

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ROBERTA LOZURAITIENĖ

HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS KOMPENSAVIMO POLITIKA
LIETUVOJE – VISUOMENĖS POŽIŪRIS IR POLITIKOS
PLĖTOJIMO GALIMYBĖS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
Prof. dr. Birutė Mikulskienė

VILNIUS

2026

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS KOMPENSAVIMO POLITIKA
LIETUVOJE – VISUOMENĖS POŽIŪRIS IR POLITIKOS
PLĖTOJIMO GALIMYBĖS

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Vadovė
Prof. dr. B. Mikulskienė 2026-05-13

Atliko
Stud. R. Lozuraitienė 2026-05-13

Recenzentas _____

2026- -

VILNIUS

2026

TURINYS

IVADAS	11
1. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS SAMPRATA IR KOMPENSAVIMO POLITIKA EUROPOJE	15
1.1. HORMONINĖ KONTRACEPCIJA	15
1.1.1. KONTRACEPCIJOS METODAI	16
1.1.2. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS GYDOMOSIOS SAVYBĖS	20
1.1.3. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS ŠALUTINIAI POVEIKIAI	21
1.2. KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO POLITIKA EUROPOJE ...	23
1.2.1. JUNGTINĖS KARALYSTĖS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA	26
1.2.2. PRANCŪZIJOS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA	28
1.2.3. ESTIJOS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA	31
1.2.4. BELGIJOS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA	33
2. KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SISTEMOS REGLAMENTAVIMAS LIETUVOJE ...	35
2.1. KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SISTEMOS RAIDA	35
2.2. VAISTŲ KOMPENSAVIMO PRICIPAI	39
2.3. ES KOMPENSUOJAMŲ VAISTŲ REGULIAVIMAS IR JO PRITAIKYMAS LIETUVOS NACIONALINEI TEISĖS SISTEMAI	41
2.4. PSO BŪTINIAUSIŲ VAISTŲ SĄRAŠAS	42
3. KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ POLITIKA LIETUVOJE	43
3.1. REPRODUKCIINĖS SVEIKATOS ĮSTATYMO PROJEKTAS	46
3.2. SVEIKATOS TECHNOLOGIJŲ VERTINIMAS IR KONTRACEPCIJOS KOMPENSAVIMO INVESTIVINIS ATSIPERKAMUMAS	49
3.3. LYTINĖS SVEIKATOS UGDYMO PROCESAS	52
3.4. POLITIKOS VERTINIMO PROCESAS	54
4. TYRIMO METODOLOGIJA	61

4.1.	TYRIMO TIKSLAS, EIGA IR METODOLOGIJOS PAGRINDIMAS	61
4.2.	DUOMENŲ ANALIZĖ	63
4.3.	VISUOMENĖS ŽINIŲ IR POŽIŪRIO Į HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS KOMPENSAVIMO POLITIKĄ APKLAUSOS REZULTATŲ ANALIZĖ.....	65
4.3.1.	HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS NAUDOJIMO YPATUMAI.....	65
4.3.2.	HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS PRIEINAMUMAS.....	70
4.3.3.	KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ VARTOJIMAS	80
	HIPOTETINIS KLAUSIMAS	84
4.3.4.	MIŠRI ANALIZĖ.....	86
4.4.	TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS.....	92
4.5.	DISKUSIJA	95
	IŠVADOS.....	96
	REKOMENDACIJOS.....	98
	LITERATŪRA	99
	ANOTACIJA.....	114
	ABSTRACT	115
	SANTRAUKA.....	116
	SUMMARY.....	117
	PRIEDAI	118

LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė. „Fleere“ išrašyti receptai ir PSDF išlaidos 2021-2025 metais. (56 psl)
- 2 lentelė. Paauglių gimdymų statistika 2014-2024 metais. (58 psl)
- 3 lentelė. Paauglių dirbtinių abortų statistika 2016-2024 metais. (59 psl)
- 4 lentelė. Respondentų žinių apie HK vertinimas pagal sociodemografinius rodiklius. (65 psl)
- 5 lentelė. Žinių apie respondentų/jų partnerių HK naudojimą pagal sociodemografinius rodiklius. (66 psl)
- 6 lent. Respondentų HK naudojimo ir religinių/moralinių pažiūrų suderinamumas pagal sociodemografinius rodiklius. (69 psl)
- 7 lentelė. Respondentų nuomonės apie HK prieinamumą moterims pagal sociodemografinius rodiklius. (70 psl)
- 8 lentelė. Respondentų nuomonės apie valstybės finansuojamą HK pagal sociodemografinius rodiklius. (72 psl)
- 9 lentelė. Respondentų nuomonės apie HK finansavimą konkrečioms demografinėms grupėms pagal sociodemografinius rodiklius. (74 psl)
- 10 lentelė. Respondentų atsakymų kaip dažnai perka kompensuojamus vaistus pagal sociodemografinius rodiklius. (80-81 psl)
- 11 lentelė. Respondentų pasitenkinimas galiojančia kompensuojamų vaistų tvarka pagal sociodemografinius rodiklius. (82 psl)
- 12 lentelė. Respondentų nuomonės apie galimą dukters naudojimą HK pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius. (84 psl)
- 13 lentelė. Respondentų numanomos žinios HK klausimu procentinis pasiskirstymas, priklausomai nuo jų nuomonės apie valstybės kompensuojamą HK priemonių prieinamumą. (85 psl)
- 14 lentelė. Respondentų numanomos žinios HK klausimu procentinis pasiskirstymas, priklausomai nuo jų nuomonės ar pritartų savo dukros sprendimui naudoti HK. (87 psl)
- 15 lentelė. Respondentų HK (ne)naudojimo fakto sąsajos su jų nuomone, jog HK turėtų būti kompensuojamos tik tam tikroms demografinėms grupėms. (88 psl)
- 16 lentelė. Respondentų HK (ne)naudojimo fakto sąsajos su jų nuomone dėl savo dukros sprendimo naudoti HK. (89 psl)
- 17 lentelė. Respondentų subjektyvus religinių/moralinių įsitikinimų ir HK naudojimo suderinamumas, priklausomai nuo jų nuomonės, ar HK turėtų būti kompensuojamos specifinėms demografinėms grupėms. (89 psl)

18 lentelė. Respondentų pasitenkinimo esama kompensuojamųjų vaistų tvarka, priklausomai nuo jų nuomonės, ar HK turėtų būti kompensuojamos. (90 psl)

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 paveikslas. Lietuvos įvertinimo kreivė pagal kontracepcijos žemėlapiu duomenis. (24 psl)
- 2 paveikslas. Vaistinio preparato patekimo į kompensuojamųjų sąrašą eiga. (40 psl)
- 3 paveikslas. Politikos formavimo procesas. (55 psl)
- 4 paveikslas. Respondentų HK naudojimo priežastys pagal amžių. (67 psl)
- 5 paveikslas. Respondentų HK naudojimo priežastys pagal lytį. (68 psl)
- 6 paveikslas. Respondentų nuomonės apie HK prieinamumą moterims pasiskirstymas pagal lytį. (71 psl)
- 7 paveikslas. Respondentų nuomonės apie valstybės finansuojamą HK pasiskirstymas pagal lytį. (72 psl)
- 8 paveikslas. Respondentų pritarimas teiginiams. (76 psl)
- 9 paveikslas. Respondenčių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos HK naudojimą pagal amžiaus grupės. (77 psl)
- 10 paveikslas. Respondenčių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos HK pagal išsilavinimą. (78 psl)
- 11 paveikslas. Respondenčių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos HK priklausomai nuo gaunamų mėnesinių pajamų. (79 psl)
- 12 paveikslas. Respondentų pasitenkinimo esama kompensuojamų vaistų tvarka pagal lytį. (83 psl)
- 13 paveikslas. Respondentų numanomos žinios HK klausimu procentinis pasiskirstymas, priklausomai nuo jų nuomonės apie ekonominių skirtumų sumažėjimą kompensavus hormoninę kontracepciją. (85 psl)

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Klausimynas visuomenei.

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

BVP – bendras vidaus produktas
CS – vietos paslaugos
CS+ – vietos paslaugos su finansiniais paskatinimais
E2 – estradiolis
E2V – estradiolio valeratas
E4 – estetrolis
EE – etinilestradiolis
ER α – estrogenų alfa receptorius
ES – Europos Sąjunga
FSH – folikulus stimuliuojantis hormonas
HK – hormoninė kontracepcija
HHK – hipotalamo-hipofizės-kiaušidžių ašis
ICB – integruota priežiūros taryba
IUS – intrauterininė sistema (spiralė)
IUS LNG – intrauterininė sistema su levonorgestreliu (kompensuojama)
JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos
JT – Jungtinės Tautos
KHK – kombinuoti hormoniniai kontraceptikai
LAGD – Lietuvos akušerių ginekologų draugija
LARC – ilgalaikė grįžtamoji kontracepcija Lietuvoje
LR – Lietuvos Respublika
LH – liuteinizuojantis hormonas
LVI – Laisvos visuomenės institutas
MPP – vaistai ir medicinos pagalbos priemonės
NHS – Nacionalinė sveikatos sistema
NVO – nevyriausybinių organizacija
PSD – privalomas sveikatos draudimas
PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO – Pasaulio sveikatos organizacija
ROI – investicijų grąža
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
SIDA – Švedijos tarptautinė plėtros agentūra

SKT – sudėtinės kontraceptinės tabletės
SVT – sveikatos technologijų vertinimas
ŠMSM – Švietimo, mokslo ir sporto ministerija
UNFPA – Jungtinių Tautų gyventojų fondas
VLK – Valstybinė ligonių kasa
VTE – veninė tromboembolija
VVKT – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba
ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas
ŽTOK – žmogaus teisių organizacijų koalicija

IVADAS

Darbo problematika ir aktualumas.

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) apibrėžia reprodukcinę sveikatą kaip visišką fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, susijusią su lytine sveikata. Visuomenė gali gyventi saugų ir užtikrintą lytinį gyvenimą, kai yra laisvi patys apsispręsti kada ir kiek vaikų turėti (WHO). Vienas svarbiausių veiksnių, užtikrinančių moterų reprodukcinę sveikatą ir laisvą pasirinkimą, yra šeimos planavimas bei prieinama kontracepcija. PSO pabrėžia, jog šeimos planavimas yra viena efektyviausių investicijų į šalies ateitį, turinti poveikį motinų ir vaikų sveikatai, ekonominiam vystymuisi bei švietimui (WHO 2019). Siekiant išvengti neplanuotų nėštumų, gerinti motinų ir vaikų fizinę ir emocinę gerovę, sumažinti valstybės finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, bei moterims aktyviau dalyvauti darbo rinkoje būtina prieinama ir įperkama kontracepcija. Taip prisidedama prie socialinės ir lyčių lygybės, bei suteikiama moterims daugiau galimybių siekti išsilavinimo ir profesinių tikslų (Bailey 2013). Reprodukcinės sveikatos užtikrinimas laikomas neatsiejama žmogaus teisių dalimi. PSO kartu su Jungtinių Tautų Populiacijos fondu (UNFPA) 2014 m. metais paskelbtame leidinyje pabrėžia, kad teisė į informaciją ir paslaugas, susijusias su kontracepcija, yra grindžiama pagrindiniais tarptautiniais žmogaus teisių dokumentais. Šie dokumentai įpareigoja valstybes užtikrinti, jog reprodukcinės sveikatos paslaugos būtų prieinamos visiems be diskriminacijos, atitiktų mokslo pažangą, būtų kokybiškos, pagarbios asmens orumui ir sudarytų sąlygas savarankiškai priimti sprendimus. Tokie principai įtvirtinti siekiant, kad šeimos planavimas būtų ne privilegija, o prieinama teisė kiekvienam žmogui, nepriklausomai nuo jo amžiaus, socialinės padėties ar gyvenamosios vietos (WHO 2014). 2022 metais „The Lancet“ publikuotame straipsnyje nurodoma, jog visame pasaulyje apie 160 milijonų reprodukcinio amžiaus moterų nėra patenkintos savo esamu šeimos planavimo metodu – nori išvengti nėštumo, tačiau nenaudoja ar naudoja jai netinkamą kontracepcijos metodą. Tyrimas atskleidžia, kad šis rodiklis ypač aukštas žemų ir vidutinių pajamų šalyse, tačiau ir kai kuriose aukštesnių pajamų valstybėse moterys susiduria su finansiniais, informaciniais ar paslaugų prieinamumo barjeriais (Haakenstad ir kiti 2022, 1).

Lietuvoje kompensuojamos kontracepcijos apimtis yra ribota. Nuo 2021 m. kovo 19 d. galioja sveikatos apsaugos ministro įsakymas, kuriuo merginoms nuo 15 iki 20 metų, apsilankiusioms pas gydytoją akušerį-ginekologą, kompensuojama intrauterinė sistema su levonorgestreliu (IUS LNG 13.5 mg) (SAM įsakymas 2021/Nr. V-595). Tai reikšmingas žingsnis

link prieinamesnės ilgalaikės, grįžtamosios kontracepcijos, kuri pasaulyje plačiai rekomenduojama dėl aukšto efektyvumo, patogumo ir saugumo. Vis dėlto, Lietuvoje hormoninės kontracepcijos kompensavimo politika tebėra orientuota į labai siaurą demografinę grupę. Dalis vaisingo amžiaus moterų neturi finansinės galimybės naudotis ilgalaikė hormonine kontracepcija, o valstybės politika šioje srityje, lyginant su daugeliu Vakarų Europos šalių, yra neišplėtotą. Nors Reprodukcinės sveikatos įstatymas, kuriame įtrauktas ir platesnis kontracepcijos kompensavimas, bandomas įteisinti bene 20 metų, tačiau vis nepatvirtinamas, sulaukus dalies visuomenės ir bažnyčios atstovų pasipriešinimo (LRS įstatymo projektas 2002).

