir sveikatos priežiūros sektoriuje bei formavo kitokias sveikatos politikos kryptis. Sovietinei sveikatos priežiūros sistemai nelygybė sveikatos paslaugų sektoriuje nebuvo svarbi. Tik nuo 1988 m. Lietuvoje atkiekami išsamesni socialiniai tyrimai, kurie atskleidė gilėjančią socialinę atskirtį ir didėjančią socialinę nelygybę sveikatos sektoriuje [6]. Nuo 1991 m. Lietuva, kaip ir kitos Baltijos valstybės, prisijungė prie Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir įsipareigojo mažinti nelygybę sveikatos priežiūros sistemoje. Lietuvos, Latvijos ir Estijos aukšti mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių, onkologinių susirgimų rodikliai, taip pat aukščiausias Europoje Lietuvos savižudybių rodiklis tapo esminiais iššūkiiais naujų valstybių sveikatos politikai. Ilgalaikiai empiriniai visuomenės sveikatos tyrimai atskleidė, kad pagrindiniai rodikliai, kurie rodo nelygybę, yra socioekonominė valstybės situacija ir gyvenamoji vieta. Remiantis tyrimais, kaimiškų vietovių gyventojų sveikatos būklė yra prastesnė nei miestuose gyvenančių žmonių, gyvenimo trukmei įtakos turi ne tik gyvenamoji vieta, bet ir išsilavinimas, šeimyninė padėtis, amžius ir kt. [6]. Visgi visuomenės sveikatos parametrai per paskutiniuosius du dešimtmečius pamažu gerėja, nors kol kas nesiekia kitų Europos šalių rodiklių [6].

1946 m. Pasaulio sveikatos organizacijos priimtas naujas sveikatos apibrėžimas, kuriame sveikata yra visapusė fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalavimų nebuvimas. Prieš tai pats biomedicininis ligos diskursas buvo suvokiamas kaip fizinio kūno tam tikrų funkcijų negebėjimas atlikti tam tikrų veiksmų dėl biologinių veiksnių. Naująja sveikatos formuluote, priimta Pasaulio sveikatos organizacijos, kurioje akcentuojama ne tik asmens fizinė būklė, bet ir socialinė, emocinė, įtvirtinamas biopsichosocialinis sveikatos modelis. Todėl sveikata ir sveikatos politika tampa multidiscipliniu tyrimų objektu [21].

Sveikatos priežiūros sistemos tyrimai, atliekami Vakarų valstybėse, posovietinėse valstybėse bei Azijos regiono valstybėse, rodo, kad kultūrinis kontekstas yra labai svarbus siekiant suprasti sveikatos sistemą [2]. Remiantis

daugeliu empirinių tyrimų, sveikatos politika privalo keistis nuo centralizuoto prie lokalizuoto, individualaus sveikatos paslaugų teikimo, atitinkant įsigalėjantį vartotojiškumą sveikatos priežiūros sistemoje [2]. Taigi vėlyvosios modernybės metu kapitalistinių dėsnių lemiamą sveikatos priežiūros sistemą tampa vartotojiškos kultūros dalimi.

### **Alternatyviosios medicinos samprata ir vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje**

XX a. septintajame dešimtmetyje JAV ir Šiaurės Europoje susiformavus aplinkosauginiam judėjimui, visuomenė visą dėmesį skyrė ekonominei, socialinei raidai ir naujos kultūros įsitvirtinimui [3]. Dažnai manoma, kad aplinkosauginis judėjimas apsiribojo antibranduoliniais klausimais ar žaliųjų erdvių išsaugojimu, tačiau iš tiesų aplinkosauginio judėjimo diskursas apėmė įvairias socialinės kaitos formas, tarp jų ir besikeičiančią biomedicinos sferą.

