

LIETUVO MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
TEISĖS FAKULTETAS  
BIOTEISĖS KATEDRA

BIRUTĖ KAVALIAUSKIENĖ  
BIOTEISĖS SPECIALYBĖS NEAKIVAIZDINIĖS STUDIJOS

**DIRBTINIO APVAISINIMO FINANSAVIMO IŠ PRIVALOMOJO  
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO TEISINIAI ASPEKTAI**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas –  
Prof. Dr. Andrius Narbekovas

Konsultantas –  
Doc. Dr. Jonas Juškevičius

Vilnius, 2005

## Darbo planas

<b>Anotacija</b> .....	3
<b>Įvadas</b> . Naujosios biotechnologijos sveikatos sistemos reformos kontekste.....	4
<b>Dėstomoji dalis.</b>	
1. Sveikatos sistemos reforma nepriklausomoje Lietuvoje. Teisiniai aspektai, politiniai sprendimai bei ekonominės sąlygos.	
1.1. Valstybės vaidmuo, užtikrinant piliečių teisę į sveikatos priežiūrą.	
1.1.1. Teisė į sveikatos priežiūrą ir jos išraiška pozityviosios teisės aktuose.....	7
1.1.2. Nauji politiniai sprendimai sveikatos priežiūroje ir realios jų įgyvendinimo galimybės.....	9
1.2. Draudiminis sveikatos priežiūros finansavimo modelis. Problemos ir perspektyvos.	
1.2.1. Paslaugų kokybės, priimtumo, saugumo ir ekonominio efektyvumo užtikrinimas per sutartinius išsipareigojimus tarp draudiko ir paslaugos teikėjo.....	12
1.2.2. Asmens sveikatos priežiūros kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarka.....	13
1.2.3. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo procesas ir kriterijai.....	14
1.2.4. Ekonominis PSDF biudžeto lėšų panaudojimo pagrindumas.....	16
1.2.5. Naujų paslaugų, vaistų ir technologijų įtraukimas į kompensuojamųjų iš PSDF biudžeto katalogą.....	18
1.2.6. Finansavimo prioritetų pasirinkimas kaip sveikatos santykių teismo įgyvendinimo priemonė.....	19
2. Naujos tendencijos valstybinėje reprodukcinės sveikatos politikoje.	
2. 1. Motinos ir vaiko sveikatos apsauga - nuolatinis valstybės prioritetas.....	20
2.2. Reprodukcinės sveikatos politika sveikatos santykių teismo kontekste.....	21
2.3. Asmens pasirinkimas kaip prielaida diferencijuoti valstybės finansinę paramą reprodukcinės sveikatos srityje.....	24
2.4. Valstybės pagalbos nevaisingiems pacientams ypatumai.	
2.4.1. Nevaisingumas kaip sveikatos problema.....	26
2.4.2. Sveikatos priežiūros paslaugų nevaisingiems asmenims finansavimas iš PSDF biudžeto. Esamos situacijos analizė.....	27
3. Dirbtinio apvaisinimo procedūros kompensavimo iš PSDF biudžeto būtinieji kriterijai.	
3.1. DA kaip sveikatos priežiūros paslauga ir jos vieta nevaisingumo gydymo procese.....	30
3.2. DA procedūrų teisėtumas.....	32
3.3. DA procedūrų vertinimas pagal sveikatos priežiūros paslaugų priimtumo ir tinkamumo (kokybės) kriterijus.	
3.3.1. DA medicininės pasekmės ir jų vertinimas pagal technologinio saugumo kriterijus.....	36
3.3.2. DA etinio priimtumo kriterijai.....	40

3.4. DA psychosocialinės pasekmės - integralaus požiūrio į nevaisingumo problemas išraiška.....	46
4. DA kompensavimo valstybės lėšomis politika ir kontraversijos.....	48
4.1. DA kaštų struktūra, jos vertinimo ypatumai ir svarba.....	49
4.2. DA kaštų efektyvumo (cost effectiveness) analizė.....	49
4.3. Kaštų naudingumo (cost utility) analizės ypatumai, vertinant reprodukcinės technologijas.....	51
4.4. DA kaštų ir pajamų (cost benefit) santykis. ....	51
4.5. Atokiųjų DA kaštų analizė ir įtaka PSDF biudžetui.....	53
5. DA procedūros finansavimo iš PSDF biudžeto hipotetinis modelis.	
5.1. Pagalbinių nevaisingumo gydymo metodų kompensavimo lyginamieji aspektai.....	55
5.2. DA technologijos inkorporavimas į dabartinę kompensuojamųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sistemą.....	56
5.3. DA kompensavimo iš PSDF biudžeto galimų pasekmių prognozės.....	58
<b>Išvados.</b> Dirbtinio apvaisinimo valstybinio finansavimo Lietuvoje perspektyvos. Teisinės prielaidos be realaus pagrįstumo ir finansinių galimybių.....	59
<b>Priedai.</b> 1. Darbe naudoti trumpiniai.....	61
2. Literatūros sąrašas.....	62
3. Santrauka.....	79
4. Lentelės.....	81

## **Anotacija**

Šiame magistro baigiamajame darbe pateikiama dirbtinio apvaisinimo finansavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto teisinių aspektų analizė. Šiuo metu moderniosios pagalbinės reprodukcinės technologijos Lietuvoje nėra finansuojamos iš valstybės biudžeto, todėl darbe yra siūlomas hipotetinis finansavimo modelis. Jo pagrindimui pasitelkiama istorinė problemos analizė, pasaulinės biomedicinos ir sveikatos priežiūros vadybos praktikos patirtis. Teisiniai aspektai nagrinėjami tarpdisciplininiam kontekste. Akcentuojamas reprodukcinės sveikatos priežiūros reglamentavimo neišbaigtumas, prieštaravimas, glaudus sąlytis su etinėmis bendražmogiškųjų santykių problemomis, Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintas gyvybės ginties ir tradicinių šeimos vertybių apsaugos primatas. Pasiūlymai teisėkūrai siejami su įrodymais pagrįstos medicinos duomenimis ir draudiminiame sveikatos priežiūros modelyje įtvirtinta racionalaus valstybės finansinių išteklių paskirstymo sistema.

***Raktažodžiai:** Sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas, Privalomasis sveikatos draudimas, dirbtinis apvaisinimas, sveikatos priežiūros politika, sveikatos technologijų vertinimas, kaštų efektyvumo analizė.*

## **Abstract**

This postgraduate thesis investigates legal aspects of human assisted reproduction's reimbursement from the Public Health Insurance Fund's Budget. Nowadays human assisted reproduction is not covered by the State Budget in Lithuania. That's why this thesis presents hypothetical model of reimbursement. The model is substantiated using historical analysis of the problem, worldwide practice in biomedicine and health care management. Legal aspects are analysed from the standpoint of intersection in different branches of sciences. The emphasis lays on imperfect legislation and controversies of reproductive health care, its close connections with ethical problems in human relationships, on human life and traditional family protection as priority in Lithuania's Fundamental Law. Legal propositions are linked with Evidence Based Medicine Guidelines (EBMG) and efficient assessment of State Budget resources as a basis of Public Health Insurance.

***Key words:** Legislation of health care, Public health care insurance, assisted reproduction, Policy of health care, health care technology assesment, cost effectiveness analysis.*

## Ivadas

### Naujosios biotechnologijos sveikatos sistemos reformos kontekste

„Socialines revoliucijas ir reformas skatino ir tebeskatina ne kas kita, kaip teisingumo siekis ir ryžtinga kova dėl jo“. [170, 197 psl.] Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, reikėjo iš esmės reformuoti visas politinio, ekonominio bei kultūrinio gyvenimo sritis, naujai pažvelgti į idealus, moralines nuostatas, ieškoti pusiausvyros tarp bendražmogiškųjų vertybių ir valstybės interesų. Nepasitenkinimas sveikatos priežiūros kokybe paskatino griauti sovietinę Semaškos sveikatos apsaugos sistemą. Gimė viltis, kad naujai sukurta, vakarietiškus standartus atitinkanti sistema užtikrins paslaugų kokybę, tenkins piliečių lūkesčius, racionaliai naudojant valstybės tam tikslui skiriamas lėšas. Diegiant naujas metodikas, vaistus ir biotechnologijas į medicinos praktiką, tikėtasi įgyvendinti vieną iš kertinių sveikatos sistemos reformos uždavinių – tenkinti kuo daugiau pacientų lūkesčių, per sveikatos priežiūros kokybę, kurti sveikesnę visuomenę ir stipresnę visuomenę.

Kita vertus, sveikatos apsaugos reforma Lietuvoje sutapo su laikmečiu, kai visame pasaulyje biotechnologijų vystymasis ir skverbimasis į kasdieninę praktiką įgavo tokius tempus, kad procesas pavadintas technologine revoliucija. Technologinis šuolis medicinoje atvedė prie ribos, kai įsiskverbta į tokias ribines sritis, kaip žmogaus genetinė informacija ar net pati gyvybė. Sveikatinimo procesas verčiamas civiline sutartimi tarp mediko (paslaugos teikėjo), ir paciento (paslaugos vartotojo), kai valia, protu ir norais gali būti siekiama sveikatos kaip fizinės, psichinės ir socialinės gerovės arba pasirinktinai koreguojamas tik kažkuris „trukdantis, gendantis“ organizmo sraigtelis.

Naujų biotechnologijų skverbimasis į jauną, tebereformuojamą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą įneša ne tik vilčių ir euforijos, bet ir problemų ar net kolizijų. Noras padėti kuo platesniam pacientų ratui sutampa su Konstitucijoje įtvirtintu valstybės išipareigojimu laiduoti piliečiams nemokamą medicinos pagalbą kertasi su realiomis finansinėmis galimybėmis. Tačiau naujosios biotechnologijos brangina paslaugas, o teigiami rezultatai skatina paslaugų teikėjus dar labiau plėsti savo veiklą.

Dirbtinio apvaisinimo procedūra kelia bene daugiausiai diskusijų ir sulaukia prieštaringiausių vertinimų. Gyvybės kūrimo idėja atrodo tauri ir patraukli *per se*, ji siejama su gėrio, meilės, laimės siekiu. Jos pagalba siūloma spręsti visuomenės demografinės, šeimos pilnatvės, asmens sveikatos ir socialinio komforto problemas. Šiame kontekste formuojasi sudėtingi visuomeniniai santykiai, skatinantys plėtoti naują integralaus pobūdžio teisės šaką – bioteisę. Nubrėžti takoskyrą, atribojančią biomediciną, sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo dėsningumus nuo teisinio naujai besiformuojančių visuomeninių santykių reglamento yra labai sudėtinga, o gal ir netikslinga. Tarpdisciplininių mokslų šakų reikšmė mūsų laikmetyje

tik auga: informacijos gausa ir siaura specializacija vienoje srityje verčia ieškoti sąlyčio taškų ir atrasti integralų požiūrį į globalias problemas.

Šiame darbe akcentuojamas integralus požiūris į moderniujų reprodukcinių technologijų vietą sveikatos priežiūros srityje, valstybinės politikos vaidmenį jų plėtrai bei reguliavimui. Teisinių problemų išryškinimui pasitelkiami biomedicinos mokslo ir vadybos patirtis, o sveikatos priežiūros finansavimo sprendimai modeliuojami šiuo metu veikiančios ir nuolatos reformuojamos teisinės bazės kontekste.

Pasirinktos temos **problematika** nėra vienalytė, ir tai verčia darbą plėtoti dvejomis kryptimis. Bendroji problematika – tai prioritetai ir kriterijai, pagal kuriuos yra finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos iš valstybės biudžeto. Ji siejama su pacientų grupavimu pagal amžių, ligas, socialinę padėtį, kylant pavojui kitoms pacientų grupėms pasijausti diskriminuojamomis. Valstybė turi suderinti savo politinius įsipareigojimus su realiomis finansinėmis galimybėmis, kai priskiria sveikatos priežiūros paslaugas prie kompensuojamųjų iš biudžetinių lėšų ir nustato kompensavimo mastus. Specialiąją temos problematiką sudaro dirbtinio apvaisinimo procedūrų teisinio reglamentavimo Lietuvoje neišbaigtumas, etinis prieštaravimas, technologinis nepatikimumas, akivaizdi kaštų persvara, lyginant juos su siekiama nauda.

Tema yra **nauja** ir **aktuali** Lietuvos teisės ir sveikatos priežiūros vadybos doktrinoje. Lietuva nėra izoliuota, ir pagalbinė žmogaus reprodukcija intensyviai skverbiasi į mūsų kasdieninius santykius kaip ir visame pasaulyje, todėl darbe daug hipotetinių elementų, naujų situacijų modeliavimo.

DA šiuo metu Lietuvoje finansuojamas tik privačiomis lėšomis, o įstatyminė bazė yra projektų lygmenyje. Todėl darbe keliami **hipotezė**, jog šiuo metu Lietuvoje yra sukurtos tik teisinės prielaidos dirbtinio apvaisinimo procedūras kompensuoti iš valstybės lėšų. Esančios teisės aktų spragos ir neapibrėžta valstybės politika reprodukcinės gyventojų sveikatos srityje sudarytų sąlygas neracionaliai panaudoti valstybės lėšas bei sukeltų naujus socialinius prieštaravimus.

Šio darbo **tikslas** – apžvelgti reformuojamą Privalomojo sveikatos draudimo sistemą, jos finansų panaudojimo teisinį reglamentą, išanalizuoti procedūras ir kriterijus, kuriais remiantis naujos sveikatos priežiūros paslaugos įtraukiamos į kompensuojamųjų katalogus ir įvertinti, kiek racionalus ir pagrįstas būtų dirbtinio apvaisinimo procedūrų finansavimas valstybės lėšomis.

Tikslo tikimasi pasiekti, išsprendus sekančius **uždavinius**:

1. Išanalizuoti teisės aktus, užtikrinančius Lietuvos Respublikos piliečių teisę į sveikatos priežiūrą, jų kaitą reformos eigoje, draudiminio sveikatos sistemos finansavimo modelio ypatumus.

2. Įvertinti oficialią valstybės politiką gyventojų reprodukcinės sveikatos srityje, jos įgyvendinimo būdus bei sąryšį su sveikatos santykių teisumu.

3. Atskleisti spragas DA, kaip sveikatos priežiūros paslaugos teisinio reglamentavimo sistemoje, kokybės bei etinio priimtumo trūkumus .

4. Išnagrinėti pagrindinius DA kaštų vertinimo rodiklius bei reprodukcinių technologijų finansavimo ypatumus bei kontroversijas.

5. Prognozuoti dirbtinio apvaisinimo procedūrų galimą inkorporavimą į kompensuojamųjų iš PSDF biudžeto sveikatos priežiūros paslaugų sistemą bei šio finansavimo socialines, ekonomines, etines ir biomedicininės pasekmes.

**Metodai**, kuriais naudojantis bus sprendžiami išvardinti uždaviniai – tai sisteminė kodifikuotų Lietuvos Respublikos teisės aktų, teisės doktrinos, sveikatos priežiūros vadybos, biomedicinos literatūros analizė ir paralelinė tarpdisciplininių duomenų sintezė. Bus vadovaujamosi Konstitucijos, Civilinio kodekso, pagrindinių sveikatos sistemos veiklą reglamentuojančių įstatymų bei poįstatyminių aktų nuostatomis. Kadangi dirbtinio apvaisinimo procedūra šiuo metu Lietuvoje nėra reglamentuota įstatymu, tai apsunkina jos inkorporavimą į sveikatos priežiūros paslaugų sistemą. Pasitelkus analogijos metodą, bus ieškoma sprendimų, kurie teisiškai pagrįstų naujos biotechnologijos vietą sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje ir motyvuotų jos finansavimo mechanizmus.

Daug tikimasi iš lyginamosios užsienio valstybių patirties bei istorinės apžvalgos analizės, kuri tampa vis aktualesnė dėl Lietuvos integracijos į Europos Sąjungą. Lietuvos patirtis dirbtinio apvaisinimo srityje skurdi tiek laiko, tiek profesinės kompetencijos prasme. Todėl, gvildenant kiekvieną šios temos uždavinį, lygiagrečiai su Lietuvos realijomis bus remiamasi užsienio valstybių patirtimi ir kaip iliustracija, ir kaip autoritetu ar kontrargumentu.

Literatūros šaltinių gausa bei prieštaravimas ne tik apsunkina darbo eigą. Tai dar kartą patvirtina faktą, jog dirbtinio apvaisinimo technologijos tebėra eksperimento stadijoje, ir jų įvertinimui būtini fundamentalūs tyrimai. Todėl šiam darbui buvo atrinkti autoritetingi ir pakankamai nauji informacijos šaltiniai, kuriuose naudojami įrodymais pagrįstos medicinos (*Evidence Based Medicine*) duomenys, ekspertinis biotechnologijų ekonominio efektyvumo bei kokybės vertinimas. Tai yra internetinėse duomenų bazėse (*Cochrane Library, Medline, DARE*) sukaupti straipsniai, valstybinių institucijų bei mokslinių draugijų publikacijos, Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenys ir kt.

Vengta privačių vaisingumo klinikų reklaminės informacijos dėl galimo jos tendencingumo. Tačiau, nagrinėjant Lietuvos patirtį ir rezultatus, kito šaltinio nerasta. Vis dėlto Lietuvos situacijos analizėje prioritetą teiktas oficialių valstybės institucijų bei medicininių draugijų publikacijoms, konferencijų bei suvažiavimų medžiagai.

Tikimasi, kad autorės asmeninė patirtis biomedicinos ir sveikatos priežiūros vadybos srityje padės išryškinti teises spragas ir kolizijas dirbtinio apvaisinimo reglamentavimo srityje,

leis prognozuoti reprodukcinę technologijų finansavimo įtaką PSDF biudžetui bei motinos ir vaiko sveikatos priežiūrai.

## **Dėstomoji dalis**

### **1. Sveikatos sistemos reforma nepriklausomoje Lietuvoje. Teisiniai aspektai, politiniai sprendimai bei ekonominės sąlygos.**

#### **1.1. Valstybės vaidmuo, užtikrinant piliečių teisę į sveikatos priežiūrą.**

##### **1.1.1. Teisė į sveikatos priežiūrą ir jos išraiška pozityviosios teisės aktuose.**

XX a. antroje pusėje pagarba žmogaus teisėms ir laisvėms tapo neatskiriamu kiekvienos demokratinės valstybės atributu. Tai deklaruojama visais lygmenimis – tarpvalstybiniuose, atskirų socialinių grupių santykiuose, asmeninio gyvenimo sferose. Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje [40] išdėstytas žmogaus teisių katalogas tapo pagrindu bei teisingumo etalonu, priimant ir Lietuvos Respublikos Konstituciją [1]. Tuo būdu valstybė žmogaus teises ir laisves pripažinusi konstitucine vertybe, ne tik įsipareigojo užtikrinti jų apsaugą, bet ir reikalauti iš visuomenės nuolatinių pastangų gerbti savo ir bendrapiliečių teises.

Teisės ir laisvės kildinamos iš visuomenės narių tarpusavio įsipareigojimų, nes darni koegzistencija ir civilizacijos raida neįmanoma be teisių ir pareigų vienovės ir pusiausvyros. Disbalansas šioje srityje veda į privilegijų kūrimą, prievartos įteisinimą, vienu subjektų dominavimą kitų atžvilgiu. Tai savo ruožtu skatintų teisinės sistemos išsigimimą ir demokratinės valstybės griuvimą.

G. Danišausko teigimu „kad bendroji norma būtų teisinė, kompromisinė, užtikrinanti visų visuomenės narių interesus, jos turiniui turi pritarti tauta“ Todėl ir visa pozityviosios teisės sistema turi būti kuriama Konstitucijos pagrindu, idant būtų užtikrintas visų socialinių grupių dialogas. [70]

Tokį teisės doktrinos požiūrį būtina taikyti ir sveikatos teisės, modernios ir kompleksinės teisės, sričiai. Besiformuojančiai sveikatos teisės doktrinai kertiniu pavidalu iškyla asmens teisės į sveikatos priežiūrą vieta bendrame žmogaus teisių kataloge.

E.Spruogis, nagrinėdamas visą asmens teisių katalogą, socialines, ekonomines bei kultūrinės teises (taigi, ir teisės į sveikatos priežiūrą) priskiria antrosios kartos teisėms. „Apskritai antrosios kartos teisės yra laikomos pozityviosiomis, t.y. jos tam tikru būdu „pririša“ asmenį prie valstybės, įpareigodamos pastarąją padėti ekonominėje ar socialinėje negandoje atsidūrusiems asmenims“. Todėl, plečiant žmogaus teisių katalogą, jos tampa įrankiu „socialiniam teisingumui kaip asmens ir valstybės bendradarbiavimui, sukuriant teisiniui statusui teisių ir pareigų vienovės pavidalą ir jį palaikant“ [159]. Vykdamas socialinį teisingumą, asmuo atleidžiamas nuo kai kurių pareigų vykdymo, jam, kaip silpnesniam ir pažeidžiamesniam teisinių santykių subjektui (o toks ir



yra ligonis) valstybė legalizuoja tam tikras privilegijas sveikųjų bendrapiliečių atžvilgiu. Pozityviajai teisei šiame kontekste tenka misija sureguliuoti visuomeninius santykius sveikatos priežiūros srityje taip, kad tam tikros ligonių privilegijos sveikųjų atžvilgiu netaptų socialinių konfliktų šaltiniu.

LR Konstitucijos 53 str. įtvirtintas valstybės įsipareigojimas rūpintis piliečių sveikata ir laiduoti nemokamą medicininę pagalbą tampa leitmotyvu visai sveikatos teisės aktų sistemai. Hierarchine prasme žemesnių sveikatos teisės aktų atitiktyms konstituciniams principams turi užtikrinti, jog sistema veiks ne tik teisėtai, bet ir teisingai, nepažeis socialinės darnos ir atskiro individo interesų.

Sveikatos teisės aktų sistema turi užtikrinti darnius santykius tarp šios teisės subjektų: valstybės, sveikatos priežiūrą vykdančių institucijų, pacientų. Šių santykių darba neįmanoma be teisių ir pareigų pusiausvyros, kuri iš teisių subjektų reikalauja proporcingo ir savanoriško įsipareigojimų prieš socialinį partnerį vykdymo. [98]

Valstybė kaip teisinių santykių subjektas įsipareigoja užtikrinti savo piliečiams teisę į sveikatos priežiūrą. Tuo tikslu ji disponuoja įstatymdavystės teise, finansiniais ištekliais, valstybinės prievartos mechanizmais. Jeigu asmuo tampa tik reikalautoju, kuris valstybei nuolatos primena konstitucinį įsipareigojimą rūpintis savo piliečių sveikata, tai pamažu gali peraugti į valstybės prievolę skirti kuo daugiau išlaidų ir dėmesio sveikatos apsaugai kitų interesų sąskaita. Todėl kaip atsvarą valstybė įtvirtina reikalavimą piliečiams „rūpintis savo sveikata, savo nepilnamečių vaikų sveikata ir nepažeisti kitų asmenų sveikatos teisių“. [SSI 85 str.] Tokio kompromiso būdu išsaugomi bendravalstybiniai interesai sveikatinimo srityje, darnūs atskirų socialinių grupių ir individų santykiai.

Valstybė per pozityviosios teisės normas įtakoja ir atskirų individų tarpusavio santykius sveikatos priežiūros srityje. Sveikata yra unikali socialinė vertybė taja prasme, kad jos niekada nebūna per daug. Jeigu materialinėms vertybėms ir jų vartojimui galima nustatyti tam tikras saiko ribas, kurias lemia žmogaus fiziologiniai poreikiai, tai sveikatos pilnatvė nuolatos suvokiama kaip siektinas idealas. Pasaulinės sveikatos apsaugos organizacijos priimta ir Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje [9] patvirtinta sveikatos kaip fizinės, psichinės ir socialinės gerovės definicija žmoniją verčia ne tik ją tobulinti, bet ir nuolatos kelti tos gerovės reikalavimų karteles. Tuo būdu poreikių augimas sveikatinimo srityje tampa beribis, o valstybė amžinai stokoja lėšų sveikatos apsaugai ir nepatenkina visų piliečių lūkesčių. Pozityviajai teisei iškeliamas naujas uždavinys – kaip, nepažeidžiant piliečių teisės į sveikatos priežiūrą, suvaldyti poreikius ir adaptuoti juos prie realių finansinių valstybės galimybių. Todėl kiekviena valstybė, kurdama sveikatos sistemą, turi legitimuoti ją pozityviosios teisės aktais, kurie betarpiškai atspindi valstybės

socialinę politiką. Šių aktų turinys turi atitikti konstitucinius lygybės, teisėtumo, žmogaus teisių ir laisvių apsaugos principus.

### **1.1.2. Nauji politiniai sprendimai sveikatos priežiūroje ir realios jų įgyvendinimo galimybės.**

1990 m. atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, pradėta kurti ir nauja sveikatos priežiūros koncepcija. Tuo tikslu reikėjo numatyti strateginius reformos tikslus, jų įgyvendinimo priemones ir būdus, legitimuoti juos, kuriant naują teisės šaką – sveikatos teisę. Ypatingą pagreitį reforma įgavo 1995-1998 metais, kai buvo priimti esminiai sveikatos priežiūrą reglamentuojantys įstatymai.

Viena iš autoritetingiausių Lietuvos sveikatos teisės žinovų prof. T.Birmontienė 1997 m. sveikatos priežiūros reformą ir jos teisinę bazę vertino gana skeptiškai: „Naujų įstatymų kūryba buvo sudėtinga ir kartais priminė pasaką apie karaliaus drabužius, kurių nemato ne tik aplinkiniai, bet ir jis pats...“<sup>[57]</sup> Toks griežtas reformos vertinimas susijęs su komplikuota jos eiga, kurią lėmė sveikatos santykių įvairovė ir iš to išplaukiančios kodifikacijos problemos.

Dar 1991 m. Lietuvos Aukščiausiajai Tarybai patvirtinus Nacionalinę sveikatos koncepciją, buvo atsisakyta sovietinio Semaškos sveikatos apsaugos modelio. Jis buvo grindžiamas „pasyvios gynybos“ nuo ligų strategija, akcentuojant ligos ir ligonio sampratą, o medikų misija buvo jų gydymas, bet ne prevencija. Tam tarnavo ir biudžetinis finansavimo modelis, kuris rėmėsi lėšų perskirstymu pagal gydymo įstaigoje esančių lovų ir darbuotojų skaičių, nustatytą pagal planinės ekonomikos principus. <sup>[107]</sup>

Pasukus prie vakarietiškomis tradicijomis paremtos sveikatos priežiūros sistemos, prioritetas suteiktas sveikatos kaip asmeninės ir socialinės vertybės ginčiais, žmogaus teisių apsaugai, asmens laisvei ir orumui. Lietuvos politikai buvo kaip niekad vieningi, priimdami Nacionalinę sveikatos sistemos koncepciją - reformos viziją ir siektiną idealą. Rengiant pamatinius Lietuvos sveikatos sistemą reglamentuojančius įstatymus ( Sveikatos sistemos įstatymą, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, Sveikatos draudimo įstatymą ir kt.), buvo pasiekta esminių politinių susitarimų, išvengta blaškymosi ir nesuderinamų kraštutinumų. Skirtingų politinių partijų sprendimai esminiais sveikatos apsaugos klausimais buvo vieningi, nes per juos išreiškiamas požiūris į bendražmogiškąsias vertybes, o civilizuota ir demokratinė valstybė neišsivaizduojama be žmogaus teisių, laisvių ir orumo apsaugos.

D.Beinoravičius, nagrinėdamas teisės ir politikos santykį, pabrėžia, kad „ydinga tokia politika, kai valstybės politinė valdžia sprendžia, kokių įstatymų reikia visuomenei, o ne kokie įstatymai subręsta visuomenėje.<...> Pripažinus ne politikos, o teisės viršenybę įstatymų leidybos procese, ypač aktualus tampa teisės ir politikos santykis. Prieinama išvados, jog politika nekuria teisės, nes teisė atitinkamai įpareigoja politiką.“<sup>[56]</sup> Nacionalinė sveikatos koncepcija buvo sukurta pirmaisiais Nepriklausomybės atkūrimo metais, tebegyvuojant atgimimo euforijai,

humanistinius idealus iškeliant virš pragmatiškų vartotojų interesų. Todėl šis savo esme deklaratyvus teisės aktas suteikė konstituciniams teisės į sveikatos priežiūrą principams konkrečią išraišką. Šia prasme politikai, priimdami teisės aktą – Nacionalinę sveikatos koncepciją – maksimaliai įkūnijo teisėtus visuomenės lūkesčius.

Kaip minėta, LR Konstitucijos 53 str. nustato, kad „valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“. Aukščiausiąją juridinę galią turintis teisės aktas valstybės įsipareigojimus sveikatos priežiūros srityje deklaruoja gana nekonkrečiai. Paties žodžio „pagalba“ semantinė reikšmė savo turiniu yra gana aptaki – tai padėjimas, pagelbėjimas, nenurodant ribų ir siektino rezultato, o paliekant tos pagalbos teikėjui valią spręsti kiek, kam ir kokiomis sąlygomis pagalba bus teikiama. Tame pačiame Konstitucijos straipsnyje nurodoma, kad nemokamos pagalbos teikimo tvarka nustatoma specialiu įstatymu. Įstatymų leidėjams paliekama teisė konkretizuoti valstybės įsipareigojimus užtikrinant sveikatos priežiūrą pagal realias galimybes, formuojant sveikatos politiką, numatant jos įgyvendinimo priemones bei išteklius.

Tokiai samprata įtvirtinta ir teisės doktrinoje. Socialinės asmens teisės (tame tarpe ir į sveikatos priežiūrą), kaip antrosios kartos teisės, „įpareigoja valstybę užtikrinti minimalų pragyvenimą tiems asmenims, kurie <...> nepajėgia rinkos ekonomikos sąlygomis garantuoti savo pagrindinių teisių bent minimaliu lygiu. Antrosios kartos teisių įgyvendinimo specifika yra ta, kad šias teises <...> gali suteikti tik visuomenė, ekonomiškai pajėgianti jas garantuoti“. [171, 14 psl.] Kitaip tariant, sveikatos sistemos teisinės ir finansinės reformos leitmotyvu tapo nuolatinis balansavimas tarp ribotų valstybės finansinių galimybių ir pacientų reikalavimo maksimaliai tenkinti jų sveikatos poreikius.

Sveikata įstatyminiame lygmenyje įvardijama kaip valstybės saugotina „didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė“. Jos apsauga turi būti realizuojama per nacionalinę sveikatos sistemą, kurią sudaro valstybės išteklių, sveikatos reikalų ir institucijų tvarkymo sistema. Prioritetas teikiamas holistinei sveikatos sampratai [157], kaip „ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimui, bet ir fizinei, dvasinei bei socialinei žmonių gerovei“. [SSI preambulė] „Ligonio“ ir „gydymo“ terminus teisės aktuose ir sveikatos priežiūros doktrinoje pakeitė „pacientas“ ir „sveikatos priežiūros paslaugos“ (SPP), medikas tapo „sveikatos paslaugų teikėju“ o valstybinių institucijų integruotos pastangos buvo nukreiptos į „sveikatinimo veiklą – asmens sveikatos priežiūrą, visuomenės sveikatos priežiūrą, farmacinę ir kitą sveikatinimo veiklą, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančioms subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija“ [SSI, 2 str.]

Šiems tikslams realizuoti buvo pasirinktas draudiminis sveikatos priežiūros finansavimo modelis, kurio privalumai yra pripažįstami sveikatos priežiūros vadybos doktrinoje ir plačiai naudojami daugelyje šalių. Esminis draudiminio modelio skirtumas nuo biudžetinio finansavimo

yra tas, jog iš savarankiško Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto (PSDF) lėšų valstybės vardu „perkamos“ piliečiams sveikatos priežiūros paslaugos. Taip pinigai keliauja paskui pacientą, nes nevykdomi jokie avansiniai mokėjimai, o atsiskaitoma už jau suteiktas paslaugas. „Visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose įvesta komercinėms įmonėms taikoma finansų apskaita“. [190] Sveikatos santykiai buvo išplėtoti iš socialinės plotmės į ekonominę.

Šioms sveikatos priežiūros vadybos bei finansavimo idėjoms buvo suteikta teisinė išraiška, priėmus Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymą (SDĮ). Per draudiminį modelį realizuojama visuomenės narių solidarumo idėja, kai pagrindinės PSDF biudžeto lėšos sukaupiamos [SDĮ 16,17 str.]:

1. Iš įmokų už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, per kurias vykdoma socialinio teisingumo politika, šelpiant ekonomiškai nepajėgius, bet globos reikalingus asmenis.
2. Iš pajamas gaunančių asmenų privalomojo sveikatos draudimo įmokų, kuriomis asmuo užsitikrina valstybės finansinę pagalbą, sutrikus sveikatai.

Fondo apimtį įtakoja valstybės finansiniai pajėgumai mokėti didesnes įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis bei dirbančių piliečių įmokų dydis. Kiekvienais metais Seimas priima Valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą, kuriuo tiesiogiai įtakoja galimybes apmokėti piliečiams suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Kitaip tariant, bendras valstybės gerbūvis tiesiogiai proporcingas galimybėms sukaupti daugiau lėšų privalomajam sveikatos draudimui.