Darbo problemos ištirtumo lygis. Lietuvos mokslinėje literatūroje tirtas moterų požiūris, žinios ir kontracepcijos priemonių naudojimas, tačiau netirta kompensavimo politikos sritis. R. Buikauskienė ir I. Butrimaitė (2017) tyrė reprodukcinio amžiaus moterų požiūrį į kontraceptinių priemonių pasirinkimą bei farmacijos specialisto vaidmenį užtikrinant racionalų jų vartojimą. Plačiausią Lietuvoje atliktą tyrimą šia tema pristatė R. Kančaitė (2020), atliktame tyrime nustatyta, jog daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių respondenčių renkasi nehormoninius metodus dėl visuomenėje gajų klaidingų įsitikinimų apie hormoninių priemonių žalą sveikatai, o moterų išsilavinimas tiesiogiai nekoreliavo su klaidingų teiginių atmetimu. Tarptautiniu mastu kontraceptinių priemonių kompensavimo politika ir politikos padarinių analizė analizuota plačiai. Dereuddre, Van de Putte ir Bracke (2016) atlikto tyrimo metu buvo analizuoti 11-kos Europos šalių duomenys, tyrimo metu buvo identifikuotas aiškus vakarų ir rytų Europos skirtumas – tradicinių vertybių, žemesnės socioekonominės padėties, bei aukštesnio religingumo grupėse modernios kontracepcijos naudojimas ir teigiamas požiūris į ją yra reikšmingai mažesni. M. L. Kavanaugh, E. Pliskin ir R. Hussain (2022, 3-7) tyrė 2015-2019 metais rinktos JAV nacionalinės šeimos augimo apklausos duomenis ir nustatė, jog 23 proc. mažas pajamas gaunančių ir kontracepciją naudojančių moterų rinktųsi kitokį metodą, jei kaina nebūtų kliūtis – tai patvirtina tiesioginę kompensavimo politikos įtaką moterų pasirinkimo laisvei.

Darbo naujumas. Nors Reprodukcinės sveikatos įstatymas, kuriame yra numatytas kontracepcijos kompensavimas, yra bandomas įteisinti bene 20 metų, tačiau iki šiol nebuvo atliktas visuomenės požiūrio tyrimas, vertinantis Lietuvos gyventojų nuostatas hormoninės kontracepcijos kompensavimo tema. Magistro baigiamajame darbe taip pat pirmą kartą pateikiama PSDF faktinių išlaidų hormonei IUS („Flere“) analizė per visą kompensavimo laikotarpį kartu su paauglių gimdymų ir abortų statistikos dinamika.

Darbo objektas. Lietuvos visuomenės požiūris į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimo galimybes.

Darbo tikslas – nustatyti Lietuvos visuomenės požiūrį į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimo galimybes.

Darbo uždaviniai:

1. Aprašyti hormoninės kontracepcijos kompensavimo politiką Europos šalyse.
2. Išnagrinėti hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos Lietuvoje raidą ir jos padarinius.
3. Palyginti skirtingų sociodemografinių visuomenės grupių požiūrį į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimo galimybes.
4. Atskleisti hormoninės kontracepcijos naudojimo patirties ir vertybinių nuostatų sąsajas su požiūriu į kompensavimo politikos plėtojimo galimybes.

Tyrimo problema. Lietuva išlieka viena iš nedaugelio Europos Sąjungos narių prastai vertinamų „Kontracepcijos žemėlapyje“, nors lytinė sveikata ir šeimos planavimas yra įtraukiamas į politines diskusijas, tačiau sprendimai nėra įtvirtinami teisiniu lygmeniu. Antrą dešimtmetį bandomas įteisinti Reprodukcinės sveikatos įstatymas, kuriame numatomas kontracepcijos kompensavimas, vis sustabdomas dėl dalies visuomenės pasipriešinimo. Dėl šios priežasties kyla klausimas – koks Lietuvos visuomenės požiūris į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtoją ir kokie veiksniai jį lemia?

Tyrimo hipotezė. Lietuvos visuomenė palankiai vertina hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtoją.

Darbo metodai. Darbe taikytas mokslinės literatūros analizės ir teisės aktų analizės metodas – apžvelgti užsienio ir Lietuvos autorių moksliniai šaltiniai, nagrinėti Lietuvos Respublikos įstatymai, įsakymai ir įstatymo projektai, ES direktyvos, PSO patvirtinti dokumentai, o reikalinga informacija apibendrintai aprašyta darbe. Taip pat darbe taikytas antrinių duomenų analizės metodas – išanalizuoti ir palyginti PSDF, Higienos instituto ir Lietuvos statistikos departamento duomenys apie hormoninės IUS kompensavimą, paauglių gimdymus ir abortus. Pasirinktas kiekybinis tyrimas, kurį įgyvendinant panaudota anoniminė internetinė anketinė apklausa, o duomenų analizė statistinė darbo dalis atlikta naudojant IBM SPSS 23.0 programą, taikyti Chi kvadrato (χ^2) ir Kruskalo-Voliso kriterijai, statistiškai reikšmingu laikytas skirtumas, kai $p < 0,05$.

Darbo struktūra. Darbą sudaro įvadas, keturios pagrindinės dalys, išvados ir pasiūlymai, literatūros sąrašas bei priedai. Teorinėje dalyje analizuojama hormoninės kontracepcijos samprata – veikimo principai, metodai gydomieji ir šalutiniai poveikiai. Aprašoma kontraceptinių priemonių kompensavimo politika Europoje – pristatomas „Kontracepcijos atlasas“ ir aprašomos

šio atlaso lyderės ir jų kontraceptinių priemonių kompensavimo istorinė raida. Kitoje dalyje nagrinėjama kompensuojamųjų vaistų sistema Lietuvoje – jos raida, ES teisyno perkėlimo poveikis, PSO būtiniausių vaistų sąrašo vaidmuo, Lietuvos kontraceptinių priemonių kompensavimo sistema, Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto eiga bei atliekama hormoninė IUS paauglėms kompensavimo politikos vertinimo analizė. Empirinėje dalyje pagrindžiama tyrimo metodologija, analizuojami apklausos duomenys, tiriamas visuomenės požiūris į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimą. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados ir pasiūlymai. Darbo apimtis – 117 puslapių (be priedų) iliustracijose pateikta 18 lentelių ir 13 paveikslų, panaudota 152 bibliografinių šaltinių, pateiktas 1 priedas.

Darbo praktinė reikšmė. Magistro baigiamojo darbo rezultatai gali būti panaudoti formuojant Lietuvos lytinės sveikatos politiką ir rengiant Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto pataisas – empiriniai duomenys apie visuomenės požiūrį ir jį lemiančius sociodemografinius veiksnius gali būti naudingi politinėse diskusijose, o gerai įvertintų pagal „Kontracepcijos žemėlapi“ Europos šalių kontracepcijos kompensavimo sistemos apžvalga – gairėmis tolesniems kompensavimo modelio sprendimams. Darbo išvados ir rekomendacijomis taip pat gali remtis Sveikatos apsaugos ministerija, suinteresuotos nevyriausybinės organizacijos, planuodamos visuomenės švietimo programas ir paslaugų prieinamumo gerinimo priemones.

1. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS SAMPRATA IR KOMPENSAVIMO POLITIKA EUROPOJE

1.1. HORMONINĖ KONTRACEPCIJA

Hormoninė kontracepcija (HK) yra viena labiausiai paplitusių ir plačiausiai tiriamų receptinių vaistų grupių pasaulyje. Jungtinių Tautų (JT) duomenimis, daugiau nei 300 milijonų moterų pasaulyje vartoja HK. Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) 82 proc. vaisingo amžiaus moterų yra vartojusios HK bent vieną kartą gyvenime HK, priklausomai nuo sudėtinių savybių, vartojamos tiek apsaugai nuo nėštumo, tiek gydomaisiais tikslais: ciklo sutrikimų, skausmingų menstruacijų, aknės, endometriozės, policistinių kiaušidžių sindromo gydymui (Lacasse ir kt. 2024, 1-7). Istoriniu kontekstu kontracepcija yra naudojama mažiausiai nuo 2000 metų prieš Kristų, tam buvo naudojamos įvairiuose mišiniuose mirkytos aplikacijos moterų lytiniam takams, o vyrai taikė įvairius barjerinius metodus, gaminamus iš gyvūnų pūslių ar žarnų. Moderniosios kontracepcijos pradžia žymima XX amžiaus 6-tajame dešimtmetyje, kai buvo plačiai pradėtos naudoti sudėtinės kontraceptinės tabletės (SKT) ir intrauterinės spiralės (IUS). Nors pradžioje fiksuotas platus modernios kontracepcijos vartojimas JAV, tačiau netrukus buvo pastebėti rimti šalutiniai poveikiai – IUS dėl savo konstrukcijos lėmė bakterinių ligų plitimą iš makšties į gimdą, dėl ko padidėjo jį naudojusių moterų dubens infekcijų ir mirštamumo dėl šios ligos, o SKT vartojusioms moterims padidėjo polinkis į tromboemboliją. Dėl šių priežasčių IUS buvo pašalintas iš JAV rinkos po 4 metų, o SKT po 3 metų rinkoje buvo pakeista sudėties formulė – žymiai sumažintos komponentų dozės (Anderson, ir Johnson 2023, 154-158).

Veikimo principai

Išskiriami du pagrindiniai hormoniniai komponentai, naudojami HK sudėtyje – estrogenas ir progestinas, šie hormonai naudojami kombinuotai arba tik vieno progestino deriniu. Nuo 1960 metų žymiai sumažintos estrogeno dozės. Pirmos kartos SKT naudota 150 mcg etinilestradiolio (EE) dozė sumažinta iki 20-35 mcg šių laikų SKT sudėtyje, siekiant sumažinti šalutinių poveikių riziką. Pastaraisiais metais klinikinėje praktikoje pradėtos taikyti HK su natūraliais estrogenais – estradiolu (E2), estradiolio valeriatu (E2V) ir estretroliu (E4), siekiant pagerinti preparatų toleravimą ir sumažinti šalutinius poveikius. EE stipriai veikiantis organizmą sintetinis estrogenas – jo junglumas su estrogenų alfa receptoriumi (ER α) yra dvigubai didesnis nei E2, o poveikis kepenų baltymų sintezei kelis šimtus kartų intensyvesnis nei natūralaus estrogeno. Dėl šios

savybės EE stipriau veikia kraujo krešėjimo sistemą ir yra siejamas su venų tromboembolijos (VTE) rizikos didėjimu, priklausančiu nuo dozės. Tuo tarpu E2 ir E4 kur kas mažiau stimuliuoja kepenų prokoagulantų gamybą, todėl laikomi saugesniais, nors duomenų apie E4 ilgalaikę VTE riziką dar trūksta (Stanczyk ir kt. 2024). Progestinas – antrasis HK komponentas, skirstomas pagal kartas, jie skiriasi chemine sudėtimi, androgeniniu aktyvumu ir farmakologiniu poveikiu. II kartos progestinas levonogestrelis pasižymi didesniu androgeniškumu, III kartos desogestrelis ir norgestimatas – mažesniu androgeniškumu, IV kartos drospirenonas turi antiandrogeninį ir antimineralokortikoidinį aktyvumą (Teal, ir Edelman 2021, 2507-2518). Šie skirtumai lemia skirtingą poveikį metabolizmui, emocinei būklei, širdies ir kraujagyslių sistemos funkcijoms ir kitiems fiziologiniams parametrams (Sitruk-Ware, ir Nath 2013, 13-24). Tik progestino preparatuose estrogeno komponento nėra, o veikimas grindžiamas vien progestino poveikiu, todėl gali būti skiriami moterims, kurioms kombinuoti hormoniniai kontraceptikai yra kontraindikuoti - vyresnėms nei 35 metų rūkančioms moterims, turinčioms VTE riziką, sunkią migreną su aura ar tam tikras širdies ir kraujagyslių ligas (Teal, ir Edelman 2021, 2507-2518).

HK veikia per hipotalamo-hipofizės-kiaušidžių (HHK) ašį – hormonai slopina gonadotropiną atpalaiduojančio hormono (GnRH) sekreciją, dėl to mažėja liuteinizuojančio (LH) ir folikulus stimuliuojančio (FSH) hormono kiekiai, slopinama folikulų branda ir blokuojama ovuliacija. Sintetinis estrogenas slopina FSH gamybą, o progestinas – LH išsiskyrimą, tirština gleives, esančias gimdos kaklelio srityje ir plonina endometriumą. Kombinuoti preparatai šiuos mechanizmus derina, stiprindami kontraceptinį poveikį. Hormoninės IUS veikia vietiskai – tirština gimdos kaklelio gleives ir sukelia endometriumo atrofiją. Varinė spiralė – vienintelis ilgalaikės nehormoninės kontracepcijos metodas, kurio kontraceptinis poveikis grindžiamas vario jonų, esančių spiralės konstrukcijoje, toksiškumu spermatozoidams (Stanczyk ir kt. 2024). Šiuo metu rinkoje esantys HK metodai apima kombinuotus HK ir tik progestino turinčias priemones. Sudėtinei HK priskiriamos SKT, makšties žiedas, hormoninis pleistras. Tik progestino pagrindu veikiančioms priemonėms priklauso hormoninės IUS, poodinis implantas, injekcijos, geriamosios tabletės (Teal, ir Edelman 2021, 2507-2518).