M. Saks [20] teigimu, alternatyviosios medicinos pripažinimą, protegavimą ir įtraukimą į sveikatos priežiūros sistemą Didžiojoje Britanijoje paskatino ne tik bendras nusivylimas biomedicina, bet ir tai, kad karališkosios šeimos atstovai įsitraukė skleisti alternatyviąją mediciną. Didžiojoje Britanijoje, kuri kaip ir kitos anglosaksiškos valstybės pasižymi liberaliu socialinės politikos modeliu [9], alternatyviosios medicinos taikymas reglamentuojamas nuo XX a. septintojo dešimtmečio pabaigos. Tačiau iki pat dešimtojo dešimtmečio medicinos organizacijų diskurse nebuvo pripažįstamos ar aptariamąs alternatyviosios medicinos taikymo galimybės. Lūžis įvyko tuo metu, kai Britų medicinos asociacija paskelbė ataskaitą, kurioje alternatyviosios medicinos samprata pakeičiama į papildomosios (angl. *complementary*) medicinos sąvoką, įteisinama galimybė biomedicinos atstovams įgyti ir savo praktikoje taikyti papildomosios ir alternatyviosios medicinos gydymo metodus. Nuo 2000 m. Britų medicinos asociacija pripažino papildomosios ir alternatyviosios medicinos poreikį šiuolaikinėje sveikatos priežiūros sistemoje, taip pat diagnozuojant ir gydant kai kurias ligas skatino pirmiausia taikyti papildomąją ir alternatyviąją mediciną [20]. D. Petraitytė ir M. Stankūnas [19] pažymi, kad alternatyviosios ir moderniosios medicinos bendradarbiavimas yra paremtas tam tikra priešprieša, kai alternatyviosios medicinos praktikos nėra įteisinamos atskirai nuo moderniosios medicinos, bet kartu dėl nuolat vykstančios vertybinės kaitos, kai pacientas tampa aktyviu medicinos vartotoju, alternatyvioji medicina tampa aktyvi medicinos paslaugų teikėja.

Alternatyvioji medicina labai skiriasi nuo supratimo – „praryti piliulę“. Kaip teigia A. Wahlberg [23], visą gydymo procesą sudaro tai, kad pacientas turi aiškiai suvokti, koks yra jo gyvenimo būdas ir ką būtina keisti. Alternatyviojo gydymo procese pacientas aktyviai dalyvauja nuo pat pradžių. Pavyzdžiui, Didžiosios Britanijos homeopatai pirmosios konsultacijos metu aptaria paciento gyvenimo stilių, kartu ir atskleidžia negalavimų priežastis, tačiau visa tai daroma priimant asmens fizinę, emocinę, psichologinę būseną kaip vientisą darinį [23].

F. Stevenson, N. Britten, C. Barry, C. Bradley, and N. Barber teigia [22], kad Didžiojoje Britanijoje atsirado didesnis alternatyviosios medicinos poreikis. Pavyzdžiui, homeopatinių preparatų pardavimai sudaro 93 mln. svarų mažmeninės prekybos, tiesioginiai pardavimai, įskaitant paštu ar internetu parduodamus preparatus, – apie 240 mln. svarų mažmeninės prekybos. Didėjant alternatyviosios medicinos paslaugų vartojimui, pacientai vis labiau nusivilia biomedicina, kuri nebesugeba suvaldyti vis didesnio lėtinių ligų skaičiaus ir gana laisvo prieinamumo, kai panaikinamos ekspertinės žinios.

Anot R. Frank [4], biomediciną siejant su alternatyviaja medicina išryškėja keletas aspektų, kurie trukdo sklandžiai šioms dviem medicinos sritims „bendradarbiauti“. Nors daugelyje Vakarų valstybių alternatyviosios medicinos gydymo būdai yra plačiai taikomi kartu su biomedicina, visgi yra prieštaravimo aspektų. Vienas iš šių aspektų yra profesionalizacija.

E. Freidson nuomone [5], kultūriniai, klasiniai ir išsilavinimo skirtumai gydytojui ir pacientui bendraujant sukuria konfliktus arba padeda jų išvengti. Su šiais išskylančiais skirtumais visada susiduriama tada, kai konsultuojamasi, bendradarbiaujama su ekspertu. Ekspertinį žinojimą, kuris labai svarbus biomedicinoje ir savo aktualumo nepranda iki šiol, padeda sukurti formali biurokratinė institucija. Esant institucionalizuotai sveikatos priežiūrai, kai panaudojamas ekspertinis autoritariškumas, paciento autonomija ir galimybė kartu dalyvauti gydymo procese sumažinama iki minimumo. E. Freidson, kritikuodamas biurokratinį modelį, kuris įsigalėjo biomedicinos institute, išvelgė pacientų autonomiškumo ir teisių suvaržymus [5]. Tokį hegemoninį biomedicinos dominavimą gali pakeisti nepriklausoma, įvairių profesijų administracija. Tik taip bus galima pagerinti medicinos paslaugų kokybę ir šiek tiek sugrąžinti autonomijos pacientams.

Moderniojoje medicinoje vykęs profesionalizacijos procesas siejamas su siekiu monopolizuoti medicinos lauką: ekspertinių žinių panaudojimas, kuris perduodamas švietimo institucijoje, tam tikro diskurso kūrimas ir įtvirtinimas, medicininės veiklos įteisinimas valstybiniu lygiu, kuri aiškiai apibrėžia, kas ir kada gali užsiimti medicinine praktika. M. Saks teigimu [20], įvairios alternatyvios medicinos praktikos, ypač tos, kurios plačiau pradėtos taikyti nuo aštuntojo dešimtmečio, yra modifikuojamos ir naudojamos moderniosios medicinos dominavimui išlaikyti. Kaip teigia M. Kelner, B. Wellman, H. Boon, S. Welsh, tam tikras alternatyviosios medicinos profesionalizacijos procesas jau yra prasidėjęs [10,11].