Ekonominis modelio racionalumas siejasi ir su draudiminės sistemos trūkumais, pirmiausia su pragmatizmo, konkurencijos ir rinkos dėsnų išigalėjimu sveikatos santykiuose. Ekonominio efektyvumo kriterijai vis labiau užgožia žmoniškuosius faktorius, o *ars medica* palaiapsniui virsta verslo rūšimi.

Sveikatos sistemos reforma turėjo sugriauti sovietmečiu sukurtą „nemokamos medicinos“ iliuziją, bet išsaugoti prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą visiems gyventojams. „Remiantis ekonomikos teorija, sveikatos priežiūra yra prekė, pasižyminti visuomeninei gėrybei būdingomis savybėmis, t.y. vartojant ją vienam individui, ekonominę naudą gauna visuomenė. Todėl visuomenei naudinga sukurti ir palaikyti sveikatos paslaugų finansavimo mechanizmą, užtikrinantį kiek galima mažesnę finansavimo riziką atskiroms gyventojų grupėms, t.y. naudinga įgyvendinti teisingo finansavimo principą“ [105].

Tuo tikslu buvo sukurta privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų sistema [SDĮ,4 str.]. Ją sudaro „institucinė ligonių kasų struktūra, elementaria forma atliekanti medicininių paslaugų pirkėjo funkciją“ [190]. Privalomojo sveikatos draudimo taryba (PSDT) yra tarpininkas tarp biudžeto administratoriaus ir kitų valstybinių institucijų, politikų bei visuomenės, sprendžiant

sveikatos priežiūros resursų paskirstymo problemas. Jos misija suprantama „kaip prievolė valdyti valstybės skirtas lėšas, siekiant tikslo – efektyviai ja sunaudoti bei pacientams teikti kuo daugiau ir geresnių paslaugų už tuos pačius pinigus“ [108]. Formuojama tokia sveikatos politika, kuri užkirstų kelią socialiniams konfliktams dėl neteisingo išteklių paskirstymo ir tenkintų teisėtus visuomenės lūkesčius sveikatos priežiūros srityje.

## **1.2. Draudiminis sveikatos priežiūros finansavimo modelis. Problemos ir perspektyvos.**

### **1.2.1. Paslaugų kokybės, priimtumo, saugumo ir ekonominio efektyvumo užtikrinimas per sutartinius įsipareigojimus tarp draudiko ir paslaugos teikėjo.**

Bet kuri asmens sveikatos priežiūrai licencijuota įstaiga, nepriklausomai nuo jos kaip juridinio asmens statuso (viešojo ar privataus), gali tapti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) dalimi, įstatymų nustatyta tvarka sudariusi sutartį su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis [SPIĮ 3 str.].

Sutartiniai santykiai tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) ir Valstybinės ar Teritorinių ligonių kasų (VLK ir TLK) – tai juridinis mechanizmas, turintis užtikrinti sklandų, kokybišką ir efektyvų valstybės laiduojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą [SSI 58 str.]. Savo prigimtimi šios sutartys yra viešosios, nes [CK 6.161 str.] :

- juridinis asmuo (ASPI) turi suteikti paslaugas visiems, kas į ją kreipiasi;
- paslaugos teikėjas negali nustatyti jokių privilegijų pacientams, išskyrus įstatymais numatytus atvejus;
- paslaugos teikiamos vienodomis kainomis tos pačios kategorijos vartotojams;
- sutartis sudaroma ne su kiekvienu paslaugos gavėju asmeniškai, bet su ligonių kasa. Šiuo atveju ligonių kasa atstovauja viešąjį interesą pirkti valstybės vardu savo piliečiams asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Tuo būdu viešojo intereso užtikrinimui (valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros teikimui) pajungiamas galingas civilinės teisės mechanizmas – sutarčių teisė. Šiuo mechanizmu užtikrinamas šalių sutartinių įsipareigojimų vykdymas ir atsakomybė už jų pažeidimus. „Viešoji sutartis laikytina sutarčių laisvės principo išimtimi, joje atsispindi viešasis interesas, kuris skatina valstybę įsikišti į tokių sutarčių sudarymo procesą siekiant apginti sutartinio santykio silpnesniąją šalį“ [50,132psl.]. Ligonų kasos, sudarydamos sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis, sutarties laisvės principą realizuoja tiek, kiek tai neprieštaruoja sveikatos sistemos veiklą reglamentuojantiems teisės aktams.[12] Savo ruožtu, ASPI, tapusi LNSS dalimi, privalo laikytis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reglamento, nustatyto galiojančiais teisės aktais, o ne vadovautis asmenine iniciatyva, komerciniais interesais ir t.t. Tuo būdu užtikrinama, kad :

- iš PSDF biudžeto valstybės nustatytais baziniais bus finansuojamos tik tos sveikatos priežiūros paslaugos, kurių sąrašą, ir mastus nustato LR SAM [SDĮ, 9 str.];

- pacientams bus užtikrintos teisės rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, gauti visą informaciją apie jo sveikatos būklę ir numatomą gydymą, gauti kompensaciją už patirtą žalą sveikatai [SDĮ 38 str.];

- bus teikiamos prieinamos, priimtinos ir tinkamos sveikatos priežiūros paslaugos [SSI preambulė ir 2 str.]

- visiems asmenims, gaunantiems valstybės laiduojamą medicinos pagalbą, užtikrinama lygybė [SSI 5 str.];

- valstybė laiduoja nemokamą sveikatos priežiūrą LNSS įstaigose. Tai reiškia, kad įstaiga, kuriai paslauga apmokama iš PSDF biudžeto bazinėmis kainomis, negali reikalauti iš paciento jokių papildomų priemokų, nebent pacientas savo iniciatyva rinktųsi brangesnes paslaugas, medžiagas ar procedūras [SSI 49 str.]. Ši įstatymo nuostata įtvirtina valstybinį SPP įkainių reguliavimo mechanizmą: paslaugos teikėjas iš anksto žinodamas nustatytą bazinį įkainį apsisprendžia, ar jam apsimoka sudaryti sutartį su ligonių kasomis, ar jis teisk paslaugas privatiems pacientams komerciniais įkainiais;

- SPP teikia tik tam tikrai veiklai licencijuotos įstaigos, įregistruotos sveikatos priežiūros įstaigų registre [SPIĮ 5 str.];

- LNSS įstaigų veiklą privalomai kontroliuoja ir paslaugų teikimo kokybę bei teisėtumą užtikrina visa sistema valstybės priežiūros institucijų [SSI III skyrius].

Šiomis priemonėmis siekiama, kad valstybės skiriamos lėšos sveikatos apsaugai būtų naudojamos efektyviausiu būdu, ekskliuduojant savivalę, piktnaudžiavimą, neracionalumą. „Visose išsivysčiusiose valstybėse rinkos jėgos ribotai veikia sveikatos sektoriaus raidą“. [190] Protingai valstybės politikai tenka rinkos regulatoriaus vaidmuo, kurio prasmė – užtikrinti bent minimalius pažeidžiamiausių pacientų interesus sveikatos priežiūros srityje.

### **1.2.2. Asmens sveikatos priežiūros kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarka.**

Teisės aktų pagalba siekiama sukurti skaidrią ir efektyvią sistemą, pagal kurią būtų plečiamas naujų paslaugų, vaistų ir technologijų finansavimas iš valstybės biudžeto. SSI 43 str. nustato visą sistemą ekonominių priemonių, kuriomis reguliuojami sveikatos santykiai. PSDF biudžetas yra tik vienas iš valstybinio SPP finansavimo šaltinių, tačiau jo lėšomis finansuojama apie 85 % sveikatos išlaidų [218].

PSDF išteklių panaudojimui keliami griežti teisėtumo, kokybės ir ekonominio efektyvumo reikalavimai. Biudžetas gali būti naudojamas finansuoti tik tokioms paslaugoms, kurios yra įtrauktos į valstybės finansuojamųjų „sąrašą, kurį tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones“ [SDĮ, 9 str.].

Tuo būdu, naujos paslaugos finansavimas atsiejamas nuo vienasmenio pareigūno ar institucijos sprendimo ir yra priimamas kolegialiai. Jam įtakos turi VLK kaip lėšų administratoriaus nuomonė, bet ypatingas vaidmuo tenka PSDT. Šią instituciją sudaro įvairių suinteresuotų žinybų atstovai iš Sveikatos apsaugos, Finansų, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, VLK bei TLK, profesinių sąjungų, ASPI, pacientų organizacijų, Savivaldybių asociacijos, Draudimo reikalų tarybos. Kolegialiai svarstant sveikatinimo veiklos perspektyvas, siekiama konsensuso tarp įvairių visuomenės sluoksnių atstovų.

Iki 2002 m. PSDT buvo skiriamas sprendžiamasis vaidmuo, svarstant einamuosius ir perspektyvinius privalomojo sveikatos draudimo uždavinius. Tuo metu pagal pavaldumą PSDT veikė prie LR Vyriausybės [13] ir turėjo plačius įgaliojimus tvarkyti privalomojo sveikatos draudimo finansus, nustatyti pagrindines sveikatos priežiūros vystymo kryptis. Naujasis SDĮ iš esmės pakeitė PSDT statusą. Taryba tapo “kolegialia patariamąja privalomąjį sveikatos draudimą vykdančia ir koordinuojančia institucija” prie LR SAM. [23] Jos sudėties, formavimo, uždavinių, funkcijų ir teisių reglamentas iš esmės nesikeitė, bet galutinio sprendimo teisė perduota sveikatos apsaugos ministrui, kuris, “išklausęs VLK ir PSDT nuomonę”, skelbia įsakymą dėl kompensuojamųjų paslaugų sąrašo. [SDĮ 9 str. 6 d.] Tuo būdu yra sustiprinama vieno asmens (sveikatos apsaugos ministro) įtaka, priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros finansavimo, kolegialios institucijos vaidmenį apribojant iki patariamąjo balso. Išlieka ministro kompetencijos ir įgaliojimų kontrolės būdas per atskaitomybę Seimui [1, 101 str.] .

Sveikatos priežiūros profesionalų vaidmenį, formuojant sveikatos politiką ir priimant finansinius sprendimus, lemia jų profesinė kompetencija, gebėjimas rasti optimaliausią sprendimą, naudojant siauras ir specifines žinias. Naujų paslaugų įtraukimas į kompensuojamųjų katalogą padaro juos ne tik prieinamesnius pacientams, bet ir užtikrina paslaugos teikėjams garantuotas pajamas. Šie faktoriai gali predisponuoti lobistinių profesinių klanų kūrimąsi, todėl proceso kontrolė parlamentiniais, teisiniais ir visuomeniniais mechanizmais yra būtina. Ji apima plačią vykdomosios valdžios institucijų sistemą ir parlamentinius kontrolės mechanizmus.

### **1.2.3. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo procesas ir kriterijai.**

„Atsižvelgiant į besikeičiančias technologijas, atvirą šalies žmonėms Europą ir pasaulį, pasikeitusias visuomenės normas ir vertybes, pacientų poreikiai sveikatos priežiūrai išaugo, ypač kokybės prasme. Jie jau nenori bet kokios, nepakankamai patikimos ir rutininės sveikatos priežiūros [109, 209 psl.]“.

2002 m. Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime buvo išanalizuota sveikatos technologijų vertinimo būklė Lietuvoje, todėl jame išsakytus teiginius galima traktuoti kaip oficialią sveikatos politikų poziciją [135,77-83 psl.] . Pranešime akcentuota kritinė sveikatos priežiūros technologijų vertinimo būklė. SSI 54 str. įpareigoja ASPI naudoti tikrai aprobuotas

asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijas. Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijų vertinimo tvarką turėtų nustatyti Sveikatos apsaugos ministerija. SSI 20 str. apie diagnostikos ir gydymo priemonių taikymo ypatumus pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros specialistai turi teisę pasirinkti SAM nustatyta tvarka tik aprobuotas diagnostikos ir gydymo metodikas bei technologijas, tačiau iki šiol neįteisintas jų vertinimas įrodymais pagrįstos medicinos duomenimis. Tuo būdu būtų pasiekiami racionalios sveikatos priežiūros tikslai:

1. Įvertinamas technologijos rentabilumas.
2. Atrenkamos sveikos ir saugios technologijos.
3. Susiejami mokslo pasiekimai ir politika.
4. Užkertamas kelias lėšų švaistymui.
5. Užtikrinama pusiausvyra tarp klinikinio ir ekonominio efektyvumo.

Nacionalinėje sveikatos taryboje buvo paskelbtas šūkis: “Verčiau įvertinimas, negu prioritetizavimas”. Deja, iki šiol neturint oficialaus moksliniais įrodymais pagrįsto sveikatos technologijų vertinimo, skirstant lėšas, vadovujamasi politiniais “prioritetizavimo” kriterijais, o moksliniai apibendrinimai pakeičiami politiniais sprendimais. Ir todėl lėšos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu, išklausius PSDT nuomonę, gali būti skiriamos politiškai svarbesnėms sveikatinimo sritims.

Sprendžiant Nacionalinėje sveikatos taryboje išdėstytas sveikatos priežiūros technologijų problemas, LR SAM patvirtino „Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programą“. Šiame įsakyme apibrėžiamos kokybės dimensijos, kurias turi atitikti sveikatos priežiūros paslaugos – tai orientacija į pacientą, priimtinumas, prieinamumas, tinkamumas, teisumas, tęstinumas, veiksmingumas, ekonomiškai pagrįstas efektyvumas, saugumas. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sistema vadinama “įrodymais pagrįsta medicina – mokslinių tyrimų įrodymų, klinikinės patirties ir pacientų vertybių integracija medicinos praktikoje” (*Evidence Based Medicine*) [18] .

Programa esamą Lietuvos situaciją vertina kritiškai : ”Nors ir yra parengti ir patvirtinti SPK reglamentuojantys būtini esminiai teisės aktai, tačiau dalis teisės aktų nuostatų įgyvendinamos neefektyviai ir netolygiai, nereti teisės aktų nuostatų tarpusavio prieštaravimai, kai kurios teisės aktų nuostatos yra moraliai pasenusios.<...> Nepakankamai koordinuojama SP dalyvių veikla, <...>nepakankamai skaidrūs sveikatos politikų, vadybininkų ir administratorių priimami sprendimai. Lietuvoje iki šiol nėra suformuoto supratimo apie sveikatos priežiūros kokybę, nacionaliniu lygmeniu aptarto ir sutarto sisteminio požiūrio į SPK vadybą, šios srities terminijos”. [18,10d.] Šiais Programos teiginiais LR SAM pripažįsta, kad antrą dešimtmetį Lietuvoje vykdoma SPK prasme nėra pilnai standartizuota.



Sveikatos priežiūros saugumas įvardijamas “vienu svarbiausių sveikatos priežiūros komponentų” [18, 14 d.] . Tačiau Lietuvoje nėra nepageidaujamų sveikatos priežiūros įvykių registro ir analizės sistemos, o diegiant modernias sveikatos priežiūros technologijas šių įvykių skaičius gali išaugti. Todėl Programoje akcentuojamas būtinumas sukurti nacionalinę nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje valdymo sistemą. Ji apimtų duomenų kaupimą, analizę ir prevenciją, o ne pavienių klaidų nagrinėjimą “gaisrų gesinimo” principu.

Apibendrinus esamos situacijos analizę, Programoje daroma išvada, jog “Lietuvoje yra suformuotas teisinis – institucinis pagrindas SPK užtikrinimui ir nuolatiniam gerinimui, tačiau sisteminio požiūrio ir koordinavimo nebuvimas nulėmė nepakankamą atskirų kokybės gerinimo SP sektoriuje intervencijų efektyvumą ir veiksmingumą”. Tuo būdu neužtikrinamas pacientų saugumas, sveikatos santykių teisėtumas, racionalus valstybės finansinių išteklių panaudojimas. Iki 2010 m. turi būti parengta išsami teisės aktų ir sveikatos priežiūros technologijų kokybės vertinimo metodinių rekomendacijų sistema.

#### **1.2.4. Ekonominis PSDF biudžeto lėšų panaudojimo pagrindumas.**

Išlaidos sveikatos priežiūrai įtakoja bendrą šalies gerbūvį. Todėl Europos Sąjungoje jau 1988 m. gruodžio 21 d. buvo priimta Direktyva “Dėl priemonių, susijusių su žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymo skaidrumu ir šių vaistų įtraukimu į nacionalinių sveikatos draudimo sistemų sritį 89/105/EEB”. [38] Jos tikslas – užkirsti kelią neracionaliam ir neskaidriam biudžetinių lėšų skyrimui, kompensuojant išlaidas medikamentams.

Lietuvai tapus ES nare minėtos Direktyvos tikslai buvo perkelti į nacionalinės teisės sistemą, LR SAM įsakymais patvirtinus tik Kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarką [26] bei Vaistų farmakoekonominės analizės rekomendacijas [21]. Teisinio SPP ir technologijų vertinimo reglamento šiuo metu Lietuvoje nėra.

Medikamentų farmakoekonominio efektyvumo ir sveikatos priežiūros technologijų vertinimo metodikos yra skirtingi, tačiau bazinės tendencijos ir kriterijai yra labai panašūs. Todėl mes manome, kad tikslinga SPP bei naujoms sveikatos priežiūros technologijoms pagal analogijos principą taikyti tuos pačius kokybės ir ekonominio efektyvumo kriterijus, kaip ir kompensuojamiesiems medikamentams, Toliau darbe jais ir vadovausimės.

Įtraukiant sveikatos technologiją į finansuojamųjų iš PSDF biudžeto paslaugų katalogą, turi būti vykdomi esminiai kriterijai ir sprendimų priėmimo tvarka, analogiška LR SAM nustatytai vaistų įtraukimo į kompensuojamųjų sąrašą tvarkai.[26] Pagal šią tvarką į vertintojų komisiją įtraukiami aukštos kvalifikacijos profesionalai, akademiniai sluoksnių atstovai, galintys įvairiapusiškai ir nešališkai įvertinti naujas paslaugas. Tuo būdu, priimant galutinius sprendimus politikų ir sveikatos priežiūros administratorių nuomonę įtakoja profesionalai medikai. Komisijos sprendimai privalomai grindžiami objektyviais mediciniais ir ekonominiais kriterijais,

pagrindžiančiais technologijos saugumą, veiksmingumą, įtaką visuomenės sveikatingumo rodikliams, etines bei socialines pasekmes.

Potencialus naujos technologijos teikėjas turi argumentuoti jos teikimo svarbą objektyviais duomenimis apie ligos paplitimą, pasiskirstymą įvairiose socialinėse grupėse, potencialių vartotojų skaičių, metodikos svarbą ligos gydymui ir palyginimą su jau turimais alternatyviais gydymo metodais. Gydymo schemų efektyvumo ir kaštų apžvalga pagrindžiama klinikiniais tyrimais, publikacijomis referuojamuose tarptautiniuose žurnaluose, oficialia statistine informacija. Technologija gali būti pripažinta tinkama finansuoti iš PSDF biudžeto, jeigu pateikiami objektyvūs įrodymais pagrįstos medicinos duomenys, atitinkantys sekančius **kriterijus**:

1. Akivaizdi medicininė technologijos nauda ir saugumas.
2. Metodo nauda nusveria išieškojamus kaštus.
3. Galima teigiama įtaka biudžetui.
4. Nustatomas realus paslaugos įkainis, koreliuojantis su paslaugos kaštais Lietuvoje ir užsienyje.

Kompensavimo **prioritetai** teikiami technologijoms, kurių taikymas leidžia:

- gydyti ar kontroliuoti ligas, galinčias sąlygoti asmens invalidumą ar mirtį;
- kurių gydymas ilgas ir brangus, ir dėl to ribotas jo prieinamumas pacientui;
- sergančiųjų struktūroje vyrauja socialiai remtini asmenys, tuo būdu siekiant sveikatos santykių teismo.

Kaip **kontrargumentai** valstybiniam kompensavimui išskiriami:

- augančios biudžeto išlaidos, susijusios su naujos technologijos taikymu;
- atsiradus naujiems duomenims apie metodo nepakankamą saugumą ir efektyvumą;
- nustačius reklamos taisyklių ar nesąžiningo paslaugos teikimo faktų, kuriais dirbtinai skatinama naudoti naująją technologiją vietoje tradicinių pakankamai efektyvių alternatyvų.

Nauja SPP turi būti vertinama sveikatos apsaugos racionalumo aspektu, t.y. analizuojami tiesioginiai (su sveikatos priežiūros sistema susiję) kaštai ir nauda.[21] Papildoma analizė atliekama visuomeniniu aspektu, atsižvelgiant į netiesioginius kaštus ir naudą, atsirandančius už sveikatos sistemos ribų – socialinėje plotmėje. Naujojo metodo ekonominė nauda privalomai lyginama su alternatyviais gydymo būdais, motyvuojant visus privalumus, trūkumus, prognozuojant atokius rezultatus.

Vaistų farmakoekonominėse rekomendacijose [21] įteisintos kaštų analizės rūšys, kurias doktrina naudoja ir technologijų bei SPP vertinimui, o būtent:

1. Kaštų mažinimas (*cost minimisation*). Tai yra pats paprasčiausias verinimo rodiklis, kai gydymo metodų terapinė nauda yra labai artima, rezultatų skirtumai nereikšmingi, bet vienas iš

metodų yra akivaizdžiai pigesnis. Gydomo kaštai mažėja, neprarandant terapinės naudos, todėl pigesnis metodas pasirenkamas be žalos pacientui.

2. Kaštų efektyvumas (*cost effectiveness*).

3. Kaštų naudingumas (*cost utility*).

Pastarieji du metodai naudojami, kai tenka vertinti alternatyvius gydymo metodus, kurių ir kaštai, ir efektyvumas yra skirtingi arba kurių vertei sudėtinga suteikti pinigine išraišką. [81] Doktrina dar išskiria kaštų ir pajamų analizę (*cost benefit*), bet šis rodiklis dėl finansinio neapibrėžtumo į LR SAM rekomendacijas nebuvo įtrauktas.

Ne mažiau svarbi vertinimo proceso dalis yra gydymo metodo indikacijų nustatymas. Indikacijos nustatomos, vadovaujantis įrodymais pagrįstos medicinos duomenimis [136] apie metodo efektyvumą įvairiose pacientų grupėse (pagal amžių, lytį, ligos trukmę, lydinčius susirgimus). Šie rodikliai svarbūs, nustatant gydymo prioritetus skirtingose pacientų grupėse, ir jų pateikimą labai įtakoja profesionalų nuomonė. Todėl priimant sprendimą finansuoti naują SPP svarbu kompetentingai įvertinti naujausias biomedicinos žinias, nepasiduoti klaidinančiai suinteresuotų asmenų reklamai. Tada pasiekama ne tik maksimali nauda pacientui, bet ir ribojamas paslaugos teikėjo suinteresuotumas rutiniškai taikyti brangiausias ir naujausias gydymo metodus, ignoruojant pakankamai efektyvias tradicines alternatyvas.

#### **1.2.5. Naujų paslaugų, vaistų ir technologijų įtraukimas į kompensuojamųjų iš PSDF biudžeto katalogą.**

Atlikus profesionalią sveikatos priežiūros technologijos efektyvumo analizę, pasiūlymą svarsto PSDT. Atsižvelgdamas į jos nuomonę, sveikatos apsaugos ministras priima sprendimą įtraukti naują technologiją į kompensuojamųjų katalogą ir sprendimą įformina SAM įsakymu.

Įteisinus naujos technologijos taikymą ir jos finansavimą iš PSDF biudžeto, suinteresuoti potencialūs paslaugos teikėjai turi pasipildyti licenciją naujos paslaugos teikimui [ SSĮ 5 str.] . Tik turėdama licenciją naujai veiklai, įstaiga gali kreiptis į ligonių kasas ir sudaryti ar papildyti sutartį . Joje konkrečiai apsprendžiama, už kokią sutartinę sumą ligonių kasa įsipareigoja „nupirkti“ naujos paslaugos savo veiklos zonos gyventojams. Taip ieškoma kompromisinio varianto tarp pacientų poreikių ir disponuojamų lėšų. [22]

Šiuo metu kai kurie SPP kokybės kriterijai yra reglamentuoti atskirais LR SAM įsakymais:

- bendrujų ir specialiųjų paslaugų teikimo reikalavimais,
- brangių tyrimų ir procedūrų taikymo tvarka,
- Lietuvos medicinos normų nuostatomis,
- ligų ir gydymo metodikomis.

Minėti įsakymai buvo kuriami eilę metų, palaipsniui sisteminant įvairialypį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir dažnai apsiribojant bendriausiais teiginiais, kada ir kokio masto

pagalba turi būti suteikta ir kokio sudėtingumo bei apmokėjimo kategorijai ji priskiriama. Didžiąją dalį kokybės procedūrų ASPĮ nusistato pati ir pasitvirtina kaip vidaus tvarkos dokumentą.

Kaip buvo minėta, šiuo metu yra patvirtinta kompensuojamųjų vaistų farmakoekonominio efektyvumo ir įtraukimo į kompensuojamuosius sąrašus tvarka. Sekančiu etapu analogiška tvarka turėtų atsirasti ir sveikatos priežiūros technologijoms, nes yra pasaulinė praktika šioje srityje, o sveikatos priežiūros vertinimą atlikti yra pajėgūs Lietuvos medicinos mokslo atstovai bei kiti specialistai. [135,80-83psl.] Šiuo metu iš valstybės biudžeto finansuojamos kaštų efektyvumo požiūriu nepakankamai įvertintos technologijos. Paslaugų įkainiai nustatomi labiau įtakojami valstybės finansinių galimybių “įpirkti” tam tikrą paslaugų kiekį, bet ne pagrįstais kaštais. Tuo būdu neužtikrinama viena iš pagrindinių kokybės dimensijų – ekonomiškai pagrįstas sveikatos priežiūros efektyvumas, kai geriausi sveikatos rezultatai užtikrinami mažiausiais kaštais [18, 4.8 d.]

### **1.2.6. Finansavimo prioritetų pasirinkimas kaip sveikatos santykių teismo įgyvendinimo priemonė**

Sveikatos priežiūros resursai visada yra riboti, todėl visame pasaulyje susiduriama su jų paskirstymo ir nepakankamo kompensavimo problema. Draudiminis modelis reikalauja ekonominio lėšų paskirstymo pagrįstumo, todėl sveikatos priežiūros finansavimą paskutiniaisiais dešimtmečiais lemia naudingų investicijų, biudžeto subalansavimo, skaidraus kaštų nustatymo principai.[132] Tačiau sveikatos santykiuose neįmanoma visiškai ekskliuduoti žmogiškojo faktoriaus. Valstybė privalo mažinti sveikatos priežiūros skirtumus įvairiose gyventojų grupėse. Taip formuojama sveikatos santykių teismo politika.[20] Lietuvos Sveikatos programoje teigiama, jog „sveikatos santykių teismus reiškia, kad kiekvienas asmuo, siekdamas išsaugoti savo sveikatą, nepažeistų tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar visuomenės sąskaita“. [126]

Dėl šios problemos sveikatos priežiūros doktrina sveikatos, kaip visuotinio gerbūvio sampratą (*general wellness*) išskaidė į būtinąją (*acute care*) ir diskrecinę (*discretive care*) pagalbą [224]. Būtiniosios pagalbos paslaugos vienareikšmiškai finansuojamos iš valstybės biudžeto. Tai susiję su ūminių simptomų ar susirgimų gydymu, kai, nesuteikus pagalbos, asmuo kenčia skausmą, kyla grėsmė jo gyvybei arba komplikacijoms, kurios negrįžtamai suluošintų organizmą. Todėl Lietuvoje būtinoji pagalba teikiama valstybės lėšomis netgi asmenims, nedraustiems privalomuoju sveikatos draudimu [SSI 47,49 str.] . Taip yra išreiškiama valstybės pagarba elementariam žmogiškumui ir konstitucinėms nuostatomis į gyvybės ir žmogaus teisių gintį.

Diskrecinė, t.y. nuo žmogaus norų, valios ir pasirinkimo priklausanti medicinos pagalba visada daugiau ar mažiau viršija būtiniosios pagalbos mastus. Tai yra ta sveikatinimo sritis, kuria siekiama gerbūvio pilnatvės, būtent to, kas apibrėžiama pačioje sveikatos sampratoje. Šios

pagalbos ribos yra labai plačios. Ties riba su būtina pagalba atsiduria lėtiniai susirgimai, kurių galimos komplikacijos būtų grėsmingos gyvybei. Jų gydymui skiriamos lėšos ateityje netiesiogiai atsiperka, todėl valstybės investicijos į kai kurių lėtinių susirgimų kompensavimą yra pagrįstas.

Tolstant nuo būtinosios pagalbos mastų, išskyla prevencinių medicinos priemonių finansavimo klausimai, gyvybei negrėsmingų ir darbingumo nesutrikdančių problemų korekcija, pagaliau – kosmetinės procedūros. Visais atvejais kalbama apie sveikatos gerinimą ir individo visiško gerbūvio užtikrinimą, kai valstybei primenamas jos konstitucinis įsipareigojimas „rūpintis žmonių sveikata“, o ribotos galimybės pradedamos traktuoti kaip paciento diskriminacija.

Riboti sveikatos priežiūros resursai verčia aukoti individo interesus vardan visuomenės santarvės. Diskrecinės sveikatos priežiūros mastai yra ta ekonominė ir socialinė erdvė, kurioje galima manipuliuoti, racionaliai paskirstant būtinajai pagalbai nepanaudotas lėšas ir realizuojant valstybės sveikatos politikos tikslus.

Sveikatos priežiūros doktrina pripažįsta, jog sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlą lemia ir pačių sveikatos apsaugos sistemos organizacijų veikla bei jų finansavimo mastai, t.y. ekonominis suinteresuotumas teikti finansuojamą paslaugą. Jų paklausą sąlygoja ne tik tiesioginis poreikis (būtinosios pagalbos atveju), bet ir demografinė situacija, socialinis gerbūvis, visuomenės išprusimas [109, 205-206psl.]. Taip „auginamas“ sveikatos priežiūros paslaugų poreikis gali skatinti lobistinius interesus sveikatinimo srityje, dangstant juos konstituciniais teisės į sveikatos priežiūros pilnatvę principais. Sveikatos politikos misija – užkirsti kelią valstybės lėšų švaistymui ir rasti balansą tarp turimų finansų bei atskirų pacientų grupių poreikių. Šią misiją valstybė įgyvendina sveikatos programose nustatydamą strateginius finansavimo prioritetus.

Išnagrinėtoji bendroji PSDF biudžeto lėšų panaudojimo sistema yra būtinas įvadas į specialiąją šio darbo dalį. Tolesnis mūsų tikslas – vadovaujantis baziniais teisės aktų ir sveikatos priežiūros doktrinos teiginiais, išanalizuoti specialiąją darbo problematiką, būtent, moderniųjų reprodukcinių technologijų diegimą į sveikatos priežiūros praktiką bei jų finansavimo ypatumus.

## **2. Naujos tendencijos valstybinėje reprodukcinės sveikatos politikoje.**

### **2.1. Motinos ir vaiko sveikatos apsauga - nuolatinis valstybės prioritetas**

1998 m. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu patvirtinta „Lietuvos Sveikatos programą“, kurioje išreiškiamas susirūpinimas blogėjančia šalies demografinė situacija: mažėjančiu gimstamumu, senstančia visuomene. Vienas iš esminių šios Programos tikslų – kūdikių mirtinumą sumažinimas „iki 2010 m. 30 proc.“. [126]

Toks sveikatos politikos prioritetas nėra vertinamas kaip tam tikros pacientų grupės privilegija, nes dėmesys motinos ir vaiko sveikatos apsaugai sutampa su visuomenės bendruoju interesu. Jis pateisina išskirtinį valstybės dėmesį šiai sveikatos priežiūros sričiai ir teisinių bei finansinių mechanizmų panaudojimą jiems realizuoti. Motinos ir vaiko sveikatos prioritetai kyla iš

pačios visuomenės pripažinto prioriteto šiai pažeidžiamai pacientų grupei, todėl jie nėra privilegija, bet solidariai visuomenės narių suteikta teisė.

Didžiojoje Britanijoje, Sveikatos informacijos ir multiprofesinės edukacijos centro iniciatyva atlikta visuomenės nuomonės studija parodė, kad skirtingose pagal amžių, lytį, išsilavinimą gyventojų grupėse vyrauja vieninga nuomonė – vaikų gydymas yra valstybinio finansavimo prioritetas. Reprodukcinėms technologijoms teko 10 vieta iš 11, pateiktų apklausai.[62]

PSO motinos ir vaiko sveikatos apsaugą skelbia prioritetine sritimi ir skatina valstybes pilnai finansuoti jos išlaidas. [180] Lietuvoje šis prioritetas įtvirtintas Motinos ir vaiko valstybinėje programoje [11], nustatant motinos ir vaiko sveikatos priežiūros strategiją bei tikslus:

- nustatyti didelės rizikos nėščiųjų ir naujagimių stebėsenos ir korekcijos sistemą;
- užtikrinti tinkamą priežiūrą ir nėštumą be rizikos, įteisinti tinkamą medicinos pagalbą, profilaktiką ir reabilitaciją,
- imtis priemonių, draudžiančių gydymo būdus, kenksmingus vaiko sveikatai;
- proteguoti visas priemones, mažinančias motinų ir vaikų sergamumą ir mirštamumą;
- rūpintis vaisiaus ir naujagimio sveikata ir kt.