1.1.1. KONTRACEPCIJOS METODAI

Kontracepcijos metodai skirstomi pagal efektyvumą, įvertinimui naudojami du rodikliai – teorinis (metodo) ir praktinis (vartotojo) efektyvumas, o klinikiniuose tyrimuose naudojamas Perlo indeksas (PI), nurodantis neplanuotų nėštumų atvejų skaičių 100 moterų per metus (Drąsutienė ir

kt. 2008, 400-401). Labai efektyviems metodams priklauso poodinis implantas, hormoninė IUS, varinė spiralė ir injekciniai progestinai – neplanuoto nėštumo dažnis šioje grupėje siekia nuo 0 iki 1 atvejo 100 moterų per pirmuosius 12 HK naudojimo mėnesių. Efektyviems metodams priklauso – SKT, geriamieji progestinai, hormoninis pleistras, makšties žiedas. Neplanuoto nėštumo dažnis šioje grupėje – 2-9 atvejai 100 moterų per metus. Mažiau efektyviems metodams priskiriama barjerinė kontracepcija, spermicidai, vaisingų dienų skaičiavimas, nutrauktas lytinis aktas. Neplanuoto nėštumo dažnis šioje grupėje – 18-24 atvejai 100 moterų per metus (LR Sveikatos apsaugos ministerija 2016).

Labai efektyvūs metodai

Hormoninė IUS yra „T“ raidės formos poros centimetrų ilgio plastikinė konstrukcija, tiesiogiai į gimdos ertmę išskirianti levonorgestrelį. Rinkoje esamos keturios rūšys skiriasi hormono kiekiu, nuo mažiausio – 13,5mg, iki didžiausio kiekio – 52 mg, taip pat galiojimo trukme – nuo 3 iki 8 metų hormoninio poveikio išskyrimo organizme. Hormoninė IUS priskiriama ilgalaikiams grįžtamiesiems kontracepcijos metodams (Teal, ir Edelman 2021, 2507-2518).

Poodinis implantas – tai maža, maždaug degtuko dydžio plastikinė lazdelė, įterpiama po žasto oda. Implantas leidžia etonogestrelį nuolat tolygiai, taip užtikrindamas kontracetinį poveikį 3–5 metu. Implantas turi bario sulfato, taip jis yra matomas rentgeno spindulių. Poodinis implantas priskiriamas ilgalaikiams grįžtamiesiems kontracepcijos metodams (LARC) (Guillebaud 2013, 104).

Injekcinis progestinas yra būti dviejų rūšių pagal injekcijoje esantį sintetinį progestiną ir jo kiekį, priklausomai nuo rūšies jis suleidžiamas kas 8-12 savaitių. Injekcija atliekama per pirmas penkias menstruacijų ciklo dienas į raumenį, taip progestinas išskiriamas į kraujotaką (Guillebaud 2013, 91-92).

Nehormoniniu principu veikianti varinė spiralė – Paragard yra „T“ arba pasagos formos spiralė, degta variu. Spiralė, kaip gimdos svetimkūnis trukdo kiaušinėlio apvaisinimui, taip pat išskiria vario jonus, kurie toksiški spermatozoidams. Varinė spiralė veiksminga 5-7 metus (Teal, ir Edelman 2021, 2507-2518).

Efektyvūs metodai

Kombinuoti hormoniniai kontraceptikai (KHK) apima geriamąsias kombinuotas tabletes, makšties žiedą ir transderminį pleistrą. Geriamosios tabletės vartojamos kasdien 21 dieną, po to daroma 7 dienų pertrauka arba naudojamas placebo – tabletės be hormonų savo sudėtyje, kai kuriais atvejais hormoninės tabletės geriamos nepertraukiamu ciklu. KHK gali būti monofazės, dvifazės, trifazės ir keturfazės – priklausomai nuo dozės ir sudėtyje esančių sintetinių hormonų. Pagrindinė geriamųjų HK funkcija – stabdyti ovuliaciją (Zelionskaitė 2025, 21).

Makšties žiedas – tai silikoninis arba lateksinis žiedas įvedamas į makštį 21 dienai, jis išskiria mažas pastovias EE ir etonogestrelio dozes, aplenkdamas virškinamąjį traktą bei užtikrindamas stabilesnę hormonų koncentraciją kraujyje (Teal, ir Edelman 2021, 2507-2518).

Transderminis pleistras keičiamas kas savaitę tris savaites, po to daroma savaitės pertrauka, jis klijuojamas ant odos vis keičiant vietą. Hormonai tolygiai išskiriami per odą į kraujotaką, tačiau jo veiksmingumas gali būti mažesnis didelės kūno masės moterims dėl farmakokinetinių pokyčių (Williams, ir MacDonald 2021, 77-89).

Geriamosios progestino tabletės – tai tik sintetinio progestino savo sudėtyje turinčios tabletės. Rinkoje yra 2 rūšių šių tablečių formų – vartojamų be pertraukos hormoninių tablečių arba su 4-iomis placebo tabletėmis. Ypač svarbus vartojimo tikslumas – tabletė turi būti geriama kiekvieną dieną tuo pačiu metu, o pavėlavus daugiau nei tris valandas, rekomenduojama naudoti papildomą apsaugos nuo nėštumo priemonę. Jei vartojimas pradedamas vėliau nei penktą menstruacinio ciklo dieną, pirmą savaitę taip pat reikia naudoti papildomą apsaugą (Cooper, Patel, ir Mahdy 2024).

Mažiau efektyvūs metodai

Prezervatyvai – tai lateksinė priemonė naudojama vyro arba moters. Nors tai vienintelė priemonė apsauganti nuo lytiškai plintančių ligų, jos apsauga nuo nėštumo yra mažiau efektyvi – dažniausiai dėl neteisingo naudojimo. Naudojant vyriškus prezervatyvus kartu su papildomomis priemonėmis aliejaus ar kremo pagrindu yra mažinamas prezervatyvo stiprumas. Naudojant moterišką prezervatyvą svarbu ar poziciškai teisingai naudojama priemonė (Guillebaud 2013, 156-158).

Diafragma – tai plastmasinė gimdos kaklelio kepurėlė su žiedu, kuris užpildo skliautus. Ji būna trijų dydžių. Tai daugiakartinio naudojimo produktas, naudojamas kartu su spermicidais, ją rekomenduojama keisti kas 2 metus. Kintant moters svoriui galimai reikia keisti diafragmą į kito dydžio (Guillebaud 2013, 159-160).

Spermicidai – tai putų, gelio, želė, pastos, kremo konsistencijos priemonė, įvedama į makštį ir įpurškiama prieš kiekvienus lytinius santykius. Tai cheminiu pagrindu veikianti kontracepcijos priemonė, stabdanti spermatozoidų judrumą. Veiksmingiausi naudojami su kitomis priemonėmis, tačiau vienų spermicidų apsauga nuo nėštumo abejotina dėl galimo nepilno priemonės pasiskirstymo makštyje, neteisingu metu panaudotos priemonės ar netinkamos spermicidų dozės (Guillebaud 2013, 161-162).

Natūralus šeimos planavimas – tai vaisingų dienų skaičiavimas menstruacijų ciklo metu, vengiant nėštumo nėra lytiškai santykiaujama vaisingomis dienomis. Toks metodas tinkamas moterims, kurios dėl religinių ar moralinių negali naudoti kitų metodų, tačiau šis metodas gali būti neveiksmingas dėl neteisingai nustatytų vaisingų ciklo dienų (Martišiūtė, ir Znamenskaitė 2008, 404).

Nutrauktas lytinis aktas – tai prieš ejakuliaciją nutraukiamas lytinis aktas, dažnai neveiksmingas dėl netikslumo, priešlaikinio spermos išsiveržimo ar galimo apvaisinimo spermai patekus ant išorinių lytinių organų (Martišiūtė, ir Znamenskaitė 2008, 404).

Laktacinė amenorėja – tai pogimdyviniu žindymo periodu dėl nevykstančios ovuliacijos susidaranti būklė. Nors ovuliacija nevyksta, tačiau žindant nereguliariai apsauga nuo nėštumo nesusiformuoja (Martišiūtė, ir Znamenskaitė 2008, 404).

Skubi kontracepcija – naudojama po nesaugių lytinių santykių, veiksminga per pirmąsias 72 val. Gali būti levonogestrelio arba uliprisalacetato pagrindu. Pastarojo didesnis veiksmingumas, tačiau ir dažnesni šalutiniai poveikiai sveikatai. Veikia trikdydami folikulo vystymąsi ir tirštindami gimdos kaklelio gleives (Guillebaud 2013, 148-149).

Ilgalaikė grįžtamoji kontracepcija

Ilgalaikė grįžtamoji kontracepcija (LARC) – kontracepcijos metodų grupė, kuri pasižymi itin aukštu efektyvumu ir veikianti ilgą laiką, kai vaisingumas atsistato po kontracepcijos nutraukimo. LARC yra laikomas labai efektyviu, kadangi nereikalauja iš vartotojo jokio įsikišimo

po kontraceptinės priemonės įdėjimo. LARC apima – hormonines ir varines IUS priemones, taip pat poodinį implantą. Vaisingumo atsistatymo laikotarpis priklauso nuo konkrečios priemonės. Tyrimų duomenimis pašalinus hormoninę IUS ovuliacija atsinaujina per 6 savaites, o pašalinus varinę IUS iš karto po pašalinimo (Bahamondes ir kt. 2020, 28-40), po hormoninio implanto pašalinimo reikalinga 18 mėnesių ovuliacijai atstatyti (Yan ir kt. 2022).

1.1.2. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS GYDOMOSIOS SAVYBĖS

Hormoninė kontracepcija plačiai vartojama ne tik apsaugai nuo nėštumo, bet ir įvairių ginekologinių bei kitų sutrikimų gydymui. HK skiriama pirminės dismenorėjos, amenorėjos (sukeltos mažo svorio, streso ar intensyvaus fizinio krūvio), menstruacinių skausmų, priešmenstruacinio sindromo, pirminio kiaušidžių nepakankamumo, policistinių kiaušidžių sindromo gydymui (Teal, ir Edelman 2021, 1507-1518). HK gali padėti sureguliuoti menstruacinį kraujavimą – sintetinis progestinas veikdamas gimdos sienelę ir ją plonina, dėl to kraujuojama menstruacijų metu mažiau, nei nevartojant HK, taip 50 proc. sumažinama rizika sirgti geležies stokos anemija. Taip pat sumažėja tikimybė išsivystyti menoragijai (gausiam, ilgai trunkančiam kraujavimui) ir endometriumo vėžiui. Nuolatinis GK vartojimas, nedarant pertraukos slopina kiaušidžių funkciją, todėl tinka endometriozei, metroragijai ir endometriumo hiperplazijai gydyti. HK sukeliamas ovuliacijos stabdymo procesas padeda sumažinti menstruacinius skausmus, priešmenstruaciniu laikotarpiu jaučiamus skausmus ir įtampą. HK apsaugo nuo natūraliai susiformuojančių kiaušidžių cistų. Nors jos nepiktybinės, tačiau esant didesnio spindžio gali sukelti skausmus (ACOG 1994, 59). SKT 50 proc. sumažina tikimybę susirgti mažojo dubens uždegimine liga ir net 90 proc. – negimdinio nėštumo tikimybę. Literatūros duomenimis, SKT nesukelia krūtų vėžio, o endometriumo ir kiaušidžių vėžio riziką sumažina beveik per pusę (Drąsutienė ir kt. 2008, 401-404). Kuo ilgiau vartojama HK, tuo mažesnė tikimybė sirgti kiaušidžių vėžiu, HK vartojimas tik 6 mėnesius suteikia 10 metų ir daugiau apsaugą. Endometriumo vėžio rizikos sumažėjimui taip pat turi įtakos HK naudojimo trukmė – vartojant nors 1 metus suteikiama apsauga nors 10 metų nuo kontracepcijos nutraukimo. Atlikti tyrimai rodo sumažėjusią riziką sirgti kiaušintakių uždegimu, taip pat 50 proc. sumažėjusią riziką sirgti reumatoidiniu artritu naudojant HK. Ilgalaikis HK vartojimas siejamas su juosmeninės stuburo dalies kaulų tankio padidėjimu, dėl to sumažėja osteoporozės rizika postmenopauziniu laikotarpiu. Tyrimai rodo, kad taip pat sumažėja rizika sirgti gerybinėmis krūtų ligomis ir gimdos

lejomiomomis. Vartojant HK gydamos nuo androgenų priklausomos būklės – padidėjęs veido ir kūno plaukuotumas, aknė, alopecija (ACOG 1994, 59).

Tiriant HK poveikį pažintinėms funkcijoms, labiausiai išnagrinėtos dvi sritys – erdviniai gebėjimai ir žodinė atmintis. Androgeninį progestiną sudėtyje turintys GK siejami su geresniu trimatės mentalinės rotacijos atlikimu, palyginti tiek su natūraliai ciklą turinčiomis moterimis, tiek su antiandrogeninius GK vartojančiomis moterimis. Šis poveikis gali išlikti net nebevartojant kontracepcijos. Taip pat stebimas žodinės atminties pagerėjimas GK vartojimo laikotarpiu – šis efektas stebimas nepriklausomai nuo progestino androgeninio aktyvumo, o tyrimai rodo, kad atmintis gerėja aktyviosios tablečių fazės metu, lyginant su placebo (Beltz 2022).