Dar vienas svarbus aspektas – gydytojo ir paciento santykis tiek tradicinėje, tiek ir alternatyviojoje medicinoje [1]. Daugeliu atveju net ir pasitenkinimą bei sveikatos priežiūros sistemos vertinimą lemia gydytojo ir paciento santykis. Šiuolaikinėje visuomenėje, kai pacientas, aktyviai įsitraukdamas į gydymo procesą, tampa tam tikru savo diagnozės ekspertu, kintant ligos, sveikatos sampratai, sveikatos paslaugų vertinimas nėra objektyvus, nes pacientas negali numatyti visų su sveikatos paslaugomis susijusių aspektų [16].

E. Kuhlmann teigimu [13], pasitikėjimas šiuolaikinėje sveikatos priežiūros sistemoje yra kuriamas per transformuotą profesionalizmą. Sveikatos priežiūros

sistemoje taikomas biurokratijos modelis, kurį aktyviai kurti padeda gydytojai taip užtikrindami ne tik kolegų pritarimą bei palaikymą, bet ir pacientų pasitikėjimą sveikatos sektoriaus paslaugomis. Kintantis profesionalizmo įvaizdis, kuriam moderniojoje biomedicinoje atstovavo gydytojas (dažniausiai vyras), tampa neutralus, nepraranda savo dominuojančios galios medicinos lauke, užtikrina pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema. Vokietijos sveikatos priežiūros sistemos dalyvių empiriniai tyrimai parodė, kad pacientai pasitiki savo gydytojais ir mano, jog permainos turėtų būti nukreipiamos į sistemą. Nors šiuolaikiniai pacientai pasigenda didesnio informatyvumo diagnozės ir gydymo klausimais bei alternatyviosios medicinos įtraukimo į gydymo procesą, visgi teigiamai vertina gydytojų veiklą. Pacientų informatyvumas bei galimybė patiems rinktis gydytoją skatina pasitikėjimą gydytojais. Tai, kas lemia emocijų lūkesčių svarbą gydytojui ir pacientui bendraujant, savo tyrime bandė atskleisti E. Žebienė, J. Kairys ir I. Zokas [24]. Taigi pasitenkinimas sveikatos priežiūros sistema yra daugialypis.

### **Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas ir Lietuvos gyventojų požiūris į alternatyviąją mediciną**

**Metodika.** Empirinė šio tyrimo bazė – Tarptautinė socialinio tyrimo programa (ISSP). Atliekant šiuos tyrimus, taikomi aukšti metodologiniai tarptautinių apklausų atlikimo standartai. Remiantis ISSP klausimų moduliais, kasmet atliekami su tam tikra socialine problematika susiję tyrimai. Tarptautinė socialinio tyrimo programa šiuo metu yra vykdoma beveik 50 šalių. 2011 m. pirmą kartą vykdytas modulis „Sveikata“. 2011 m. atliktos apklausos metu pirmiausia tirtas pasitikėjimas Lietuvos švietimo bei sveikatos priežiūros sistema. Respondentai vertino Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą, jos galimą kaitą per ateinančius kelerius metus, valstybės vaidmenį teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Šiame klausimų modulyje tirta gyventojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problematiką ir Lietuvos gydytojus ir jų darbo metodus: ar per paskutinius 12 mėnesių jie lankėsi gydymo įstaigoje, ar juos aplankė gydytojas, netradicinės medicinos specialistas, ar teko gulėti ligoninėje ilgiau nei dieną.