Programoje yra ir nenuoseklumų. Pažeidžiant teisėkūros logiką, Vyriausybės priimtame teisės akte remiamasi Motinos ir naujagimio Barselonos deklaracija. Ji buvo priimta V Pasaulio perinatalinės medicinos kongrese 2001 m., kur rūpestis moters ir vaiko sveikata pateikiamas apsisprendimo teisės į „saugų“ abortą ir kontracepciją kontekste.[134] Tuo būdu išreiškiamas Vyriausybės moralinis įsipareigojimas prieš nevyriausybines organizacijas deklaruojamą infrateisinio lygmens aktą.

Įvairių tarptautinių profesinių organizacijų lygmenyje kuriamos programos, strategijos, deklaracijos, profesiniai standartai, kurie neturėdami teisinės normos galios *per se*, veikia visuomenės nuomonę ir palaiapsniui skverbiasi į valstybės politiką. Taip išauga “profesinės gildijos autonomijos” [110] vaidmuo, ir biomedicinos reglamentavimo kontekste jis tampa prieštaringas. Kokybiška teisėkūra neįmanoma be profesionalų medikų nuomonės įvertinimo, bet iškyla didelis pavojus suabsoliutinti ir primesti visuomenei siaurus profesinius standartus bei lobistinius interesus kaip visuotinai privalomą normą. Motinos ir vaiko sveikatos programa šia prasme yra teisės aktas, kuriame ginami kertiniai pažeidžiamos pacientų grupės interesai. Ja turėtų būti vadovaujamosi, planuojant ir vykdant moterų ir vaikų sveikatos priežiūrą.

## **2.2. Reprodukcinės sveikatos politika sveikatos santykių teisumo kontekste**

Sveikatos politika Lietuvoje neatsiejama nuo globalizacijos procesų, technologinės revoliucijos. Šiame kontekste “atsiranda ir gyvybės nuvertėjimo apraiškų: gyvybe

manipuliuojama, eksperimentuojama, jos lengvabūdiškai atsisakoma arba ji lengva ranka atimama artimo ar samdomo žudiko”. [221] Motinos ir vaiko sveikatos apsauga tampa neatsiejama valstybinės reprodukcinės sveikatos politikos dalimi, nes ji yra įtakojama dar prieš užsimezgant gyvybei.

Vystantis technologijoms, atsivėrė galimybės ne tik gydyti susirgimus, bet ir manipuliuoti žmogaus organizmo funkcijomis. Tapo įmanoma prisitaikyti prie aplinkos ir socialinių poreikių pagal individo psichofiziologines galimybes ir modeliuoti organizmo veiklą taip, kaip tuo momentu patogiausia ir naudingiausia karjeros, praktinės veiklos, šeimos planų ar net asmeninių norų atžvilgiu. “Toks mokslo produkcijos pritaikymas socialiniame ir kiekvieno individo gyvenime kelia nerimą, pagrįstai keliamas klausimas, ar informacinių ir biotechnologijų revoliucija nesudaro prielaidų <...> “postžmogiškajai” istorijai, kai mokslo atradimai eliminuos pačią žmogiškumo sąvoką”. [221]

Istoriškai reprodukcinę teisių ir reprodukcinės sveikatos sampratą formavosi natūralaus gimstamumo, nepakankamos nėščiujų, gimdyvių bei kūdikių sveikatos priežiūros sąlygomis. Moterims industrializacijos sąlygomis dažni gimdymai ir su jais susiję sveikatos sutrikimai tapo kliūtimi dalyvauti gamybos procese. Tai tapo ir socialine problema, kurios sprendimą pasiūlė XX a. pr. medicinos sesers Margaret Sanger inicijuotas „modernusis gimimų kontrolės judėjimas“. Šeimos planavimo idėja peraugo iš medicininės veiklos srities į valstybinę, kai teisės aktais buvo legalizuotas kontracepcijos priemonių skyrimas, o vėliau išlaidos kontracepcijos priemonėms palaipsniui imtos kompensuoti iš valstybės lėšų. Kontracepcija pradžioje buvo priemonė apsaugoti moterį dažnų ir nesaugių gimdymų nuo žalos sveikatai ir mažesnės blogybės principu turėjo riboti abortus kaip gimstamumo reguliavimo būdą. Palaipsniui ji tapo socialinės valstybės politikos dalimi. Jos dėka moteris įgijo galimybę rinktis tarp šeimos interesų ir materialinių poreikių tenkinimo, karjeros. Valstybei atsirado galimybė „išsaugoti“ darbo rinkoje jaunas, aktyvias moteris, kurios „pasitraukia“ į šeimą pagal visuomenėje besiformuojančius gėrio ir teisingo elgesio standartus. Atsirado konsensusas tarp asmens ir visuomenės reprodukcinėje srityje: šeimos planavimas tapo priimtiniu ir valstybei, ir asmeniui, kurį imta skatinti propagandinėmis, finansinėmis ir politinėmis priemonėmis. [51]

Kontracepcijos ir dirbtinis apvaisinimo technologijų pagalba “seksualumas ir reprodukcija neteko ryšio. <...> Iš pradžių įvyko medicininių – techninių pokyčių, dėl kurių tapo įmanomas seksualumas be reprodukcijos. Vėliau atsirado reprodukcijos be seksualumo su medikų pagalba galimybė”. [97,271psl.] Utilitarinių siekių spartinamas technologinis progresas paskatina visuomenę plėsti ir žmogaus teisių katalogą. Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje [40] įtvirtinus teisę į gyvybę, laisvę, asmens saugumą (3 str.), teisę be jokių apribojimų sudaryti

santuoką ir sukurti šeimą (16 str.), teisę į motinystės ir vaikystės globą (25 str.), kaip išvestinės iš minėtųjų visuomenėje imtos propaguoti reprodukcinės žmogaus teisės [238] .

2001 m. lapkričio mėn. Kopenhagoje PSO regioninis Europos biuras paskelbė “ PSO seksualinės ir reprodukcinės sveikatos regioninę strategiją”, kurioje saugi motinystė, kontracepcija ir “saugus abortas” susiejami į vieningą visumą. Tokiame kontekste požiūris į reprodukcinės žmogaus teisės ir reprodukcinę žmogaus sveikatą formuojamas per profesionalų prizmę. Jis grindžiamas įrodymais pagrįstos medicinos teiginiais ir tapatinamas su oficialia autoritetingos tarptautinės organizacijos – PSO – politika.[262] Tuo būdu siekiama moralinio narių įsipareigojimo pripažinti ir įgyvendinti šią politiką : “Ši strategija yra sukurta visoms 51 Europos regiono narėms” [259] . Strategijos nuostatomis antrina Motinos ir naujagimio teisių Barcelonos deklaracija, priimta V pasaulio perinatalinės medicinos kongrese 2001 m. [134]

Lietuvoje už modernių šeimos planavimo metodų diegimą aktyviai pasisako akušerių ginekologų profesinės asociacijos, vaisingumo klinikos, pacientų visuomeninės organizacijos [150, 191, 193] .Ginti reprodukcinę žmogaus teisių imasi profesionalūs teisininkai [236] .

Jų pastangomis į procesą įtraukiami Seimo ir Vyriausybės atstovai, formuojant bendrą opinią, organizuojant konferencijas, priimant pareiškimus, kurie vėliau tampa moraliai įpareigojančiais ir įtakoja oficialią valstybės politiką. Tarptautinėje konferencijoje “Reprodukcinė sveikata ir teisės Lietuvoje: įstatymai ir politika” baigiamąjį dokumentą pasirašė Seimo, Vyriausybės, mokslinių draugijų, visuomeninių organizacijų, vaisingumo klinikų atstovai. Todėl jų teiginiai pretenduoja ateityje būti perkelti į teisės aktus, jais grindžiami oficialių programų prioritetai: “Reprodukcinės teisės yra dalis fundamentaliųjų žmogaus teisių, siekiant aukščiausiojo lygio fizinės ir psichinės sveikatos”. [251] .

Lietuvos demografinės problemos (mažėjantis gimstamumas ir senstanti visuomenė) akcentuojamos ir 2004 m. Lietuvos konvergencijos programoje [10] . Joje kaip dirbtinis apvaisinimas pateikiamas kaip demografinių problemų sprendimo būdas.

Mėginimas reprodukcijos procesus perkelti į teisės lygmenį tampa aktualus, kai susiduriama su reikalavimu finansuoti šias technologijas valstybės lėšomis. Mūsų nuomone finansiniai sprendimai turi būti priimami sveikatos santykių teisumo kontekste. Lytiškumą, vaisingumą traktuojant kaip neatsiejamą asmens sveikatos dalį, t.y. valstybės saugomą vertybę, kyla klausimas, kiek vaisingumą ribojančios priemonės (kontracepcija, abortai, ligos, susijusios su neatsakingu lytiniu elgesiu), pakenkia tą gėrį, ir kiek asmuo už jį yra atsakingas.

PSO Europos Regioninio biuro sveikatos politikos parengtoje programoje trys faktoriai pateisina diferenciaciją sveikatos priežiūroje.[176] Jie nepriklauso nuo valstybės politikos netolygumų, todėl nepažeidžia sveikatos santykių teisumo:

-natūralūs biologiškai sąlygoti organizmo veiksniai,



-kenkiantis sveikatai elgesys, jei jis pasirinktas savarankiškai, o ne nulemtas nepalankių socialinių-ekonominių aplinkybių, kuris vertinamas kaip sąlyginai išvengiamas,

-laikinas tam tikros gyventojų grupės pirmavimas. [175,12 psl.]

Jeigu valstybė ne tik toleruoja abortus ir kontracepciją, bet verčia juos sudėtine asmens teisių dalimi, o ne “kenkiančiu sveikatai elgesiu”, asmuo atleidžiamas nuo atsakomybės dėl galimų žalojančių padarinių. Tuo būdu valstybė prisiima sau pareigą kompensuoti medicinos pagalbą dėl vaisingumo sutrikimų.

Lietuva nuosekliai perima Europoje įsigalėjusią liberaliąją reprodukcinės sveikatos politiką. Jai siekiama gauti valstybinių lėšų, legalizuoti teisės aktais. Todėl svarbu, pasitelkiant įrodymais pagrįstos medicinos duomenis, pagrįsti, kiek asmens diskrecija pasirenkant gyvenimo būdą ir ypač lytinį elgesį įtakoja vaisingumo funkciją. Šie faktoriai turėtų nulemti sprendimus dėl reprodukcinę technologijų valstybinio finansavimo galimybės ir mastų, nepažeidžiant pacientų teisių ir užtikrinant sveikatos santykių teisumą.

### **2.3. Asmens pasirinkimas kaip prielaida diferencijuoti valstybės finansinę paramą reprodukcinės sveikatos srityje.**

Socialinio teisumo sveikatos santykių srityje užtikrinimas yra vienas iš bazinių Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos principų. [SSI,4str.] Kaip jau buvo minėta PSO parengtoje „Teisumo sveikatos santykiuose rėmimo politikoje ir strategijoje“ [176] bei Lietuvos sveikatos programoje [126] sveikatos santykių teisumas vienija du aspektus:

1. Per jį siekiama sumažinti atskirų gyventojų grupių socialinę nelygybę ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

2. Ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir geresnės sveikatos nesiekti kitų visuomenės narių sąskaita.

Finansuojant sveikatinimo veiklą iš valstybės biudžeto, kompensacijų apribojimų ir diferenciacijos strategija dar nėra pakankamai išplėtotą, nors valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai 2004 m. sudarė 70,6%. [218] Privatus sveikatos draudimas asmens atsakomybės už savo sveikatą koncepciją yra labai išplėtojęs, didindamas įmokas „rizikingiems“ pacientams arba nepripažindamas kai kurių draudiminių įvykių. [247]

Didelę grupę sudaro apribojimai pagal amžių, nors kai kuriais atvejais ribojimo motyvus lemia tik ekonominės priežastys, o ne medicininis racionalumas. Šia prasme vaikai yra „privilegiuoti“, pvz., alerginio rinito gydymui vaistai kompensuojami iki 18 m. [25] Tačiau antirecidyvinius gydymas sanatorijoje kompensuojamas tik iki 7 m. amžiaus. [24]

Kompensavimo apribojimai pagal susirgimus kelia daugiausia debatų, nes mažesnes kompensacijas gaunantys pacientai visada jaučiasi diskriminuojami dėl savo susirgimo. Šiuo atžvilgiu prioritetas teikiamas gyvybiškai pavojingiausių susirgimų gydymo išlaidų

kompensavimui. Sunkiau paaiškinti, kodėl iš PSDF biudžeto dalinai kompensuojamas lytiniu keliu plintančių infekcijų gydymas, kai egzistuoja priemokos onkologiniams, antiepilepsiniams, nuskausminantiems medikamentams. [25]

Asmens socialinis statusas ir darbingumas retai riboja jam skiriamas išmokas sveikatos priežiūrai. Pvz., brangesnė modifikuota injekcinė psichotropinio vaisto *Risperidonum* forma kompensuojama tik „dirbantiems ir besimokantiems socialiai adaptuotiems asmenims“. [16]

Kaip teigiamą ir plėtotiną politiką reikėtų vertinti apribojimus išmokoms iš valstybės biudžeto tais atvejais, kai sveikatos sutrikimus sukėlė paties asmens neatsakingas elgesys arba savanoriškas rizikos faktorių ignoravimas. Šia prasme iliustratyvi yra Valstybinio socialinio draudimo fondo nuostata nemokėti nedarbingumo pašalpų asmenims, tyčia sužalojusiems savo sveikatą, apsimetusiems sergančiais ar kurie į asmens sveikatos priežiūros įstaigą kreipėsi būdami neblaivūs ar apsvaigę. [15]

Reprodukcinės sveikatos srityje didelę dalį sutrikimų lemia asmens pasirinktas gyvenimo būdas, todėl mūsų nuomone, planuojant šių išlaidų kompensavimą, turėtų būti atsižvelgta į žalojančius faktorius, kurių pacientas galėjo sąmoningai išvengti. Valstybei svarbu formuoti nuoseklią reprodukcinės sveikatos strategiją ir pakankamai informuoti visuomenę apie žalingus faktorius.

McMaster universiteto Medicinos centre (Kanada) buvo atlikta 1979-2004 m. Medline ir PubMed duomenų bazių publikacijų sisteminė studija apie vaisingumą įtakojančius aplinkos faktorius. Patvirtinta įvairių aplinkoje esančių cheminių medžiagų, hormonų, enzymų, vaistų, darbo laiko, sezoniškumo, streso, elektromagnetinių laukų ir t.t. įtaka vaisingumui.[77] Mus labiausiai domino tie faktoriai, kuriuos gali valingai įtakoti pacientas. Kontraversiški duomenys apie kofeino įtaką vaisingumui, bet negalima ignoruoti faktų apie dėl jo padažnėjusius spontaninius persileidimus ir didesnę nevaisingumo riziką. [77, 117] Rūkymo žala moters ir vyro vaisingumui bei sėkmingai IVF embriono implantacijai įrodyta patikimai ir neginčijamai. [77, 139, 244]

Prieštarlingiausiai vertinamos kontracepcijos priemonės, kurių tiesioginių priežastinių ryšių vaisingumo sutrikimams įrodyti labai sudėtinga.[87, 89, 158, 173] Prieš patekdamos į rinką jos praeina griežtą patikrą dėl galimo šalutinio poveikio (tame tarpe ir vaisingumui). Įrodžius priemonės nesaugumą, ji tiesiog nepatektų į rinką. Be to, dauguma porų yra didesnio ar mažesnio laipsnio subfertilumo būsenoje, todėl problematiška įvertinti, koks būtų jos fertumas, jeigu nebūtų naudota kontracepcija. Vis dėlto literatūroje pateikiami duomenys, jog dėl kontracepcijos lėčiau grįžtama į normalaus vaisingumo būseną ir šis procesas yra sunkiai prognozuojamas.(Lent. Nr. 1 ir 2)

Netiesiogiai kontracepcija didina nevaisingumo riziką, „atidėdama“ planuojamą nėštumą.[174, 200] Natūrali amžiaus įtaka vaisingumui, o ypač moters, įrodyta neginčijamai

**(Lent. Nr. 3 ir 4)** Civilizuotoje visuomenėje tapo elgesio norma ir valstybės proteguojama politika vardan karjeros atidėti palikuonių gimdymą po 30-35 metų, kai natūralus vaisingumas būna sumažėjęs iki 3-5 kartų ir tiek pat išauga persileidimų tikimybė. [217, 222, 231]

Kanadoje atlikta studija įrodė, jog nevaisingos poros, besikreipiančios dėl medicininių intervencijų, praeityje ignoravo gyvenimo būdo neigiamą įtaką vaisingumui. [142] Australijoje atlikti į vaisingumo kliniką besikreipiančių porų informuotumo tyrimai.[95] Išanalizuotos priežastys, kurios nulėmė moters apsisprendimą atidėti nėštumą vėlesniam laikui, bet baigėsi nevaisingumu ir poreikiu taikyti DA. Didelė dalis moterų (18 proc.) teigė, jog nebuvo tinkamai informuotos apie galimą pavojų vaisingumui dėl kontracepcijos vartojimo **(Lent. Nr. 5)**.

Manytume, kad tokia statistika sveikatos santykių teisumo kontekste verčia abejoti valstybės pareiga besąlygiškai kompensuoti reprodukcinę technologijų išlaidas. Asmuo, sąmoningai teikdamas prioritetą materialiniam gerbūviui, karjerai ir atidėdamas palikuonių gimdymą vėlesniam amžiui, kai natūraliai mažėja normalaus nėštumo tikimybė, yra atsakingas už savo pasirinkimą. Žalingas gyvenimo būdas taip pat turėtų sukelti asmeniui neigiamas pasekmes ir valstybės paramos apribojimus. Sveikatos santykių teisumas tokiaime kontekste nebūtų pažeistas, nes skatintų asmens atsakomybę už savo sveikatos puoselėjimą. Tačiau praktiškai tokius apribojimus įgyvendinti būtų labai sudėtinga. Ribojant valstybės finansinę paramą nevaisingoms poroms, atsirastų prielaidos įvairiai nuslėpti žalingus įpročius, lytinio gyvenimo būdą, buvusius abortus ir t.t., įskaitant ir galimą medicininės dokumentacijos klastojimą. Tai didintų socialinę dezintegraciją visuomenėje ir kompromituotų pačią sveikatos santykių teisumo idėją.

## **2.4. Valstybės pagalbos nevaisingiems pacientams ypatumai.**

### **2.4.1. Nevaisingumas kaip sveikatos problema.**

Lietuvoje, kaip ir pasaulinėje praktikoje biomedicininį standartų kūrimo iniciatyva yra atiduota į profesionalų rankas ir tampa teisėkūros pagrindu. Profesionalų nuomonę įtakoja sparčiai besikeičiantys mokslo duomenys, naujos technologijos, finansiniai interesai, socialinė aplinka. Todėl daliai profesinių standartų nesuteikiamas teisinis pavidalas, paliekant juos kaip “nuomonę” ir galimybę profesionalui manipuliuoti ja pagal konkrečias aplinkybes.

Tokios tendencijos akivaizdžios ir reprodukcinės sveikatos srityje. Šiuo metu medicinos praktikoje vadovaujamosi PSO apibrėžimu, jog nevaisingumas diagnozuojamas, kai “nepastojama ne mažiau, kaip po 12 mėnesių reguliarių lytinių santykių, nevartojant jokių kontraceptinių priemonių” [194, 231]. Profesionalioje medicininėje literatūroje prigijo įvairaus laipsnio „subfertilumo“ terminas, kai pastojama vėliau, negu pirmojo pageidaujamo ciklo metu. [88] Todėl, kuriant rekomendacijas pradėti gydymą, manipuliuojama nevaisingumo terminais nuo 6 iki 24 mėnesių. [194, 215, 216] Pagal statistikos duomenis nevaisingumas paliečia 10-15 % šeimų, t.y. virš 80 mln. žmonių pasaulyje, o 25 % šeimų yra patyrusios subfertilumo epizodų.[258, 262]

PSO patvirtintoje Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos problemų klasifikacijoje TLK-10 [164] N97 koduojamas “moters sterilumas”. Šis kodas išskaidomas į pošifrius, pvz., N97.0 – “moters nevaisingumas dėl anovuliacijos”, N97.1 – “moters nevaisingumas dėl kiaušintakių patologijos” ir kt. Tokia klasifikacija įrodo nevaisingumą esant kito sveikatos sutrikimo pasekme. Diskusija, ar nevaisingumas laikytinas savarankišku susirgimu, ar tik ligos komplikacija, yra labiau akademinio pobūdžio ir aktualus ligų sisteminimo prasme.[63, 204] Sprendimui kompensuoti ši klasifikacija neturi jokios įtakos, nes ji atlieka tik pagalbinę sveikatos priežiūros paslaugos kodavimo funkciją. Lygiai taip pat koduojamos ne tik ligos, bet ir kitos sveikatos būklės, pvz., gimdymas (O 80), kurio išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto.

Holistinės sveikatos sampratos kontekste [157, 241] nevaisingumas vertintinas kaip sveikatos sutrikimas. Jis turi tam tikros specifikos kitų susirgimų atžvilgiu, nes paliečia ne vieną asmenį, bet šeimą. Jis gali būti susijęs su fiziniu skausmu, diskomfortu, bet gali būti fizine prasme ir asimptominis. Nevaisingumas gali sukelti sudėtingus asmens psichologinius išgyvenimus, socialinę dezintegraciją ir net psichikos sutrikimus, bet gali paskatinti šeimą adaptuotis prie situacijos ir ieškoti saviraiškos kitose srityse, pvz., karjere.

Jeigu bent viename lygmenyje asmuo jaučia diskomfortą, ir jį priima kaip gerbūvio pilnatvės pažeidimą, tai yra sveikatos sutrikimas. Kaip taisyklė, jis paliečia jaunos, socialiai aktyvius ir darbingus asmenis. Ypač retai nevaisingumą sąlygoja priežastys, grėsmingos gyvybei ar sukeliančios ilgalaikį nedarbingumą. Todėl nevaisingumo gydymas nepriskiriamas būtinajai pagalbai, o reprodukcinės sveikatos priežiūra pagrįstai finansuojama iš valstybės biudžeto kaip diskrecinė medicinos pagalba, kaip gyvenimo kokybę pagerinanti priemonė, t.y. tiek, kiek leidžia realios finansinės galimybės.

#### **2.4.2. Sveikatos priežiūros paslaugų nevaisingiems asmenims finansavimas iš PSDF biudžeto. Esamos situacijos analizė.**

Šiuo metu dalis sveikatos priežiūros paslaugų nevaisingoms šeimoms yra finansuojamos iš PSDF biudžeto, todėl klaidinga būtų teigti, kad ši pacientų grupė yra diskriminuojama. Siekiant racionaliai paskirstyti sveikatos priežiūros lėšas, paslaugų teikimo sistema yra suskirstyta į tris lygius. Paciento nukreipimą į tam tikrą lygmenį lemia jo būklės sunkumas, kurį diagnozuoja siunčiantysis gydytojas. Tuo būdu siekiama valdyti pacientų srautus ir profesionaliai nustatyti brangiausių (ir sudėtingiausių) sveikatos priežiūros paslaugų poreikį.

Lietuvoje šiuo metu sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tripakopėje sistemoje. [36] Tokios sistemos tikslas – sveikatos priežiūros paslaugas suteikti optimaliame lygmenyje, t.y. pigiausiai, bet pakankamų mastų ir kompetencijos.

Pirminio lygio, t.y. šeimos ar bendrosios praktikos gydytojo lygio paslaugos apmokamos iš PSDF biudžeto pagal “prisirašiusių gyventojų” sistemą, mokant fiksuotą metinę sumą už

asmenį, nepriklausomai nuo jo apsilankymų dažnio. Ekonominiu požiūriu tokia sistema pripažinta pakankamai efektyvia, ir jai deleguojamos prevencijos bei rutininės sveikatos problemos.

Pasaulinėje medicinos praktikoje priimta visų sveikatos problemų sprendimą pradėti nuo šeimos gydytojo institucijos, o ne iš karto deleguoti jas į specializuotą lygį. Suomijoje yra sukurtos ir naudojamos įrodymais pagrįstos medicinos rekomendacijos (EBMG) bendrosios praktikos gydytojo institucijai, kaip pradėti nevaisingos poros tyrimus ir gydymą [214].

Lietuvoje priimta Bendrosios praktikos gydytojo (BPG) norma [35] apibrėžia šeimos gydytojo kompetencijos ribas reprodukcinės sveikatos srityje panašia apimtimi kaip ir minėtosios Suomijos rekomendacijos. Šeimos gydytojas privalo įtarti visas galimas vaisingumą ribojančias priežastis, kai kurias diagnozuoti ir pradėti savarankiškai gydyti.

Pacientai, kurių gydymas viršija BPG kompetencijos ribas, siunčiami į antrinio lygio (specializuotos pagalbos) arba tretinio lygio (aukštos specializacijos arba universitetines) gydymo įstaigas. Indikacijas specialisto konsultacijai nustato siunčiantysis gydytojas, ir ligonių kasa neriboja pagrįstų, motyvuotų siuntimų skaičiaus ir apmoka už suteiktas konsultacijas. [36] Reprodukcinės sveikatos sutrikimus kenčiantiems pacientams valstybė laiduoja specializuotą, o jei reikia, ir universitetinio lygio akušerinę-ginekologinę, urologinę, endokrinologinę, psichoterapinę pagalbą, echoskopinį ištyrimą, kai kuriuos laboratorinius tyrimus. Deja, šiuo metu hormoniniai ir imunologiniai tyrimai, aktualūs nevaisingoms šeimoms, iš PSDF biudžeto nefinansuojami.

Ambulatoriškai neišsprendžiamos problemos yra indikacija stacionariniam gydymu. Gydantis gydytojas išrašo siuntimą pacientui į antrinio ar tretinio lygio ligoninę. Stacionarinės paslaugos priklausomai nuo jų sudėtingumo apmokamos LR SAM nustatytais diferencijuotais įkainiais (*čia ir toliau bus pateikiami SPP įkainiai, galioję 2005 m. gegužės 1 dienai*). [14]

LR SAM įsakymais yra patvirtinti stacionariųjų paslaugų teikimo bendrieji ir specialieji reikalavimai. Jais nustatomas būtinųjų paslaugų “krepšelis”, kuris pacientui turi būti suteiktas, gydant pagal tam tikrą profilį, ir taip užtikrinant paslaugos kokybę. Gaunant apmokėjimą už paslaugą iš PSDF biudžeto, pacientas neturi papildomai mokėti, nebent savo iniciatyva rinktųsi papildomas ar brangesnes, negu bazinis gydymas, paslaugas [SSI 49str.]. Ši įstatymo nuostata svarbi, nustatant bazinius įkainius už sveikatos priežiūros paslaugas. Įkainiai turi būti pagrįsti, kad padengtų gydymo kaštus, bet ir taupytų biudžeto lėšas. Uždraudžiant iš paciento imti papildomus mokesčius už bazinį paslaugų “krepšelį”, išvengiama mokėjimo už tą pačią paslaugą iš dviejų šaltinių, o norinčios užsidirbti įstaigos skatinamos siūlyti pacientams papildomas ar komfortiškesnes alternatyvias paslaugas. Kita vertus, paslaugos teikėjas turi apsispręsti, ar verta sudaryti sutartį su ligonių kasa, nes tokia sutartis įpareigoja teikti paslaugą LR SAM patvirtintais, o ne komerciniais įkainiais.

Siekiant valdyti paslaugų teikėjo įtaką ligonių stacionarizavimui, sukurtas stacionariųjų paslaugų grupavimas ir diferencijuoto apmokėjimo už jas sistema. Yra 5 stacionariųjų paslaugų grupės, kurių įkainis diferencijuojamas priklausomai nuo galimos paslaugos teikėjo įtakos. [22] Stacionariųjų paslaugų grupių (I, IIA, IIB, IIA, IIIB ir IV) pagrindu yra sudarytas klasifikatorius, kuriame, naudojant TLK-10 kodavimo sistemą, visi susirgimai yra suskirstyti į chirurgijos, akušerijos-ginekologijos, terapijos ir kt. paslaugas. Ties kiekvienu atveju nurodoma kokias papildomas sąlygas turi įvykdyti gydymo įstaiga, norėdama pagrįstai gauti apmokėjimą. Pagal šiuo metu galiojantį klasifikatorių [37] moters sterilumas N97 yra priskiriamas IIA grupės (ginekologija IIC specialieji reikalavimai) paslaugoms, kai atliekama vidinių lyties organų plastinė operacija. Tai reiškia, kad paslaugos teikimo apimtims gydytojų įtaka yra minimali, todėl paslaugos įkainis, neviršijus sutartinės sumos, apmokamas neindeksuotas, t.y. – 1280 Lt. Gydant pacientę stacionare dėl nevaisingumo konservatyviai, privalomas histeroskopijos ir/ar histerosalpingografijos tyrimas, kad paslauga būtų priskiriama IIIB grupei (ginekologijos IIA specialieji reikalavimai). Taip mažesniu įkainiu (546 Lt) siekiama riboti hospitalizacijų skaičių. [14, 27, 37]

Kompensuojamas ir kitų susirgimų (endometriozės, uždegimų, auglių ir kt.) konservatyvus ir operacinis gydymas, kurio tikslas – šalinti nevaisingumo priežastį ir atkurti prarastą fertumą. Amerikos reprodukcinės medicinos draugijos (*ASRM*) duomenimis tradicinis (etiopatogenetinis) nevaisingumo gydymas gali išspręsti iki 85-90 % nevaisingumo problemų [213], todėl jo finansavimas iš PSDF biudžeto yra racionali pagalba nevaisingoms šeimoms.

Šiuo metu iš PSDF biudžeto pagal Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) kompensuojamas nevaisingumo priežasties endometriozės III-IV stadijos gydymas hormoniniais preparatais 80% bazinės kainos. 50% bazinės kainos kompensuojamas endometriozės I-II stadijos hormoninis gydymas ir chlamidiozės (vienos iš dažniausių uždegiminės dubens ligos priežasčių) gydymas antibiotikais asmenims iki 25 metų. [25]

Valstybės indėlis, sprendžiant nevaisingų šeimų problemas, labiausiai susijęs su atokiųjų ir netiesioginių kaštų kompensavimu. Lietuvoje pradėjus taikyti dirbtinio apvaisinimo procedūras, sveikatos priežiūros sistema susidūrė su problema, kaip padėti moterims, įvykus DA komplikacijoms, kaip sėkmingai išnešioti ir pagimdyti nenatūraliai pradėtus vaikus. Pagal LR SAM nustatytą Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sekimo tvarką dirbtinio apvaisinimo būdu pradėti nėštumai yra priskiriami aukštos rizikos grupei. [30] Tai yra susiję su dažnesnėmis nėštumo ir gimdymo komplikacijomis: daugiavaisiu nėštumu, vaisiaus hipotrofija, grėšiančiu persileidimu, priešlaikiniu gimdymu, Cezario pjūvio operacijomis. [28] Visos būklės, susijusios su dirbtinio apvaisinimo sąlygotu nėštumu priskiriamos tretinio lygio akušerinei pagalbai ir turi būti teikiamos specializuotose klinikose (šiuo metu tai yra Vilniaus ir Kauno universitetinės klinikos).

Privačios vaisingumo klinikos, licencijuotos atlikti dirbtinio apvaisinimo procedūras, nors ir turi tam reikalingą techninę bazę bei kvalifikuotą personalą, bet nepajėgios suteikti savo kuruojamoms nėščiosioms ir gimdyvėms būtinos stacionarinės pagalbos. Šią finansinę naštą ir atsakomybę už didelės rizikos nėštumų sekimą bei išėitis prisiima valstybė. Tuo būdu yra realizuojamas sveikatos santykių teisumas motinos ir vaiko sveikatos priežiūros srityje. Iš PSDF biudžeto finansuojama visa pagalba lygiai visoms nėščiosioms, nepriklausomai nuo jų socialinės padėties, sveikatos būklės ar pastojimo būdo.

Įvertinus šiuo metu Lietuvoje valstybės laiduojamą nemokamą pagalbą nevaisingoms šeimoms, galima teigti, jog ši pacientų grupė nėra diskriminuojama. Jiems valstybės parama suteikiama proporcingai kitų pacientų grupių interesams. Diskriminacija sveikatos santykiuose reikštų visišką poreikių ignoravimą ir medicininės pagalbos neteikimą. Valstybės laiduojamas priešastinis tradicinis nevaisingumo gydymas, kaip pakankamai efektyvus gydymo būdas, atitinka pasaulinę praktiką. [102] Tokia finansavimo politika yra paremta holistine žmogaus organizmo ir ligos samprata ir skatina visų sveikatos priežiūros grandžių įtraukimą į gydymo procesą, o ne siaurų vaisingumo klinikų protegavimą. Finansavimo mastai yra labai įtakojami konkrečios valstybės politikos ir finansinių galimybių.

### **3. Dirbtinio apvaisinimo procedūros kompensavimo iš PSDF biudžeto būtinieji kriterijai**

Bet kokia sveikatinimo veikla Lietuvoje turi tenkinti visas 3 būtinąsias sąlygas :

- būti teisėta;
- atitikti prieinamumo, priimtimumo ir tinkamumo kriterijus;
- būti teikiama, asmeniui sutikus. [ SSĮ 15 str.]