Apibendrinant, HK yra plačiai apimanti priemonė, kuri ne tik apsaugo nuo nėštumo, bet ir gali sureguliuoti kasdienes varginančias būkles, susijusias su menstruacijomis, taip pat gydyti androgeninius sutrikimus, bei lėtines ginekologines ligas.

1.1.3. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS ŠALUTINIAI POVEIKIAI

Dažniausiai pasireiškiantys trumpalaikiai nepageidaujami šalutiniai HK poveikiai apima tepimus ar kraujavimus tarp menstruacijų, mėnesinių skaičiaus ir intensyvumo sumažėjimą, nedidelį galvos skausmą, pykinimą, krūtų tempimą ir svorio prieaugį. Šie simptomai būdingi pirmuosius tris vartojimo ciklus ir dažniausiai išnyksta savaime. Nereguliarūs kraujavimai tarp mėnesinių yra dažniausia priežastis, dėl kurios moterys nusprendžia keisti naudojamą HK preparatą arba nutraukti jo vartojimą (Drąsutienė ir kt. 2008, 402-404).

Kardiovaskulinės rizikos požiūriu SKT padidina tromboembolijos riziką, ypač pirmaisiais vartojimo metais. Williams ir MacDonald (2021, 77-89) nurodo, kad II kartos GK, kurių sudėtyje yra levonorgestrelis, vartojimas reikšmingai blogina kraujagyslių endotelio funkciją, mažindamas srauto sukeltą vazodilataciją, lyginant su nenaudojančiomis SKT moterimis. Tuo tarpu IV kartos GK su drospirenonu šio neigiamo poveikio kraujagyslėms neturi. Ilgalais II kartos GK vartojimas taip pat siejamas su galima miego arterijos storio padidėjimo rizika. SKT kontraindikuotini moterims, kurių tromboembolijos rizika padidėjusi – vyresnėms nei 35 metų rūkančioms moterims, turinčioms venų trombozę anamnezėje ar nesureguliuotą hipertenziją (Teal, ir Edelman 2021, 2507-2518).

Hill ir Mengelkoch (2023) publikuotame straipsnyje aprašyta opi problema - hormoninę kontracepciją vartojančios moterys dažnai skundžiasi šalutiniu poveikiu, nors moksliniai tyrimai jo nepatvirtina. Problema nurodoma mokslinių tyrimų metodologijoje – analizuojant tik grupių vidurkius, individualūs efektai lieka nematomi. Tyrimo duomenimis beveik pusė moterų, naujai pradėjusių vartoti hormoninę kontracepciją, ją nutraukia per pirmuosius metus dėl šalutinių poveikių. Dažniausiai nurodoma nuotaikos pokyčiai ir pakitusi seksualinė funkcija. Tyrimai rodo, jog HK gali keisti smegenų sandarą ir veiklą, ją vartojančių moterų smegenyse pastebimi sričių, atsakingų už emocijų reguliavimą, atmintį ir streso valdymą, tūrio bei funkcijų skirtumai – lyginant su HK nevartojančiomis moterimis. Vienas tyrimas nustatė, kad pradėjus vartoti HK, smegenų jungtis, valdanti emocijų slopinimą, pakito iš teigiamos į neigiamą – tai gali paaiškinti nuotaikų pokyčius, kuriuos kai kurios moterys pastebi vartodamos HK. Šalutinio poveikio rizika nėra vienoda – ją lemia tiek asmeniniai moters, tiek su konkrečia HK preparatu susiję veiksniai. Bene svarbiausias veiksnys yra moters amžius, kada ji pradeda vartoti HK. 2016 metais Danijoje atliktame tyrime, kuriame dalyvavo daugiau nei milijonas moterų, atskleidė jog HK pradėjusios vartoti moterys, ypač jaunesnio amžiaus (15-19 metų), turėjo iki trijų kartų didesnę tikimybę susirgti depresija per pirmuosius mėnesius, priklausomai nuo HK tipo. Didžiausia rizika nustatyta naudojančios neoralines ir vien progesterono turinčias HK (IUS, pleistrai). Dažniausiai šalutiniai poveikiai stebimi pirmaisiais vartojimo mėnesiais, o per 4 metus nuo vartojimo pradžios sumažėjo iki pirminio – nevartojančios HK moters lygio. Tačiau paauglystėje (iki 19 metų) vartoti geriamieji kontraceptikai (GK) riziką sirgti depresija išlikdavo net ir suaugus – tuo tarpu pradėjus vartoti GK vyresniame amžiuje ilgalaikio poveikio nerasta (Beltz 2022). Kiti šalutinius poveikius lemiantys veiksniai yra psichikos sveikatos anamnezė ir šeiminė rizika, patirta vaikystės trauma, genetika ir mitybos ypatumai (Hill, ir Mengelkoch 2023).

Apibendrinant, tyrimų duomenimis HK poveikis elgsenai ir smegenų veiklai yra kliniškai pastebimas, tačiau tiesiogiai priklausantis nuo HK sudėties ir vartojimo būdo, taip pat nuo vartojančios moters amžiaus ir individualių charakteristikų, taigi praktikoje sprendimas dėl konkrečios pacientės ir HK vartojimo formos turi būti individualus – atsižvelgiant ne tik į HK efektyvumą, bet ir galimą poveikį psichinei sveikatai.

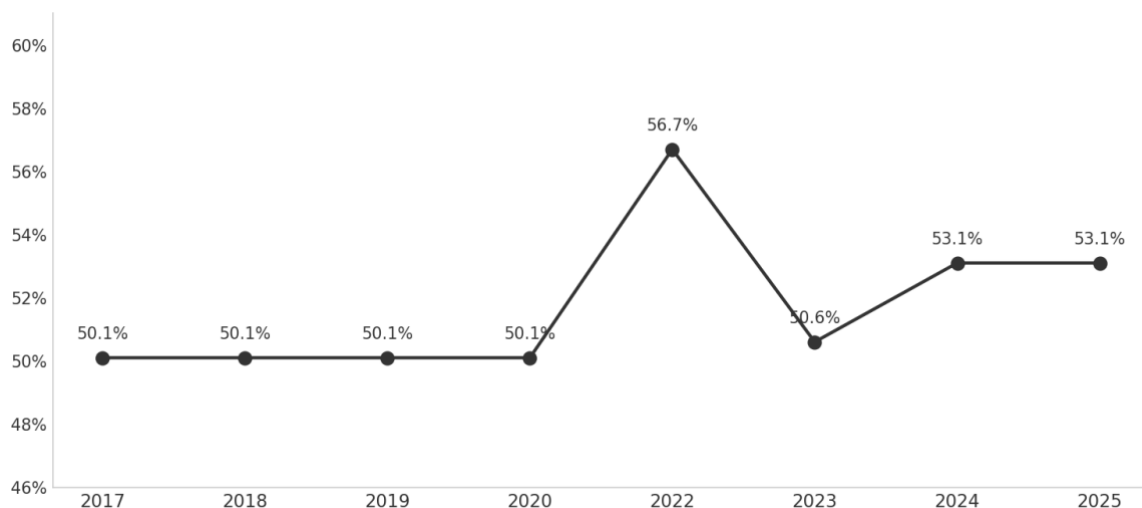
1.2. KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO POLITIKA EUROPOJE

KONTRACEPCIJOS ATLASAS

Europos Parlamento seksualinių ir reprodukcinės teisės forumas, įkurtas 2000 metais, siekia ginti visų žmonių teises, susijusias su lytiškumu ir reprodukcija. Kiekvienais metais forumo narių pateikiamose šalių kontracepcijos politikos išvadose galime stebėti vyriausybės politiką kontracepcijos prieigos, šeimos planavimo ir konsultavimo klausimais, taip pat informacijos apie kontracepciją sklaidą internetu. Informacija pateikiama ne tik Europos, bet ir pasaulio mastu (About EPF).

Ekspertų komisija vertina šalis pagal tris kategorijas – finansinių kontraceptinių priemonių prieinamumą - ar priemonės yra pilnai, ar dalinai kompensuojamos valstybės kaštais; informacijos kokybę, ar valstybinės institucijos teikia konsultavimo šeimos planavimo klausimais paslaugas; informacijos internete pasiekiamumą – ar šalyje veikia valstybės remiami internetiniai puslapiai kontracepcijos ir šeimos planavimo temomis. Šios kategorijos suskirstytos į dar penkiolika kriterijų. Šalių reitingai grupuojami pagal surinktus procentus: virš 75 proc. vertinamos puikiai, 60 – 75 proc. labai gerai, 55 – 60 proc. vidutiniškai, 50 – 55 proc. prastai ir mažiau 50 proc. surinkusios šalys vertinamos labai prastai (Limited Access: Europe's Contraception Deficit 2018).

Iki 2022 metų Lietuva surinkdavo 50,6 proc., kai buvo priimta nauja tvarka dėl IUS su levonogesteliu kompensavimo jaunos merginoms (Lithuania Increases Contraception Access for Adolescents). Tačiau ir su nauja tvarka, Lietuvos pozicija maksimaliai pakilo iki vidutiniškai vertinamos šalies – surinkusi 56,7 proc. 2022 metais, sekančiais - 2023 metais Lietuva surinko 50,6 proc., o 2024 ir 2025 (Contraception policy Atlas Europe 2022-2025) metais pakilo ir surinko 53,1 proc. Lietuvos vertinimui pakilus keliais procentais šalies vertinimas skalėje išliko toje pačioje kategorijoje – prastai vertinamų šalių skirsnyje. Nors ir priėmus hormoninės intrauterinės sistemos jaunos merginoms kompensavimo tvarką, Lietuva nepatobulino kitų sričių, tokių kaip lytinio švietimo ir kontraceptinių priemonių prieinamumo srityje. Lietuvos bendras įvertinimas sumažėjo nuo 2022 metų ne dėl pakitusios vykdomos kontracepcijos kompensavimo politikos, o dėl informacijos internete apie šeimos planavimą ir kontracepciją suprastėjimo. Lietuvoje nėra Sveikatos apsaugos ministerijos kuruojamo internetinio tinklapio, kuriame būtų nurodyta koks yra kontracepcijos metodų pasirinkimas, kokios yra kontraceptinių priemonių kainos ir kur jų galima įsigyti.



1 pav. Lietuvos įvertinimo kreivė pagal kontracepcijos žemėlapio duomenis

Šaltinis: Global Contraception Atlas: Lithuania 2026

Nuo 2022 metų Prancūzija ir Jungtinė Karalystė būdamos sąrašo lyderės, surinkusios 91,1 proc. (Contraception policy Atlas Europe 2022), pagerina vykdomą kontracepcijos ir šeimos planavimo politiką. 2023 metais į pirmąją vietą iškilo Jungtinė Karalystė surinkusi 96,9 proc. pagerinusi LARC prieinamumą ir išplėtusi jaunimo ne hormoninės kontracepcijos prieinamumo paslaugas (Contraception policy Atlas Europe 2023), 2023 m. Jungtinėje Karalystėje buvo aktyviai plėtojami Moterų sveikatos centrai. Vyriausybė skyrė 25 mln. svarų sterlingų, siekdama centralizuoti priežiūrą ir pagerinti paslaugų prieinamumą (Women's Health Hubs: Cost Benefit Analysis 2022). Prancūzija 2023 metais patvirtino nemokamą skubią kontracepciją visoms amžiaus ir socialinėms grupėms (Contraception d'urgence), taip pat jaunimui (nuo 18 iki 25 metų) pilnai kompensavo prezervatyvus, kuriuos jie gali nemokamai gauti vaistinėse (Chancel, ir Drean 2023).

Prie pirmaujančių šalių 2024 metais prisijungė Liuksemburgas, 2023 metų balandžio 1 dienos priėmęs pilną kontraceptinių priemonių kompensavimo visoms amžiaus grupėms tvarką. Liuksemburgo rezultatas metų eigoje vis kilo, nuo 60,9 proc. 2017 metais iki 94,2 proc. 2024 metais, susilyginęs su pirmaujančiąja Jungtine Karalyste (Luxembourg: Contraceptives to be reimbursed at 100% 2023).

Lenkija yra laikoma EP seksualinių ir lytiškumo teisių forumo analitikų grupės prasčiausiai vertinama šalimi. Nors šios šalies balas niekada nebuvo aukštose pozicijose, tačiau 2018 metais gautas 44,8 proc. įvertinimas buvo prasčiausias Europoje - tuo metu buvo pradėta drausti skubi kontracepcija (Contraception Policy Atlas Europe 2018), o po 2020 metų įsigaliojusio abortų

draudimo įstatymo, Lenkijos pozicija nepajuda iš paskutinės vietos kontracepcijos atlaso vertinamojoje lentelėje (Contraception Policy Atlas Europe 2018).

Kontracepcijos atlasas, rengiamas Europos Parlamento seksualinių ir reprodukcinų teisių forumo, kasmet vertina Europos šalių politiką pagal kontraceptinių priemonių finansinį prieinamumą, konsultavimo paslaugas ir informacijos sklaidą. Rezultatai rodo ryškius skirtumus tarp Europos valstybių – tokios šalys kaip Jungtinė Karalystė, Prancūzija ir Liuksemburgas atlaso lyderės, nuosekliai plėtoja kompensuojamos kontracepcijos apimtį bei gerina paslaugų prieinamumą. Tuo tarpu Lietuva, nepaisant ribotų teigiamų pokyčių, išlieka žemų įvertinimų grupėje dėl nepakankamos kompensavimo sistemos ir silpnos informacijos sklaidos, o Lenkija nuolat vertinama prasčiausiai dėl itin ribojančios reprodukcinės sveikatos politikos. Atlaso duomenimis nurodoma, kad sisteminės investicijos į kontracepcijos prieinamumą ir švietimą tiesiogiai siejasi su geresniais visuomenės sveikatos rodikliais ir aukštesniais politikos vertinimais.