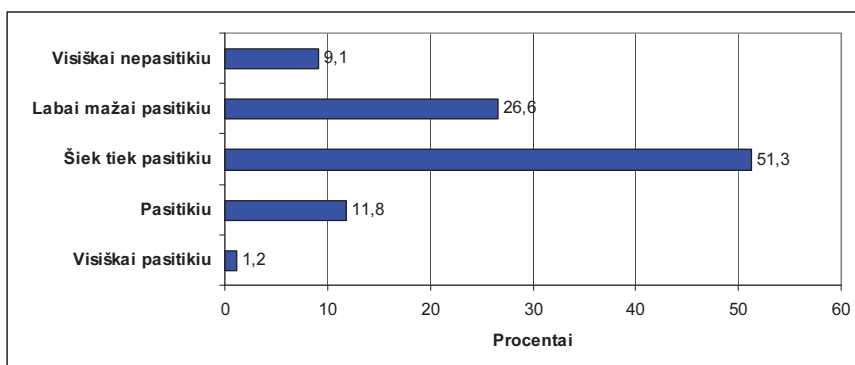
Tyrimo populiacija buvo visi (2 647 592) Lietuvos namų ūkių gyventojai nuo 18 metų ir vyresni, nepaisant jų tautybės, pilietybės, kalbos ar teisinio statuso šalyje. Atrankos aprėptis – valstybės įmonės „Registrų centras“ tvarkomas Lietuvos Respublikos Adresų registras (registro versija – 2010 m. lapkričio 1 d.). Tyrime buvo taikoma daugiapakopė stratifikuota ir klasterizuota proporcinė tikimybinė atranka. Iš viso tyrimui atrinkta 3313 adresų. Apklausa vykdyta 2011 m. lapkričio–gruodžio mėn. tiesioginio interviu būdu. Buvo aplankyti 2288 adresai ir atlikti 1187 interviu.

### **Empirinių duomenų analizė**

Šiuolaikinė sveikatos politika, kuri paremta visuomenės sveikatos užtikrinimu bei ligų prevencija, yra formuojama ne tik politikų ar gydytojų, bet ir sveikatos paslaugų

virtotojų. Todėl gyventojų, kaip sveikatos priežiūros paslaugų virtotojų, nuomonė tampa svarbiu pagrindu sveikatos politikai formuoti.

Lietuvos gyventojai ne itin pasitiki sveikatos priežiūros sistema. Nors visiškai nepasitiki mažiau nei dešimtadalis respondentų, tačiau ir visiškai pasitiki tik panaši jų dalis (11,8 proc.). Visgi, vertinant apskritai, didesnė dalis apklaustų šalies gyventojų yra linkę labiau pasitikėti nei nepasitikėti Lietuvos sveikatos apsaugos sistema, nes daugiau nei 2/3 respondentų teigė, kad jie pasitiki ir šiek tiek pasitiki sveikatos apsaugos sistema (1 pav.). Toks požiūris būdingas visuomenei apskritai, nes koreliacijų tarp gyventojų pasitikėjimo Lietuvos sveikatos priežiūros sistema ir socialinių demografinių charakteristikų, tokių kaip lytis, gyvenamoji vieta, nepastebėta.

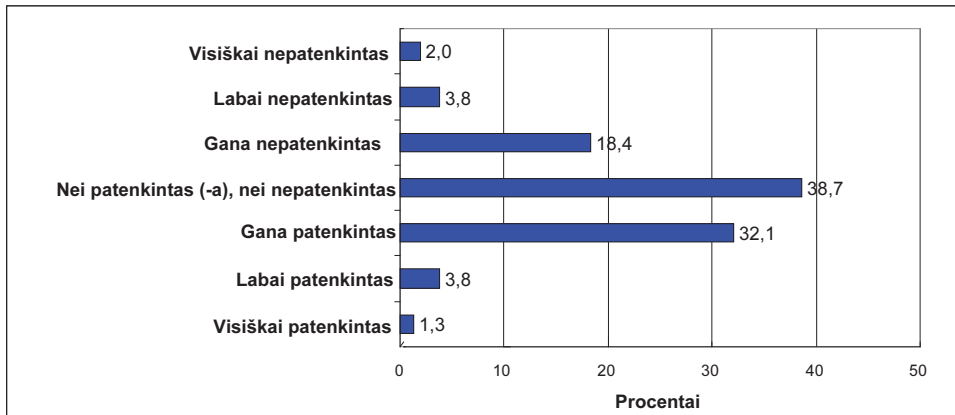


1 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal atsakymus į klausimą „Apskritai ar pasitikite Lietuvos sveikatos priežiūros sistema“ (N=1148)

Šaltinis: KTU Politikos ir viešojo administravimo institutas. Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Sveikata, 2011 m. Prieiga internete: [http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238).

Panaši situacija yra ir analizuojant klausimą, ar gyventojai yra patenkinti ar ne Lietuvos sveikatos priežiūros sistema. Tyrimo rezultatai rodo, kad apskritai požiūris į šią sistemą yra labiau palankus nei nepalankus, nes nepatenkintieji Lietuvos sveikatos priežiūros sistema (atsakymų variantai: visiškai nepatenkintas; labai nepatenkintas; gana nepatenkintas sudaro 24,1 proc., o patenkintieji (atsakymų variantai: visiškai patenkintas; labai patenkintas; gana patenkintas – 37,2 proc. (2 pav.). Tačiau didžiausia dalis respondentų yra neapsisprendę šiuo klausimu (38,7 proc. respondentų pasirinko atsakymo variantą „nei patenkintas, nei nepatenkintas“). Analizuojant požiūrių koreliacijas su socialinėmis demografinėmis charakteristikomis, priklausomybių nepastebėta.