Draudiminio sveikatos apsaugos sistemos modelio kontekste DA yra specifiška paslauga, kuriai būdingi aukšti kaštai, rizika, žemas klinikinis efektyvumas, dažnos komplikacijos, kurių gydymas reikalauja papildomų išlaidų. Tai daro reprodukcinės technologijas nepatrauklias draudikams [65, 73, 148] . Draudikų atsisakymą kompensuoti DA lemia ir potencialios galimybės šias procedūras naudoti neetiškiems tikslams bei socialinių reikmių tenkinimui [101]

DA kompensavimą riboja valstybės ekonominės galimybės, todėl kompensavimo apimtys pasaulinėje praktikoje yra labai įvairios. Lietuvai tapus Europos Sąjungos nare suaktyvėjo diskusijos dėl valstybės paramos nevaisingoms šeimoms didinimo, kompensuojant DA procedūras. Priimant sprendimą, reikia atsižvelgti, kiek naujoji sveikatos priežiūros paslauga tenkina būtinuosius sveikatinimo veiklos kriterijus.

#### **3.1. DA kaip sveikatos priežiūros paslauga ir jos vieta nevaisingumo gydymo procese**

1978 m. gimus pirmajam kūdikiui Louise Brown po dirbtinio apvaisinimo procedūros, nevaisingumo gydymas tapo vis labiau prieštaringas. Iki tol medicinoje vyravo tradicinė taktika

gydyti pagrindinį susirgimą, kuris sukėlė nevaisingumą. Etiopatogenetinio gydymo pagalba buvo siekiama atstatyti organizmą į būseną, kurioje būtų įmanomas natūralus pastojimas. Moderni reprodukcinė technologija leido apeiti ligos sukurtas kliūtis natūraliam pastojimui ir manipuluoti žmogaus gyvybės kūrimo procesu.[96] Dirbtinio apvaisinimo technologijos pagalba pašalinamas vienintelis simptomas – bevaikystė, neįtakojant pagrindinio susirgimo eigos.

Esminė diskusija kyla dėl to, ar reprodukcinės technologijos pripažintinos kaip gydymo būdas, argumentuojant, jog tik „gydymo būdas“ gali būti finansuojamas iš sveikatos priežiūrai skirtų valstybės lėšų.[192] Sveikatos priežiūroje įsigalėjus draudiminiams santykiams, vis plačiau operuojama ekonominėmis sąvokomis. Tradicinę hipokratiškąją “gydymo” sampratą pakeitė “sveikatos priežiūros paslaugų” sąvoka. Neaišku, kas laikytina “gydymu”, nes Lietuvoje galiojantys teisės aktai jo definicijos nepateikia. “Gydymo” termino turinį galima atsekti pagal BPG normoje pateikiamą termino “gydyti” sampratą: tai reiškia “atlikti veiksmus, kuriais siekiama pašalinti (arba susilpninti) ligos priežastį, poveikį, sugrąžinti pažeistas organizmo funkcijas, sumažinti ligos poveikį žmogaus organizmui” [35, 28.4 d.] . Sėkmingo dirbtinio apvaisinimo atveju, pašalinus bevaikystės simptomą, gimdytojai jaučia psichologinį komfortą ir socialinę pilnatvę. Sumažėja nevaisingumo neigiamos pasekmės psichinei asmens sveikatai ir socialinei šeimos stigmati. Todėl dirbtinio apvaisinimo procedūros dažniausiai medicininėje literatūroje apibūdinamos kaip pagalbinis nevaisingumo gydymo metodas [ 125] . Analogiška termino prasmė yra ir verčiant jį iš anglų kalbos – *assisted reproductive technology* .

Nors ir tradiciniai nevaisingumo gydymo metodai kompensuojami iš PSDF biudžeto, besiplečiančios vaisingumo klinikos, kuriama teisinė bazė ir aktyvėjanti nevaisingų šeimų visuomeninė veikla leidžia manyti, kad užsienio valstybių pavyzdžiu bus reikalaujama DA procedūras kompensuoti iš valstybės biudžeto ir Lietuvoje.

Reprodukcinės technologijos sukelia bene daugiausia diskusijų ir prieštaringiausių vertinimų biomedicinos pasiekimų tarpe. Nežiūrint tobulėjančių technologijų ir gausėjančios klinikinės patirties, nepavyksta pasiekti esminio lūžio, užtikrinant procedūros saugumą ir efektyvumą, o manipuliacijos su gametomis ir embrionais, siekiant „pagerinti“ DA rezultatus tampa komplikacijų priežastimi. [76, 144] Pvz., JAV Prezidento Bioetikos komitetas, pateikia oficialias išvadas, kad šiuo metu nėra sukurta vieninga DA standartų sistema, leidžianti kontroliuoti, įvertinti ir užtikrinti technologijos saugų įdiegimą medicinos praktikoje.[234] Jungtinėje Karalystėje Žmogaus fertilizacijos ir embriologijos taryba (HFEA) paprašė Mokslinių tyrimų grupės (MRC) sisteminės analizės ir rekomendacijų dėl DA technologijų saugumo 2004 m.[232] Europos žmogaus reprodukcijos ir embriologijos draugija (ESHRE) tik 2000 m. pradėjo standartizuotai kaupti duomenis apie DA eigą ir rezultatus Europos IVF monitoringo programoje.[141] Paradoksalu, kad tokioje jautrioje biomedicinos sferoje, kaip gyvybės pradžia,



valstybės kontrolės mechanizmai išjungę pavėluotai, kai proceso sustabdyti neįmanoma. Pirminę euforiją, jog DA procedūros išspręs bevaikystės problemą, nustelbia susirūpinimas dėl pašalinio technologijos poveikio žmogaus organizmui, visuomenės moralei, šeimos santykiams.

Lietuva šia prasme yra palankesnėje situacijoje, nes gali įvertinti reprodukcinę technologijų efektyvumą, pasekmių, teisinio reglamentavimo pasaulinę patirtį. Prognozių ir prevencijos prasme technologinis atsilikimas tampa mūsų privilegija. Įrodymais pagrįstos medicinos taikymas praktikoje užkerta kelią aklam eksperimentui su žmogumi, nors, kita vertus, šie įrodymai DA atveju buvo sukaupti, rizikuojant ir neretai aukojant pacientų sveikatą ir net gyvybes.

### 3.2. DA procedūrų teisėtumas

Kaip pirmoji ir pagrindinė sveikatinimo veiklos sąlyga DA teisėtumas, t.y. jų vykdymas pagal teisės aktų nustatytą reglamentą, išsprendžia du uždavinius. Pirmiausia, pati procedūra valstybėje legalizuojama. Antra, yra reglamentuojama jos taikymo tvarka: metodai, sąlygos, kokybės reikalavimai, licencijavimas, atskaitomybė ir kt.

Reprodukcinės technologijos yra ypatingos tuo, kad joms yra keliami griežtesni įteisinimo reikalavimai, negu kitoms sveikatos priežiūros sritims. Jos siejamos ne tik su naujos gyvybės kūrimu, bet ir atveria kelią technologiniam manipuliavimui žmogaus genomu, kamieninėmis ląstelėmis, modifikuoja šeimos, kaip socialinio instituto santykius, ir visos žmonijos raidą gali pasukti sunkiai prognozuojama linkme. Nevaisingumo gydymas, perauga iš medicininių problemų į socialinę plotmę, ir todėl iškyla poreikis jų griežtesniam teisiniui reglamentavimui. Pasaulyje DA reglamentavimu susirūpinta pavėluotai, jau pažengus klinikinei praktikai ir išryškėjus jos kolizijoms. Didžiojoje Britanijoje *HFEA* kaip priežiūros institucija įkurta 1991 m., praėjus 13 m. po „IVF baby“ gimimo.[212]

Pasaulinėje praktikoje DA teisėtumo problema sprendžiama keliais būdais [52, 100] :

1. Valstybinio teisinio reglamentavimo (*legislation*) keliu, kai kuriami teisės aktai, jų vykdymo kontrolei pajungiamos valstybinės institucijos. Reprodukcinės technologijos tampa valstybinės politikos dalimi, su jomis susiję sprendimai gali būti labiau įtakojami visuomenės nuomonės. Šiuo metu tai yra dažniausiai taikoma įteisinimo sistema, kuri ne visada turi ryšį su valstybės socialiniu –ekonominiu gerbūviu. Pvz., tokiu būdu reglamentuojamas DA daugumoje Vakarų Europos valstybių, Izraelyje, Čekijoje, Slovėnijoje, Singapūre, Taivanyje, Tunise.

2. Reglamentavimą nustato DA vykdytys profesionalai, jiems suteikiama autonomija, kuriant profesinius standartus (*guidelines*) ir vykdant priežiūrą. Profesinės savireguliacijos sistema populiarensnė anglosaksiškuose kraštuose, bet taikoma ir Kinijoje, Saudo Arabijoje, Lenkijoje, Portugalijoje ir kt. Tokia sistema išakmiai neįpareigoja klinikų deklaruoti rezultatus ir negali

užtikrinti efektyvios kontrolės bei atsakomybės. Pvz., JAV 2001 m. rezultatus deklaravo tik 91,2 proc. klinikų. [149]

3. DA taikomos be jokio teisinio reglamento Bangladeše, Jordane, Irane, Venesueloje, Rumunijoje. Kanadoje šiuo metu yra dar tik kuriama griežto teisinio reglamentavimo sistema, pabrėžiant, jog teisėtumas ir valstybinė priežiūra turi maksimaliai užtikrinti reprodukcinę technologijų saugumą Kanados piliečiams [182, 202] .

Atskiru teisės aktų paketu yra nustatoma DA išlaidų kompensavimo sistema. Kompensavimo būdų ir apimčių spektras yra labai platus: nuo visiško privataus finansavimo (pvz., daugumoje Lotynų Amerikos valstybių, Lenkijoje, Rumunijoje, Maroke) iki pilno visų DA paslaugų kompensavimo (pvz., Belgijoje, Prancūzijoje). Šioje srityje nėra jokio bendro valstybių susitarimo, ir net PSO problemą paliekama valstybės vidaus politikos diskrecijai. [242]

Lietuvą kol kas yra sudėtinga priskirti konkrečiai valstybių grupei pagal teisinio DA reglamento modelį. Pirmasis gimdymas po DA Lietuvoje įvyko 1998-10-14, kai per Cezario pjūvį gimė trynukai. [151] Tuo metu DA procedūra Lietuvoje nebuvo reglamentuojama jokiais teisės aktais. Privati vaisingumo klinika pasinaudojo teisine spraga ir pagal privatinės teisės principą “viskas, kas neuždrausta, yra leista”, pradėjo vykdyti šią veiklą. Buvo akivaizdu, kad plėtojant DA paslaugas be jokio teisinio reglamento einama teisinio nihilizmo keliu. Jo pasekmės yra sunkiai prognozuojamos tiek paslaugos teikėjui, kiek pacientui.

1999-05-24 LR SAM reglamentavo DA tvarką. [31] Pats faktas, kad valstybinė institucija ėmėsi teisėkūros iniciatyvos įrodo, jog Lietuva planuoja eiti griežtesniu teisinio reglamentavimo keliu, ribojant profesinę savivaldą. Hierarchine prasme SAM įsakymas nėra “stiprus” teisės aktas, juo lengva manipuliuoti, keisti pagal konkrečias reikmes. Bet tuo metu tai buvo valstybės įsikišimas į nereglamentuotą sveikatos priežiūros sritį. Teisėkūros technikos prasme Dirbtinio apvaisinimo tvarka yra paviršutiniška ir visiškai nenumato tokių esminių reguliavimo sričių, kaip licencijavimo tvarka ir kriterijai, reikalavimai procedūros saugumui, pašalinių reiškinių monitoringas, klinikinių rezultatų deklaravimas. Mūsų nuomone teigiami yra šie tvarkos bruožai:

1. Leidžiamas tik santuokoje esančios moters DA, tuo būdu įtvirtinant Konstitucijos 38 str. laiduojamą valstybės apsaugą šeimos institutui. DA procedūros tikslas formuluojamas kaip pagalba bevaikai šeimai, už teisėtumo ribų paliekant marginalią pasaulyje egzistuojančią praktiką, pvz., homoseksualų DA, gametų ir embrionų donorystę ir kt.

2. Įteisinamas procedūros savanoriškumas kaip viena iš būtinųjų sveikatinimo veiklos sąlygų, kuris išreiškiamas per privalomą abiejų sutuoktinių informuotą sutikimą. Paslaugos teikėjai įpareigojami supažindinti šeimą su teisinėmis, medicininėmis, etinėmis DA pasekmėmis.

3. Privalomas nuodugnus medicininis sutuoktinių ištyrimas, tuo būdu mažinant procedūros riziką ir pašalinį poveikį organizmui.

4. Ribojamas apvaisinamos moters amžius saugumo sumetimais bei atsisakant rizikingo eksperimentavimo su moters organizmu premenopauziniame ar menopauziniame periode (kas vykdoma pasaulinėje praktikoje).

5. Įtvirtinta privaloma įstaigos ir personalo licencijavimo DA veiklai nuostata. Lietuvoje nėra parengta (skirtingai nuo pasaulinės praktikos) unifikuotų ir valstybiniu mastu aprobuotų kokybės reikalavimų, algoritmų, rezultatų monitoringo rekomendacijų. DA klinika licencijuojama sveikatos priežiūros veiklai pagal bendrąsias Sveikatos priežiūros licencijavimo taisykles [29], kaip ir bet kuri kita ASPĮ. Pagal taisykles reikalaujama tik deklaruoti atliekamas procedūras, naudojamas medžiagas, aparatūrą, personalo kvalifikaciją. Veiklos kokybės auditas remiasi pačios įstaigos nustatytais kokybės procedūromis, nes kitokių šiuo metu Lietuvoje nėra [18]. Tai yra nors ir minimalus, autonomija ir savireguliacija paremtas, bet vis dėlto kontrolės mechanizmas.

DA tvarkoje yra esminių spragų ir trūkumų:

1. Nenumatyta embriono apsauga. Kadangi pagal šią tvarką leidžiamas apvaisinimas in vitro, į moters gimdą implantuojant ne daugiau kaip 3 embrionus, iškyla perteklinių embrionų neišvengiamos destruktijos problema. Jų statusas ir likimas teisiškai nėra reglamentuoti. Taip sukuriama teisinė spraga, kuria gali naudotis paslaugos teikėjas ir vykdyti su pertekliniais embrionais Lietuvoje neuždraustą veiklą (t.y., užšaldyti juos, naikinti).

2. Nėra įsakmiai uždrausta gametų donorystė ir surogacija.

3. Nėra numatyta privaloma vaisingumo klinikų akreditacija, t.y. „įstaigos veiklos atitikimo nustatytiems sveikatos priežiūros paslaugų kokybės standartams“ įvertinimas [34]. Įstaigos, po 3 metų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo licencijuotos veiklos „turi teisę kreiptis dėl akreditavimo sveikatos priežiūrai“ [SPĮ 6 str.].

4. LR SAM nustatyta informuoto sutikimo forma iš esmės tik konstatuoja sutikimą. Joje neatsispindi, kokia informacija ir kaip buvo suteikta sutuoktiniams. Paslaugos teikėjui yra paliekama veikimo laisvė ir preziuruojama, jog pacientas buvo informuotas sąžiningai.

2000 m. priėmus naują LR Civilinį kodeksą, buvo sugriežtinti reikalavimai DA procedūrų teisiniam reglamentui. 3.154 str. Nustatyta, kad „DA sąlygos, būdai ir tvarka, taip pat vaiko, gimusio DA būdu motinystės ir tėvystės klausimus reglamentuoja kiti įstatymai“ [8]. Civilinio kodekso komentare ši nuostata aiškinama kaip specialių įstatymų reikalingumas, nes „dirbtinis apvaisinimas nėra įprastas būdas susilaukti palikuonių“. Tarp vyro ir moters kaip civilinių santykių subjektų, susilaukiant palikuonių, įsikiša trečiasis asmuo (medikai), todėl, „šie santykiai CK nereglamentuojami“. [64]

Specialieji įstatymai, t. y. Dirbtinio apvaisinimo įstatymas, Žmogaus embriono ir genomo apsaugos, Gyvybės prenatalinėje fazėje apsaugos bei Reprodukcinės sveikatos įstatymai šiuo metu Lietuvoje nėra priimti, nors jų projektai yra pateikti Seimui. [40, 41, 42, 43, 44] Tokia situacija

veda į teisinį neapibrėžtumą, nes hierarchine prasme žemesnės galios poįstatyminis teisės aktas (LR SAM įsakymas) reglamentuoja veiklą, kuriai CK nustato įstatyminio lygmens reglamentą.

Užsienio valstybėse (pvz., Graikijoje, Danijoje) reglamentuota praktika, kai kompensuojamos tik valstybinėse įstaigose atliekamos DA procedūros, apribojant privačius komercinius interesus reprodukcinėje srityje.[186] Lietuvoje šiuo metu nėra valstybinio DA paslaugų teikėjo. Šią veiklą pilnai kontroliuoja privačios struktūros, kurioms galioja privatinės teisės principas „viskas, kas neuždrausta, yra leista“. Šioje situacijoje valstybės galimybės kontroliuoti ir reguliuoti privačių klinikų veiklą yra ribotos. Hipotetiškai mąstant apie galimybę ateityje sudaryti sutartis tarp vaisingumo klinikų ir Valstybinės ar teritorinių ligonių kasų, į procesą būtų įjungti valstybiniai įstaigų medicininės ir finansinės veiklos kontrolės mechanizmai. Sudariusi sutartį su ligonių kasa ir pradėjusi savo veiklai naudoti PSDF biudžeto lėšas, ASPĮ tampa Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos dalimi. Šia prasme, tiek kiek savo veiklai naudoja valstybės pinigus, įstaiga tampa viešuoju juridiniu asmeniu, t.y. jai privalomi tie patys sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojantys teisės aktai, kaip ir valstybinėje ASPĮ.

Sutarties tarp DA klinikos ir ligonių kasos sudarymo faktas reikalauja minėtos veiklos teisinio apibrėžtumo. Kol nėra sukurta sistema teisės aktų, reglamentuojančių DA procedūrą kompensavimas iš PSDF biudžeto būtų teisiškai nepagrįstas, nes veiklos teisėtumas yra pirmoji ir būtiniausia sveikatos priežiūros veiklos vykdymo sąlyga.

Teisinis reglamentavimas turėtų apimti 3 teisės aktų paketus:

1. Žmogaus embriono ir genomo apsaugos, Dirbtinio apvaisinimo įstatymus, kaip parlamentinę tautos valios ir valstybės politikos išraišką. Juose turi būti apibrėžtos principinės nuostatos dėl gyvybės apsaugos ribų ir embriono teisinio statuso, reprodukcinė technologijų leistinumo ir priimtumo ribos. Tai yra išeities pozicija, be kurios neįmanoma sukurti nuoseklių teisės aktų, reglamentuojančių kitas reprodukcinės sveikatos sritis.

2. Poįstatyminiai aktai turėtų nustatyti DA procedūrų:

- kokybės ir technologinio saugumo kriterijus bei valstybinį duomenų registrą;

- paslaugos teikėjų veiklos monitoringą ir jį vykdančias institucijas;

- šeimos informavimo ir sprendimo priėmimo algoritmą;

- valstybinio finansavimo atveju – kaštų ekonominės analizės ir įkainių nustatymo sistemą, pacientų atrankos kriterijus, finansavimo apimtis ir sąlygas.

3. Sutartis tarp vaisingumo klinikų ir ligonių kasų taip pat atliktų juridinio apsaugos ir reguliavimo mechanizmo vaidmenį. Jomis detalizuojami šalių įsipareigojimai dėl teikiamų paslaugų ir jų finansavimo apimtys, atsiskaitymo už atliktas paslaugas tvarka, atsakomybė už sutartinių įsipareigojimų nevykdymą.

Toks triapakopis DA teisinis reglamentavimas būtinas pacientų saugumui, visuomeninei santarvei bei racionaliam valstybės lėšų panaudojimui užtikrinti.

### **3.3. DA procedūros vertinimas pagal sveikatos priežiūros paslaugų priimtimumo ir tinkamumo (kokybės) kriterijus**

Sveikatos priežiūros paslaugų priimtimumas ir tinkamumas tai yra integralios sąvokos, kuriomis išreiškiama sveikatos sistemos misija – teikti žmogui tai kas kokybiška, moksliskai pagrįsta, technologiškai saugu ir etiškai priimtina [SSI 2 str.]. Valstybės finansuojamoms sveikatos priežiūros paslaugoms priimtimumo ir kokybės standartai yra dvigubai griežtesni, nes jie siejami ne tik su paciento asmenine gerove, bet ir su visuomenės investicijomis į sveikatą.

2005 m. Europos vaistų agentūra (EMA – European Medicines Evaluation Agency) paskelbė Europos rizikos valdymo strategiją, kurioje visos ES narės įpareigojamos įdiegti vaistų saugumo monitoringo sistemą bei valdyti visą riziką, susijusią su biotechnologijų vartojimu. [199].

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje suformuluota dualistinė SPK samprata. Tai yra ne tik sveikatos priežiūros proceso atitiktis nustatytiems kokybės standartams, bet ir paciento poreikių tenkinimas, orientacija į siekiamą rezultatą. Mūsų nuomone, tokia kokybės samprata labai svarbi. Ji neleidžia paslaugos teikėjui, techniškai tiksliai įvykdžius algoritmo reikalavimus, įvardinti paslaugą kaip “kokybišką”, nors ir sukėlus nepageidaujamą reiškinį. Tokiu atveju kokybės spragų reikia ieškoti ne tik paslaugos teikėjo veiksmuose, bet pačioje technologijoje. Valstybiniu mastu kokybė – tai ir orientacija į “didesnę pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę”. Todėl sveikatos priežiūros technologijos turi būti vertinamos pagal “medicinines, socialines, etines ir ekonomines pasekmes, suteikiant moksliskai pagrįstą informaciją, reikalingą sprendimų priėmėjams”. [18]

#### **3.3.1. DA medicininės pasekmės ir jų vertinimas pagal technologinio saugumo kriterijus**

Hipotetiškai svarstant galimybę finansuoti DA procedūras iš PSDF biudžeto, būtina įvertinti jos poveikį pacientų sveikatai, procedūros teikiamos naudos (kūdikio gimimas) ir rizikos (pašalinių poveikių) santykį. Problemos mastus įrodo publikacijų šia tema gausumas ir išvadų prieštaringumas įvairaus reprezentatyvumo medicininėje literatūroje.

JAV Prezidento Bioetikos komiteto teigimu pirmiau buvo publikuoti duomenys apie IVF rezultatus 1200 moterų, o tik vėliau – šimpanzėms. ICSI Belgijoje pradėta taikyti 1992 m., bet tik 1995 m. ji taikyta pelėms, o 1998 m. primatoms. [234]

DARE duomenų bazėje pateikiami sisteminės virš 80 studijų, atliktų per 1992-1997 m. rezultatai. Juose prieinama išvados, kad „dauguma tyrimų apie dirbtinio apvaisinimo rezultatus yra mažos apimties, nekontroliuojami, turi metodologinių trūkumų. Rezultatai nėra statistiškai

patikimi. Siekiant patikimai įvertinti procedūros poveikį motinos ir vaiko sveikatai, būtini ilgalaikiai, patikimai organizuoti, prospektyviniai klinikiniai tyrimai“. [196, 197]

Kaupiant ir analizuojant duomenis apie DA rezultatus, susiduriama su duomenų išbarstymo laike problema bei pacientų noro slėpti nevaisingumo anamnezę. Artimieji rezultatai (nėštumo ir gimdymo eiga) įvertinami ir galutinai apibendrinami ir paskelbiami ne anksčiau kaip po 2 metų nuo procedūros atlikimo. Atokūs rezultatai (palikuonių vystymasis, sveikata, vaisingumas, psichosocialinė raida) gali būti sistemiskai įvertinti ir po dešimtmečių. Per tą laikotarpį pačios DA technologijos būna tiek pasikeitusios, kad joms negalima pritaikyti rezultatų, atspindinčių ankstesnių technologijų pasekmes. Per tris DA istorijos dešimtmečius tęsiasi duomenų kaupimas, sisteminimas, ieškoma būdų juos valdyti. Pripažinta, kad labiausiai pasiteisina ilgalaikė valstybinė strategija DA technologijų vertinimo srityje, nukreipta į specialių registru kūrimą ir duomenų monitoringą. Tipiškas pavyzdys - JAV Kongreso 1992 m. paskelbtas vaisingumo klinikų veiklos rodiklių ir sertifikavimo aktas, kuriuo siekiama vyriausybiname lygmenyje standartizuoti vaisingumo klinikų veiklos monitoringą. [149] Suomijoje, Danijoje yra sukurti ir praktikoje veikia vaikų, gimusių po DA sveikatos būklės registrai, kurie disponuoja reprezentatyviais duomenimis ir publikuoja jų apibendrinimus. [118, 146, 147]

Lietuvoje taip pat yra kaupiami Naujagimių registro duomenys apie perinatalinius rizikos faktorius ir ankstyvosios naujagimystės patologiją. Duomenys apie taikytą DA technologiją į registrą kryptingai neįtraukiami, todėl Lietuvos publikacijose DA kaip faktorius, įtakojančias perinatalinio sergamumo ir mirštamumo rodiklius neanalizuojamas.[55, 74] Šia informacija disponuoja vaisingumo klinikos, bet oficialiai ją sisteminti ir skelbti jos nėra įpareigos. Patys pacientai neretai yra linkę slėpti nevaisingumo gydymo anamnezę.

Kol Lietuvoje nėra oficialios vieningos sveikatos priežiūros technologijų vertinimo sistemos, analogijos principu vadovausimės vaistų įtraukimo į kompensuojamųjų sąrašus bei farmakoeconomines analizės kriterijus. [21, 26] Mūsų nuomone, svarbiausi būtų sekantys kriterijai, svarstant SPP diegimą į klinikinę praktiką ir jos valstybinį finansavimą. Jie siejasi ir su Motinos ir vaiko vyriausybinių programų laukiamais rezultatais:[11, V d.]

- Mirties atvejų sumažėjimas, įdiegus naująjį metodą.
- Sumažėjęs nepageidaujamų reiškinių bei reakcijų skaičius.

Nėra tiksliai užregistruota, kiek šiuo metu gyvena pasaulyje DA būdu pradėtų vaikų. JAV skelbiama, kad nuo 1981 m. jų gimė apie 1 mln. [219] Suomijos Medicininis gimstamumo registras apibendrina 4559 atvejų studiją [86, 203]. Tai yra statistiškai reikšminga populiacija, kurios sergamumo, raidos ir mirštamumo struktūra turi būti įvertinta. Išstudijavus įvairių šalių publikacijas, vienareikšmiškai galima teigti, kad natūraliai pradėtų naujagimių mirštamumas yra statistiškai patikimai žemesnis, negu gimusiųjų po DA (literatūroje jie įvardijami kaip „IVF baby“,

todėl netišku, ar turima omenyje tik apvaisinimą in vitro, ar visas DA technologijas) [115, 118, 95]. Dažnesnė perinatalinės (vaisiaus ir naujagimio) mirtys yra labiausiai yra sąlygojamos daugiavaisio nėštumo ir priešlaikinio gimdymo komplikacijų. [48, 84]

Statistika teigia, kad dėl kiaušidžių hiperstimuliacijos sindromo pasaulyje yra užregistruoti 3 moterų mirties atvejai. [252] 2005 m. Londone mirė moteris dėl šios komplikacijos, iki procedūros nesiskundusi kitais sveikatos sutrikimais. [261] Tai įrodo, kad per 3 dešimtmečius DA procedūra netapo saugesnė dėl neprognozuojamų komplikacijų. [103]

Izraelyje perinatalinis mirtingumas IVF grupėje (iki 22,8 mirčių 1000 gimusių naujagimių) dvigubai viršija bendrosios populiacijos rodiklį. [181]

Lietuvoje oficialią perinatalinio bei kūdikių mirtingumo rodiklių struktūrą pateikia Lietuvos Sveikatos informacijos centras. Pastaraisiais metais perinatalinis mirtingumas stabilizavosi ir svyruoja apie 8-9 tūkstančiui gimusių. Kūdikių mirčių struktūroje vyrauja perinatalinio periodo būklės (38,3%) ir įgimtos anomalijos (29,6%) [218]. Kauno medicinos universiteto klinikos apibendrinu 149 gimdyvių, gydytų dėl nevaisingumo, klinikines išėtis. Dirbtinai apvaisintų duomenys atskirai analizuoti nebuvo. Perinatalinis naujagimių mirtingumas šioje grupėje siekė 18,9, t.y. dvigubai viršijo Respublikos vidurkį. [55, 104, 218] Apibendrinant, galima teigti, kad visos DA technologijos didina letalinių išeičių riziką tarp motinų ir vaikų, todėl neatitinka SPK kriterijaus ir finansavimo prioriteto. Jos neskatintų teigiamų Vyriausybės Motinos ir vaiko sveikatos programos rezultatų.

DA procedūros yra drastiška invazija į žmogaus organizmą tiek makrolygmenyje (chirurginės intervencijos), tiek mikrolygmenyje (manipuliacijos su ląstelėmis, genomu, hormoninių ir biocheminių procesų modeliavimas). Procedūrų rizika turi būti pamatuota, kad komplikacijų sukelta žala nebūtų didesnė už siekiamą naudą. Visas DA komplikacijas galima klasifikuoti į 2 grupes:

- tai nepageidaujami reiškiniai, susiję su pačia nėštumo ir gimdymo eiga, galintys pasireikšti ir natūralaus nėštumo ir gimdymo metu;

- nepageidaujami reiškiniai ir reakcijos, išsivystantys betarpiškai dėl DA procedūrų metu naudojamų medikamentų ir intervencijų.

Daugiausia diskutuojama, kaip vertinti pirmosios grupės nepageidaujamus reiškinius. Juos norima traktuoti kaip „natūralius“, tuo būdu mažinant DA technologijų rizikos įspūdį. Vis dėlto 2003 m. Europos žmogaus reprodukcijos ir embriologijos draugija daugiavaisį nėštumą įvardija kaip jatrogeniją ir rekomenduoja vertinti kaip DA komplikaciją, o ne sėkmę. [198] Esminis skirtumas tarp „natūralių“, ir „dirbtinių“ komplikacijų yra tas, kad medicininių intervencijų atveju kiekviena mediko atlikto valingo veiksmo pasekmė patenka į sveikatos teisinių santykių kontekstą. Medikui privalu numatyti savo veiksmo galimas neigiamas pasekmes ir sąmoningai nedidinti

pacientui pavojaus. Todėl pats DA faktas ir Lietuvoje įvardijamas kaip didelė rizikos nėštumui [30]. Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos klinikoje bendradarbiaujant su G.Bogdanskienės klinika analizuota 10 klinikinių daugiavaisio nėštumo atvejų, kai žuvo 1 iš vaisių. Penkioms moterims išsivystė krešėjimo sutrikimai, vienai iš jų – sunkus, dėl ko buvo dalinai pašalinta gimda. [49]

Palyginamojoje studijoje pateikiami duomenys, vienareikšmiškai įrodo, kad DA nėštumo ir gimdymo komplikacijų rizika išauga, lyginant su natūralia eiga [Lentelė Nr.6; 208] .

Daugiavaisių nėštumų padažnėjimas medicininėje literatūroje vadinamas „pagalbinių reprodukcinų technologijų sukelta epidemija“. [143, 165] Dėl didesnės daugiavaisio nėštumo tikimybės DA in vivo yra potencialiai pavojingesnis, nes neįmanoma kontroliuoti natūraliai besimplantuojančių embrionų skaičiaus. Šiuo aspektu DA in vivo yra laikomas labiau rizikingu, negu in vitro. [66, 122] Kai kurios valstybės, siekdamos mažinti DA in vitro riziką, ėmė riboti perkeliamų embrionų skaičių iki 2 (Australija, Naujoji Zelandija) ar net 1 (Švedija, Suomija). [161, 148] 2001 m. PSO publikavo rekomendacijas perkelti ne daugiau 2 embrionų. [189] Lietuvoje įteisinta praktika perkelti iki 3 embrionų vertintina kaip potencialiai labai rizikinga.[31] Daugiavaisis nėštumas pats savaime sąlygoja paskesnių komplikacijų išsivystymą, tokių, kaip persileidimas, vaisiaus hipotrofija, neišnešiotumas. [84, 115, 165, 161, 225] Šie faktoriai sąlygoja didesnį vaikų sergamumą, o tai prieštarauja DA tikslui – padėti susilaukti šeimai sveiko kūdikio.

Šiuo metu jau yra užaugusi pirmoji 20-mečių IVF vaikų karta. Tai yra populiacija, kuri turi būti rimtai stebima ir tyrinėjama įvairiais aspektais. Kokie bebūtų rezultatai, jų negalima automatiškai pritaikyti moderniausioms DA technologijoms, kai manipuluojama ląstelės ir genomo lygyje. Šių rezultatų vėlgi teks laukti tolimoje ateityje, kai pasekmės būtų neatitaisomos.