1.2.1. JUNG TINĖS KARALYSTĖS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA

Jungtinė Karalystė yra viena pagrindinių Europos lyderių šeimos planavimo ir kontraceptinių priemonių kompensavimo klausimu, jau 1967 metais Jungtinės Karalystės parlamentas patvirtino šeimos planavimo įstatymą. Šiuo įstatymu kontracepcija tapo lengviau prieinama ir kompensuojama nacionaliniu mastu, kadangi prieš šį įstatymą hormoninė kontracepcija – kontraceptinė tabletė buvo prieinama tik toms moterims, kurių sveikatai grėstų pavojus, jei jos pastotų. Tuometinis parlamento narys Edvinas Bruksas atkreipė dėmesį į sparčiai augančią populiaciją ir mažas pajamas gaunančias socialines grupes, kurie turi daugiau vaikų, nei gali sau leisti išlaikyti. Moterims, priklausančioms socialiai jautrioms grupėms, kreipiantis į šeimos planavimo kliniką būdavo suteikiamos nemokamos kontraceptinės tabletės (National Health Service Family Planing Act 1967). 1974 metais buvo priimta nauja kompensavimo tvarka – kontraceptines tabletes galėjo gauti bet kokios socialinės padėties moteris, tik reikėjo apsilankyti šeimos planavimo centre, tai buvo laikoma kontraversišku sprendimu tuometinėje Jungtinėje Karalystėje (Cafe 2011).

Šiuo metu Jungtinėje Karalystėje moterys, norinčios pasinaudoti nacionalinės sveikatos sistemos suteikiamomis kontraceptinėmis priemonėmis, gali rinktis iš hormoninės ir ne hormoninės kontracepcijos. Ne hormoninei kontracepcijai priskiriami – prezervatyvai, diafragmos, intrauterinė spiralė. Hormoninei kontracepcijai priklauso – kontraceptinės tabletės, pleistrai, injekcijos, makšties žiedai, intrauterinės sistemos, skubios kontracepcijos tabletės. Be šių priemonių taip pat yra nemokama moterų arba vyrų sterilizacija (Methods of Contraception). Nors Jungtinėje Karalystėje kontracepcija yra kompensuojama ilgą laiką, paslaugų prieinamumas gerėjo netolygiai. 2012 metais buvo priimtas Sveikatos ir socialinės rūpybos įstatymas, kuris apsunkino kontraceptinių priemonių, ypač LARC, prieinamumą pirminės sveikatos priežiūros grandyse, taip pat apsunkino specialistų, norinčių konsultuoti šeimos planavimo klausimais, kvalifikacijos kėlimą (Stokes-Lampard, Thompson, ir Gracie 2017, 4). Šis įstatymas pakeitė prieš tai galiojusią tvarką - atsakomybė už lytinės sveikatos paslaugų užtikrinimą buvo perkelta iš nacionalinės sveikatos sistemos (NHS) vietos valdžios institucijoms. Jos turėjo užtikrinti bendradarbiavimą su integruota priežiūros taryba (ICB) ir NHS Anglija siekiant užtikrinti kokybiškas paslaugas. Tačiau sudėtingos politikos įkaitais tapo pacientai, kurie sunkiai gaudėsi vis sudėtingesnėse paslaugose (Harris 2025, 238). Žinoma, kad LARC yra skiriama ne tik kontraceptiniais, bet ir ginekologinių ligų, bei būklių gydymo tikslais. Priimta tvarka Jungtinėje

Karalystėje nurodė skirtingus tos pačios priemonės užsakymo metodus įstaigoms – už LARC užsakymą kontraceptiniais tikslais atsakinga vietinės valdžios institucijos, tačiau už LARC ginekologiniams tikslams atsakinga NHS, dėl to skirtinguose geografiniuose regionuose skiriasi apimtys ir finansavimas. 2023 metais pirminės sveikatos priežiūros moterų sveikatos forumas nustatė, jog nuo 2020 iki 2023 metų LARC paklausa išliko tokia pati arba padidėjo, iš šių duomenų pažymėta, kad moterims, kurios naudojo LARC ginekologiniais tikslais, tik 16 proc. pranešė, jog gavo pilnai kompensuotą paslaugą. Taip pat pastebimas atotrūkis tarp gydytojų, galinčių įdėti LARC ginekologinėms būklėms gydyti, o ne nėštumo išvengimui, nors procedūros eiga tokia pati (Women's Reproductive Health Conditions 2024).

Jungtinės Karalystės Sveikatos apsaugos ministerija reaguodama į problemas, kurias atskleidė ministerijos atlikta apklausa – buvo gauti atsakymai iš 100 000 moterų visoje Jungtinėje Karalystėje, taip pat daugiau nei 400 ataskaitų iš gydymo įstaigų ir gydytojų, 2022 metų rugpjūčio 30 dieną paskelbė apie patvirtintą „Moterų sveikatos strategija Anglijai“, kurioje išsikėlė darbus ateinančiam dešimtmečiui, kuriais sieks gerinti problemines sritis, viena iš jų – kontracepcijos skyrimas moterų sveikatos centruose. Pastebėta, jog reikalingas glaudesnis vietos valdžios institucijų ir NHS bendradarbiavimas siekiant užtikrinti pilnavertę paslaugą (Department of Health and Social Care 2022, 27-31).

Jungtinės Karalystės Sveikatos ir socialinės rūpybos departamentas atlikęs ankstyvuosius kaštų ir naudos analizės skaičiavimus išsiaiškino, jog kiekvienas išleistas 1 svaras moterų sveikatos centre atneš į šalies biudžetą 5 svarus. Tai grindžiama platesniu LARC naudojimu, trumpesnių laukimo eilių moterims, besiskundžiančiomis menstruacijų problemomis ar turinčiomis menopauzės simptomų, o tai reiškia, kad jos ims mažiau nedarbingumo dienų (Hirst ir kt. 2024, 11-14).

Siekiant gerinti moterų sveikatą Anglijoje, pirmą kartą paskirta moterų sveikatos ambasadorė. Ja tapo profesorė akušerė – ginekologė Leslė Regan 2022 metais, taip pat buvo paskirta pakartotinai 2025 metais. Jos darbo tikslas yra padėti įgyvendinti Anglijos moterų sveikatos strategiją (Dame Lesley Regan Appointed Women's Health Ambassador 2022).

Jungtinės Karalystės kontracepcijos politika nuo 1967 metų šeimos planavimo įstatymo priėmimo nuosekliai užtikrino nemokamą ir universalią prieigą prie plataus hormoninių ir nehormoninių metodų spektro per NHS, iš pradžių orientuojantis į socialiai pažeidžiamas grupes, o vėliau – į visas moteris. Tačiau 2012 metais Sveikatos ir socialinės rūpybos įstatymu buvo pakeistas paslaugų finansavimas ir valdymas, perkeliant atsakomybę vietos valdžiai. Nors kontracepcija išliko pilnai kompensuojama, regioniniai skirtumai ir neaiškus finansavimas sumažino paslaugų prieinamumą. Reaguodama į šias problemas, vyriausybė 2022 metais

patvirtino Moterų sveikatos strategiją Anglijai, siekdama sustiprinti koordinaciją tarp NHS ir vietos institucijų bei plėtoti moterų sveikatos centrus, kurių ekonominė nauda ir prevencinis poveikis jau vertinami kaip reikšmingi.

1.2.2. PRANCŪZIJOS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA

Viena iš Europos lyderių kontraceptinių priemonių kompensavimo srityje yra Prancūzija. Jau 1967 metais Prancūzijoje buvo išreikšta Nacionalinės Asamblėjos nario Lucieno Neuvrito nuomonė apie kontracepcijos naudojimo galimybes, jis išvelgė kontracepcijos naudą ne tik iš ekonominio poveikio, kadangi nepasiturinčios šeimos susilaukdamos vis daugiau vaikų didino savo skurdo lygį, bet ir matė naudą užkertant kelią abortams, nes jo nuomone, kontracepcija turėtų pakeisti tuo metu nelegalius abortus, dėl ko kartais moterys likdavo nevaisingos. Po šio L. Neuvrito pasisakymo kontraceptinės priemonės buvo legalizuotos (Keller 2019).

Nuo 1968 iki 1975 metų gydytojai ir aktyvistai reikalavo plačiau skleisti informaciją apie kontracepciją, jie kūrė ir platino informacinę medžiagą apie kontracepcijos metodus. Teisė susipažinti su informacija tapo revoliucine darbotvarke, nes feministės išplėtojo idėją, kad savo kūno pažinimas yra būdas jį susigrąžinti. Po to, kai įvairūs aktyvistai pareikalavo nemokamos kontracepcijos ir abortų, 1974 metais priimtas įstatymas įteisino kontracepcijos pardavimą nepilnamečiams (jaunimui iki 21 metų) be tėvų leidimo ir pradėjo kontraceptinių tablečių ir intrauterinės spiralės išlaidas kompensuoti iš nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos lėšų. Taip pat, šeimos planavimo centrai galėjo išduoti kontraceptines priemones anonimiškai, bei neapdraustiems pacientams. 1974 metų reformos buvo vadinamos „pirmuoju Veil įstatymu“ – pripažįstant, kad kontracepcija buvo svarbi moterų sveikatai ir autonomijai. Kontraceptinių metodų naudojimo tyrimas rodo, kad aštuntojo dešimtmečio pradžioje buvo didelis atotrūkis tarp žinių apie kontracepcijos metodų egzistavimą ir jų veiksmingo naudojimo - 94 proc. respondentų buvo girdėję apie kontraceptines tabletes, tačiau tik 10 proc. jas vartojo, kad išvengtų nėštumo. 1981 metais Prancūzijos moterų teisių ministras pradėjo pirmąją nacionalinę visuomenės informavimo kampaniją siekiant šviesti gyventojus kontracepcijos naudojimo klausimais, naikindamas iki tol buvusią stigmą viešai kalbėti apie kontracepciją (Pavard 2019, 173-188).

1999 metais buvo išplėsta kontracepcijos politika ir įtraukta skubi kontraceptinė piliulė į parduodamų kontraceptikų sąrašą, ją buvo galima įsigyti be apribojimų ir be gydytojo recepto vaistinėje, ji buvo nemokama tik nepilnamečiams. 2000 metais buvo išplėstas priemonės prieinamumas siekiant sumažinti paauglių nėštumų skaičių – skubią kontracepciją paauglės galėjo

gauti nemokamai iš mokyklose dirbusių slaugytojų ir kitų įgaliotų darbuotojų. Taip Prancūzija tapo lengvai prieinamos skubios kontracepcijos pradininke Europoje (Durand 2017).

2000 metais buvo išplėstas kontraceptinių priemonių sąrašas – moterys galėjo įsigyti hormoninį pleistrą, žiedą ar implantą. Šios hormoninės kontracepcijos priemonės buvo dalinai kompensuojamos valstybės lėšomis (65 proc.) apdraustoms socialiniu draudimu gyventojoms, kitą dalį dengė jų privatus sveikatos draudimas ar asmeninės lėšos (Guen ir kt. 2017, 1-4).

2013 metais patvirtinta tvarka, jog merginoms nuo 15 iki 18 metų kontraceptinės priemonės pilnai kompensuojamos, o nuo 2020 metų šis amžius praplėstas ir įtraukta jaunesnių nei 15 metų merginų grupė. Buvo stebimas abortų skaičiaus sumažėjimas 15-18 metų amžiaus grupėje, 2012 metais nuo 9,5 abortų 1000 nėštumų iki 2018 metais 6 abortų 1000 nėštumų. Nuo 2022 metų ši grupė buvo dar išplėsta – nemokama kontracepcija skiriama iki 25 metų amžiaus imtinai. Prancūzijos Sveikatos apsaugos ministro sprendimu apsilankymai pas gydytoją, tyrimai ir procedūros, susijusios su kontracepcija, taip pat bus kompensuojamos merginoms iki 25 metų. Atliktų tyrimų duomenimis buvo pastebėta tendencija nutraukti kontracepcijos naudojimą po 18 metų ne dėl pasikeitusio sprendimo kontracepcijos klausimu, o dėl lėšų trūkumo. Moterims nuo 26 metų kontracepcija kompensuojama valstybės lėšomis 65 proc. sumos (Willsher 2021). Lytinio švietimo, kontracepcijos klausimais buvo nemokamai konsultuojama lytinės sveikatos centruose, ten išduodama ir kontracepcija, jei mergina pageidauja išlikti anonimiška ar neturinti sveikatos draudimo (Contraception: dispositifs et remboursements).

Kontraceptinių priemonių kompensavimo sistema dar kartą buvo išplėsta 2018 metais, kai tarp kompensuojamųjų priemonių atsirado prezervatyvai. Juos Prancūzijos gyventojai galėjau gauti nemokamai vaistinėse pirma gavę siuntimą iš gydytojo ar akušerės, buvo kompensuojami vienos firmos, vietinės Prancūzijos gamintojos, prezervatyvai (AFP 2018). Prezervatyvų kompensavimo sistema buvo koreguota 2023 metais. Prezervatyvus galima buvo gauti vaistinėse be recepto jaunimui iki 25 metų imtinai, buvo kompensuojamos nurodytos firmos (Radford 2022). Taip pat nuo 2023 metų pradėta kompensuoti skubi kontracepcija visoms amžiaus grupėms, skubią kontraceptinę tabletę buvo galima gauti vaistinėse be recepto. Prieš tai galiojusi tvarka kompensavo skubią kontracepciją merginoms iki 25 metų (Puig 2022).