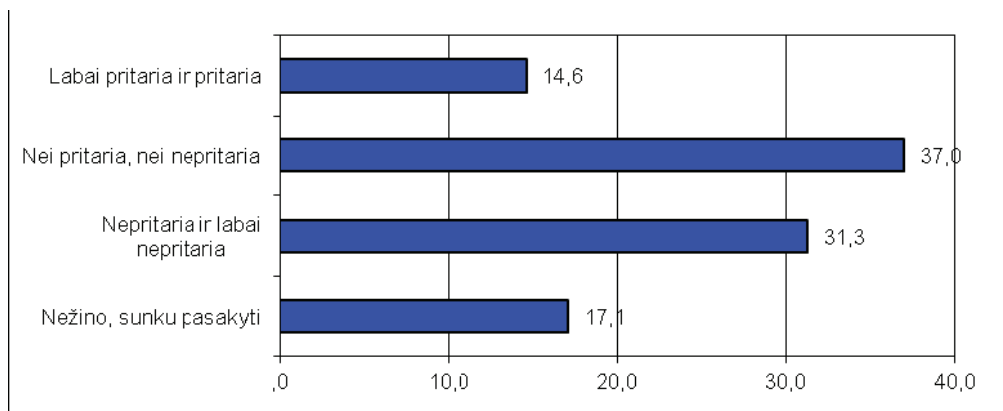
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal atsakymus į klausimą „Apskritai ar esate patenkintas arba nepatenkintas sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje“ (N=1164)

Šaltinis: KTU Politikos ir viešojo administravimo institutas. Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Sveikata, 2011 m. Prieiga internete: [http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238).

Šiuolaikinės visuomenės požiūriu, sveikatos priežiūros vertinimas paremtas laisvėjančiu paciento statusu bei sveikatos paslaugų vartotojo vaidmeniu. Todėl pacientas gali rinktis: šalia tradicinės medicinos atsiranda netradicinės ar alternatyviosios medicinos galimybės. Tačiau pasirinkimo teisė dar nerodo, kad pacientas naudosis alternatyviosios medicinos paslaugomis. Todėl lieka klausimas, ar pacientas pasitiki alternatyviąją medicina ir mano, kad ji taip pat gerai sprendžia sveikatos problemas.

Kaip rodo tyrimo duomenys, Lietuvos gyventojai yra atsargūs, vertindami alternatyviosios medicinos gydomąją galią. Netradicinė medicina šiame tyrime suprantama kaip liaudies, alternatyvieji, natūralieji gydymo metodai. Svarstydami, ar netradicinė medicina sveikatos problemas sprendžia geriau nei įprastinė medicina, didžioji dalis respondentų neturi aiškios nuomonės, nes daugiau nei pusė tyrime dalyvavusiųjų teigia, kad jie nei pritaria, nei nepritaria šiam teiginiui (37 proc.) arba apskritai jiems sunku atsakyti į šį klausimą (17,1 proc.). Trečdalis respondentų (31,3 proc.) nepritaria, kad netradicinė medicina gali spręsti sveikatos problemas geriau nei įprastinė medicina (3 pav.). Tik šeštadalis respondentų tiki, kad netradicinė medicina gali geriau spręsti sveikatos problemas.

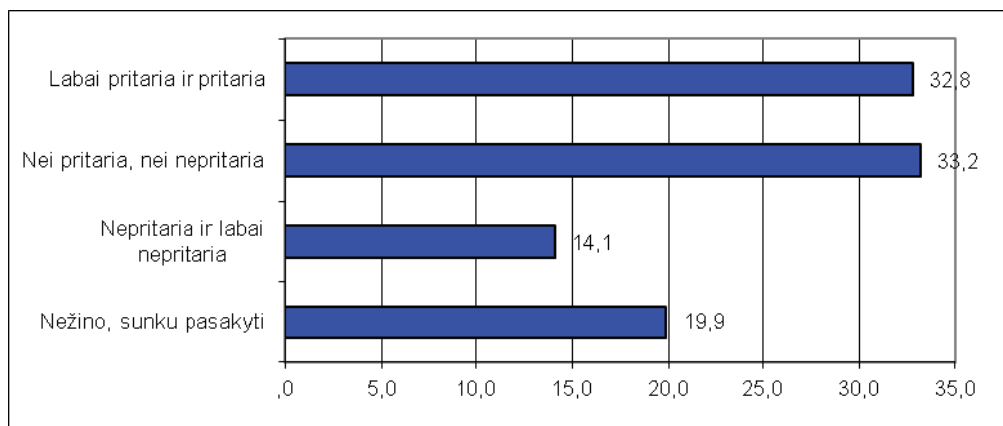
Tyrimo duomenys rodo, kad kaime labiau pasitikima alternatyviosios medicinos gydomąja galia, nes teiginiui „netradicinė medicina sveikatos problemas sprendžia geriau nei įprastinė medicina“ dažniau pritarė kaimo ir vienkiamų gyventojai.