Pediatriinės studijos pateikia visą eilę duomenų apie žalingą DA įtaką vaiko sveikatai:

- išauga įgimtos hipotrofijos rizika ;[220, 225]
- ypač sparčiai daugėja labai mažo svorio (<1 kg) naujagimių); [155]
- cerebrinio paralyžiaus rizika išauga net ir vienavaisių nėštumų atveju; [161]
- dažnesnės genetinės anomalijos, kurios įprastai registruojamos kaip sporadiniai atvejai (Beckwith – Wiedemann, Angelman sindromai); [93]

-ypač padažnėja chromosominiai defektai, taikant ISCI procedūrą; [120, 230, 246]

-išauga rizika susirgti retinoblastoma ir kitais piktybiniais susirgimais . [123, 133]

Izraelyje atlikta palyginamoji studija įrodė, kad per 2 dešimtmečius neįvyko esminio lūžio, mažinant genetinių defektų tikimybę IVF vaikų populiacijoje, net ir plėtojant preimplantacinę genetinę diagnostiką. (Lent. Nr. 5) [130]

Komplikacijos, specifinės DA metu naudojamiems medikamentams ir intervencijoms gali pasireikšti betarpiškai ar po ilgesnio laiko. Pastarąsias fiksuoti sudėtinga ir apibendrinančių



duomenų dar trūksta. Publikuojami duomenys apie galimą hormoninių preparatų įtaką vėžio išsivystymui, atokiai hormonų disfunkcijai. [116, 124, 201] Kiaušidžių hiperstimuliacijos sindromas yra „jatrogeninė potencialiai gyvybei pavojinga būklė“ ir gali išsivystyti DA in vivo ir in vitro metu maždaug 1 procentui moterų [125, 252].

2001 m. PSO ekspertų pranešime „Šiuolaikinė DA praktika ir kontroversijos“ moderniosios manipuliacijos su gametomis( in vitro gametogenezė, somatinių ląstelių branduolių haploidizacija ir kt.) įvardijamos kaip eksperimentas. Pabrėžiama, kad ir praktikoje dažnai taikoma ISCI procedūra neabejotinai didina genetinių anomalijų riziką, todėl šio metodo rezultatai turi būti monitoruojami. [189] *Cochrane library* apžvalgoje manipuliacijos su embrionu (assisted hatching), gerinančios jo „įsitvirtinimą“ gimdoje įvardijamos kaip rizikingos [76], o Lietuvoje, vos pradėjus jas praktikuoti, vaisingumo klinikos jau skelbia optimistiškus rezultatus. [168]

DA gausa, įvairovė ir neprognozuojamumas priešpastatomi vienintelei galimai naudai – sveiko vaiko gimimui. Per 3 dešimtmečius neįvyko esminio lūžio, gerinant DA klinikinius rezultatus. Įvairiose pasaulio klinikose gimdymų po IVF dažnis siekia 13-28 proc. [144] Todėl didesnei daliai pacientų lieka nusivylimas, skausmas ir finansiniai nuostoliai. Bet tokios rizikingos praktikos toleravimas ir protegavimas prieštarauja valstybės įsipareigojimams teikti savo piliečiams tik saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Pagal LR SAM apibrėžtą kokybės sampratą nevaldomos ir neprognozuojamos DA komplikacijos turėtų riboti technologijos diegimą į klinikinę praktiką ir jų išlaidų kompensavimą. [18, 26]

Rizikingos sveikatos priežiūros technologijos gali būti pateisinamos ekstremalios būtiniosios pagalbos atveju, kai nesuteikus pagalbos kiltų fatališkos pasekmės. DA atveju rizikuojama jaunų, darbingų ir santykinai sveikų (kaip to reikalauja SAM nustatyta tvarka) moterų ir vaikų sveikata ir gyvybe. Tai prieštarauja Nacionalinei sveikatos koncepcijai, Motinos ir vaiko sveikatos programai, medicininės etikos „*primum non nocere*“ principui.

### 3.3.2. DA etinio priimtimumo kriterijai

Įstatymo leidėjas, nustatydamas, kad etinis sveikatos priežiūros paslaugos priimtimumas yra vienas iš būtinųjų jos teikimo kriterijų, pabrėžia bet kurios medicininės intervencijos įtaką žmogaus asmenybei, o per ją – ir visuomenės raidai. [SSI, 2 str] 1996 m. Liublianoje vykusioje Europos šalių sveikatos priežiūros vadovų konferencijoje pagarba žmogaus orumui, profesinei etikai, visuomenės narių solidarumui buvo įvardinti kaip esminiai šiuolaikinės sveikatos politikos bruožai. [106] Etikos principų svarba biomedicinai buvo deklaruota ir 2002 m. Vilniuje vykusioje Tarptautinėje Vidurio ir Rytų Europos Bioetikos konferencijoje. [250]

Tačiau sveikatos priežiūrą reglamentuojančiuose teisės aktuose etinio priimtimumo kriterijai nėra nustatyti. Bendriausiais bruožais gyvybė, žmogaus orumas, asmenybės integralumas yra ginami LR Konstitucijoje [1, 19str.], LR Biomedicininų tyrimų etikos įstatyme [4], Lietuvos

ratifikuotoje Ovjedo konvencijoje [39] .Kyla prieštaravimų, kai reikia apibrėžti, o kas tai yra žmogiškasis orumas, nuo kada tampama asmeniu bei įgyjama teisė į žmogiškosios būties gintį. Tuo būdu įstatymų leidėjas pasilieka erdvės interpretacijoms, o visuomenė turi pagrindo plačioms filosofinio lygmens diskusijoms, kurios ypač sustiprėja ir įgauna kraštutinį pobūdį, kai reikia pasisakyti esminiais žmogiškosios egzistencijos klausimais.

Nenuostabu, kad principinės diskusijos kyla, svarstant tobulėjančių reprodukcinių technologijų etinį priimtinumą, nes jos savo ruožtu kuria ir socialines problemas, turinčias sunkiai prognozuojamas pasekmes. „Turime iš anksto apsvarstyti, kiek kuri technologijos galimybė yra moraliai pageidautina ir priimtina“. [90, 97]

Per reprodukcines technologijas sveikatos priežiūros paslaugos iš elementaraus fiziologinių organizmo funkcijų korekcijos lygmens perkeliama į aukštesnę dimensiją. Išoriškai niekuo nuo natūraliai pradėto nesiskiriančio „in vitro“ kūdikio „gamyba“ atveria kelią ekstrakorporaliai manipuluoti žmogaus embrionu ir genetiniu paveldu. Buvęs sakralus požiūris į gyvybės pradžią transformuojamas į biomechanikos reiškinius ir biochemijos reakcijas. Žmonijos evoliucijos eigoje buvo nusistovėjusi pusiausvyra socialinėje plotmėje, kai genetinė, gestacinė ir socialinė tėvystė (motinystė) buvo nedalomas vienetas. Technologiškai išskaidžius jas į atskirus fragmentus ir šeimos modelį pradėjus „lipdyti“ mozaikos principu pagal asmens norus ir aplinkybes, modernioji reprodukcija virto chaoso ir socialinių konfliktų šaltiniu.

Praėjus 5 metams nuo pirmojo IVF kūdikio gimimo, 1983 m. Australijos teisės reformos komisija tarptautinėje konferencijoje „Žmogiškosios koncepcijos in vitro bioetika ir teisė“ apibendrino diskusiją ir išvardino tas sritis, iš kurių kyla etinė įtampa:

- kelių embrionų implantavimo problemos;
- IVF rizikos ir naudos santykis;
- tyrėjų (*investigators*) etinė atsakomybė, nes tuo metu IVF dar buvo klinikinio eksperimento perkėlimo į praktiką stadijoje;
- valstybės politika ir visuomenės kontrolė;
- šeimos santykiai ir genetinis integralumas;
- gyvybės pradžios ir asmenybės statuso kriterijai.[113]

Su laiku, plečiantis reprodukcinėms technologijoms bei įgaunant joms industrijos mastus, transformavosi požiūris ir į DA etiką. 2001 m. Kanados bioetikos specialistai Laura Shanner ir Jeffrey Nisker publikacijoje apie reprodukcinių technologijų etines problemas [154] be tradicinių aukščiau išvardintų problemų iškelia dirbtinio apvaisinimo komercializacijos keliamas grėsmes. Stiprėjant konkurencijai tarp vaisingumo klinikų, atsiranda nesąžiningos konkurencijos apraiškų: afišuojami teigiami veiklos rezultatai, patrauklios vaikų nuotraukos, nutylint apie gydymo nesėkmes. Gametų ir embrionų donorystė srityje taip pat ima formotis rinkos santykiai. Apeinant

tiesioginį draudimą prekiauti gametomis ir embrionais, atsirado „atliekamų“ IVF proceso produktų „dovanojimo, pasidalijimo“ praktika. Tarp socialiai remtinų donorų ir turtingų recipientų ji įgavo užslėpto komercinio sandorio pobūdį.

DA teikiama komercinė nauda ir galimybė technologiniu būdu tenkinti įvairius pragmatinius poreikius įtakojo ir sveikatos politikos raidą. Oficialiuose šaltiniuose žmogaus pagalbinę reprodukciją (human assisted reproduction) imta traktuoti kaip pasiteisinančią klinikinę praktiką, vertą visuomenės dėmesio, investicijų, plėtros. 2001 m. Ženevoje PSO paskelbė rekomendacijas „Dirbtinio apvaisinimo praktika ir prieštaravimai“. [189] Jose IVF rezultatu – daugiau kaip milijonu šiuo būdu gimusių kūdikių – pateisinama reprodukcinė donorystė, manipuliacijos embrionais ir kitos praktikos. Valstybės skatinamos leisti naudoti tyrimams arba naikinti „perteklinius embrionus“. „Pertekliniai embrionai“ tampa tokiu rutininio reiškiniu, kad Etikos grupė prie Europos komisijos etiškai priimtiniu įvardina jų panaudojimą kaip kamieninių ląstelių šaltinį, gavus laisvą informuotą tėvų sutikimą. [195] Akcentuojamas asmens apsisprendimo ir reprodukcinų teisių primatas, kuris tarsi išsprendžia etinę dilemą dėl negimusios gyvybės statuso. Tuo būdu visas emocinis krūvis ir atsakomybė perkeliama valingą sprendimą priimančiam pacientui. Medikas pasilieka sau paciento valios vykdytojo vaidmenį, pasilikdamas atsakomybę tik už informacijos pateikimą, techninį kokybišką procedūros atlikimą.

Tokios etinės įtampos sąlygomis vienareikšmiški sprendimų receptai nėra pateikiami, ir autoriai akcentuoja visuomenės opinijos svarbą, priimant valstybinės svarbos sprendimus reprodukcinėje sferoje. Todėl susilaikoma nuo rekomendacijų, koku mastu turėtų būti leistinos reprodukcinės technologijos, galutinį sprendimą paliekant konkrečios valstybės dispozicijai. [154, 189] Valstybė, teisė aktu nustatydamą DA lestinumo ribas, vadovaujasi ne tik ekonominiais, bet ir moralės kriterijais, atsižvelgdama į visuomenės papročius, religines tradicijas.

Šio darbo apimtis neleidžia atlikti detalios analizės didžiausią etinę įtampą sukeliančių DA technologinių aspektų. Visuomenės susiskaldymas šiuo požiūriu tai pat akivaizdus ir Lietuvoje.

Šiame darbe jau buvo išvardinti teigiami LR SAM nustatytos DA tvarkos bruožai, kurie numato technologijos panaudojimą tik kaip pagalbą šeimai. Tuo būdu dar kartą išreiškiama pagarba Konstitucijoje įtvirtintai šeimos apsaugos nuostatai: „Šeima yra visuomenės ir valstybės pagrindas“ [1,38 str]. Lietuvoje suteikiamas prioritetas tradicinėms šeimos vertybėms ir jos priešpastatomos modernioje Europoje propaguojamai seksualinei laisvei. Socialinis kompromisas šioje srityje kol kas yra pasiektas, nors galima prognozuoti apribotų socialinių ir seksualinių grupių protestus ateityje.

Negimusios gyvybės apsaugos srityje socialinio kompromiso pasiekti neįmanoma, nes čia neišvengiamai reikia priimti sprendimą – taip arba ne. Nėra „dalinais gyvo“ vaisiaus ar žmogaus, kaip ir Konstitucijoje nėra nustatyta gyvybės ginties ribų. Tai yra absoliuti nuo savo pradžios iki

pabaigos saugoma vertybė. [1, 19 str.] „Žmogaus gyvybė privalo būti absoliučiai gerbiama ir saugoma nuo pačio jos atsiradimo momento“. [138] Todėl visos manipuliacijos gyvybės pradžios sąvokomis, [71, 112] asmens statuso pripažinimu, pasitelkiant biologines kategorijas ar gemalo evoliucijos tarpsnius slepia savyje norą sukurti teisinį mechanizmą, įtvirtinantį stipresniojo asmens privilegiją nulemti silpnesniojo (negimusiojo) likimą.

Niekas neneigia, kad egzistuoja vaisiaus ir motinos konfliktas [229] sudėtingose akušerinėse situacijose, kai tenka rinktis, kurią gyvybę aukoti vardan kitos išgelbėjimo, o ypač kai interesų kolizija kyla ne iš grėsmės gyvybei, bet moters socialinio statuso ir galimybės manipuliuoti savo reprodukcinėmis funkcijomis. Tiriant moterį bet kuriame nėštumo periode pirmiausia konstatuojamas faktas, ar nėštumas vystosi, ar vaisius gyvas. Vaisingumo klinikos publikuoja duomenis apie embrionų vertės (taigi, ir gyvybingumo) įtaką IVF sėkmei. [254] Taigi, gyvybės faktas nėra kvestionuojamas jokiais aplinkybėmis, todėl pagal Konstitucijos nuostatas ją ginti privalu. Tačiau šiuolaikinėje visuomenėje gyvybės ginčiai priešpastatoma moters apsisprendimo teisė. Vienai iš šių teisių suteikiant prioritetą, visuomenė susiskaldo į dvi priešingas stovyklas, o valstybė deklaruoja ir įteisina savo socialinės politikos moralinius pamatus. Neišvengiamai ateina momentas, kai nedviprasmiškai reikia pasirinkti tarp tūkstantmečius nusistovėjusių šeimos vertybių ir naujai kuriamo reprodukcinų teisių katalogo.

Net ir tradicinės religijos nėra vieningos, pripažindamos tapimo asmeniu momentą, o jų dogmos akivaizdžiai reflektuoja su visuomenėje vyraujančiomis nuostatomis. Pvz., judaizmas embrionui asmens statusą pripažįsta nuo 40 dienos po apvaisinimo, tad nekyla įtampos dėl manipuliacijų ankstyvajame gemalo vystymosi periode. Neatsitiktinai Izraelyje vienam gyventojui tenka daugiausia vaisingumo klinikų pasaulyje. [239] Reformatai pripažįsta laipsnišką embriono tapimą asmeniu, jo potencialias galimybes įgyti visas asmeniui būdingas savybes. [154, 245] Todėl ir šiuose kraštuose nekyla esminio pasaulėžiūrinio konflikto dėl manipuliacijų embrionu, nes jo kaip asmens statusas yra apribotas.

Katalikų Bažnyčia nuosekliai laikosi pozicijos, kad „žmogaus gyvybė prasideda nuo apvaisinimo momento ir turi būti ginama nuo pradžios.<...> Embrionas jau neginčijamai yra atskira ir unikali žmogiškoji gyvybė“. [227] Ši samprata remiasi ne tik tradicinėmis bažnytinėmis dogmomis, bet ir šiuolaikiniu biomedicinos požiūriu į gyvybės pradžią. Evoliucionuoja tradicinis „animalistinis“ ir molekulinis požiūris į gyvybę, kaip atskirų vienetų funkcionavimą, vykstant biocheminėms reakcijoms. Modernioji bioinformacinė paradigma gyvybę apibūdina kaip „informacijos kaupimo ir perdavimo sistemą.<...> Biologinėje evoliucijoje genetinė informacija kaupiama didinant ir tobulinant DNR genetinę atmintį“. [223] Apvaisinimo metu susiformavusi zigota, susiliejus tėvo ir motinos gametose sukauptai genetinei informacijai, talpina savyje naują unikalią genetinės informacijos bloką ir yra pasirengusi ją perduoti besidalindama. Ši gyvybės

pradžios momentą ( kuris iš esmės yra ne laipsniškas tapsmas kažkuo nauju, o kokybinis šuolis, perėjimas į naują dimensiją) gina Katalikų Bažnyčia, „už gyvybę“ (*pro life*) idėjas propaguojanti visuomenės dalis.[232, 243] Pripažįstant ir teisiškai įtvirtinant tokią poziciją, gyvybės gintis nuo apvaisinimo momento turėtų būti traktuojamas kaip esminis etinio priimtumo kriterijus. Tuo būdu visuomenė ekskliuduotų galimybę bet kokiam manipuliavimui gyvybe *ex vivo* ir užtikrintų jos gintį nuo sąmoningos destrukcijos, komercinių sandorių ir pan.

Toks požiūris riboja reprodukcinių technologijų pritaikomumo galimybes ir komercinį efektyvumą, todėl jam priešpastatomas kitas požiūris į gyvybės pradžios gintį (kaip minėta, turintis ir šaknų kai kuriose religijose). Reprodukcinių teisių ir asmens apsisprendimo (*pro choice*) primatą kaip pakankamą etiškumo kriterijų propaguoja PSO, akušerių ginekologų profesinės asociacijos, suinteresuotos plėsti reprodukcinę veiklą.[235] Jų požiūris išreiškiamas deklaracijų, rekomendacijų pavidalu ir skverbiasi į visuomenės mentalitetą, o per jį gali įtakoti ir politinius sprendimus. Asmens pasirinkimo laisvė suabsoliutinama iki reikalavimą legalizuoti teisės aktuose, priešinamasi valstybės mėginimams reguliuoti reprodukcinius santykius. [209]

2001 m. FIGO (Tarptautinis akušerių ginekologų federacijos) Etikos komitetas išleido rekomendacijas aktualiais žmogaus reprodukcinės elgsenos klausimais, kuriuo kaip etikos etalonu vadovaujasi ir Lietuvos akušerių ginekologų draugija. Jose akivaizdžiai pirmenybė teikiama moters apsisprendimui, vaiko teisėms ir saugumui paliekant tik tiek erdvės, kiek lieka po motinos sprendimo, o tėvo teisės spręsti savo būsimo palikuonio likimą apskritai nėra. Tendencingai traktuojama ir gyvybės pradžios problema, kontraversijų įnešant į „profesionalų“ reprodukcijos ir nėštumo apibrėžimą: „Natūrali žmogaus reprodukcija – tai procesas, apimantis vyriškų ir moteriškų ląstelių gamybą ir jų susijungimą apvaisinimo metu. Nėštumas yra ta proceso dalis, kuri prasideda apvaisintos kiaušialąstės (*conceptus*) implantacija į moters organizmą ir baigiasi naujagimio gimdymu arba abortu“. Formuojama profesinė pozicija, kad iki implantacijos *conceptus* jau yra, bet moteris dar ne nėščia, o preimplantacijos periodas tarsi tampa „laisva“ erdve įvairioms manipuliacijoms. Jas siekiama legalizuoti ir laiko atžvilgiu „pastumdant“ gyvybės ginties ribas.[79]

Teksaso valstijoje 2003 m. ruošiant „Prenatalinės apsaugos aktą“, kurio tikslas – suteikti embrionams apsaugą nuo trečiųjų asmenų prievartos, pirmiausia protestą išsakė Amerikos reprodukcinės medicinos draugijos (*ASRM*) Etikos komiteto pirmininkas John A. Robertson: „Nedarykite kriminalinių nusikaltėlių iš vaisingumo klinikų pacientų.<...> Saugoti vaisių nuo trečiosios šalies agresijos yra gera politika, bet embrionų užšaldymo ir atšildymo draudimas – ne. Nevaisingos šeimos ir gydytojai siekia kurti gyvybę ir jie nėra žmogžudžiai.“[240]

Šiuolaikinės reprodukcinės technologijos masiškai taiko embrionų užšaldymo praktiką, kuri apsaugo moterį nuo pakartotinės kiaušidžių hiperstimuliacijos, bet veda į neprognuojamo

embrionų kiekio destrukciją. Pvz., Lietuvoje 1998 m. pradėjus atlikinėti IVF su pasididžiavimu buvo publikuoti „artimi pasaulinei praktikai“ rezultatai: „per pirmuosius metus gimė 14 sveikų vaikų, bet iš 633 aspiruotų kiaušialąsčių apvaisino 60 proc. (t.y. 378), o iš jų tik 187 buvo įleistos į gimdą“. Tuo būdu buvo sunaikinti 194 embrionai, o iš 184 įsodintų į gimdą embrionų gimė tik 14, t.y. iš 27 dirbtiniu būdu „pagamintų“ zigotų gautas 1 vaikas. [151]

2003 m. Lietuvos statistinėje knygoje [179] „dramatiška“ įvardinama situacija, kai 1992 m. 1 gimusiam vaikui teko 0,76 dirbtinai abortuoto ir teigiamai vertinama situacija, kad 2002 m. šis santykis sumažėjo iki 0,41:1.

Dirbtiniai abortai nėra finansuojami iš PSDF biudžeto [32], ignoruojant moters reprodukcinę pasirinkimo teisę ir taip išreiškiant valstybės požiūrį į dirbtinį abortą kaip į moralinį blogį. IVF procedūros metu sunaikinama santykinai dešimtimis kartų daugiau negimusių vaisių. Priimant politinius sprendimus dėl DA finansavimo iš PSDF biudžeto į šią etinę aplinkybę turi būti atsižvelgiama.

Etiniai prieštaravimai glūdi ir šiuo metu vis plačiau klinikinėje praktikoje propaguojamame ribotame embrionų skaičiaus perkėlime. Šią praktiką paskatino sveikatos draudimo kompanijos (tame tarpe ir valstybinio), siekdamos išvengti daugiavaisio nėštumo komplikacijų ir su jomis susijusių papildomų išlaidų. [111, 119, 166] Taip imituojamas mažesnės blogybės principas, nes perkeliama mažesni skaičių embrionų, išvengiama vaisiaus redukcijos besivystančio nėštumo metu ir sukuriama palankesnė sąlyga vystytis likusiam vaisiui. Tačiau ribotas embrionų perkėlimas neapsaugo likusiųjų nuo destrukcijos. Etinė prasme žūties momentas nepateisina paties embriono sunaikinimo fakto, kaip ir vieno vaisiaus sąmoningas sunaikinimas, siekiant pagerinti kitam vystymosi sąlygas, yra blogis *per se*. Vis dėlto 2003 m. Europos žmogaus reprodukcijos ir embriologijos draugija (*ESHRE*) paskelbė etines rekomendacijas perkelti į gimdą tik 1 embrioną, nors tiesiogiai embrionų redukcija kaip etiškai nepriimtina nebuvo įvardinta. [198]

Reprodukinių technologijų etinis priimtumas sunkiausiai pasiduoda teisiniam reglamentavimui, nes visuomenė ir įstatymų leidėjas atsiduria akistatoje su esmine dilema: pripažinti ar ne gyvybės apsaugą nuo jos pradžios. Tiek, kiek gyvybės kūrimas yra pašauktas įkūnyti gėrį, žmonija to gėrio etalonų turėtų ieškoti Amžinuosiuose įstatymuose. Popiežiaus Jono Pauliaus II enciklikoje *Veritatis Splendor* veiksmai, prieštaraujantys Dievo įstatymams, vertinami kaip blogi patys savaime, nežiūrint aplinkybių ir intencijų, kuriomis remiantis šie sprendimai buvo priimti. [137] „Mokslinis atradimas, padarytas žmogaus gyvybės sąskaita, visada diskredituoja patį mokslą“ todėl „ne viskas, kas yra techniškai įmanoma, leistina ir moraliai priimtina“. [138] Šia prasme žmogiškųjų įstatymų, legalizuojančių blogas priemones, kūrimas pačius kūrėjus veda destrukcinės visuomenės link. Ši civilizuotiems įvardijančiose valstybėse utilitarinės ir

technokratinės idėjos ima užgožti moralines vertybes. Todėl ir ieškoma būdų, kaip „legaliu“ keliu apeiti embrionų apsaugos problemą.

Teisėkūrą įtakojančių Lietuvos akušerių ginekologų mentalitetas yra paveiktas utilitarizmo. Prof. V.Čigrėjienė (o šiuo metu ir Seimo narė) referuojamame žurnale „Lietuvos akušerija ir ginekologija“ rašo: „Bioetinė doktrina teigia, kad in vitro fertilizacija yra pagrįsta ir neneigia Kūrėjo valios“.[69] Taip mąstančių asmenų įtaką teisėkuroje turėtų kontroliuoti tautos valia per aukštesnio lygmens teisės aktų kūrimą.

Kai bus priimti Dirbtinio apvaisinimo, Žmogaus genomo ir embriono apsaugos įstatymai, konstitucinei abstrakcijai dėl gyvybės apsaugos jie suteiks konkretų pavidalą ir nubrėš gyvybės ginties ribas. Valstybės valiai suteikus teisės akto pavidalą, juo būtų vadovaujama kaip etinio priimtimumo kriterijumi, kartu ir sprendžiant reprodukcinę technologijų valstybinio rėmimo klausimus.

Šiuo metu negimusios gyvybės apsauga yra palikta kiekvieno asmens apsisprendimui ir yra jo moralumo matas. Teisinė apsauga moralės normą pakylėtų iki valstybinės apsaugos lygmens ir paverstų ją privalomo elgesio taisykle. „Moralinių normų sistema objektyviai egzistuoja ir yra naudotina“, ji nediskredituoja valstybės galios, o per „nuorodas į moralines vertybes kaip aukščiausią teisingumo išraišką pakylėja ją į deramą lygmenį.<...> Lietuvoje moralinės normos kaip teisingumo šaltinis yra pripažįstamos tik netiesiogiai“. [131]

Seimo ir Vyriausybės nariai, priimdami teisės aktus, išreiškia ne tik valstybės politiką, bet ir asmenines moralines nuostatas, kurios reprezentuoja valstybei priimtina ir saugotina dorovės sistemą. Didžioji dauguma Lietuvos politikų, pradėdami savo karjerą, priesaiką užbaigia žodžiais „Tepadeda man Dievas“. Tuo jie išreiškia savo asmeninį moralinį įsipareigojimą vadovautis krikščioniškąja pasaulėžiūra ir pripažinti ją dorovės normų etalonu.

Būtų logiška tikėtis, kad priimant reprodukcinę technologijas reglamentuojančius įstatymus, krikščioniškieji gyvybės ginties kriterijai taps teisine norma ir etinio priimtimumo etalonu. Tai sukurtų teisinę prielaidas pritarti ir finansuoti iš valstybės biudžeto tokias DA technologijas, kurios užtikrina embriono apsaugą, o ne tik laisvą asmens pasirinkimą.

#### **3.4. DA psichosocialinės pasekmės - integralaus požiūrio į nevaisingumo problemas išraiška.**

Apžvelgus visus šiuo metu sveikatos priežiūros technologijų vertinimo doktrinoje naudojamus kokybės rodiklius, matome, kad nei vienas iš jų šiuo metu neužtikrina naudos persvaros prieš riziką. Dėl dažnų ir įvairių komplikacijų kiekviename procedūros etape bei atokių rezultatų neprognozuojamumo dažniau yra analizuojami tik tiesioginiai atskirų gydymo metodų kaštai bei klinikiniai rezultatai. Integraliame sveikatos priežiūros ir socialinių reikmių vertinimo kontekste tai yra tik „aisbergo viršūnė“.

Mūsų nuomone, vertinant DA technologijas ir galimus politinius sprendimus dėl jos finansavimo iš PSDF biudžeto, sprendimus turėtų įtakoti ne tik kiekybiniai rodikliai, bet ir kokybinės „IVF šeimų“ studijos. [78, 83]

Pagrindinis argumentas, kuris skatina šalinti nevaisingumo simptomą – bevaikystę – yra sutuoktinių psichosocialinė stigma. Biologinės tėvystės įtaka savęs vertinimui, saugumo jausmui, depresijos dažniui, šeimos santykių kokybei įrodyta, bet pinigais nepamatuojama. [156] Iš esmės tai yra vienintelis tikslas, kurio būtų siekiama, finansuojant DA iš valstybės biudžeto. Sveikatos politikai turėtų įvertinti aplinkybę, kad tikėdamiesi pašalinti vieną psichosocialinę problemą, jie kuria naujas. 8,6 proc. IVF vaikų niekada nesužino savo genetinės kilmės. [183], o 75 proc. tėvų slepia nuo palikuonių faktą, kad šie buvo pradėti nenatūraliu būdu. [59] Taip formuojama nauja socialinė stigma, o nevaisingumo gydymas pats savaime kuria psichologinę įtampą dėl rizikos vaisiui ir motinai. Todėl kraštutiniai sprendimai taikyti moderniąsias reprodukcinės technologijas turėtų būti labiau realistiški. [53, 145]

Tęstinėje studijoje, atliktoje Šefildo universitete (Jungtinė Karalystė), emocinė įtampa šeimoje po nepavykusios DA procedūros įvardijama kaip jatrogeninė komplikacija. Ji yra žymiai dažnesnė, negu pasitenkinimas po sėkmingo IVF. [156, 162]

Nevaisingumo stresą didina nesėkmės stresas. Tai reikalauja papildomų lėšų psichoterapinei korekcijai. [121] Kadangi Lietuvoje šiuo metu psichoterapinė pagalba kompensuojama iš PSDF biudžeto, galima prognozuoti išlaidų augimą šioje srityje. [33]

Labiausiai kontraversiški duomenys yra apie vaikų, gimusių IVF būdu, psichoemocinę raidą. Ją įtakoja tėvų atsakas į nevaisingumo ir IVF stresą bei adaptacijos eiga. Todėl optimistiški rezultatai, jog IVF vaikai vystosi taip pat sėkmingai, kaip ir „natūralūs“ bendraamžiai pasiekiami ilgalaikės psichologinės šeimos korekcijos dėka. [67, 91, 54, 187]

Dažniausi psichoemociniai šeimos sutrikimai po IVF išryškėja nėštumo ir kūdikystės periode. [80, 99, 128] Lietuvoje iš PSDF biudžeto finansuojamos vaiko raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos, skiriant nuo 1748 iki 2141 Lt. vienam kursui. [14] Tuo būdu, investavę į vienos problemos sprendimą, kuriame naujas privalomas išlaidas, nes jų finansavimas jau yra reglamentuotas. [33]

Palyginamoji studija tarp Vakarų ir Rytų Europos šeimų, kurioms taikytas DA, parodė, kad Rytų Europos šalių tėvų psichologinė adaptacija yra sudėtingesnė, jie linkę labiau slėpti nevaisingumo gydymo faktą. Dažnesnės yra šeimos tarpusavio santykių problemos, kurios sąlygoja komplikuočiau vaiko psichoemocinį vystymąsi. [58, 68]

Bevaikystės problemą valstybė turi spręsti integraliai per socialinę pagalbą šeimai, psichologinę korekciją, sveikatos priežiūros paslaugas. Akcentuojant naujų reprodukcinę



technologijų plėtrą bei finansavimą, bus kuriama aibė naujų problemų ir išlaidų. Vienpusiškos išlaidos į DA neišsprendžia nei daugumos nevaisingų šeimų, nei valstybės demografinių problemų.

#### **4. DA kompensavimo valstybės lėšomis politika ir kontraversijos.**

Apie 94 % nevaisingų porų pasaulyje niekada negauna jokio gydymo,[177] todėl nevaisingumo problemų sprendimas sureikšminamas iki valstybinio lygmens.

Pagrindinis valstybinio finansavimo tikslas – mažinti socialinę įtampą ir netolygumus (t.y. siekti sveikatos santykių teisingumo) bei gerinti paslaugos prieinamumą. Suomijos Nacionalinis tyrimų centras atliko studiją, kurioje apibendrina DA procedūrų prieinamumą per 1996-1998 metus (apie 10000 atvejų). Jų išvada: dažniau procedūros atliekamos aukštesnio socialinio ekonominio statuso miesto gyventojams, bet šį skirtumą sušvelnina iki neesminio valstybinis finansavimas. [114] Kita vertus, valstybė pradeda įtakoti rinkos santykius reprodukciniame sferoje, nustatydamas minimalius bazinius paslaugos įkainius, bet garantuodama jų patekimą paslaugos teikėjui. [226] Faktiškai net ir ekonomiškai išsivysčiusios valstybės finansuoja tik nedidelę dalį pagalbinių reprodukcinių technologijų. Eilės iki 2 metų laukiant kompensavimo yra įprastinis reiškinys Danijoje. [260] Švedijoje DA procedūroms tenka 0,1 proc. visų sveikatos priežiūrai skirtų išlaidų, JAV – 0,3 proc. [207, 213]

Ryškėja ir išlaidų mažinimo tendencija, nulemta didelės komplikacijų rizikos prieš naudą. 2005 m. Australijoje, kur dirbtinio apvaisinimo procedūros yra pakankamai plačiai kompensuojamos iš valstybės biudžeto, skelbiama apie šių lėšų ribojimą.[178, 206] Vokietijoje 1999 m. buvo atsisakyta kompensuoti ICSI procedūras dėl galimos įtakos įgimtoms anomalijoms, t.y. ir didesnėms išlaidoms apsigimimų gydymui. [260]

Nedidelis procentas bendroje išlaidų struktūroje, skiriamas kompensuoti DA, lyg ir neturėtų pabloginti kitų pacientų grupių interesų. Pamodeliuokime situaciją, ko galima tikėtis, jei Lietuvoje šiuo metu skirtume DA procedūroms iš PSDF biudžeto pasaulinėje praktikoje priimtą 0,01-0,03 proc. visų išlaidų. 2005 m. PSDF biudžete [6] buvo numatyta apie 2,36 mlrd. Lt. išlaidų, tad DA būtų skiriama apie 240.000 Lt. Jei 1 IVF procedūros kaina yra apie 4500 Lt., tai už šią sumą būtų kompensuota apie 55-60 procedūrų. G.Bogdanskienės klinikos duomenimis, 1998-2002 m. iš atliktų 285 DA procedūrų 56 baigėsi gimdymais (19,6 %). [60] Pagal tokį klinikinės sėkmės procentą iš hipotetiškai 55-60 kompensuojamųjų IVF procedūrų galima tikėtis gimstant 10-12 vaikų. Tokios investicijos neišspręstų nei demografinių problemų, nei socialinių. Pasaulinei praktikai proporcingos esamo PSDF biudžeto išlaidos tik padidintų įtampą tarp nevaisingų šeimų, nes kompensavimas būtų prieinamas tik nedaugeliui iš jų, atimant dalį lėšų iš rentabilesnių sveikatos priežiūros paslaugų.