Prancūzijos kontracepcijos politika nuosekliai vystėsi nuo kontracepcijos legalizavimo 1967 metais, jau 1974 metais kontraceptinės priemonės buvo kompensuojamos nepilnamečiams, o vėliau kompensavimo sistema buvo išplėsta iki kompensavimo modelio jaunimui iki 25 metų – siekiant socialinės lygybės kontracepcijos prieinamumo srityje. Ypatingas dėmesys skirtas jaunimui – pilnai kompensuojama skubi kontracepcija, modernios hormoninės priemonės, užtikrinamas anonimiškumas, papildomai į pilno kompensavimo sistemą įtraukti ir nehormoniniai

metodai, tokie kaip prezervatyvai. Ši nuosekli valstybės politika prisidėjo prie kontracepcijos naudojimo augimo ir paauglių abortų skaičiaus mažėjimo, o Prancūzija tapo gerosios praktikos pavyzdžiu Europoje.

1.2.3. ESTIJOS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA

Estijoje kontracepcija tapo legali po nepriklausomybės paskelbimo. Esant Sovietų Sąjungos sudėtyje kontracepcija buvo nelegali, tačiau abortai buvo leistini. 1991 metais Estijos vyriausybė turėjo išsikėlusį tikslą mažinti abortų skaičių šalyje, kadangi 1000 reprodukcinio amžiaus moterų statistiškai teko 70 abortų, kai lyginant tų pačių metų statistiką Jungtinėje Karalystėje 1000 moterų teko 13 abortų. Prieš Sovietų okupaciją Estijoje abortai buvo draudžiami, šis įstatymas buvo panaikintas 1955 metais (Grant 2006, 88). Nors hormoninės kontraceptinės tabletės ir varinės spiralinės buvo parduodamos, jų kainos buvo aukštos, mėnesiui reikalingų tablečių kaina sudarė 8-10 proc. vidutinio atlyginimo. Esant dideliame abortų skaičiui ir mažam kontracepcijos naudojimui 1992-1994 metais bendradarbiaujant su Švedijos tarptautine plėtros agentūra ir PSO buvo sukurtas projektas Taline siekiant šviesti moteris kontracepcijos ir šeimos planavimo tema, jos buvo konsultuojamos poliklinikose, taip pat ligoninėse po gimdymo, jei jos pageidavo – gaudavo kontraceptinių priemonių prieinama kaina arba nemokamai. Tam skirta 135 000 dolerių (Pierotti 1994, 12).

1994 metais atliekamų abortų skaičius mažėjo – 1000 reprodukcinio amžiaus moterų teko 53,8 abortai, skaičius išliko aukštas lyginant su vakarų šalimis. Buvo atkreiptas dėmesys į abortų, o ne kontraceptinių priemonių kompensavimą. Ankstyvi ir dėl medicininių priežasčių abortai buvo nemokami, o moterims, turinčioms sveikatos draudimą reikėdavo mokėti 50 proc. procedūros sumos. Lėšos, surinktos iš apmokamų abortų, buvo paskirstytos dieninių studijų studentėms, moterims, kurioms per 3 mėnesius buvo atliktas abortas ir moterims pirmaisiais po gimdymo metais, kontraceptinių priemonių kompensavimui. Kitos moterys turėjo mokėti pilną kontraceptinių priemonių kainą (Karro 1997, 46-50).

1996 metais pradėta kompensuoti iš valstybės sveikatos draudimo fondo draustoms pacientėms hormoninė kontracepcija 50 proc. sumos, o varinė spiralė 100 proc. sumos per vienerius metus pacientėms po gimdymo. Tais pačiais metais Estijoje pradėta lytinio švietimo programa mokyklose. Siekiant supaprastinti kontraceptinių priemonių prieinamumą į šeimos planavimo informavimo sistemą buvo įtraukti šeimos gydytojai ir akušerės, kurie galėjo konsultuoti ir išrašyti hormoninės kontracepcijos priemones. Skubi kontracepcija tapo prieinama nuo 2000 metų, tačiau buvo pilnai apmokama pirkėjo lėšomis (Laanpere ir kt. 2014, 81).

2002 metais Estijos Sveikatos apsaugos biudžeto lėšomis buvo pradėta apmokėti už jaunimo sveikatos centrų išlaidas, nors šie centrai buvo steigiami nuo 1992 metų bendradarbiaujant su nevyriausybiniomis organizacijomis, esminis proveržis buvo gavus finansavimą iš sveikatos apsaugos biudžeto. Šiuose centruose konsultuojama lytiškai plintančių ligų, kontracepcijos ir

lytinio švietimo klausimais, taip pat galima gauti nemokamų hormoninės ir nehormoninės kontracepcijos priemonių (Kempers 2015, 37), jaunimo centrai taip pat kuruoja internetinę svetainę šiais klausimais. Iki 26 metų amžiaus jaunuoliai gali gauti nemokamas paslaugas šiuose centruose, anonimiškai konsultuojama per centrų internetinę svetainę – uždavus klausimą į ją atsakoma per 72 valandas (Noored ja seksuaalterijs 2021). Taip pat 2002 metais buvo padidinta kompensuojamoji suma rizikos grupėms, buvo taikoma 75 proc. valstybės kompensuojama suma draustoms pacientėms, jei jos yra metų po gimdymo laikotarpyje, trijų mėnesių po aborto laikotarpyje ar jų sveikatos būklei nėštumas būtų pavojinga būklė. Pacientės gali rinktis iš esamų kontracepcijos metodų, specifiniai kompensuojami metodai nepriskiriami. Varinė IUS išlieka 100 proc. kompensuojama metų po gimdymo laikotarpyje, taip pat kitoms prieš tai nurodytoms būklėms (European Standards on Subsidizing Contraceptives 2020).

2020 metais Estijos progresas buvo įvertintas Europos Parlamento Forumo ekspertų, kurie vertinant šalis „Kontracepcijos atlase“ pažymėjo, jog Estija yra antrame skirsnyje nuo viršaus, surinkusi 74,7 proc. Estija savo kontracepcijos politika lygiuojasi į Norvegiją, Baltijos šalis palikusi užnugaryje. Šiam progresui įtakos turi modernios kontracepcijos metodų naudojimas, kontracepcijos kompensavimas (European Contraception Policy Atlas – Estonia).

Estijos kontracepcijos kompensavimo politika po nepriklausomybės atkūrimo sparčiai progresavo – iš didelio abortų paplitimo ir riboto kontracetinių priemonių prieinamumo į ženklų abortų skaičiaus sumažėjimą ir kontracepcijos kompensavimo politikos įgyvendinimo. Estijos kontracepcijos kompensavimo politika buvo pradėta įgyvendinti nuo 1991 metų ir buvo nuosekliai gerinama ir plečiama, todėl jau 2020 metais Estija buvo įvertinta „Europos kontracepcijos atlase“ kaip viena pažangesnių regione.

1.2.4. BELGIJOS KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ KOMPENSAVIMO SISTEMA

Belgijoje reikšmingi pokyčiai kontracepcijos kompensavimo srityje prasidėjo 20 amžiaus pabaigoje, šiuos pokyčius lėmė platus pilietinis nepasitenkinimas ir organizuotas spaudimas, ypač iš feminizmo judėjimo, šeimos planavimo centrų ir socialinės medicinos aktyvistų. Iki 20 amžiaus devintojo dešimtmečio Belgijoje vis dar galiojo konservatyvūs apribojimai kontraceptinių priemonių reklamai ir platinimui, kurie buvo palaikomi Katalikų Bažnyčios įtakos sveikatos politikai. Socialiniai judėjimai rengė aktyvias kampanijas ir viešino duomenis apie nepageidaujamus nėštumus bei nelegalias abortų praktikas, tai padarė tiesioginį poveikį politikų sprendimams. Reaguodama į šį spaudimą, Belgijos federalinė vyriausybė ėmėsi pokyčių (D'haenick ir kt. 2021, 134-168).

2004 metais Belgijoje buvo įteisintas pirmasis kontraceptinių priemonių kompensavimo mechanizmas, skirtas jaunimui. Federalinės vyriausybės iniciatyva nuo 2004 metų sausio 1 dienos visiems jaunuoliams nuo 15 iki 20 metų imtinai buvo pradėta teikti mėnesinę finansinę paramą – maždaug 3 eurų vertės kuponai kontraceptinėms priemonėms įsigyti vaistinėse. Šios priemonės tikslas buvo sumažinti paauglių neplanuotų nėštumų ir abortų skaičių, kuris tuo metu buvo ypač aktualus – 2001 metais užfiksuota apie 2 200 abortų tarp 13-19 metų amžiaus merginų (Watson 2003, 924). Rudis Demotas – socialistų partijos politikas, tuometinis Belgijos Federalinės sveikatos apsaugos, socialinių reikalų ir viešojo sektoriaus ministras buvo vienas iš šio kontracepcijos finansavimo mechanizmo iniciatorių – jis pristatė tai kaip priemonę mažinti socialinę nelygybę ir skatinti atsakingą seksualinį elgesį jaunimo tarpe. Kompensavimo buvo taikomas visoms hormoninės kontraceptinėms priemonėms ir implantams, kurios buvo paskirtos su gydytojo receptu, priemonėms kurios veikia ilgesnį laiką, kompensuojama pagal veikimo mėnesius, bet ne už ilgesnį kaip 12 mėnesių laikotarpį. Skubioji kontracepcija buvo pilnai kompensuojama su receptu merginoms iki 21 metų, jei įsigyjama be recepto – suma išskaičiuojama kaip kontracepcijai skirtas kompensuojamasis talonas ((Book 2004). Politinį sprendimą inicijavo federalinė sveikatos apsaugos tarnyba ir palaikė Belgijos Ministrų Taryba, o programos įgyvendinimui buvo skirta apie 5,3 mln. eurų per metus iš nacionalinio sveikatos draudimo biudžeto. Kompensavimas buvo realizuojamas per valstybines socialinio draudimo sistemas, užtikrinant administracinį prieinamumą ir finansinį skaidrumą. Ši kompensavimo schema tapo kertiniu lūžiu Belgijos kontracepcijos politikoje, pradėjusi struktūrinį perėjimą prie viešai remiamo reprodukcinės sveikatos paslaugų modelio jaunimui.

2020 metais Belgijos vyriausybė patvirtino naują kontraceptinių priemonių kompensavimo tvarką – buvo išplėstas amžius iki 25 metų imtinai pilnam kontracepcijos kompensavimui, o skubios kontracepcijos priemonė buvo įteisinta kaip nemokama, nepriklausomai nuo moters amžiaus (Puig 2020). 2020 metų Europos Komisijos pateiktame kontracepcijos atlase Belgija užėmė pirmąją vietą, surinkusi 96,4 proc. – tuometiniais duomenimis Belgijoje buvo pagerintos ne tik kontracepcijos kompensavimo sąlygos, bet ir sukurti vyriausybės remiami informaciniai internetiniai puslapiai lytinės sveikatos ir kontracepcijos temomis (European Contraception Policy Atlas – Belgium).

Belgijos kontracepcijos kompensavimo politika per pastaruosius dešimtmečius buvo nuosekliai tobulinama. Nors pirminė konservatyvi politika kontracepcijos srityje vyravo 20 amžiuje, Belgijos visuomenės ir sveikatos aktyvistų spaudimas lėmė proveržį kontracepcijos kompensavimo politikoje. Dabartinė Belgijos kontracepcijos kompensavimo politika pagal „Europos kontracepcijos atlasą“ yra viena pažangiausių Europoje, užtikrinanti platų metodų spektrą, aukštą prieinamumą jaunimui ir socialiai pažeidžiamoms grupėms bei aktyviai prisidedanti prie neplanuotų nėštumų ir abortų skaičiaus mažėjimo. Nors kompensavimo amžiaus spektras galėtų būti platesnis, bendra sistema atspindi sėkmingą kontracepcijos kompensavimo politikos modelį ir yra laikoma geros praktikos pavyzdžiu Europos kontekste.

2. KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SISTEMOS REGLAMENTAVIMAS LIETUVOJE

2.1. KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SISTEMOS RAIDA

1991 metais Lietuvai tapus nepriklausoma šalimi Lietuvos Respublikos (LR) Aukščiausioji Taryba nutarimu Nr. I-1939 patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją ir pavedė Vyriausybei parengti reikalingus įstatymų pakeitimus, kad koncepcija būtų įgyvendinta. Dokumente pažymima, kad iki tol taikyta sveikatos apsaugos sistema, paremta daugiausia ligoninių ir personalo plėtra bei ligų gydymu, neveikė pakankamai gerai, todėl siūloma kryptingai plėtoti sveikatos politiką – daugiau dėmesio skirti ligų prevencijai, sveikos gyvensenos skatinimui – mažinti ligų priežastis, o ne vien gydyti pasekmes. Koncepcijoje nurodoma valstybės pareiga užtikrinti gyventojų aprūpinimą saugiais ir veiksmingais vaistais – vykdyti nacionalinę vaistų politiką, garantuoti būtinųjų vaistų prieinamumą, skatinti racionalų vaistų vartojimą ir remti vietinę farmacijos gamybą, kartu užtikrinant vaistų patikrą ir kontrolę bei bendradarbiavimą su tiekėjais (LR Aukščiausioji Taryba 1991/Nr I-1939). 1991 metais LR Aukščiausioji taryba – Atkuriamasis Seimas priėmė pirmąjį farmacijos įstatymą. Nors jis buvo nedetalus, bet nustatė bendras vaistų rinkos taisykles, Sveikatos apsaugos ministerijos atsakomybę būtinąjo asortimento vaistų ir medicininės paskirties gaminių sąrašų reglamentavimu ir licencijavimu – buvo nurodyta, jog visi vaistai ir medicininiai gaminiai turi būti įtraukti į Valstybinį vaistų registrą (išskyrus gaminamus vietoje vaistinėse). Vaistų kompensavimo gairės nebuvo aprašytos, tačiau 15-tajame straipsnyje nurodoma, jog būtinąjo asortimento sąraše esančių vaistinių preparatų kainas nustato Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatytos institucijos, šio sąrašo vaistinių preparatų kainos turi būti vienodos visoje Lietuvoje, 2-ajame straipsnyje aprašoma Valstybės atsakomybė būtinųjų vaistinių preparatų ir medicininių priemonių aprūpinimu, tačiau nepatikslingos nei institucijos, nei būtinųjų vaistinių preparatų sąrašų sudarymo tvarka (LR Seimas 1991/Nr.I-1025).

Vaistų kompensavimo tvarkai nustatyti svarbus ne tik farmacijos įstatymas, bet ir Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas. Pirmas šio įstatymo leidinys buvo priimtas 1991 metais. Įstatymo 23-iame straipsnyje nurodoma, kad kompensuojama 100 proc. suma apdraustųjų vaikams iki 1 metų, o 80 proc. – tam tikroms gyventojų grupių kategorijoms (vaikams nuo 1 iki 7 metų, nedirbantiems pensininkams, I ir II grupės neįgaliesiems). Kitais atvejais numatyta kompensuoti išlaidas susirgus ligomis, įrašytomis į Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ministerijų patvirtintą ligų sąrašą. Jau pirmajame etape buvo išskirti du kompensavimo

principai, kurie vėliau išliko sistemos pamatu – socialiai pažeidžiamų asmenų išlaidų kompensavimas pagal būtinųjų vaistų sąrašą (vėliau pervadintą į B sąrašą), ir visų apdraustųjų išlaidų kompensavimas, jei vaistai skiriami tam tikroms sunkioms ligoms gydyti pagal nustatytą sąrašą (A sąrašą). 4-ajame straipsnyje nurodomi asmenys, kurie priklauso apdraustiesiems valstybinu socialiniu draudimu – dirbantys pagal darbo sutartį, deputatai, sukarintų organizacijų darbuotojai, žemės ūkio ir ūkinių bendrijų nariai, gaunantys pajamas iš šios veiklos, įmonių akcininkai, gaunantys pajamas, susijusias su darbo santykiais, advokatų kolegijų nariai, ūkininkai ir pilnamečiai jų šeimos nariai, dirbantys ūkyje. Išvardintiems asmenims ir nedarbingiems jų šeimos nariams kompensuojamos visos išlaidos susirgus ligomis, nurodytomis Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ministerijos ligų sąraše (LR Valstybinio socialinio draudimo įstatymas 1991/Nr.I-1336).

1992 metais atkūriant privalomąjį sveikatos draudimą (PSD), įkurta Valstybinė ligonių kasa (Ligonių kasos istorija 2026). 1996 metais priėmus Sveikatos draudimo įstatymą vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimas buvo perkeltas į Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) lėšomis finansuojamą ir ligonių kasų administruojamą sistemą. Atnaujintame įstatyme buvo išplėtos grupės, turinčios teisę į kompensuojamas sveikatos priežiūros išlaidas. Drausti PSD tapo ne tik dirbantieji, bet ir pensijų gavėjai, registruoti bedarbiai, nėštumo ir gimdymo atostogose esančios moterys, vienas iš tėvų, auginantys vaiką, asmenys iki 18 metų, moksleiviai, dieninių studijų studentai, socialinę pašalpą gaunantys asmenys, neįgalieji ir kitos įstatyme nurodytos grupės. Įstatymo 9-ajame straipsnyje nurodoma, jog būtinųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu, taip nustatant atsakingas institucijas (LR Sveikatos draudimo įstatymas 1996/Nr. I-1343).

1997 metų birželio 23 dienos nutarimu buvo patvirtinta bazinių kainų nustatymo metodika ambulatoriškai kompensuojamiems vaistams ir MPP, taip buvo pradėta aiškiau sudarinėti kompensuojamųjų vaistų kainodarą (LR Vyriausybės nutarimas 1997/Nr.643). Lietuvos Respublikos Seimas 1998 metais nutarimu nr. VIII-833 patvirtino Lietuvos sveikatos programą - ilgalaikę sveikatos politikos reforma iki 2010 metų, su numatomu įvertinimu 2005 metais. Programą rengiant dalyvavo 1993 metais įkurto Sveikatos apsaugos reformų biuro atstovai, 1996 metais birželį programą aprobavo Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, 1996 metų spalį jai pritarė Vyriausybė, o 1997 metais ji aptarta Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje dalyvaujant PSO ir kitų Europos šalių ekspertams. Programoje akcentuojama, kad sveikatos ir paslaugų skirtumai tarp socialinių grupių turi būti mažinami užtikrinant teisumą, prieinamumą, priimtinumą ir tinkamumą – numatoma nustatyti didelės rizikos grupes, teisiškai apibrėžti

institucijų atsiskaitomybę. Programoje taip pat įvardyti vaistų politikos prioritetai: gerinti vaistų kokybės kontrolę ir racionalų vartojimą, o kainodaros ir kompensavimo sistemą tobulinti remiantis farmakoekonominiais metodais, atskiruose sveikatos programų skyriuose numatomas ir konkretus aprūpinimas veiksmingais, saugiais ir prieinamais vaistais (LR Seimo nutarimas 1988/Nr.VIII-833).

2000 metais Vyriausybės nutarimu nr. 84 patvirtinta ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, kompensuojamų iš PSDF, bazinių kainų apskaičiavimo tvarka, kuri tapo pagrindu sudarant kompensuojamųjų vaistų bazinių kainų kainyną (LR Vyriausybės nutarimas 2000/Nr. 84). 2001 metais buvo patikslinta praktinė kompensavimo įgyvendinimo dalis – nustatyta, kad kompensuojamieji vaistai vaistinėse parduodami ne didesnėmis nei kainyne nurodytomis mažmeninėmis kainomis, leista, kad nekompensuojamoji kainos dalis galėtų būti dengiama labdaros ar kitų subjektų lėšomis, o kainyno tikslinimo atveju kainos didinimas siejamas su VLK derybomis su gamintojais ir (ar) tiekėjais. Taip pat buvo patvirtintas priemonių paketas PSDF išlaidoms valdyti – tokie kaip kriterijai 100 proc. kompensuojamų ligų sąrašui, kompensuojamųjų vaistų sąrašo tikslinimas pagal sąnaudų efektyvumą, kaip pagrindiniai vykdytojai nurodant SAM ir VLK (LR Vyriausybės nutarimas 2001/Nr. 1595).

2002 metais buvo priimtas Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimas, kuriuo aiškiau reglamentuotas vaistų kompensavimas iš PSDF. Pakeitimu įtvirtinta, kad apdraustiesiems kompensuojamos ambulatoriškai išrašytų kompensuojamųjų vaistų ir MPP išlaidos, o ligų ir vaistų joms gydyti sąrašus, kompensuojamųjų vaistų ir MPP sąrašus bei kompensavimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Kartu įvesti papildomi kompensavimo lygiai – 100, 90, 80 ir 50 proc. ir aiškiai išskirtos grupės: 100 proc. bazinės kainos kompensavimas numatytas vaikams iki 18 metų ir I grupės neįgaliesiems, o 50 proc. bazinės kainos kompensavimas – valstybinės socialinio draudimo senatvės pensijos, II grupės neįgalumo pensijos ir šalpos pensijų gavėjams (kai jie nepatenka į kitas grupes). Pakeitimu taip pat sugriežtinti bazinės kainos nustatymo kriterijai: bazinei kompensuojamojo vaisto kainai apskaičiuoti taikomas ES kainų palyginimas (gamintojo kaina turi būti mažesnė arba ne daugiau kaip 5 proc. didesnė už mažiausią atitinkamo vaisto gamintojo kainą ES šalyse), o kompensuojamųjų vaistų bazinių kainų kainynas tikslinamas kartą per metus SAM nustatyta tvarka (LR sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymas 2002/Nr. IX-1219).

2005 metų Vyriausybės nutarimu nr. 994 patvirtintas kompensuojamųjų vaistinių preparatų bazinių kainų aprašas, skirtų ambulatoriniam gydymui. Bazinė kaina nustatoma pagal tikslias matematines formules - pirmiausia apskaičiuojama mažmeninės kainos dalis, kuri naudojama

bazei (įvertinant gamintojo kainas referencinėse valstybėse), tada skaičiuojama veikliosios medžiagos sutartinio kiekio bazinė kaina, parenkama mažiausia tokio sutartinio kiekio bazė grupėje ir pagal ją išvedamos kitų tos grupės vaistų bazinės kainos (LR Vyriausybės nutarimas 2005/Nr. 994). 2006 metais priimtas vaistų ir vaistinių preparatų ir su jais susijusių veiklą reglamentuojantis farmacijos įstatymas. 12-tajame šio įstatymo skirsnyje apibrėžiama kompensuojamų vaistinių preparatų ir MPP kainodara. 57-tajame straipsnyje nurodoma, jog sveikatos apsaugos ministras tvirtina bazines ir didžiausias mažmenines kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų MPP kainas. Įstatyme nurodoma, jog kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainynas kiekvienais metais tvirtinamas du kartus, o kompensuojamųjų MPP kainynas vieną kartą, taip pat kainynų pakeitimai gali būti tvirtinami pagal poreikį. Kainynai ir jų pakeitimai skelbiami Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje. Už vaistinių preparatų įtraukimą į kompensuojamųjų sąrašus atsakingas Farmacijos departamentas prie Sveikatos apsaugos ministerijos (LR Farmacijos įstatymas 2006/Nr. X-709).

2010 metų balandžio 6 dienos įsakymas Nr. V-267, patvirtintas SAM detalizavo farmacijos įstatymo 57 ir 59 straipsnius. Įsakymo tvarkos aprašas nustatė vaistinių preparatų ir MPP įrašymo į kainynus bei išbraukimo tvarką, apibrėžė pareiškėjus ir kainų nustatymo procesą, taip pat numatė, kad rengiamas kainyno projektas skelbiamas SAM interneto svetainėje (SAM įsakymas 2010/Nr. V-267). Vėliau 2010 metų rugpjūčio 20 dienos įsakymu Nr. V-741 šis reguliavimas buvo patikslintas – nustatyta, kad sprendimai dėl MPP kainų priimami ne vėliau kaip per 90 dienų, o sprendimai įrašyti vaistą ar MPP į kainyną priimami sveikatos apsaugos ministro įsakymu Farmacijos departamento teikimu. Kainodaros sistemą papildė 2010 metais rugpjūčio 13 dienos įsakymas Nr. V-724, kuris patvirtino nuolaidą paciento priemokai už kompensuojamąjį vaistinį preparatą ir kompensuojamąjį MPP. Įsakymu buvo aprašyta tvarka, kaip tiekėjas per VLK gali taikyti nuolaidą ir taip sumažinti paciento priemoką už kompensuojamą vaistą ar MPP, nekeičiant bazinės kainos skaičiavimo principų (SAM įsakymas 2010/Nr. V-724). Šie SAM įsakymai ištaisė 2006 metų farmacijos įstatymo praktines spragas – aiškiai aprašė procedūras, institucijų vaidmenis, terminus, viešinimą ir atskirą mechanizmą paciento priemokoms mažinti.

2019 m. spalio 17 d. Seimas priėmė Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimą nr. XIII-2492, kuris išplėtė 100 proc. bazinės kainos kompensuojamųjų vaistų ir MPP ambulatoriniam gydymui gavėjų, įtraukiant 75 metų ir vyresnius asmenis, taip pat asmenis su 0–25 proc. darbingumo lygiu ir senatvės pensijos amžiaus asmenis, kuriems nustatytas didelių specialiųjų poreikių lygis. Įstatymo pakeitimas nustatė naują tvarką dėl paciento priemokų už kompensuojamuosius vaistus ir MPP padengimą Vyriausybės nustatyta tvarka, numatant tam lėšas PSDF biudžete (Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimas 2019/Nr. XIII-2492).