3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina teiginį „Netradicinė medicina sveikatos problemas sprendžia geriau nei įprastinė medicina“ (N=1187)

Šaltinis: KTU Politikos ir viešojo administravimo institutas. Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Sveikata, 2011 m.). Prieiga internete: [http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238).

Tos pačios tendencijos ir vertinant teiginį „Netradicinė medicina žada daugiau nei gali padaryti“. Tyrimo duomenys rodo (4 pav.), kad daugiau nei pusė respondentų yra neapsisprendę (t. y. 33,2 proc. nei pritaria, nei nepritaria šiam teiginiui, 19,9 proc. nežino, kaip atsakyti į šį klausimą), o trečdalis respondentų vertina alternatyviąją mediciną kaip daugiau žadančią nei iš teisų galinčią padaryti.

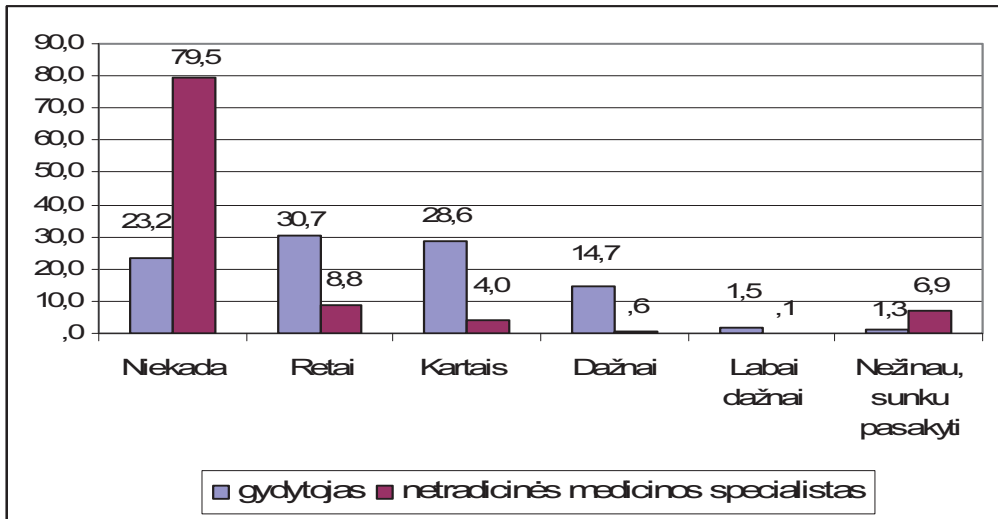


4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, kaip jie vertina teiginį „Netradicinė medicina žada daugiau nei gali padaryti“ (N=1187)

Šaltinis: KTU Politikos ir viešojo administravimo institutas. Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Sveikata, 2011 m.). Prieiga internete: [http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238).

Galbūt todėl Lietuvos gyventojai neskuba lankytis pas netradicinės medicinos specialistus. Beveik 80 proc. respondentų nurodė, kad per pastaruosius 12 mėnesių

niekada nesilankė pas netradicinės medicinos specialistą (5 pav.). Nesilankiusių pas gydytojus buvo tik ketvirtadalis (23,2 proc.).



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal tai, ar dažnai per pastaruosius 12 mėnesių jie lankėsi pas gydytoją arba juos lankė gydytojas ar netradicinės medicinos specialistas (N=1187)

Šaltinis: KTU Politikos ir viešojo administravimo institutas. Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Sveikata, 2011 m. Prieiga internete: [http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238).

Vertinant, ar pacientai buvo patenkinti gydymu, paskutinį kartą apsilankius pas gydytoją ar netradicinės medicinos specialistą, paaiškėjo, kad panaši dalis žmonių yra patenkinti tiek gydytojo, tiek netradicinės medicinos specialisto gydymu. Rezultatai rodo, kad 62,8 proc. respondentų liko patenkinti po paskutinio apsilankymo pas gydytoją ir 60,6 proc. – po paskutinio apsilankymo pas netradicinės medicinos specialistą, o nepatenkintų yra tik atitinkamai 11,8 proc. ir 7,5 proc. Kita vertus, beveik trečdalis respondentų neturėjo aiškios nuomonės ir pasirinko atsakymo variantą „Nei patenkintas, nei nepatenkintas“.