#### **4.1. DA kaštų struktūra, jos vertinimo ypatumai ir svarba.**

Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje ekonomiškai pagrįstas efektyvumas įvardijamas kaip vienas iš kokybės rodiklių. [18] Juo siekiama užtikrinti finansinių investicijų į sveikatos priežiūrą gražą. Politizuoti prioritetai sveikatos priežiūros srityje gali subsidijuoti nepakankamai efektyvias paslaugas mokesčių mokėtojų sąskaita [185, 248] .

Sveikatos priežiūros doktrinoje naudojama sudėtinga kaštų analizės metodika turi specifikos vertinant DA. Gydomo kaštai skirstomi į tiesioginius (susijusius su sveikatos priežiūra), netiesioginius (socialinės pašalpos, nedarbingumo pasekmės ir kt.) ir nematerialiuosius (skausmas, socialinė stigma). [81, 184, 237]. Tačiau DA atveju sudėtinga tam tikras išlaidas (pvz., psichologinio streso pasekmės dėl nepavykusio DA) priskirti konkrečiai kaštų grupei, todėl komplikuojasi kaštų vertinimo procesas.

Tiesioginių kaštų struktūroje išskiriamos išlaidos, susijusios ne tik su pačia DA procedūra, bet ir žymiai didesnėmis išlaidomis komplikacijoms gydyti. Jų specifika prieš kitus gydymo metodus yra ta, kad „tęsiasi“ per išties kartas: pradedant nėštumo, gimdymo priežiūros kaštais, naujagimio ir vaiko gydymo išlaidomis ir baigiant psichosocialinės šeimos adaptacijos kaštais. Šių „atokiųjų“ kaštų suskaičiuoti praktiškai neįmanoma dėl didelio išsibarstymo laike ir erdvėje, bet visuomenė juos nuolatos ir neišvengiamai moka.

Ekonominiai argumentai ir šios srities studijų gausa įrodo, kad DA nėra vien tik sveikatos priežiūros paslauga, bet ir didelio verslo sritis. Studijos apie klinikinę DA procedūrų efektyvumą ir ypač atokius rezultatus yra įvairialypės ir dažniausiai užbaigiamos atsargiomis išvadamis bei nuorodomis į tolesnių stebėjimų būtinumą [172, 205, 232]

#### **4.2. DA kaštų efektyvumo (cost effectiveness) analizė**

Šiuo metodu yra įvertinamas alternatyvių gydymo metodų kaštų ir klinikinio efektyvumo santykis, kai skiriasi ir kainos, ir rezultatai. Paprasčiausia apskaičiuoti tam tikro pasiekto klinikinio efekto vieneto kainą (absoliučius kaštus). DA atveju gali būti skaičiuojami 1 nėštumo, 1 gimdymo ar 1 vaiko (taking home baby) absoliutūs kaštai, taikant skirtingus DA metodus.

2002 m. gruodį „Human Reproduction“ buvo paskelbti sisteminės studijos rezultatai, apibendrinantys 1990-2000 metų publikacijas, įtraukiant 2547 straipsnių, 30 ekonominių vertinimų, 22 kaštų analizių, 5 kaštų/naudos tyrimų duomenis, kuriuos statistiškai įvertino 2 nepriklausomos ekspertų grupės.[82] Todėl studijos rezultatai gali būti patikimai naudojami, renkantis finansavimo prioritetus pagal kaštų efektyvumą. Informatyvumą riboja tai, kad buvo įtraukti tik tiesioginiai kaštai, atsiribojant nuo netiesioginių ir neonatologinių kaštų įvertinimo.

Studijos duomenys griaua mitą apie modernių manipuliacijų gametomis naudingumą (ovocitų kultivavimą, spermos paruošimą, ir kt.). Jų nenaudojant, DA yra kliniškai mažiau efektyvūs, bet kaštų prasme efektyvesni, nes papildomos technologijos neproporcingai didina

išlaidas. Pvz., 1 gyvam gimusiam vaikui „natūralaus“ IVF ciklo metu išleidžiama apie 13000 svarų sterlingų, o stimuliuoto – 26000. Užšaldytų embrionų perkėlimas IVF kaštus sumažina 25-45 %, lyginant su „šviežiais ciklais“. IUI absoliutūs kaštai 1 nėštumui yra mažesni iki 4 kartų, negu IVF.

Sudėtingiausia palyginti IVF ir tradicinio gydymo būdo tuboplastikos kaštų efektyvumą, nes jis labai priklauso nuo kiaušintakių nepraeinamumo laipsnio.[94, 160] IVF kaštai efektyvesni sunkios sąaugiminės ligos atveju, kai kiaušintakiai visiškai nepraeinamumas. Esant daliniam kiaušintakių nepraeinamumui plastinių operacijų kaštų efektyvumas yra aukštesnis, negu IVF. Efektyviausia kaštų prasme pripažinta histerosalpingografijos procedūra, todėl finansinės investicijos į ją labiausiai atsiperka. Policistinių kiaušidžių sindromo gydymui efektyviausiai kaštai naudojami, derinant medikamentinį gydymą su ovarų laparoskopine diatermija. Todėl studijoje siūloma spręsti aukštų DA kaštų problemą, teikiant prioritetą tradiciniams nevaisingumo gydymo metodams.

Gydant vyrų nevaisingumą, įrodytas chirurginio varikocelės ir reversinės vazektomijos didesnis kaštų efektyvumas, lyginant su ICSI. Gametų donorystės kaštų efektyvumo vertinimas labai kontraversiškas. Akivaizdžiai aukštus ICSI kaštus, lyginant juos su donorine inseminacija, nusveria neapskaičiuojama finansiškai nauda tapti genetiniu tėvu.

Kadangi Lietuvoje neatliekama sisteminė vaisingumo klinikų veiklos analizės, neįmanoma tiksliai apskaičiuoti minėtų rodiklių ir pilnai įvertinti Lietuvos vaisingumo klinikų kaštų efektyvumą bei palyginti jų tarpusavyje. Kaip minėtų samprotavimų iliustraciją pateiksime apytikrį absoliučių DA kaštų Lietuvos vaisingumo klinikose palyginimą. Šių paskaičiavimų tikslumą riboja nesusistemintas duomenų pateikimas konferencijų pranešimuose, periodikoje ar interneto svetainėse.

Pagal UAB Lietuvos, JAV, Izraelio „Vaisingumo klinikos“ internete publikuojamus klinikinės veiklos duomenis ir kainoraštį galima atlikti apytikrę absoliučių kaštų analizę. Kadangi neskelbiami duomenys, kiek vaikų gimė po DA procedūrų, tenka skaičiuoti 1 nėštumo kaštus. Per 2000 – 2003 m. klinikoje buvo atliktos 246 IUI procedūros, iš kurių 22 atvejais pacientėms pavyko pastoti (klinikinė sėkmė – 9 %) ir 318 IVF procedūrų, iš kurių 90 baigėsi nėštumu (klinikinė sėkmė – 30 %). Pagal deklaruojamą kainyną IUI kaina - 390Lt, o IVF – 4500Lt. Todėl 1 nėštumo absoliutūs kaštai, atliekant IUI būtų apie  $(390 \times 246):22=4360,9$  Lt, o, atliekant IVF –  $(4500 \times 318):90=15900$  Lt. 2004 m. IUI rezultatai neskelbiami. [255]

G.Bogdanskienės ginekologijos ir vaisingumo klinikos duomenis galima atsekti iš publikacijų spaudoje.[60] Oficialus klinikos kainynas nėra skelbiamas, todėl bus skaičiuojama „Vaisingumo klinikos“ kainomis. Iš 1998-2003 m. atliktų 285 in vitro DA procedūrų pastojo 88 pacientės (34%) ir pagimdė 56 (19%). Jeigu 1 procedūra kainuotų 4500 Lt, gauname 1 nėštumo kaštus  $(4500 \times 285):88=14573$  Lt ir 1 gimdymo -  $(4500 \times 285):52=22901$  Lt.

Kaip ir pasaulinėje praktikoje Lietuvos vaisingumo klinikose IUI absoliutūs kaštai yra apie 4 kartus žemesni, negu IVF.

#### **4.3. Kaštų naudingumo (cost utility) analizės ypatumai, vertinant reprodukcinės technologijas**

Šis sveikatos priežiūros ekonominio efektyvumo rodiklis yra išreiškiamas kokybiškai standartizuotais gyvenimo metais (*quality-adjusted life years – QALY*). Jis yra kiek subjektyvus, bet labai vertingas, kai lyginami gydymo metodai, susiję su gyvybei pavojingomis ligomis, pvz., lyginant 2 skirtingus miokardo infarkto metodus. Anketų pagalba įvertinama tiriamųjų pacientų gyvenimo prailgėjimas ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, t.y. išvedamas QALY rodiklis. Gyvenimo kokybę pacientas įvertina nuo 0 (mirtis) iki 1 (puiki sveikata) ir dauginama iš papildomai išgyventų metų skaičiaus. Pvz., gyvenimo kokybę po gydymo įvertinus „0,5“, per kiekvieni likusius gyvenimo metus sukuriama 0,5 QALY. [81]

Didžiosios Britanijos sveikatos ekonomikos prof. Nancy Devlin ir David Parkin DA atveju vertina QALY įtaką nacionalinei sveikatos sistemai. Jei 1 IVF ciklas kainuoja 2000 svarų, tai vidutiniškai kiekvienam pacientui reikia kompensuoti 3 ciklus, norint gauti laukiamą rezultatą, t.y. reikia 6000 svarų per metus. Gimus sveikam kūdikiui, gyvenimo kokybė sąlyginai įvertinama 0,9, o, atsižvelgiant į šalies amžiaus vidurkį, tai sukuria 70 QALY. Atrodytų, kad 1QALY kaštai yra pakankamai maži - <100 svarų. Tačiau autoriai įspėja apie dideles tokio paskaičiavimo paklaidas. Pirmiausia, būtina įvertinti, nesėkmingo gydymo kaštus, kai gimsta ligoti vaikai arba nėštumai prarandami – tai žymiai mažintų kaštų naudingumą.

Kita vertus, autorių nuomone, naudoti šį rodiklį reprodukciniams technologijoms yra metodologiškai klaidinga. Jo paskirtis – įvertinti paciento gyvenimo kokybę, o ne naujos gyvybės kaštus. Gydant nevaisingumą, pacientai yra tėvai, ir DA tikslas nėra jų mirties prevencija. Todėl neprasminga vertinti „papildomai išgyventus“ metus. Jeigu tokiu būdu vertintume naujai sukurtos gyvybės kaštų naudingumą, tai, būnant nuosekliais, reikia „potencialiai padidinus QALY rodiklį IVF vaikų sąskaita, skaičiuoti, jog tokie patys kaštai prarandami abortų sąskaita“. [73]

#### **4.4. DA kaštų ir pajamų (cost benefit) santykis**

Kaštų – pajamų santykis yra gana abstraktus ir sutartinis rodiklis, kuriuo suteikiama pinigine išraiška gana „nematerialiems“, dalykams. Poveikis sveikatai vertinamas kaip pajamos (*benefit*) :tai gali būti sutrumpėjusi gydymo stacionare trukmė, sumažėjęs skausmas ar retesnės komplikacijos. Dėl „neapčiuopiamumo“ jį sudėtinga naudoti praktikoje. [81]

Kaštų ir pajamų santykį galima išreikšti per pasirengimą mokėti tam tikrą pinigų sumą už siektiną rezultatą (*willingness to pay*). Jį nusistato sau kiekvienas tos naudos potencialus gavėjas. Pacientas, ryždamasis DA procedūrai turi įvertinti, kokią pinigų sumą jis yra pasirengęs mokėti už

siektiną rezultatą – kūdikio gimimą. Įvairių studijų duomenimis ši suma siekia nuo 0 iki milijonų piniginių vienetų. [82]

Analogiškai valstybė, priimdama sprendimą kompensuoti DA procedūrą, pirmiausia turi nustatyti, kokią bendro sveikatos draudimo biudžeto dalį ji yra pasirengusi tam skirti, nenuskriausdama kitų pacientų grupių. Ši kompensacijos suma iš esmės yra ta kaina, kurią valstybė sumoka už naujo piliečio gimimą (*willingness to pay*).

Analizuojant Lietuvos situaciją, ryškėja finansinės „žirklės“ tarp valstybės galimybių ir realių poreikių finansuoti DA procedūras. Lietuvos sveikatos informavimo centro duomenimis 2003 m. vienam Lietuvos gyventojui teko 645 Lt visų valstybės išlaidų sveikatai. [218] 2005 m. iš PSDF biudžeto buvo skiriama 264,2 Lt (nuo 2006 m. – 304,4 Lt) už valstybės lėšomis draudžiamą asmenį. [7, 47] Tai abstraktus išlaidų vidurkis, bet svarbus, prognozuojant ligonių kasų galimybes įpirkti sveikatos priežiūros paslaugų „krepšelį“ 1 pacientui. Palyginkime šiuo metu galiojančius įkainius, kuriuos valstybė moka už normalaus gimdymo paslaugą (960 Lt.), akušerijos II paslauga (1246 Lt), t.y. gimdymui finansuoti reikia atimti dalį lėšų iš kito paciento krepšelio. [14]

Sakykime, kad būtų rasta papildomų lėšų DA finansavimui. 2001 m. gyventojų surašymo duomenimis Lietuvoje iš 962623 šeimų beveik pusė (452650) yra bevaikės. Nėra oficialios statistikos, kurią jų dalį sudaro fertilaus amžiaus poros. Neoficialiais vaisingumo klinikų duomenimis iš viso jų Lietuvoje yra 50 000, o kasmet padaugėja 2000 [255]. Kiekvienai nevaisingai porai būtų kompensuojant bent po 1 IVF procedūrą, prireiktų 225 000 000 Lt, t.y. 10% metinio PSDF biudžeto. Tai sudarytų maždaug pusę visų lėšų, skiriamų kompensuojamiesiems medikamentams ir medicinos pagalbos priemonėms arba 1/5 visų lėšų, skirtų sveikatos priežiūros paslaugoms [6]. Kaip matome, vienos paslaugos kompensavimas visiems pacientams lygiavos principu sukeltų disbalansą PSDF biudžete ir destabilizuotų valstybės laiduojamų sveikatos priežiūros paslaugų sistemą.

Pacientų eilės, laukiant kompensacijos būtų neišvengiamos ir didintų socialinę įtampą. Tai gali provokuoti diferenciaciją tarp pacientų ir net korupciją, nustatant kompensacijos eiliškumą ar atrankos kriterijus. Vaiko „gaminimo“ pinigine išraiška pati savaime turi neigiamų socialinių ir psichoemocinių pasekmių. Pacientams ta suma visuomet atrodo per maža. Galutinį sprendimą turi įtakoti mokesčių mokėtojai, tinkamai informuoti apie visas galimas DA pasekmes. [140, 153]

DA finansavimas iš dabartinio PSDF biudžeto būtų pirmiausia politinis, bet ne kliniškai ir ekonomiškai racionalus nevaisingumo problemų sprendimas. Skiriant apie 700 Lt išlaidų vieno piliečio sveikatos priežiūrai, iš PSDF biudžeto finansuoti 1 vaiko gimimą dirbtiniu būdu ekonomine prasme neįmanoma, o socialine – neteisinga. Taip būtų atimamos lėšos iš kitų pacientų grupių ir provokuotų esamo biudžeto disbalansą, o gal ir skatintų deficito atsiradimą. Tokiomis

sąlygomis būtų sudrumsta socialinė rimtis ir skatinamas supriešinimas tarp atskirų pacientų grupių. Taigi vietoje tikėtinų pajamų (*benefit*) visuomenėje kuriamos sąlygos sumaiščiai.

#### **4.5. Atokiųjų DA kaštų analizė ir įtaka PSDF biudžetui**

Nėra visuotinai susitarta, kuriai grupei priskirti išlaidas, susijusias su nėštumo, gimdymo ir naujagimio priežiūra. Manytume, kad šiuos kaštus tikslinga pavadinti atokiaisiais tiesioginiais (medicininiais) DA kaštais.

Lietuvoje DA šiuo metu yra finansuojamas išimtinai privačiomis pacientų lėšomis (tiesioginiai medicininiai kaštai). Nėščioji, įvykus komplikacijoms (būtinoji pagalba) įgyja teisę į valstybės finansuojamą sveikatos priežiūrą, o nuo 28 nėštumo savaitės moterys bei visi vaikai yra draudžiami valstybės lėšomis. [ SSĮ 47str.,SDĮ 6 str.] Taip valstybė prisiima DA pasekmių finansavimo prievolę: tai vaikų iš patologinių nėštumų ir gimdymų sveikatos priežiūra, moterų, patyrusių DA komplikacijas gydymas ir kt. Šios išlaidos turi būti įskaičiuojamos į prognozuojamas PSDF biudžeto išlaidas, kai kalbama apie galimą DA finansavimą.

Seime užregistruotuose abiejuose DA įstatymų projektų aiškinamuosiuose raštuose [45, 46] teigiama, kad „papildomų biudžeto lėšų įstatymo įgyvendinimui nereikės“. Projektų autoriai arba neplanuoja DA procedūros tiesiogiai finansuoti valstybės lėšomis, arba nežino, kiek šiuo metu jau kainuoja PSDF ir visam valstybės biudžetui privačiai vykdomos DA procedūros atokiųjų kaštų dengimo prasme. Jas plečiant, išlaidos dar didės.

Draudikų iniciatyva dėl ypač didelių daugiavaisių nėštumų komplikacijų kaštų skatinama vienavaisių nėštumų praktika, nes daugiavaisis nėštumas „išaugina“ IVF kaštus apie 36 proc. [188] Kaštų prasme efektyvu perkelti ne daugiau, kaip 2 embrionus.[143, 148] 2004 m. Nyderlanduose atlikta studija įrodė, kad kaštų efektyvumas yra beveik vienodas, jeigu bus atliekami 2 vienvaisiai IVF ciklai ar 1 dvivaisis IVF ciklas.[52] Šia prasme atkreiptinas dėmesys, kad daugiavaisis nėštumas yra dažnesnė in vivo DA komplikacija, nes neprognozuojamas embrionų skaičius. [82, 119, 122]

Šiuo tikslu propaguojama vaisiaus redukcijos praktika, kai pašalinami besivystantys embrionai, siekiant likusiam sudaryti palankesnes sąlygas iki pilno išnešiojimo.[82, 85] Imituojamas mažesnės blogybės principas ir iš utilitarinių pozicijų ignoruojama embriono apsauga vardan besąlygiško tėvų siekio susilaukti dirbtiniu būdu palikuonių.

Lietuvoje nėra oficialiai atliekama DA kaštų analizė. Ji šiuo metu neįmanoma, nes nėra patikimos duomenų kaupimo ir sisteminimo bazės. Lietuvos sveikatos informavimo centras kaupia ir sistemina pačius bendriausius sveikatos priežiūros rodiklius.[249] Ligonių kasos naudoja SVEIDROS informacinę duomenų bazę. Joje įmanoma pagal ligų kodus epizodiškai atsekti PSDF biudžeto išlaidas, gydant nevaisingumą (N97) ir dirbtinio apvaisinimo komplikacijas (N98).

Mūsų disponuojamais Panevėžio TLK informacinės duomenų bazės duomenimis per 2000-2004 m. Panevėžio ir Utenos apskrities ligoninėse buvo gydytos 4 moterys dėl dirbtinio apvaisinimo komplikacijų (N 98 – infekcija po DA, OHS ir kt.), už jų gydymą iš PSDF biudžeto sumokėta – 2318,4 Lt. Šios pacientės į Panevėžio TLK veiklos zonos įstaigas patenka atsitiktinai, nes dauguma jų gydomos Kauno ir Vilniaus klinikose.

Tačiau tikroji išlaidų struktūra iškreipiama, naudojant TLK -10 kodavimo sistemą. Didžioji dalis išlaidų „pasislepia“ po negimdinio nėštumo, uždegimų, persileidimų ir kitų diagnozių kodais. Dar sunkiau diferencijuoti nėštumo patologijos, gimdymo ir neonatologines išlaidas, kurios susijusios su DA, nes šios komplikacijos koduojamos analogiškai natūralaus nėštumo pasekmėms.

Apskaičiuoti medicininius kaštus, susijusius su nėštumo ir gimdymo priežiūra po DA yra sudėtinga, nes tos nėščiosios dalį paslaugų gauna privačiose vaisingumo klinikose. Iškilus stacionarinio gydymo būtinybei, jos guldomos į valstybines gydymo įstaigas, nes vaisingumo klinikos stacionarinių paslaugų neteikia. Oficialios statistikos nėra, kiek sykių nėščiosios buvo gydytos dėl nėštumo patologijos stacionare, kelioms atliktos Cezario pjūvio operacijos, kiek naujagimių buvo reanimuoti ir t.t. Tai yra didelis sveikatos priežiūros administratorių darbo trūkumas, nes neapskaityti kaštai kuria iliuziją, kad jų nėra. Taip skatinami nepagrįsti priekaištai valstybei, kad neskiriamos lėšos nevaisingų šeimų sveikatos priežiūrai. Kadangi dauguma privačių vaisingumo klinikų gydytojų dirba ir valstybinėse įstaigose, galimas jų viešųjų ir privačiųjų interesų derinimo konfliktas. [49, 75, 152, 254]

LR SAM įsakymu nėštumas ir gimdymas po DA procedūros priskiriamas aukštos perinatalinės rizikos grupei ir todėl turi būti sekamas tretinio lygio akušerinėje klinikoje. [30] Vienas gydymo nėštumo patologijos stacionare atvejis iš PSDF biudžeto apmokamas nuo 546 Lt. iki 662 Lt., priklausomai nuo patologijos sudėtingumo.

Kadangi gimdymai po DA dažniau užbaigiami Cezario pjūvio operacija, tai apmokama brangesniu akušerijos II įkainiu. Jei normalaus gimdymo įkainis yra 960 Lt., tai patologinio – 1246 Lt. Papildomai kiekvienos Cezario pjūvio operacijos metu apmokama reanimacijos I-I paslauga (pooperacinė slauga) – 192 Lt.

Atskiros sąskaitos pateikiamos ligonių kasoms už naujagimių priežiūrą. Neapmokamas tik absoliučiai sveikų naujagimių buvimas gimdymo stacionare, tiksliau jų maitinimas, lovelė ir tualetas yra įskaičiuoti į akušerijos įkainį. Jeigu naujagimiui reikalingas intensyvus būklės stebėjimas ar gydymas, tai apmokama pagal naujagimių patologijos įkainius nuo 711 Lt. iki 3254 Lt., priklausomai nuo patologijos sudėtingumo. Naujagimių reanimacijos įkainiai siekia nuo 3254 Lt iki 5917 Lt (neišnešiotiems). [14]

Tuo būdu vieno patologinio nėštumo priežiūros išlaidos, lyginant su normaliu nėštumu, PSDF biudžetui išauga vidutiniškai nuo 1000 Lt iki kelių tūkstančių.

2004 m. rugsėjo mėnesį vykusiame Lietuvos akušerių ginekologų suvažiavime G.Bogdanskienė skelbė pranešimą apie 7 jatrogeninio gyvybei pavojingo kiaušintakinio nėštumo atvejus po IVF procedūros. Pranešimas yra bendras su Vilniaus Universitetinės greitosios pagalbos ligoninės gydytojais, taigi, komplikacijos buvo gydomos valstybinėje ligoninėje už PSDF biudžeto lėšas.[61] Po šios operacijos moterys sąaugų profilaktikai gali būti siunčiamos medicininei reabilitacijai.[24] Todėl 7 vaisingumo klinikos jatrogeniniai atvejai PSDF biudžetui kainavo ne mažiau, kaip[14] :

- ginekologijos IIC paslaugos –  $1280 \times 7 = 8960$  Lt.;
- reanimacija I-I (pooperacinė slauga) –  $192 \times 7 = 1344$  Lt.;
- sveikatos grąžinamasis gydymas –  $(58 \text{ Lt.} \times 16 \text{ d.}) \times 7 = 6496$  Lt.

Kaip matome, PSDF biudžetas šiandien jau moka atokiųjų DA procedūrų kaštus. Didžiąją jų dalį sudaro būtinosios pagalbos išlaidos, nes DA pasekmės gali būti susijusios su gyvybei grėsmingomis ir luošumą sukeliančiomis būklėmis. Pacientai tokiais atvejais pagrįstai kreipiasi dėl būtinosios pagalbos į valstybines gydymo įstaigas, nes privačios vaisingumo klinikos nėra pasirengusios teikti sudėtingų stacionariųjų paslaugų arba painioja viešus ir privačius interesus.

Plačiau taikant DA procedūras, jų pasekmės registruoti ir turėtų būti sukurta standartizuota monitoringo sistema. Tam pakaktų papildyti šiuo metu Lietuvoje veikiančią Naujagimių registrą ir DA išskirti kaip savarankišką rizikos faktorių bei stebėsenos objektą. Šie duomenys leistų patikimai įvertinti DA įtaką naujagimių sergamumui ir mirštamumui Lietuvoje, jais remiantis galima būtų prognozuoti PSDF biudžeto išlaidas, susijusias su DA. [129]

Valstybė vykdo savo pareigą, laiduodama nemokamą medicinos pagalbą visoms moterims ir naujagimiams, patyrusiems DA neigiamas pasekmes, nors ši procedūra buvo atliekama asmeniniu pacientų pasirinkimu. Tai yra netiesioginė, bet garantuota valstybės pagalba nevaisingoms šeimoms. Ją sudaro būtinosios išlaidos, ir todėl PSDF biudžetas turi būti planuojamas bei administruojamas taip racionaliai ir atsakingai, kad lėšų nėštumo patologijai, gimdymui ir naujagimių priežiūrai niekada nepritrūktų.

## **5. DA procedūros finansavimo iš PSDF biudžeto hipotetinis modelis**

### **5.1. Pagalbinių nevaisingumo gydymo metodų kompensavimo lyginamieji aspektai**

Net išsivysčiusiose šalyse laikomasi atsargumo ir kvotavimo politikos, kompensuojant DA procedūras. Šiomis priemonėmis siekiama planuoti sveikatos priežiūros resursus ir valdyti paslaugų teikėjų norus didinti paslaugų skaičių. [226] Austrijoje 1991 m. buvo priimtas DA reglamentuojantis įstatymas, bet tik 2000 m. procedūras pradėta kompensuoti valstybės lėšomis.



[260] Tai įrodo net labai ekonomiškai pajėgių valstybių atsargumą, pirmiausia kuriant kokybės priežiūros ir lėšų valdymo sistemas, o tik po to priimant sprendimus dėl kompensacijos.

Diferencijuojamas ir pacientų kontingentas, todėl DA procedūros nėra prieinamos absoliučiai visoms nevaisingoms poroms. Kaip absoliučios medicininės indikacijos kompensuoti IVF ir ICSI procedūroms pripažįstami sunkaus laipsnio vyriškas nevaisingumas ir visiškas nepagydomas tradiciniais metodais kiaušintakių nepraeinamumas. Ribojamas pacientų amžius, kompensuojant DA jaunesniems, nes tuo atveju yra geresnės pastojimo prognozės. Pvz., Austrijoje kompensacijos skiriamos moterims iki 40 metų, o vyrams – iki 50 metų, Izraelyje atitinkamai – 45 ir 52 metai, Prancūzijoje – moterims iki 43 metų

Procedūrų kvotavimas nustatomas įvairiai.[186, 260]:

-kompensuojamas tam tikras išlaidų procentas (pvz., 70% Austrijoje, 60-75% Suomijoje, 100% - Prancūzijoje, jei procedūra atliekama valstybinėje ligoninėje);

- kompensuojamas tam tikras procedūrų skaičius (1-3 IVF procedūrų Švedijoje, priklausomai nuo pacientų gyvenamosios vietos, 6 IVF Australijoje, 3 IVF Kanadoje, Vokietijoje – iki 8 IUI be hormoninio gydymo, 6 IUI su hormoniniu gydymu, 2 GIFT, 4 IVF ciklai, Prancūzijoje 6 IUI ir 4 IVF, Danijoje – 3 IVF, jei atliekamos valstybinėje įstaigoje);

-atsižvelgiama, kiek procedūrų reikia efektui pasiekti (Izraelyje, Prancūzijoje – kol šeima susilaukia 2 vaikų).

Išskirtinai nuosaiki yra Šveicarijos pozicija, kur Federalinio Draudimo Tribunolas patvirtino, jog sveikatos draudimo kompanijos nėra įpareigosos kompensuoti reprodukcinių technologijų išlaidų, kaip mokliškai nepagrįstų diagnostinių ir terapinių metodų.[210]

Kompensavimas netaikomas tiems pacientams, kurie savo noru buvo sterilizuoti (Vokietija, Kanada). [186, 260]

Pagalbiniai nevaisingumo metodai ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse gana plačiai kompensuojami iš valstybės biudžeto. Bet visų pacientų poreikių pilnai patenkinti nesugeba nei viena valstybė, ir diferenciacija tarp atskirų pacientų grupių išlieka. Vertinant įrodymais pagrįstos medicinos duomenis ir kaštų efektyvumo analizę, DA kompensavimas yra labiau politinių motyvų padiktuotas sprendimas. Valstybė socialinės politikos įgyvendinimui skiria lėšas, kuriomis finansuoja reprodukcines technologijas, ignoruodama milžiniškus kaštus, abejotiną klinikinį efektyvumą ir neaiškias prognozes ateities kartoms.

## **5.2. DA technologijos inkorporavimas į dabartinę kompensuojamųjų asmenų sveikatos priežiūros paslaugų sistemą**

Lietuvoje DA diegimas tampa tarsi reprodukcinės sveikatos priežiūros tobulėjimo rodikliu, liudijančiu apie artėjimą prie pasaulinių standartų. Ignoruojami faktai, jog DA technologijas

įvaldžiusios valstybės vis labiau akcentuoja atsargumo taktiką ir rezultatų monitorinio būtinumą, neatsisakant pakankamai efektyvių tradicinių nevaisingumo gydymo alternatyvų.[72, 92]

Naujos technologijos kompensavimas neturėtų sukelti sveikatos priežiūroje ekonominės suirutės ir išbalansuoti gyvybiškai svarbių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo. Šiuo metu sudėtinga modeliuoti galimą DA procedūrų inkorporavimą į kompensuojamųjų iš PSDF biudžeto paslaugų sistemą. Toks modelis turėtų išspręsti 2 pagrindinius uždavinius:

1. Nustatyti kompensuojamą bazinį įkainį.
2. Nustatyti būdą paslaugos tipą pagal kurį ji būtų teikiama apmokėjimui.

Lietuvos privačių vaisingumo klinikų DA procedūrų įkainius sudaro kaštai ir pelnas, kurio dalį komercinio įkainio struktūroje privatus paslaugos teikėjas nusistato pats. Jį įtakoja paslaugų poreikis, pacientų mokumas ir konkurentų skaičius. Valstybiniais sveikatos priežiūros paslaugų įkainiais siekiama pirmiausia kompensuoti kaštus. LNSS sudarančių ASPĮ pelną riboja LR SAM patvirtintas bazinis paslaugų įkainis, todėl pelno siekiama per racionalų uždirbamų lėšų panaudojimą. Šiame darbe jau buvo įrodyta, kad šiuo metu egzistuojantys komerciniai DA įkainiai ir absoliutūs kaštai finansine prasme nepriimtini PSDF biudžetui.

Vienos IVF, GIFT arba ICSI procedūros įkainis apytikriai prilygsta PSDF lėšomis finansuojamoms gyvybiškai svarbioms tretinio lygio krūtinės chirurgijos, neurochirurgijos, vaikų onkohematologijos paslaugoms.[14] Todėl būtų akivaizdus disbalansas tarp gyvybiškai svarbių ir diskrecinių sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo.

Įvertinus šiuo metu Lietuvoje galiojančią ginekologijos stacionariųjų paslaugų teikimo tvarką ir kainodarą, priimtinesnis būtų IUI procedūros kompensavimas iš PSDF biudžeto. Toks kompensavimo modelis taikomas ir Šveicarijoje. [216] Privačiose vaisingumo klinikose taikomas IUI įkainis - 390 Lt. yra gana artimas konservatyvaus ginekologinių ligonių stacionarinio gydymo paslaugoms. [255] IUI galėtų būti nustatytas analogiškas įkainis, kaip ir ginekologijos IIA (IIIB pogrupio) paslaugoms. Tai reiškia, kad paslaugos teikėjas atliktų vieną iš reikalingų pacientei intervencijų (histeroskopiją, histerosalpingografiją arba IUI), atliktų kitus būtinus tyrimus ir pateiktų šią paslaugą ligonių kasai apmokėjimui pagal sutartį 546 Lt. įkainiu. Teisėkūros prasme IUI paslauga reiktų papildyti VLK klasifikatorių ir LR SAM nustatytus specialiuosius reikalavimus įrašius papildomą sąlygą „IUI“ šalia kitų jau numatytų nevaisingumo (N 97) gydymo technologijų.

Labiau komplikotas būtų sudėtingų reprodukcinų technologijų inkorporavimas į šiuo metu nusistovėjusią sveikatos priežiūros paslaugų sistemą. In vitro apvaisinimo technologijos indikuotinos pacientams, turintiems absoliutų nevaisingumą (visišką kiaušintakių nepraeinamumą ir „vyriškąjį faktorių“), jeigu ignoruotume jau minėtas technologines, etines ir ekonomines kontroversijas. Pagal įkainius tokių brangių ginekologijos paslaugų šiuo metu PSDF biudžetas

šiuo metu nefinansuoja, todėl reikėtų kiekvienai technologijai nustatyti atskirą apmokėjimo tvarką, analogišką brangių tyrimų ir procedūrų kompensavimo tvarkai. [17, 19] Taip yra finansuojamos hemodializės, kompiuterinės tomografijos, cholecistopankreatografijos ir kitos paslaugos.

Šio finansavimo tipo pranašumai:

1. Individualizuotas įkainis, indikacijos, teikimo tvarka.
2. Smulkiau detalizuojamos teikimo sąlygos, kontrolė, negu stacionarinėms paslaugoms.
3. Lengviau nustatyti sutartines kvotas ir tuo būdu valdyti PSDF biudžeto išlaidas.

Ekskliuduojant IVF procedūras iš valstybinio kompensavimo sistemos tarsi būtų pažeidžiami pačių sunkiausių nevaisingų pacientų interesai. Tačiau, net ir atradus papildomų finansinių resursų IVF procedūroms finansuoti, tai neišspręstų etinių kolizijų, susijusių su perteklinių embrionų naikinimą. Procedūros, kurios metu kuriama ir naikinama gyvybė, finansavimas uždeda valstybei ir atsakomybę už vertybinių prioritetų pasirinkimą, galimą visuomenės moralės destrukciją. Baziniu įkainiu valstybė tarsi nustato vieno vaiko gimimo vertę (*willingness to pay*), todėl tiek pat turėtų būti įkainojama ir negimusi gyvybė. Valstybei ir gimdytojams abu šie asmenys ir finansine, ir moraline prasme turėtų būti lygiaverčiai.

Mūsų siūlomas IUI procedūrų kompensavimo modelis labiau, negu *in vitro* technologijos atitiktų bendrąsias PSDF biudžeto išlaidų tendencijas sveikatos priežiūros paslaugoms, tenkintų etinio priimtumo kriterijus, nors ir išliktų klinikinė rizika bei aukšti kaštai. Toks kompensavimas neišspręstų visų nevaisingų pacientų poreikių, bet pacientų diferenciacija yra praktikuojama visame pasaulyje ir absoliučiai visi poreikiai nėra patenkinami.

### **5.3. DA kompensavimo iš PSDF biudžeto galimų pasekmių prognozės**

Nežiūrint rizikos ir didelių išlaidų, DA paslaugos įtraukimas į kompensuojamųjų katalogą turėtų teigiamų bruožų:

1. Sutartiniai santykiai su ligonių kasomis nustato vienodus visiems pacientams paslaugos prieinamumo, priimtumo ir kokybės kriterijus. Gydytojai turi teikti vienodomis SAM nustatytomis sąlygomis. Ligonų kasa tampa papildoma kontroliuojančia institucija, užtikrinančia, kad bus perkama tik nustatytos kokybės paslauga. Sudaromos sąlygos griežčiau apskaityti vykdomas procedūras, jų rezultatus ir išlaidas.

2. Išlaidų kvotavimo sistema ribotų paslaugos teikėjo iniciatyvą besąlygiškai naudoti DA, skatintų alternatyvių tradicinių gydymo metodų taikymą.

3. Ribojami paslaugos teikėjo komerciniai interesai, nes ligonių kasų apmokamai paslaugai draudžiama imti papildomas priemokas iš paciento. Nepakankamas įkainis gali būti vienas iš faktorių, dėl kurio privačios klinikos atsisakytų sudaryti sutartis su ligonių kasomis. Lietuvoje neteisėta būtų kai kuriose užsienio valstybėse taikoma praktika, kai finansuojamos tik valstybinėse įstaigose atliekamos DA procedūros. Pagal sutarties laisvės principą, SPIĮ, SDĮ bet kuri įstaiga

atitinkanti kokybės reikalavimus, jeigu jai yra priimtinos SAM nustatytos paslaugų teikimo ir apmokėjimo sąlygos, gali sudaryti sutartį su ligonių kasa ir tapti LNSS dalimi.

4. Tikėtina, kad DA paslaugas pradėtų teikti valstybinės ASPĮ. IUI procedūra nereikalauja ypatingų technologinių ir finansinių investicijų, bet kaštų prasme yra pakankamai efektyvi, gydant subfertilumą. Savo ruožtu atsiradusi konkurencija tarp privačių ir valstybinių gydymo įstaigų skatintų gerinti paslaugų kokybę ir mažinti įkainius.

Esminiai DA kompensavimo iš PSDF biudžeto trūkumai:

1. Būtų įteisintas kliniškai nesaugios, etiškai prieštaringos ir ekonomiškai nerentabilios technologijos valstybinis finansavimas.

2. Ištaigų biudžeto išlaidos duomenų registro ir kokybės monitorinio sistemų kūrimui, padažnėjusiai nėštumo ir gimdymo patologijai, vaikų sergamumui, psichologinio streso šalinimui.

3. Didėtų socialinė įtampa dėl lėšų stygiaus ir pacientų eilių DA procedūroms.

4. Išsibalansuotų PSDF biudžetas ir konsoliduotas valstybės biudžetas dėl neišvengiamo lėšų perskirstymo.

5. Būtų išspręsta tik dalis pavienių šeimų problemų. Valstybės demografinėi situacijai esminės teigiamos įtakos DA neturi.

6. Pablogėtų Motinos ir vaiko sveikatos programos bei Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos rodikliai.

Manytume, kad valstybės socialinė ir sveikatos priežiūros politika turėtų būti nukreipta ne tik į pagalbinių nevaisingumo gydymo metodų plėtrą. Vienpusiškos priemonės skatintų atsisakyti tradicinių nevaisingumo gydymo metodų, reikalaujančių paciento kantrybės ir gydytojo profesinio meistriškumo. Integralus požiūris į valstybės finansų naudojimą reikalauja nevaisingumo problemas spręsti ne tik medicininėmis, bet ir socialinėmis priemonėmis. Valstybės proteguojamas įvaikinimas ir psichologinės pagalbos plėtra padėtų išspręsti nevaisingų šeimų dezintegracijos problemas.

### **Išvados ir pasiūlymai**

1. Nepriklausomoje Lietuvoje vykdant sveikatos sistemos reformą, buvo sukurta sveikatos teisės aktų sistema, užtikrinanti piliečiams teisę į prieinamą, priimtina ir kokybišką valstybės laiduojamą medicinos pagalbą. Jai įgyvendinti buvo pasirinktas draudiminis sveikatos priežiūros finansavimo modelis, realizuojantis visuomenės narių solidarumą sveikatos santykiuose ir nustatantis besąlygišką prioritetą būtiniosios pagalbos finansavimui.

2. LR Vyriausybės patvirtinta Motinos ir vaiko programa įteisino politinį sprendimą šiai pacientų grupei suteikti finansavimo prioritetą. Jos vykdymą įtakoja modernioji reprodukcinės sveikatos politika per pacientų ir medikų nevyriausybinę organizacijų veiklą. Nenuosekli

valstybės politika reprodukcinės sveikatos srityje gali liberalizuoti ir sveikatos santykių teismo sampratą.

3. Lietuvoje yra pradėta kurti teisės aktų sistema, reglamentuojanti SPP ir technologijų kokybės vertinimą, rezultatų monitoringą, pašalinių poveikių registrą bei ekonominį racionalumą. Nebaigus legitimuoti ir diegti į praktiką standartizuotų kokybės užtikrinimo sistemų, naujų, brangių ir rizikingų SPP (koks ir yra DA) finansavimas iš PSDF biudžeto yra problematiškas.

4. Teisės aktus biomedicinos bei sveikatos priežiūros finansavimo srityje priimančių institucijų nuomonę įtakoja profesionalai medikai. Lobistinių interesų prevencijai yra svarbus visapusiškas politikų ir visuomenės informavimas bei jų dalyvavimas, priimant sprendimus kritinėse biomedicinos reglamentavimo srityse (reprodukcinė asmens sveikata).

5. Šiuo metu Lietuvoje nevaisingi pacientai nėra diskriminuojami, nes jiems teikiama valstybės laiduojama medicinos pagalba LR SAM nustatyta tvarka. Kaip antrosios kartos žmogaus teisė ši pagalba pagrįstai teikiama proporcingai valstybės finansinėms galimybėms ir nepažeidžiant kitų pacientų grupių poreikių.

6. Lietuvoje pradėta kurti valstybinio DA reglamentavimo sistema, ribojant profesinę autonomiją reprodukcinėje srityje.

7. Šiuo metu DA kaip sveikatos priežiūros paslauga neatitinka finansavimo iš PSDF biudžeto kriterijų ir prioritetų:

- yra neužbaigtas jos teisinis reglamentavimas;
- neužtikrinamas technologijos priimtumas ir tinkamumas (aukšta ir neprognozuojama klinikinė rizika, etinė įtampa);
- sveikatos sutrikimas nesukelia pavojaus paciento gyvybei ir ilgalaikiam darbingumui;
- didina biudžeto išlaidas dėl aukštų kaštų.

8. Hipotetiškai yra galimas DA inkorporavimo į kompensuojamųjų iš PSDF biudžeto sveikatos priežiūros paslaugų katalogą, kaip sveikatos priežiūros paslaugos ar brangios procedūros. Tačiau šiuo metu toks finansavimas suteiktų pagalbą pavienėms nevaisingoms šeimoms, išbalansuotų PSDF biudžetą ir visų sveikatos priežiūros sričių (net ir būtiniosios pagalbos) finansavimą. Tai diskredituotų teisės kaip visuomeninės rimties garanto misiją bei sveikatos santykių teismo idėją

9. Prieš priimant sprendimą finansuoti DA iš PSDF biudžeto, būtina:

- užbaigti DA ir embriono apsaugą reglamentuojančių įstatymų kūrimą;
- sukurti visuomenei prieinamą DA rezultatų standartizuoto monitoringo sistemą;
- įvertinti šiuo metu valstybės biudžeto patiriamas išlaidas dėl DA komplikacijų;
- pilnai įdiegti sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programą.

**Darbe naudoti trumpiniai:**

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

ASRM -Amerikos reprodukcinės medicinos draugijos (*American Society of Reproductive Medicine*)

BPG – bendrosios praktikos gydytojas.

CK – Civilinis kodeksas.

DA – dirbtinis apvaisinimas.

DARE — medicininė efektyvumo duomenų įvertinimo sistema( *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness*).

GIFT – gametų intrafalopinis (kiaušintakinis) perkėlimas.

HFEA -Žmogaus fertilizacijos ir embriologijos taryba (*Human Fertilization and Embriology Authority*)

ICSI – intracitoplazminė spermatozoidų injekcija.

IUI – *in vivo* apvaisinimas, intrauterininė inseminacija.

IVF – *in vitro* fertilizacija, “apvaisinimas mėgintuvėlyje”.

LR – Lietuvos Respublika.

OHS – ovarų (kiaušidžių) hiperstimuliacijos sindromas.

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas.

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija.

PSDT – privalomojo sveikatos draudimo taryba.

QALY – (*quality adjusted life years*) kokybiškai standartizuoti gyvenimo metai,

SAM – sveikatos apsaugos ministerija

SDĮ – sveikatos draudimo įstatymas.

SPIĮ – sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.

SPK – sveikatos priežiūros kokybė.

SPP – sveikatos priežiūros paslaugos.

SSI - sveikatos sistemos įstatymas.

TLK – teritorinė ligonių kasa.

TLK – 10 – tarptautinė dešimtoji ligų klasifikacija.

VLK – valstybinė ligonių kasa.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

### Teisės aktai

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija.// Žin., 1992; Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas.// Žin., 1998, Nr. 112-3099.
3. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.// Žin., 1998, Nr. 109-2995
4. Lietuvos Respublikos Biomedicininų tyrimų etikos įstatymas.// Žin., 2000, Nr. 44-1247.
5. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymas.// Žin., 2002, Nr. 123-5512, Žin., 1996, Nr. 55-1287.
6. Lietuvos Respublikos 2005 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas.// Žin., 2004, Nr. 171-6312.
7. Lietuvos Respublikos 2005 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymas.// Žin., 2004, Nr., 171-6303.
8. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas.// Žin., 2000, Nr. 74-2262.
9. Lietuvos Atkuriamojo Seimo nutarimas Nr. 1-1939 “Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija.” [www.litlex.lt/scripts/](http://www.litlex.lt/scripts/) - 2005.11.04.
10. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. gegužės 11 d. nutarimas Nr. 568 „Dėl Lietuvos konvergencijos 2004 m. programos patvirtinimo“././ Žin., 2004, Nr. 79-2793.
11. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. birželio 16 d. nutarimas Nr. 754 „Dėl Motinos ir vaiko valstybinės programos patvirtinimo“././ Žin., 2004, Nr. 96-3534.
12. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“././ Žin., 2003, Nr. 48-2122.
13. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 30 d. nutarimas Nr. 1136 „ Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo tarybos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės nuostatų patvirtinimo“././ Žin., 1996, Nr. 93-2194.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymas Nr. V-305 „Dėl iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“././ Žin, 2005, Nr. 55-1891.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m birželio 30 d. įsakymas Nr. V-533/A1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų išdavimo taisyklių“.- Žin., 2005, Nr. 83-3078.

16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-294 „Dėl vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių išlaidos ar dalis jų ambulatorinio gydymo metu kompensuojamos privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis, išrašymo ir pardavimo tvarkos“. –Žin., 2004, Nr.70-2469.
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 11 d. įsakymas Nr. V-355 „Dėl iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų brangių tyrimų ir procedūrų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo”.// Žin., 2004, Nr. 80-2849.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 metais programos patvirtinimo“.// Žin., 2004, Nr. 144-5268.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-661 „Dėl dializės paslaugų bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų patvirtinimo”.// Žin., 2004, Nr. 149-5425.
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 „Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksnių bei priemonių plano patvirtinimo“.// Žin., 2004, Nr. 160-5860.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-26 „Dėl vaistų farmakoekonominės analizės rekomendacijų patvirtinimo“.// Žin., 2003, Nr. 13-532.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymas Nr. V-114 „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“.// Žin., 2003, Nr. 23-981.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. balandžio 18 d. įsakymas Nr. V-230 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo“.// Žin., 2003, 70-3202.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-444 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“.// Žin., 2003, Nr. 78-3577.
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. vasario 14 d. įsakymas Nr. 84 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2000m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ dalinio pakeitimo“.// Žin., 2002, Nr. 18-739.
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. 159 „Dėl ligų ir kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkos“.// Žin., 2002, Nr. 39-1450.



27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 639 „Dėl ginekologijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų“ // Žin., 2000, Nr. 104-3288.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 642 „Dėl nėštumo patologijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų“ // Žin., 2000, Nr. 104-3289.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 1 d. įsakymas Nr. 97 „Dėl įstaigų sveikatos priežiūrai licencijavimo“ // Žin., 1999, Nr. 23-670.
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. 117 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“ // Žin., 1999, Nr. 28-811.
31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 24 d. įsakymas Nr. 248 „Dėl dirbtinio apvaisinimo tvarkos patvirtinimo“ // Žin., 1999, Nr. 47-1497.
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ // Žin., 1999, Nr. 67-2175.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygio psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo“ // Žin., 48-1557.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 7 d. įsakymas Nr. 280 „Dėl įstaigų akreditavimo sveikatos priežiūrai nuostatų“ // Žin., 1999, Nr. 51-1651.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. 553 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ // Žin., 1999, Nr. 109-3196.
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ // Žin., 1998, Nr. 57-1611.
37. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2003 m. spalio 16 d. įsakymas Nr. 1K-87 „Dėl stacionariųjų paslaugų grupių sąrašų patvirtinimo“ // Žin., 2003, Nr. 105-4742.
38. Tarybos 1988 m. gruodžio 21 d. direktyva 89/105/EEB dėl priemonių, susijusių su žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymo skaidrumu ir šių vaistų įtraukimu į nacionalinių sveikatos draudimų sritį // <http://www.3.lrs.lt> -2005.01.05.
39. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos srityje (žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija).- 1997-04-04, Ovjedas.- Žin., 2002, Nr. 97-4258.

40. Visuotinė žmogaus teisių deklaracija.// <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/lit.htm>. 2004.11.15.

#### **Įstatymų projektai ir jų aiškinamieji raštai**

41. Lietuvos Respublikos Embriono ir genomo apsaugos įstatymas. Projekto Nr. IXP-1588(2).// <http://www3.lrs.lt>.- 2004.11.30.
42. Lietuvos Respublikos Dirbtinio apvaisinimo įstatymas. Projekto Nr. IXP –1996 (2). // <http://www3.lrs.lt>. -2004.11.19.
43. Lietuvos Respublikos Dirbtinio apvaisinimo įstatymas. Projekto Nr. IXP –1996 (2)A. // <http://www3.lrs.lt>. 2004.11.04.
44. Lietuvos Respublikos Reprodukcinės sveikatos įstatymas. Projekto Nr. IXP-1775.// <http://www3.lrs.lt>. 2004.11.04.
45. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro Aiškinamasis raštas Nr. IXP-1966(2) “Dėl Lietuvos Respublikos dirbtinio apvaisinimo įstatymo”.// <http://www3.lrs.lt>. – 2004.12.20.
46. Lietuvos Respublikos Seimo narių Aiškinamasis raštas Nr. IXP-1966(2)A “Dėl Lietuvos Respublikos dirbtinio apvaisinimo įstatymo”.// <http://www3.lrs.lt>. –2004.12.20.
47. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro Aiškinamasis raštas Nr.XP-861 “Dėl Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto”.// <http://www3.lrs.lt>. 2005.11.03.

#### **Knygos ir periodinės publikacijos**

48. Arlauskienė A., Gaižauskienė A., Mizerienė R. ir kt. Įvairių veiksnių įtaka neišnešiotų ir išnešiotų naujagimių perinataliniam mirtingumui.// Lietuvos akušerija ir ginekologija.2003 rugsėjis, tomas VI, Nr. 3, 172-176 p.
49. Arlauskienė A.,Bogdanskienė G.,Gelažanskienė J. ir kt. Daugiavaisio nėštumo ir gimdymo eigos ypatumai ,žuvus vienam iš vaisių.// Lietuvos akušerija ir ginekologija. 2004, rugsėjis, tomas VII, Nr.3, p.200-201.
50. Ambrasienė D., Bublienė D, Cirtautienė S. ir kt. Civilinė teisė. Prievolių teisė. – Vilnius, Mykolo Riomerio Universitetas, 2004, P. 608.
51. Achievements in Public Health, 1900-1999: Family Planning.// JAMA, Jan 19, 2000 Vol 283, No3.
52. ART into Science: Regulation of Fertility Techniques.// Science Vol 281 31 July 1998.,281, 5377, ProQuest Medical Library p. 651-2.
53. Baor L, Blickstein I. Psychosocial aspects of direct path from infertility to the „instant family“: are all risks known.// Harefuah. 2005 May; 144(5) 335-40, 382.

54. Barnes J., Sutcliffe AG., Kristoffersen I., Loft A., Wennerholm U., Tarlatzis B.C., Kantaris X., Nekkebroeck J., Hagberg B.S., Madsen S.V., Bonduelle M. The influence of assisted reproduction on family functioning and children's socio-emotional development: results from European study.// *Hum Reprod*, Vol. 19, No.6, 1480-1487, June 2004.
55. Basys V., Gaižauskienė A., Mizerienė R. ir kt. Išnešiotų vaisių ir naujagimių perinatalinio mirtingumo priklausomybė nuo įvairių nėštumo ir gimdymo laikotarpio veiksnių.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2002 gruodis, tomas V, Nr. 4, 292-295 p.
56. Beinoravičius D. Socialinis kompromisas kaip teisinio įstatymo požymis.// *Jurisprudencija*. Mokslo darbai, 27(19) tomas. – Vilnius.:LTU, 2002.
57. Birmontienė T. Sveikatos teisės doktrinos problemos.// *Justitia*, 1997, Nr. 6, p 11-14.
58. Bitzer J. Psychosomatic counseling and management of infertile couples.// *Ther Umsch*. 1999 May;56(5):246-50.
59. Blyth E, Crawshaw M, Speir J. Truth and the child 10 years on: Information exchange in donor assisted conception. Book review.// *J Med Ethics*. 200;26; 295.
60. Bogdanskienė G., Gabrėnaitė-Telyčėnienė O., Gudelevičienė Ž., Lapkauskaitė L. Gn RH agonistų ir antagonistų efektyvumas gydant nevaisingumą.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2003 gruodis, tomas VI Nr.4, 294-7 p.
61. Bogdanskienė G., Gudelevičienė Ž., Lenkutyte L. ir kt. Kiaušintakinis nėštumas po pagalbinių apvaisinimo metodų.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2004 rugsėjis, tomas VII, Nr. 3, 229 p.
62. Bowling A. Health care rationing: the public's dabate.// *BMJ* 1996;312:670-674(16 March).
63. Bronsen I, Gordts S, Valkenburg M et all. Investigation of infertile couple: when is appropriate time to explore female infertility?// *Hum Reprod* 2004 19(8):1689-1692.
64. Civilinio kodekso komentaras. III knyga.- *Justitia*, 2002. P294-295.
65. Collins J. Cost-effectiveness of in-vitro Fertilization.// *Semin Reprod Med* 2001;19:279-290.
66. Collins J. Stimulated intra-uterine insemination is not a natural choice for the treatment of unexplained subfertility.// *Human Reproduction*, Vol.18, No.5, 907-912, May 2003.
67. Colpin H., Soenen S. Parenting and psychosocial development of IVF children: a follow up study.// *Hum Reprod.*, April 2002, Vol. 17, No. 4, 1116-1123.
68. Cook R. Vatev I, Michova Z, Golombok S. The European study of assisted reproduction families: A comparison of family functioning and child development between Eastern and Western Europe.// *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Vol 18(3): 203-212, Sep 1997.

69. Čigriejienė V. Medicinos etikos problemos akušerijoje ir ginekologijoje.// Lietuvos akušerija ir ginekologija.2001 rugsėjis, tomas IV, Nr. 3 ,237 p.
70. Danišauskas G. Prigimtinių žmogaus teisių įtvirtinimas Lietuvos Respublikos Konstitucijoje – pažangi bendrosios kultūros dalis.// Jurisprudencija. Mokslo darbai, 32(24) tomas. – Vilnius.: LTU, 2002.
71. Dočka P. Nuo aborto iki žmogžudystės.// Justitia/ 1999, Nr. 3., p. 16-18.
72. Daya S, Gunby J, Hughes EG, et all. Natural cycles for in-vitro fertilization: cost-effectiveness analysis and factors influencing outcomes.// Hum Reprod, Vol 10, 1719-1724
73. Devlin N, Parkin D. Funding fertility:issues in the allocation and distribution of resources to assisted reproduction technologies.// Hum Fertil (Camb). 2003 May;6(2Suppl):S2-6.
74. Dičkutė J., Padaiga Ž., Grabauskas V. ir kt. Motinos amžiaus, socialinių veiksnių, gyvensenos ir darbo sąlygų nėštumo laikotarpiu sąsaja su negyvagimių rizika. // Lietuvos akušerija ir ginekologija. 2002, rugsėjis, tomas V, Nr. 2. p. 91-97.
75. Drūtytė O., Šalyginė J. Moters vaisingumo pokyčiai po laparoskopinių adheziolyzių.// Lietuvos akušerija ir ginekologija. 2001, rugsėjis, tomas IV, Nr. 3. p. 298.
76. Edi-Osagie Eco , Hooper L, McGinlay P et all. Effect(s) of assisted hatching on assisted conceptions (IVF /ICSI). // The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.:CD001894.DOI:10.1002/14651858.CD001894.
77. Edward V, Holloway AC, Foster WG. Environmental and occupational factors affecting fertility and IVF success.// Human Reprod Update 2005 11(1):43:57.
78. Eugester A, Vingerhoets AJ, Psychological aspects of in vitro fertilization: a review.// Soc Sci Med. 1999 Mar; 48(5):575-89.
79. FIGO Žmogaus reprodukcijos ir moterų sveikatos etikos komiteto rekomendacijos.// Lietuvos akušerija ir ginekologija 2001 kovas, tomas IV ,Nr. 1, p 10-12.
80. Fisher JRW, Hammarberg K, Baker HWG. Assistedconception is a risk factor for postnatal mood disturbance and early parenting difficulties.// Fertil Steril Aug 2005, 84(2):426-430.
81. Furmonavičius T., Naudžiūnas A., Stackevičiūtė R. Gydomo metodų ekonominės analizės.// Sveikatos mokslai, 2004 Nr. 1, p.97-101.
82. Garceau L, Henderson J, Davis LJ et all. Economic implications of assisted reproductive techniques: a systematic review. // Human Reproduction, Vol 17, No,12, 3090-3109, Dec 2002.
83. Gibson F.L. The mother – child Relationships Following In Vitro Fertilization: Infant Attachment, Responsivity and Maternal Sensitivity./// Journal of Child Psychology and Psychiatry (2000),41:1015:1023 Cambrige University Press.

84. Gintautas V. Daugiavaisis nėštumas.// Lietuvos akušerija ir ginekologija. 2003 rugsėjis, tomas VI, Nr.3, 216-222 p.
85. Gissler M, Tiitinen A. IVF treatments and their outcomes in Finland in the 1990s.// *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Oct;80(10):937-44.
86. Gissler M, Klementi R, Sevon T et all. Monitoring of IVF birth outcomes in Finland: a data quality study.// *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2004, 4:3.
87. Gnoth C ,Godehardt D, Godehardt E et all. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility.// *Human Reproduction*, Vol.18,No.9, 1959-1966, Sept. 2003.
88. Gnoth C, Godehardt E, Friol K et all. Definition and prevalence of subfertility and infertility.// *Hum Reprod* 2005 20(5):1144-1147.
- 89 Gnoth C., Frank-Herrmann P, Schmoll A et all. Cycle characteristics after discontinuation of oral contraceptives.// *Gynecol Endocrinol*. 2002 Aug;16(4):307-17.
- 90.Goldworth A. Ph D. The Ethics of In Vitro Fertilization. // *Pediatrics in Review*. 1999;20:E28-E31.
- 91.Golombok S., Brewaeyts A., Giavazzi M.T., Guerra D., MacCallum F., Rust J. The European study of assisted reproduction families: The transition to adolescence.// *Hum Reprod.*, 2002, Vol 17,No3, pp830-840.
92. Gomel V. Reproductive surgery.// *Minerva Gyneco*. 2005 Feb; Vol57(1), pp.21-8.
93. Gosden R Trasler J, Lucifero D et all. Rare congenital disorders, imprinted genes and assisted reproductive technology.// *Lancet*. 2003 Jun 7;36(9373):1975-7.
94. Granberg M. , Strandell A, Thorburn J.. Economic evaluation of infertility treatment for tubal disease.// *J Assist Reprod Genet*. 2003; Aug;20(8):301-8.
95. Hammarberg K, Klarke VE. Reasons for delaying childbearing – a survey of women aged over 35 years seeking assisted reproductive technology.// *Aust Fam Physician*.. 2005 Mar;34(3):187-8, 206.
96. Harris J, Holm S. The future of human reproduction: Ethics, Choice, and regulation. Book review.// *J Med Ethics* 2000;26;294-295.
97. Ten Have HAM, Ter Meulen RJH, Van Leeuwen E. *Medicinos etika.* –Vilnius: Charibdė, 2003, P. 439.
98. Hendriks AC.Patients rights and Access to health care.// *Med Law*. 2001;20(3):371-8.
99. Hjelmsted A, Widstrom AM, Wramsbay H, Matthiesen AS, Collins A. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study.// *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*. Feb 2003, Vol82, Issue 2, P152.

- 100.** Howard W. Jones, Jean Cohen. "IFFS Surveillance 04".// *Fertil Steril*. 2004, Vol.81 No5 Suppl 4. MAY 2004.P10-18.
- 101.** Hughes EG ,Giacomini M. Funding in vitro fertilization treatment for persistent subfertility: the pain and politics.// *Fertil Steril*. 2001 Sept ;76(3)431-42.
- 102.** Illions EH. Infertility: etiologies, evaluation and treatments.// *Drugs Today (Barc)*. 2000Jun;36(6):369-82.
- 103.** Inge GB, Brinsden PR, Elder KT. Oocyte number per live birth in IVF : were Steptoe and Edwards less wasteful?.// *Hum Reprod*. 2005 Mar;20(3):588-92.Epub 2005 Feb 2.
- 104.** Janickienė r, Butautienė D, Butylkina M. Moterų, gydytų dėl nevaisingumo, nėštumo ir gimdymo ypatumai. // *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2001 rugsėjis, T. IV, Nr.3, P. 250.
- 105.** Jankauskienė D. ir kt. Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994-1999 m. // *Medicina* (2002) 38 tomas, Nr. 9, p.933-9.
- 106.** Jankauskiene D. et all. Towards evidence-based health care reform.// *Bulletin of the World Health Organization*,1999, 77(1)p. 44-46.
- 107Jankauskiene D. Health Care Reform in Lithuania.//*Eurohealth* Vol 2 No 2 June 1996.
- 108.** Janonis S.J. Privalomojo sveikatos draudimo raida.// *Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos. Mokslinė – praktinė konferencija. – Druskininkai, 2002, 1-5 p.*
- 109.** Janušonis V. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant. –Klaipėda, 2000, P.265.
- 110.** Juškevičius J. Biotechnologijų iššūkiai: nuo bioetikos link bioteisės.// *Sveikatos mokslai*, Nr. 3, 2004, p. 70-75.
- 111.** Katz P, Nachtigall R, Showstack J. The economic impact of the assisted reproductive technologies.// *Nat Cell Biol*. 2002 Oct;4 Suppl:s29-32.
- 112.** Kavoliūnaitė E. Žmogaus gyvybės teisinės apsaugos pradžios koncepcijos.//*Teisės problemos*, 2005/2(48), 5-26.
- 113.** Kirby MD. Bioethics of IVF – the state of debate.// *J Med Ethics* 1984 Mar;10(1):45-8.
- 114.** Klementi R, Gissler M, Hemminki E. Equity in the use of IVF in Finland in the late 1990s.// *Scand J Public Health*. 2004;32(3):203-9.
- 115.** Klementi R, Gissler M, Sevon T et all. Multiples do better than ivf singletons compared with naturally conceived children.// *Eur J Public Health*, Dec 2004;14:15-16. – Oxford Journals online.
- 116.** Klip H, van Leeuwen FE, Schats R et all. Risk of benign gynaecological diseases and hormonal disorders according to responsiveness to ovarian stimulation in IVF : a follow-up study of 874-14 women.// *Hum Reprod*. 2003 Sep; 18(9):1951-8.

- 117.** Klonoff-Cohen H. Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown.// *Hum Reprod Update*. 2005 Mar-Apr;11(2):179-203. Epub.
- 118.** Koivurova S, Hartikainen AL, Sovio U et al. Growth, psychomotor development and morbidity up to 3 years of age in children born after IVF.// *Hum Reprod*. 2003 Nov; 18(11):2328-36.
- 119.** Koivurova S., Hartikainen AL, Gissler M et al. Health care costs resulting from IVF: prenatal and neonatal periods.// *Hum Reprod*. 2004 Dec;19(12):2799-2805.
- 120.** Kurinczuk JJ, Bower C. Birth defects in infants conceived by intracytoplasmic sperm injection: an alternative interpretation.// *BMJ* 1997;315:1260-1265 (15Nov).
- 121.** Lemens G.M.D. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples.// *Human Reproduction*. 2004 19(8):1917-23.
- 122.** Lenton EA. Stimulated intrauterine insemination: efficient, cost-effective, safe?// *Hum Fertil (Camb)*. 2004 Dec;7(4):253-65.
- 123.** Lerner-Geva L., Toren A, Chetrit A et al. The risk for cancer among children of women who underwent in vitro fertilization.// *Cancer*. 2000 Jun 15;88(12):2845-7.
- 124.** Lerner-Geva L, Geva E, Lessing JB et al. The possible association between in vitro fertilization treatments and cancer development.// *Int J Gynecol Cancer*. 2003 Jan-Feb; 13(1):23-7.
- 125.** Levkov L, Janickienė RV. Pagalbiniai nevaisingumo gydymo metodai. –Kaunas:Vita Litera, 2003. –103p.
- 126.** Lietuvos Sveikatos programa. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII–833.- Vilnius: UAB “Medikų žinių leidykla“.// ISBN 9986-9215-2-X. - 55p.
- 127.** Lukassen HG., Braat D, Wetzels AM et al. Two cycles with single embryo transfer versus one cycle with double embryo transfer: a randomized controlled trial.// *Hum Reprod*.2005 Mar;20(3):702-708.
- 128.** MacMahon CA, Ungerer JA, Tennat C, Saunders D. Psychosocial adjustment and quality of mother – child relationship at four months post partum after conception by in vitro fertilization.// *Fertil Steril*. 1997 Sept;68(3):492-500.
- 129.** Mackenbach JP, Kunst AE. Socialinių ir ekonominių sveikatos skirtumų įvertinimas. – PSO Europos regiono biuras. Kopenhaga, 1995, -P. 115.