Nors Vakarų valstybėse jau septintajame dešimtmetyje atsigręžta į alternatyviusius gydymo būdus, ypač Rytų mediciną (tuo metu įvairūs socialiniai, kultūriniai judėjimai ir jų atstovai propogavo taikos, laisvės nuo normų, kišamų tuometinės sistemos, atsiribojimą bei gyvenimą gamtos siūlomomis sąlygomis), Lietuvoje į alternatyviąją mediciną vis dar žiūrima skeptiškai.

## Išvados

1. Vėlyvosios modernybės laikmečiu sveikatos priežiūros sistema, kuriai daro įtaką kapitalistiniai dėsniai, tampa vartotojiškos kultūros dalimi. Medicinos paslaugų suvokimas kaip vartojamos prekės yra gana dichotomiškas: viena vertus, naudojantis biotechnologiniais laimėjimais, t. y. medikamentų inovacijomis bei maksimaliu

efektyvumu, šiuolaikinis pacientas siekia gauti kuo geriausią gydymą, kita vertus, išlieka gana aiškus galios santykis ne dėl pacientų neinformatyvumo ar pasyvaus pasitikėjimo mediku, bet dėl specifinių žinių, kompetencijų disproporcijos, lyginant mediko ir paciento santykį.

2. Lietuvos gyventojai ne itin pasitiki sveikatos priežiūros sistema. Visgi, vertinant apskritai, didesnė dalis apklaustų šalies gyventojų yra linkę labiau pasitikėti nei nepasitikėti Lietuvos sveikatos priežiūros sistema. Nors didžioji dalis žmonių apskritai neturi nuomonės apie tai, ar jie patenkinti ar ne Lietuvos sveikatos priežiūros sistema, pateikusieji savo vertinimą yra ja labiau patenkinti nei nepatenkinti.

3. Nors Lietuvoje alternatyviosios medicinos praktika turi galias tradicijas, tačiau dabartinė visuomenė į alternatyviąją mediciną vis dar žiūri skeptiškai. Lietuvos gyventojai yra atsargūs, vertindami alternatyviosios medicinos gydomąją galią. Daugelis ją vertina kaip labiau žadančią nei iš tiesų galinčią padaryti. Galbūt todėl Lietuvos gyventojai neskuba lankytis pas netradicinės medicinos specialistus.

## Literatūra

1. Berger, S., Braehler, E., Ernst, J. The health professional–patient-relationship in conventional versus complementary and alternative medicine. A qualitative study comparing the perceived use of medical shared decision-making between two different approaches of medicine. *Patient Education and Counseling*, 2012, Vol. 88, p. 129–137.
2. Burau, V. Transforming health policy and service. *Current Sociology*, 2012, Vol. 60 (4), p. 569–578.
3. Castells, M. *Tapatumo galia*. Kaunas: Poligrafija ir informatika, 2006.
4. Frank, R. Integrating homeopathy and biomedicine: medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociology of Health and Illness*, 2002, Vol. 24 (6), p. 796–819.
5. Freidson, E. *Professional Dominance: the social structure of medical care*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1970.
6. Grabauskas V., Kalėdienė R. Tackling social inequality through the development of health policy in Lithuania. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, Vol. 30 (12), p. 12–19.
7. Guogis A., Gudelis D. Pilietinė visuomenė ir socialinė politika: naujosios viešosios vadybos galimybės. *Filosofija Sociologija*, 2003, Vol. 4, p. 15–19.
8. Guogis A. Socialinė politika. Globalizacijos ir gerovės valstybių santykio problema. *Socialinis darbas*, 2004, Vol. 3 (2), p. 5–11.
9. Guogis A. Dėl Lietuvos socialinės apsaugos sampratos. *Socialinis darbas*, 2008, 7 (2), p. 10–20.
10. Kelner, M., Wellman, B., Boon, H., Welsh, S. Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario. *Social Science & Medicine*, 2004, Vol. 59, p. 915–930.
11. Kelner, M., Wellman, B., Boon, H., Welsh, S. The role of the state in the social inclusion of complementary and alternative medical occupations. *Complementary Therapies in Medicine*, 2004, Vol. 12, p. 79–89.
12. KTU Politikos ir viešojo administravimo institutas. Tarptautinė socialinio tyrimo programa: Sveikata, 2011 m. lapkritis–gruodis = International Social Survey Programme:

- Health, November–December 2011. (Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2012). (ISSP: Tarptautinė socialinio tyrimo programa). Prieiga internete: [http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA\\_ISSP\\_0238](http://www.lidata.eu/data/quant/LiDA_ISSP_0238).
13. Kuhlmann, E. Traces of Doubt and Sources of Trust: Health professions in the uncertain society. *Current Sociology*, 2006, Vol. 54(4), p. 607–620.
  14. Kwon, S. Globalization and health policy in Korea. *Global Social Policy*, 2002, Vol. 2 (3), p. 279–294.
  15. Leonavičius, V. Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis. *Filosofija. Sociologija*, 2003, Vol. 3, p. 35–40.
  16. Leonavičius V., Baltrušaitytė G., Naujokaitė I. *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas*. Kaunas: VDU leidykla, 2007.
  17. Lietuvos Respublikos Sveikatos įstatymas. 1994 liepos 19 d. Nr. I-552. *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231.
  18. Montanari I., Nelson K. Social service decline and convergence: How does healthcare fare? *Journal of European Social Policy*, 2013, 23 (1), p. 102–116.
  19. Petraitytė, D., Stankūnas, M. Medicinos pluralizmas ir integruotos medicinos galimybės Lietuvoje. *Medicinos teorija ir praktika*, 2007, Vol. 13 (4), p. 461-466.
  20. Saks, M., Allsop, J. *Regulating the Health Professions*. London: Sage, 2003.
  21. Seddon, T. Regulating Health: Transcending Disciplinary Boundaries. *Health Care Analysis*, 2013, 21, p. 43–53. <http://dx.doi.org/10.1007/s10728-012-0231-2>.
  22. Stevenson, F. A., Britten, N., Barry, C. A., Bradley, C.P., Barber, N. Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed practice? *Social Science & Medicine*, 2003, Vol. 57 (3), p. 513–527.
  23. Wahlberg. A. Above and beyond superstition – western herbal medicine and the decriminalizing of placebo. *History Of The Human Sciences*, 2008, Vol. 21 (1), p. 77–101. <http://dx.doi.org/10.1177/0952695107086153>.
  24. Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina*, 2004, Vol. 40 (5), p. 467–474.
  25. Zubrickienė, A. Sveikatos draudimo raidos tyrimas Lietuvoje. Studentų mokslinės konferencijos „Jaunasis mokslininkas“: straipsnių rinkinys. LŽUU, 2006. Prieiga internete: [http://www.lzuu.lt/jaunasis\\_mokslininkas/smk\\_2006/finansai/Zubrickiene%20Aida.pdf](http://www.lzuu.lt/jaunasis_mokslininkas/smk_2006/finansai/Zubrickiene%20Aida.pdf) [žiūrėta 2012 02 03].

Miglė Bartuškaitė, Eglė Butkevičienė

## Public Attitudes Towards Health Policy and Alternative Health Care in Lithuania

### Abstract

Taking over western social policy model, contemporary Lithuanian health care system (HCS) faces not only with the low trust in institutions but also with the changing biomedical position in the healing process. The increasing spectrum of chronic diseases and lay knowledge of patients, shifting doctor-patient relationship and all other indicators promote a rebirth of alternative medicine in Western societies. Although alternative health care has deep-seated traditions in Lithuania, however due to hegemony of biomedicine in contemporary society, alternative health care is limited to rare individual initiatives. The goal of this article is to identify public attitudes towards health care policy and alternative health care as part of health

care system. The article employs data from the representative Lithuanian population survey conducted in 2011 under the International Social Survey Programme (module „Health“).

*Miglė Bartuškaitė*, Kauno technologijos universiteto, Socialinių mokslų fakulteto, Sociologijos katedros doktorantė.

E. paštas: migle.bartuskaite@stud.ktu.lt

*Eglė Butkevičienė*, Kauno technologijos universiteto, Socialinių mokslų fakulteto, Politikos ir viešojo administravimo instituto vyresnioji mokslo darbuotoja, socialinių mokslų daktarė.

E. paštas: egle.butkeviciene@ktu.lt

*Miglė Bartuškaitė* is a Doctoral Student at the Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Kaunas University of Technology.

E-mail: migle.bartuskaite@stud.ktu.lt

*Eglė Butkevičienė*, Doctor of Social Sciences, is an Senior Research Fellow at the Institute of Policy and Public Administration, Faculty of Social Sciences, Kaunas University of Technology.

E-mail: egle.butkeviciene@ktu.lt

Straipsnis įteiktas redakcijai 2013 m. sausio mėn.; recenzuotas; parengtas spaudai 2013 m. kovo mėn.