- 130.** Merlob P, Sapir O, Sulkes J et al. The prevalence of major congenital malformations during two periods of time, 1986-1994 and 1995-2002 in newborns conceived by assisted reproduction technology. // *Eur J Med Genet.* 2005 Jan-Mar;48(1):5-11. Epub 2005 Feb.
- 131.** Mesonis G., Meilius K. Moralės normos konstituciniuose teisiniuose santykiuose.// *Jurisprudencija. Mokslo darbai*, 31(23) tomas. – Vilnius.: LTU,2002.
- 132.** Mitton C., Donaldson C. Health care priority settings: principles, practice and challenges.// *Cost Effectiveness and Resource allocation* 2004, 2:3
- 133.** Moll AC , Imhof SM, Cruysberg JR et al. Incidente of retinoblastoma in children born after in-vitro fertilization.// *Lancet.* 2003 Jan 25; 36(9354):309-10.
- 134.** Motinos ir naujagimio teisių Barcelonos deklaracija, priimta v pasaulio perinatalinės medicinos kongrese 2001 09 24.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija.* 2002, birželis, tomas V, Nr. 2.
- 135.** Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2002. – Vilnius, 2003.// ISSN 1648-7338. – 91p.
- 136.** Nadišauskienė R. Moksliniais įrodymais pagrįsta medicinos praktika.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija.* 2001 rugsėjis, tomas iv Nr. 3, p.237.
- 137.** Narbekovas A. John Paul II's Teaching on Natural Law *in Veritatis Splendor.*//*Soter* 2000 5(3).
- 138.** Narbekovas A. Meilius K. Biotechnologijos: pagalba ar iššūkis santuokai kaip institucijai.// *Sveikatos mokslai.* Nr. 2, 2002, p.
- 139.** Neal MS, Hughes EG, Holloway AC et al. Sidestream smoking is equally as damaging as mainstream smoking on IVF outcomes.// *Hum Reprod.* 2005 May 26.
- 140.** Neumann PJ, Gharib SD, Weinstein MC. The cost of a successful delivery with in vitro fertilization.// *N Engl J Med,* 1994 Jul 28; 331(4):239-43.
- 141.** Nyboe A, Gianaroli L, Nygren KG. Assisted reproductive technology in Europe, 2000. Results generated from European register by ESHRE.// *Hum Reprod* Vol. 19, No3 pp.490-503.
- 142.** Olatunbosun OA, Edouard L, Pierson RA. How important is health promotion in the lifestyle of infertile couples?// *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1997;24(4):183-6.
- 143.** Ombelet W.,De Sutter P, Van der Elst J et al. Multiple gestation and infertility treatment: registration, reflection and reaction – the Belgan Project.// *Hum Reprod Update.* 2005 Jan-Feb;11(1):3-14.
- 144.** Pandian Z., Nikolaou D, Templeton A et al. In vitro fertilization for unexplained subfertility (Cochrane Review). Abstract// *The Cochrane Library* , Issue 1, 2005.



- 145.** Papaligoura Z, Panopoulou-Maratou O, Solman M, Arvaniti K, Sarafidou J. Cognitive development of 12 month old Greek infants conceived after ICSI and the effects of the method on their parents.// *Hum Reprod.* Apr 22, 2004, Vol. 19, No. 6, 1488-1493.
- 146.** Pinborg A, Loft A, Andersen AN. Neonatal outcome in a Danish NATIONAL cohort of 8602 children born after in vitro fertilisation or intracytoplasmic sperm injection: the role of twin pregnancy.// *Acta Obst et Gynecol Scandinavica.* Vol 83 Issue 11 Page1071-Nov 2004.
- 147.** Pinborg A, Loft a, Schmidt L et all. Morbidity in a Danish National cohort of 472 IVF/ICSI/ twins and 1132 non-IVF-ICSI twins and 634 singletons: health related and social implications for the children and their families.// *Hum Reprod.* 2003 Jun;18(6):1234-43.
- 148.** Reynolds MA, Shieve LA, Jeng G et all.. Does insurance coverage decrease the risk for multiple births associated with assisted reproductive technology?.// *Fertil Steril.* 2003 Jul;80(1):16-23.
- 149.** Robert W.Rebar, Alan H. DeCherney. Assisted Reproductive Technology in the United States.// *N Engl J Med* 350;16.2004 Apr15, p.1603-4.
- 150.** Sadauskas. V. Šeimoms planavimo svarba sąmoningos tėvystės ir motinystės sampratoje.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija.*2001 rugsėjis, tomas IV, Nr. 3 ,237 p.
- 151.** Sadauskas V., Gudonavičius A. Apvaisinimas mėgintuvėlyje Lietuvoje.// *Medicinos teorija ir praktika.*2000- 1(21), p.43-44.
- 152.** Sašlyginė J. Ir kt. Nevaisingumo gydymas IUI procedūra.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija.*2004 rugsėjis, tomas VII, Nr. 3 ,205 p.
- 153.** Shackley P, Ryan M. Involving consumer in health care decision making.// *Health Care Anal.* 1995 Aug;3(3):196-204.
- 154.** Shanner L., Nicker J. Bioethics for clinicians: Assisted reproductive technologies.// *Canadian Medical Association Journal.* 2001;164(11)1589-94.
- 155.** Shieve LA, Susan F, Ferre C et all. Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology.// *New Engl J Med.* Vol 346:731-737, Mar 7, 2002. No10.
- 156.** Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment.// *Hum Reprod.*,1997, Vol 12, No 1, P183-190.
- 157.** Smilga E. Janu6onien4 K. A conceptual framework for a strategically managed health care system.// *Sveikatos mokslai* Nr. 2, 2005 m. P48-53.
- 158.** Spira N Spira A, Schwartz D. Contraception and subsequent fertility. Results of a retrospective study. // *Contracept Fertil Sex (Paris).* 1985 Jan;13(1 Suppl):353-8.
- 159.** Spruogis E. Pilietinių ir politinių bei ekonominių, socialinių ir kultūrinių asmens teisių santykis.// *Jurisprudencija. Mokslo darbai,* 21(13) tomas. – Vilnius.:LTU, 2001.

160. Strandell A. Surgery in contemporary infertility.// *Curr Womens Health Rep.* 2003 Oct;3(5):367-74.
161. Sutcliffe A G. Health risk in babies born after assisted reproduction :Risk of anomalies, low birth weight and multiple pregnancies may be increased.// *BMJ* 2002;325:117-118(20 July)Editorials.
162. Sydsjo G, Ekholm K, Kjellberg S, Sydsjo A. Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow –up study.// *Human Reproduction.* 2005,Jul;Vol.20(7), 1952-7.
163. Šilkūnas M., Bartkevičienė D. Ališauskas J. Negimdinio nėštumo ultragarsinė diagnostika.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija.* 2004 rugsėjis, tomas VII, Nr. 3, p.241.
164. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija TLK-10, dešimtoji redakcija.// *Pasaulinė sveikatos organizacija.* – Ženeva, 1992.
165. Templton A. The multiple gestation epidemic: The role of assisted reproductive technologies.// *American Journal of Obst and Gyn* (2004)190. 894-8.
166. Tiitinen A, Gissler M. Effect of in vitro fertilization practices on multiple pregnancy rates in Finland.// *Fertil Steril.* 2004 Dec;82(6):1689-90.
167. TvariJonavičienė E., Mockutė I., Stankevičiūtė R. Inseminacijos į gimdą (IUI) procedūrų, atliktų Kauno vaisingumo klinikoje, priežasčių ir rezultatų analizė.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija,* 2004 rugsėjis, tomas VII, Nr. 3, p.226.
168. Usoninė A., Malinauskienė E., Čerkienė Ž. Mikromanipuliacinių procedūrų įtaka embrionų kokybei ir pastojimo dažnumui, atliekant IVF.// *Lietuvos akušerija ir ginekologija,* 2004 rugsėjis, tomas VII, Nr. 3, p.226.
169. Vaišvila A. Teisės teorija. – Vilnius, Justitia, 2004, P. 527.
170. Vaišvila A. Teisingumas : jo formos ir socialinė reikšmė.// *Jurisprudencija. Mokslo darbai* 24(16) tomas. –Vilnius.:LTU, 2002.
171. Vaišvila A., Mesonis G. Žmogaus teisės ir jų gintis.- Vilnius, Lietuvos Teisės akademija, 2000, p. 4-33.
172. Van Voorhis BJ, Syrop CH. Cost-effective treatment of couple with infertility.// *Clin Obst Gynecol.*2000 Dec;43(4):958-73.
173. Vessey M.P. et all/ Fertility after stopping oral contraceptives.// *Br.J. Family Planning* 1986;11, 120-124.
174. Wiegratz I., Kuhl H. Long-cycle treatment with oral contraceptives. // *Drugs.* 2004; 64(21):2447-62.
175. Whitehead M. Teisumo sveikatos santykiuose koncepcijos ir principai. - PSO Europos regiono biuras. Kopenhaga, 1990. – 26 p.

176. Whitehead M., Dahlgran G. Teisumo sveikatos santykiuose rėmimo politika ir strategija.- PSO Europos regiono biuras. Kopenhaga, 1992. – 45 p.

#### Interneto svetainės

177. 94% of fertility patients never receive treatment.// <http://news-medical.net>. 2004.11.02.
178. Abbot defends IVF cutback plan. 27/04/2005. ABC News Online.// <http://www.abc.net.au>. - 2005.03.08.
179. Abortion, the total rate.// <http://www.un.lt>. 2005. 02. 03.
180. Access to care and financial protection for all.// <http://www.who.int>. -2005.01.22.
181. Assisted Reproduction. Women's Health in Israel 1999.// <http://www.iwn.org.il> . – 2004.06.29.
182. The Assisted Human Reproduction Agency of Canada.// <http://www.hc-sc.gc.ca>. 2004.11.02.
183. Blyth E. Truth and the Child 10 years on:Informatikon Exchange in Donor assisted Conception. <http://www.jmedethics.com>. -2004.12.04.
184. Bradley J, Van Voorhis MD. Infertility Treatment: What is a Cost Effective Approach?// <http://www.sharedjourney.com> - 2004.11.29.
185. Bradshaw PL. Health Policy for Health Care Professionals.// <http://www.sagepub.com>. 2005.02.04.
186. BRZ. „Regelungen in der Anderen Landern.“// <http://www.repromed.de>. 2005.01.06.
187. Children born from in vitro fertilization.// <http://www.terveysportti.fi>. -2005.01.24.
188. Collins J. Cost-effectiveness of in Vitro fertilization.// <http://www.thieme-connect.de>. - 2004.11.22.
189. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on „ Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction“ in Geneva, Switzerland, 17-21 Sept 2001.// <http://www.who.int/reproductive-health/infertility>. 2004.12.04
190. Černiauskas G. Sveikatos apsaugos reformos antrąjį Nepriklausomybės dešimtmetį.// <http://www.sec.sec.lt>. 2004.10.20.
191. Dirbtinis apvaisinimas Lietuvoje. // <http://www.fertility.lt>. 2004.12.15.
192. Dirbtinis apvaisinimas.// <http://www.bioetika.sam.lt> . 2004.10.05.
193. Dirbtinio apvaisinimo realybė, aktualijos ir nėštumo išsaugojimas.// <http://www.daniela.lt>. 2004.11.02
194. Defining Infertility. // <http://www.fhi.org>. 2004.12.21.
195. European Commission proposes strict ethical guidelines on EU funding of human embryonic stem cell research.// <http://europa.eu.int>. 2005.03.14.

196. The Efficacy and adverse effects of in vitro fertilisation and embryo transfer. DARE abstract 999294.// <http://agatha.york.ac.uk>. -2005.01.04.
197. Efficacy of in vitro fertilization and embryo transfer. Evidence Summaries. 2003. // <http://www.terveysportti.fi>. -2005.01.24.
198. The ESHRE Task Force on Ethics and Law.// <http://humrep.oupjournals.org>. 2004.11.11
199. European Risk Management Strategy: Progress to date and next steps.// <http://www.emea.eu.int>. - 2005.02.05.
200. Fertility After Oral Contraceptives.// <http://www.fertilityfriend.com>. -2005.08.02
201. Fertility Drug May Boost Uterine Cancer Risk.// <http://www.nlm.nih.gov>. 2005.05.03.
202. Government introduces Legislation on assisted Human Reproduction including regulatory agency.// <http://www.emedicine.com/med/topic>. 2004.11.05.
203. Gissler M et al. Monitoring of IVF birth outcomes in Finland :a data quality study.// <http://www.biomedcentral.com>. 2004.12.04.
204. Gnoth C. et al. Definition and prevalence of subfertility and infertility. // <http://humrep.oxfordjournals.org>. 2005.02.02
205. Goverde AJ ,McDonnell J, Vermeiden JP et al. Intrauterine insemination or in-vitro fertilization in idiopathic subfertility and male subfertility: a randomised trial and cost – effectiveness analysis. NHS EED abstract 20008005.// <http://agatha.york.ac.uk>. -2004.11.22.
206. Govt considering IVF limits: Costello – Breaking News – [http:// www.smh.com.au](http://www.smh.com.au). – 2005.05.03.
207. Granberg M. Economic aspects of infertility treatment. //<http://www.lib.umi.com/dissertations/fullcit/f662609>. – 2005.08.24.
208. In vitro fertilization. IVF pregnancy outcomes.// <http://www.ivf-infertility.com>. 2005.03.01
209. Harris John, Holm Soren. The future of Human Reproduction: Ethics, Choice and regulation.// [www.jmedethics.com/dethics](http://www.jmedethics.com/dethics)2005.01.04
210. Health and Social Security. Pregnancy. // <http://www.ch.ch>. -2004.11.22.
211. Health Technology Assessment.// <http://www.ccohta.ca/entry-e.html>. 2004.12.20.
212. HFEA to announce research licence applications.// <http://www.hfea.gov.uk>. - 2005.01.13.
213. How is Infertility Diagnosed?// <http://www.asrm.org/patients/fags.html>. –2004.11.20.
214. How to investigate and treat infertility. EBM Guidelines 29.9.2004.// <http://www.terveysportti.fi>. 2005.01.03
215. How Infertility Testing Begins.// <http://preconception.com/resources/articles>. 2004.12.06

216. Infertility-Evaluation of Female Patient.// <http://www.emoryhealthcare.org>. 2004.12.20.
217. Infertility and Miscarriage. Research Summaries.// <http://www.chem-tox.com/infertility>. 2005.09.01.
218. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Išlaidos sveikatos priežiūrai 1994-2003 m.// <http://www.lsic.lt>. 2005.01.05
219. IVF Outcomes Improving in United States.// <http://www.brightamandwomens.org>. 2004.12.08.
220. IVF pregnancy outcomes. // <http://www.ivf-infertility.com>. -2004.12.30.
221. Jakušovaitė I, Vitkus A. Naujos technologijos medicinoje ir etika.// <http://ausis.gf.vu.lt>. 2004.10.22.
222. John C Petrozza. Assisted Reproduction Technology.// <http://www.emedicine.com>. 2005.09.30.
223. Kirvelis D. Trys paradigmos šiuolaikinėje biologijoje.// <http://www.ausis.gf.lt>. 2004.12.30.
224. Kling A. Getting to Health Care for Tomorrow.// <http://www2.techcentralstation.com>. 2004.11.30.
225. Koren G. Averse Effects of Assisted Reproductive Technology and Pregnancy Outcomes.// <http://www.pedresearch.org>. 2005.04.29.
226. Krom SK. Public versus private financing of health care in the market for in vitro fertilization services in Canada: how does it affect welfare function?// <http://wwwlib.umi.com>. 2005.08.24.
227. Lietuvos vyskupų kreipimasis dėl dirbtinio apvaisinimo Nr. 1-180/02.// <http://www.lcn.lt>. 2004.10.22.
228. Lietuvos Respublikos gyventojų ir būstų 2001 m. visuotinio surašymo rezultatai.// <http://www.std.lt>. 2005.05.01.
229. Ludwig MJ. Maternal-Fetal Conflict.// <http://eduserv.hscer.washington.edu>. 2004.10.08.
230. Lyngstadaas A. Intracytoplasmic Sperm Injection.// <http://www.inahta.org>. -2005.04.29.
231. Medical Encyclopedia: Infertility.// <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>. – 2005.05.03.
232. MRC (Medical Research Council) recommends improved monitoring and evaluation of ARTs.// <http://www.phgu.org.uk/whats-new.html>. 2005.02.06.
233. Narbekovas A. Biotechnologijų apsuptyje.// <http://www.uzgyvybe.lt/> 2004.11.11.
234. The President's Council on Bioethics Reproduction and Responsibility: The Regulation of New Biotechnologies.// [www.bioethics.gov](http://www.bioethics.gov). 2004.11.22.
235. Pro-IVF Doctors group calls Human Embryo harvesting „ethical“.// <http://www.lifesite.net/ldn>. 2005.08.05.

236. Rapolas E. Teisinė išvada dėl LR Civilinio kodekso 3 knygos 5 skirsnio „Dirbtinis apvaisinimas“// <http://www.lygus.lt>. 2004.11.26.
237. Ratcliffe J. The economics of IVF programme: a critical review”// <http://www.buseco.monash.edu.au>. - 2004.12.04.
238. Reprodukcinės teisės ir gyventojų politika// <http://www.spa.lt> 2004.10.28.
239. Religion guides views of fertility treatment in Middle East// <http://www.obgyn.net>. 2004.10.20.
240. Robertson J.A. Let’s not make criminals out of fertility patients// <http://www.utexas.edu/law/news>. 2005.07.20.
241. Sargautytė R. Žmogus ir jo liga// <http://www.ausis.gf.vu.lt/ny/nr/2002>. 2004.10.30.
242. Sexual health – a new focus for WHO// <http://www.who.int/reproductive-health>. 2004.12.01.
243. Shea J.B. The moral status of in vitro fertilization (IVF) Biology and method// <http://catholicsight.com/online/church/vatican>. 2005.07.20.
244. Smoking, Extra Weight Decrease Ods IVF Success// <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus> 2005.05.05.
245. Some Protestant Reflections. August 10, 2001 Episode No. 450// <http://www.pbs.org>. 2005.10.24.
246. van Steirteghem A. Twenty years of in vitro fertilization: realization and questions for the future// <http://www.ncbi.nlm.gov/entrez>. -2005.01.05.
247. Sveikatos (medicininių išlaidų) draudimas// <http://www.draudimas.lt>.
248. Sveikatos apsaugos politika. – LLRI:Projektai:Seimas 200: Knyga 2000-2004 metų Seimo nariams ir rinkėjams // [www.lrinka.lt](http://www.lrinka.lt).
249. Sveikatos rodikliai. // <http://www.lsic.lt>. -2005.11.11.
250. Tarptautinė Vidurio ir Rytų Europos Bioetikos Konferencija. Vilnius, Lietuva, 2002 m. lapkričio 11-12. Baigiamasis Pareiškimas. // <http://www.unesco.lt>. 2004.10.11.
251. Tarptautinė konferencija „Reprodukcinė gyventojų sveikata ir teisės Lietuvoje: įstatymai ir politika“// <http://www.lygus.lt>/ 2004.09.22.
252. UK woman kinned by rare IVF risk// <http://www.newsvote.bbc.co.uk>. –2005.06.21.
253. U.S. public policy and the biotechnologies that touch the beginning of human life: findings// <http://www.bioethics.gov/background/human-life-findings/html>. 2004.09.30.
254. Usonienė A., Čerkienė Ž., Usonytė A. ir kt. Suminės embrionų vertės įtaka pagalbinių apvaisinimo (IVF ir ICSI būdais) rezultatams// <http://www.bpg.lt>. - 2005.09.14.
255. 2003 m. “Vaisingumo klinikos” apvaisinimo mėgintuvėlyje (IVF) procedūrų taikymo efektyvumas// <http://www.vaisingumas.lt>. -2004-02-03.

256. Watt H. Shopping For Genes.// <http://www.medethics.org>. 2005.02.04.
257. Wood C. Embryo splitting: a role in infertility? <http://www.publish.csiro.au>. 2004.12.11
258. What is infertility?// <http://www.multicare-assoc.com>. 2004.12.21.
259. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. // Reproductive Health/Pregnancy Programe. – Copenhagen, Denmark., Nov 2001. // <http://www.euro.who.int>. 2005.06.12.
260. WHO statistical Information System.// [http:// www.who.int/reproductive-health/infertility/25-2.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/infertility/25-2.pdf). 2004.11.25.
261. Woman died after starting IVF treatment. // <http://www.thisislocallondon.co.uk>. - 2005.09.05
262. World Health Assembly adopts global strategy on reproductive health and resolution on the family and health.// <http://www.stanford.edu>. 2004.12.21.

## Santrauka

Atkūrus Lietuvos Respublikos nepriklausomybę, buvo pradėta sveikatos apsaugos reforma. Esminis reformos bruožas – tai perėjimas nuo biudžetinio finansavimo prie draudiminės sistemos.

Socialinė teisė į valstybės laiduojamą medicinos pagalbą buvo įtvirtinta Lietuvos Respublikos Konstitucijoje ir išplėta sveikatos teisės aktų sistemoje. Buvo sukurta Privalomojo sveikatos draudimo fondą administruojančių institucijų sistema – Valstybinė ir Teritorinės ligonių kasos. Nežiūrint pozityvių reformos tendencijų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai nuolatos susiduria su finansinių resursų stygiaus ir teisingo paskirstymo problema.

Valstybė yra besąlygiškai įsipareigojusi užtikrinti piliečiams būtinąją medicinos pagalbą. Diskrecinės medicinos pagalbos finansavimas priklauso nuo biudžeto galimybių ir yra įtakojamas politinių sprendimų.

Motinos ir vaiko sveikatos priežiūra pagrįstai yra laikoma sveikatos priežiūros prioritetu. Vykdamas Vyriausybines Motinos ir vaiko programą, taip pat yra plėtojama moderni reprodukcinę teisių koncepcija. Tuo būdu „saugus“ abortas, kontracepcijos ir liberalaus lytinio elgesio skatinimas tampa nenuoseklios valstybinės reprodukcinės politikos dalimi. Šiame kontekste ryškėja kontroversijos į dirbtinį apvaisinimą kaip sveikatos priežiūros paslaugą.

Sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja, kad sveikatinimo veikla turi būti teisėta, saugi, etiškai priimtina bei teikiama pacientui sutikus. Finansuojant sveikatos priežiūrą valstybės lėšomis, prioritetai nustatomi, papildomai atsižvelgiant į tiesioginius ir netiesioginius naujų technologijų kaštus. Taip užtikrinamas sveikatos santykių teisumas visiems piliečiams.

Pradėjus taikyti dirbtinį apvaisinimą, nevaisingoms poroms buvo suteikta nauja viltis išspręsti nevaisingumo problemas. Tačiau pastaruoju metu sveikatos priežiūros teikėjai dažniau susiduria su DA komplikacijomis – daugiavaisiais nėštumais, neišnešiotumu, apsigimimais, IVF stresu ir t.t. Nėra įdiegta vieningos DA rezultatų monitorinio sistemos.

Autorė pateikia DA finansavimo kriterijų iš PSDF biudžeto analizę bei hipotetinį šios technologijos inkorporavimo į kompensuojamųjų sveikatos priežiūros paslaugų katalogą. Pabrėžiama DA rizika, PSDF biudžeto išlaidų didėjimo tendencija, ypač dėl komplikacijų gydymo. Šias išlaidas biudžetas apmoka jau dabar, kai DA dar nėra kompensuojama. Taigi, neužbaigtas DA įteisinimas, medicininė rizika, etiniai prieštaravimai bei neefektyvūs kaštai DA finansavimą iš PSDF biudžeto daro problematišką. Tai būtų politinis sprendimas, kuris išprovokotų biudžeto disbalansą, pažeistų pacientų, kuriems reikalinga būtinoji pagalba, interesus, sutrikdytų socialinę pusiausvyrą sveikatos santykiuose.



## Summary

Legal aspects of human assisted reproduction's reimbursement from the Budget of Public Health Insurance Fund Budget

Birutė Kavaliauskienė.

Supervisor. Andrius Narbekovas, Prof. Dr., Department of Biolaw of Mykolas' Romeris' University.

Consultant. Jonas Juškevičius, Ass. Prof. Dr., Chief of Department of Biolaw of Mykolas' Romeris' University.

Vilnius, 2005.

Lithuanian Parliament and Government started to carry out health care reform just after restoration of Lithuania's independence. Budget financing was radically changed to insurance financing and direct payment after rendering health care service.

The social right to health care was consolidated in Lithuania's Fundamental Law and the whole system of special laws, coordinating health care activities. Special institutions – State and Territorial Sickness Funds – were established to administer Budget of Public Health Insurance. Nevertheless still nowadays health care providers are constantly dealing with the limited funding and objections of resources allocation.

Insurance of acute care is considered to be the State's obligation for all patients. Discretive health care funding depends on economical power of Budget and some decisions are influenced by priorities and politics.

Maternal and Infant's health is reasonably considered to be a priority of health care service. Providing Maternal and Infant's Health Program Lithuanian Government also presses forward modern conception of reproductive rights. So "safe" abortion and sexual behavior liberated by the contraception make governmental politics of human reproduction inconsequent.

Under such circumstances human assisted reproduction – as a kind of health care service for infertile couple – became contradictory.

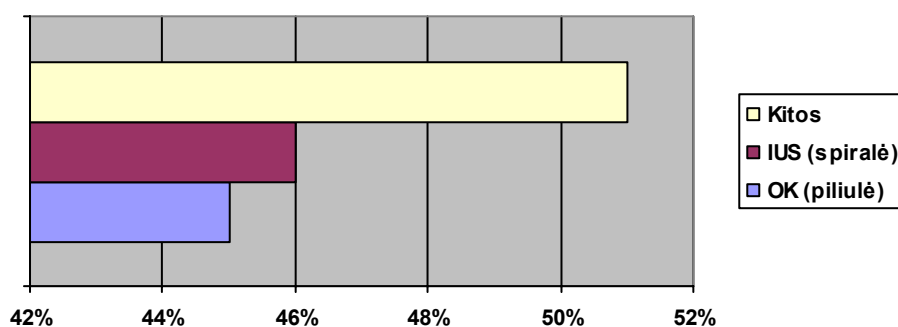
According to Health System Law every health care service must be legitimated, medically safe and ethically acceptable, provided under voluntary informed consent of patient. Public funding priorities are allocated taking into account direct and indirect costs of new health care technologies and providing equity of health care for all citizens.

ART (assisted reproductive technologies) inspired great hopes for infertile patients on their first stages. Nowadays health care providers more often deal with their complications (multiple pregnancies, prematurity, malformations, post IVF stress, etc.), having no monitoring system.

The author of this article presents a hypothetical model of incorporating ART into available public health care reimbursement system. However, we must underline prevalence of risk in ART, increasing expenditure of Public Health Insurance Fund in cases of ART complications. These payments are obligating and real for just now. So, uncompleted legislation, medical and ethical controversies, low costs effectiveness make ART funding problematical. It could provoke not only disbalance of Budget, but disturb social stillness and harm interests of acute care patients.

Lentelė NR. 1

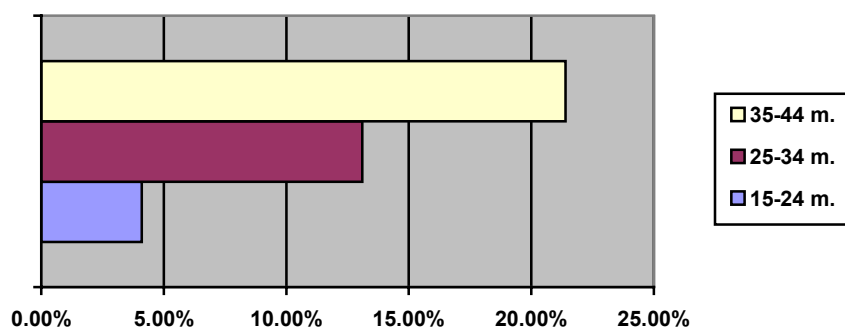
### Kontraceptinių priemonių įtaka vaisingumui (vaisingumas atsistato nuo pirmo ciklo)



Contracept Fertl Sex (Paris). 1985 Jan; 16(1 Suppl):353-8.

Lentelė NR. 2

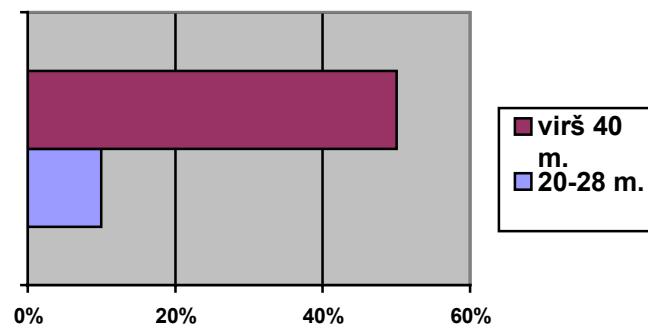
### Nevaisingumo priklausomybė nuo moters amžiaus



Readbook Magazine, August, 1993  
<http://www.chem-tox.com/infertility>

Lentelė NR. 3

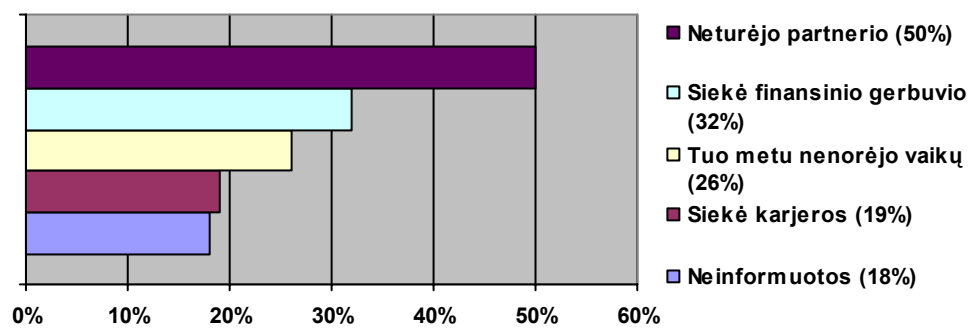
### Persileidimų dažnių priklausomybė nuo nėščiosios amžiaus



Chatelaine Magazine November 1993, pg. 26  
<http://www.chem-tox.com/infertility>

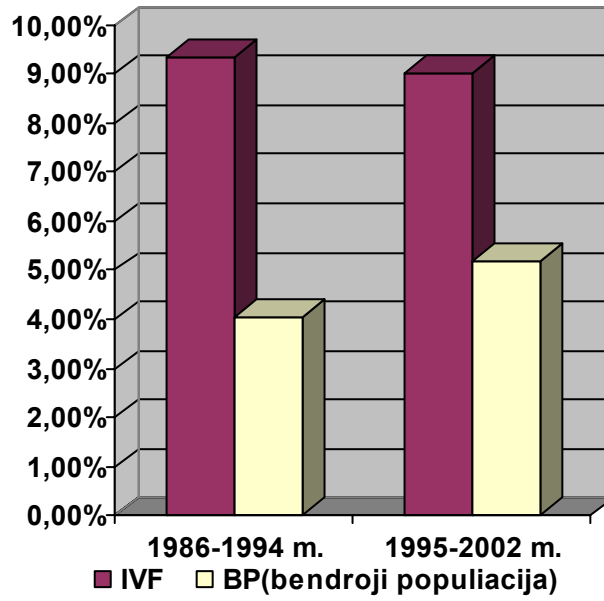
Lentelė NR. 4

### „Atidėtų“ nėštumų priežastys (Australija)



Aust Fam Physician. 2005 Mar;30(3): 187-8, 206

**Įgimtų ydų dažnio palyginimas tarp IVF vaikų  
ir bendros populiacijos Izraelyje**



Eur J Med Genet. 2005 Jan-Mar; 48(1):5-11. Epub 2005 Feb

## IVF NĖŠTUMŲ REZULTATAI

<http://www.ivf-infertility.com>.

Patologija	DA	Natūralus pastojimas	Komentarai
Persileidimai	14-30%	15-20%	Nežymus skirtumas dėl vyresnio IVF nėščiųjų amžiaus
Negimdinis nėštumas	1-11%	0,2-1,4%	Rizika išauga dėl įvairių faktorių
Priešlaikinis gimdymas	24-30%	6-7%	Rizika išauga 4x
Vaisiaus hipotrofija	27-32%	5-7%	Rizika išauga 5x
Negyvagimiai	1,2%	0,6%	Rizika išauga 2x
Perinatalinės mirtys	2,7%	1,0%	Rizika išauga 2x
Įgimtos anomalijos	0,8-5,4%	0,8-4,5%	Skirtumas nereikšmingas
Cezario pjūvis	35-58%	10-25%	Dažnesni dėl vyresnio amžiaus gimdyvių ir daugiavaisių nėštumų
Dvynukai	25-31%	1.2-4.5%	Išauga dėl technologijos ypatumų.
Trynukai	3-5%	0.012%	T.p.
Ketvertukai	0.5%	0.0001%	T.p.