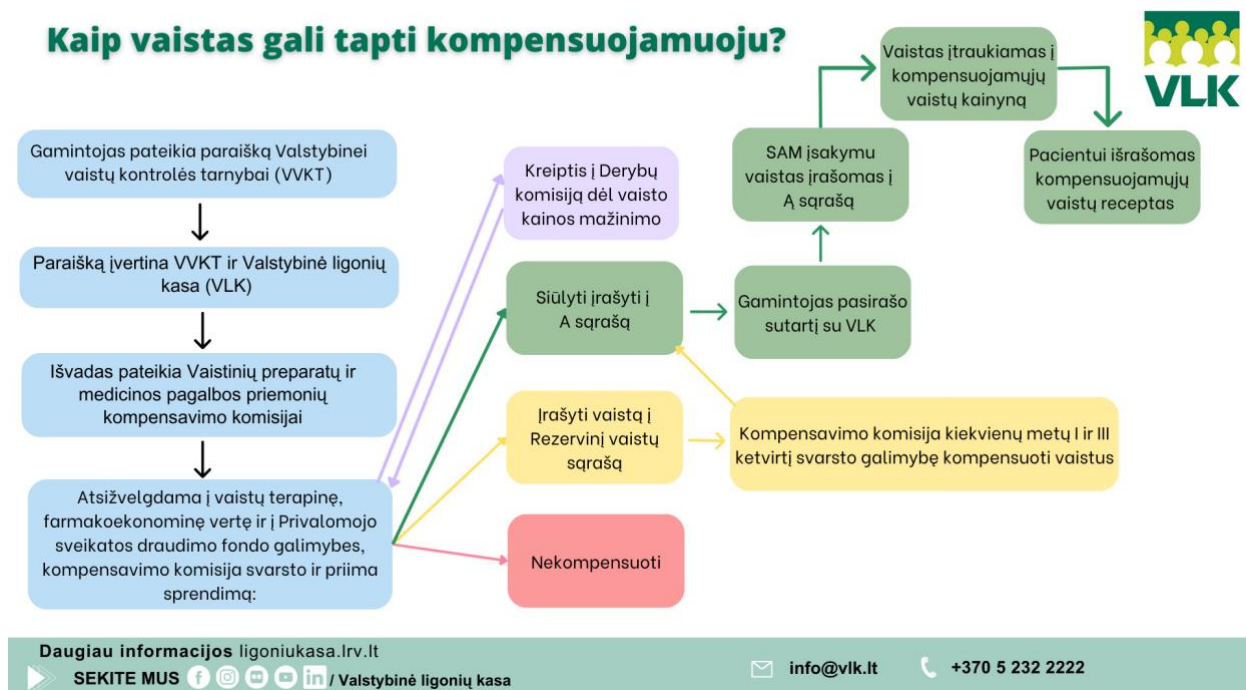
2022 metais buvo priimtas LR Farmacijos įstatymo 2, 8, 57 ir 59 straipsnių pakeitimas Nr. XIV-1639, kuriuo buvo nustatyta aiški kainyno atnaujinimo ir skelbimo tvarka – kompensuojamųjų vaistų kainynas tvirtinamas 2 kartus per metus (įsigalioja sausio 1 d. ir liepos 1 d.) ir skelbiamas SAM interneto svetainėje. Taip pat aprašytas paciento priemonių valdymas – nurodyti aiškūs kriterijai, kada vaistas gali būti įrašytas į kainyną pagal priemonės ribas, taip pat nurodoma, kai į vieno tiekėjo grupę įrašomas generinis vaistas, jo kaina turi būti bent proc. mažesnė, o panašaus biologinio – bent 15 proc. mažesnė už faktinę kainą, taip siekiant spartesnio kainų mažėjimo kompensuojamųjų vaistų rinkoje (Farmacijos įstatymo pakeitimas 2022/Nr. XIV-1639).

Per daugiau nei 30 metų Lietuvos vaistų kompensavimo sistema iš abstrakčių teisės aktų tapo detalizuota ir aiškiai reglamentuota. Pirminis kompensavimo mechanizmas buvo orientuotas į tam tikras socialines grupes ir ligų sąrašus. Vėliau tikslingai paskirsčius institucijų atsakomybę, pradėta kurti kainynų kainodara, aiškūs vaistų ir ligų vertinimo kriterijai, įteisintos procedūros pareiškėjams. Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tvirtinimo sprendimai tapo grindžiami klinikiniu veiksmingumu, vaisto saugumu ir ekonominiu naudingumu, taip pat kartu stiprintas valstybės išlaidų valdymas – tobulintos bazinių kainų skaičiavimo taisyklės, taikyti derybų ir nuolaidų metodai. Daug dėmesio skirta vaistų prieinamumo užtikrinimui, taikant paciento priemonių mažinimą.

2.2. VAISTŲ KOMPENSAVIMO PRICIPAI

Šiuo metu galiojančią vaistų įtraukimo į kompensuojamųjų sąrašą tvarką apibrėžia SAM ministro įsakymas nr. V-617, kuris pakeitė Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymą nr. 159 „dėl ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkos aprašą“. Pagrindinės institucijos reguliuojančios vaistų įtraukimą į kompensuojamųjų sąrašą yra VLK, SAM ir VVKT (SAM įsakymo pakeitimas 2011/Nr. V-617). Norit įtraukti naują preparatą į kompensuojamųjų sąrašą pirmiausia turi būti pateiktas prašymas dėl vaisto ar MPP įtraukimo į šį sąrašą. Prašymą gali pateikti vaistų gamintojai, gydytojų asociacijos, pacientų organizacijos (Valstybinė ligonių kasa). Paraiškoje yra nurodoma apie ligą, kuriai skirtas vaistas, vaistinio preparato farmakoekonominė analizė, taip pat privalumų ir trūkumų (lyginant su kitais vaistiniais preparatais) aprašymas, jei yra – nurodomos tarptautinės gydymo metodikos ar pripažinti sveikatos technologijų vertinimai. Paraiškos vertinimui sudaroma komisija iš 9 asmenų – 5 atstovai iš SAM, 2 atstovai iš VLK, 1 atstovas iš VVKT ir 1 atstovas iš pacientų teises ginančios

organizacijos. Komisijos posėdžiuose be balsavimo teisės, tačiau diskusijos pagrindu gali dalyvauti SAM, VLK, VVKT specialistai ir komisijos pirmininko pakviesti asmenys (10-11 punktas). Paraiška kompensuoti vaistinį preparatą yra nagrinėjama keturių institucijų, jos pateikia nepriklausomas išvadas komisijai. Šias institucijas sudaro – Asmens sveikatos departamentas, nagrinėjantis vaistinio preparato gydomąsias savybes ir lygina su kitais, esančiais rinkoje, VLK nagrinėja informaciją, susijusią su PSDF išlaidas ligos gydymui, vaisto kompensavimo įtaką biudžetui, farmacijos departamentas nagrinėja vaisto gamintojo deklaruotas kainas kitose ES šalyse ir Lietuvoje, pateikia farmakoekonominės analizės ataskaitą, VVKT teikia ataskaitą apie vaisto indikacijas, kontraindikacijas ir šalutinį poveikį.



2 pav. Vaistinio preparato patekimo į kompensuojamųjų sąrašą eiga

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2025

Komisija vertina paraišką dviem kriterijais – terapiniu ir farmakoekonominiu. Terapinė vertė įvertina vaisto efektyvumą, saugumą, gydomąją naudą ir klinikinių tyrimų duomenis. Farmakoekonominė vertė nurodo ar gydymo kainos ir gautos naudos santykis yra pagrįstas. Remiantis institucijų pateiktomis ataskaitomis ir vertinimo kriterijais komisija gali priimti sprendimą – įtraukti vaistą į atitinkamą sąrašą. Vaistas įrašomas į „A“ sąrašą, kai jo terapinė vertė prilygta 9 balams ar daugiau, o farmakoekonominė vertė – 4 ar daugiau, o kompensavimas mažins PSDF biudžeto išlaidas arba kai terapinė vertė siekia 10 balų ar daugiau, o farmakoekonominė vertė 4 balus ar daugiau ir kompensavimas nedidintų PSDF išlaidų. Jei vaisto terapinė vertė lygi 11 balų ar daugiau, o farmakoekonominė vertė lygi 4 balams ar daugiau, tačiau šio vaisto

kompensavimas didintų PSDF išlaidas, komisija įtraukia šį vaistinį preparatą į „rezervinį“ sąrašą – taip vaistas pripažinamas kompensuotinu, tačiau atidedamas jo kompensavimas iki pakankamų lėšų PSDF biudžete sukaupimo. „Rezerviniame“ sąrašė vaistiniai preparatai išrikiuojami pagal įvertinimo skaičiuotę surinktų balų sumos skaičių mažėjimo tvarka. Šis sąrašas peržiūrimas du kartus per metus – I ketvirtyje įvertinamos PSDF biudžeto galimybės, o III ketvirtyje matomos PSDF biudžeto pirmo pusmečio faktinės išlaidos ir aiškos prognozės antrajam pusmečiui. Esant PSDF galimybėms kompensuoti papildomus vaistus – komisija peržiūri rezervinį sąrašą ir eiliškumo tvarka perkelia vaistinį preparatą iš „rezervinio“ į „A“ sąrašą. Vaistinis preparatas taip pat gali būti panaikintas iš „A“ sąrašo esant vienam iš keturių kriterijų – jei atsirado naujų duomenų apie nepakankamą vaisto saugumą ar efektyvumą, jei vaisto platintojas prašo tai atlikti, jei kompensavimo laikotarpiu atsirado bent viena iš sąlygų, neleidžiančių kompensuoti vaisto paraiškoje ar dokumentuose buvo pateikta klaidinga informacija, jei pakartotinio vertinimo metu nesurinkta pakankamas balas ar vertinimas PSDF poveikiui. Galutinį sprendimą dėl vaisto šalinimo iš kompensuojamų sąrašo priima SAM ministras (SAM įsakymas 2011/Nr. V-617).

2.3.ES KOMPENSUOJAMŲ VAISTŲ REGULIAVIMAS IR JO PRITAIKYMAS LIETUVOS NACIONALINEI TEISĖS SISTEMAI

Europos Sąjungos reglamentavimas turėjo reikšmingą įtaką pereinant prie išsamesnio reguliavimo. Lietuvai ruošiantis stoti į ES buvo pradėti ES direktyvų, susijusių su vaistų kompensavimu, perkėlimo darbai į nacionalinę teisės sistemą (Animus Agilis 2011, 28). Kainų ir kompensavimo sprendimų skaidrumas siejamas su direktyvos 89/105/EEB, reglamentuojančios vaistų, skirtų žmonėms, kainų sudarymo ir įtraukimo į nacionalinės sveikatos sistemą, reikalavimais. Direktyva įpareigoja kompetentingas institucijas sprendimus priimti per nustatytus terminus: dėl vaisto įtraukimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašą – per 90 dienų, o kai kainos nustatymas ir įtraukimas nagrinėjami kartu, bendra procedūra neturi viršyti 180 dienų. Sprendimai turi būti pagrįsti objektyviais ir patikrinamais kriterijais, remtis ekspertų vertinimais ir būti pranešami pareiškėjui nurodant motyvus ir apskundimo galimybes. Direktyva taip pat pabrėžia atskaitomybę – kasmet Europos Komisijai turi būti pateikiami vaistinių preparatų sąrašai ir jų kainos bei kriterijai, kuriais remiantis prašymai įtraukti vaistus buvo patvirtinti arba atmesti. Be to, direktyva įtvirtina viešumo principą – kompensuojamųjų vaistų sąrašai turi būti prieinami visuomenei, o naujai įtraukti ir išbraukti iš sąrašo vaistai skelbiami atitinkamuose leidiniuose (Europos Sąjungos Taryba 1988, 345-348). ES bendrijos kodekso žmonėms skirtiems vaistams direktyva 2001/83/EB tapo vienu pagrindiniu farmacijos reguliavimo dokumentu, kadangi ji

suvienodino bendrus reikalavimus vaistinių preparatų registravimo suteikimui, neregistruotų preparatų tiekimo išimčių taikymui, klinikinėms studijoms, gamybai, saugojimui, didmeninei ir mažmeninei prekybai bei rinkoje esančių vaistų priežiūrai (Animus Agilis 2011, 47-51) , taip naujas farmacijos įstatymas tapo detalesnis, tiksliai apibrėžtas, taikomas visoje tiekimo grandinėje.

Animus agilis (2011) atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad Europos farmacijos teisyno nuostatų perkėlimas turėjo teigiamą poveikį vaistų prieinamumui, kadangi suvienodino Lietuvos ir ES norminių dokumentų reikalavimus, o nacionalinius teisės aktus padarė aiškesnius, skaidresnius ir tikslesnius. Tyrimo metu buvo lyginami du laikotarpiai – prieš ES narystę (2003-2004 m.) ir po jos (2009-2010 m.). Iki įstojimo į ES galiojęs LR SAM 2002 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. 159 neturėjo konkrečių kriterijų vaistų įtraukimui į kompensuojamųjų vaistų sąrašą (A sąrašą), taip pat buvo aiškiai nenustatyta sprendimų priėmimo trukmė. Po stojimo į ES priimtas LR SAM 2007 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. V-91 nustatė konkrečius kriterijus, vertinamus balais, vaistui įtraukti į A sąrašą ir aiškų 180 dienų terminą sprendimui priimti. Kitas svarbus pokytis susijęs su kompensuojamųjų vaistų kainų reguliavimo mechanizmu – 2009 m. įsigaliojęs naujas kainų valstybinio reguliavimo mechanizmas. Pokytis buvo susijęs su generinių vaistų įtraukimu į kompensuojamųjų sąrašą – pirmojo generinio vaisto kaina privalėjo būti 30 proc. mažesnė nei originalaus vaisto kaina, antrojo generinio 10 proc. mažesnė nei pirmojo, o trečiojo 10 proc. mažesnė nei antrojo, ketvirtojo ir vėlesnių – ne didesnė nei pigiausio kainyne esančio vaisto kaina. Šis mechanizmas sudarė geresnes sąlygas generiniams vaistams patekti į kompensavimo sistemą ir konkuruoti kainomis su originaliais vaistais (Animus Agilis 2011, 103-104; 255).

Apibendrinant, ES farmacijos direktyvų perkėlimas į Lietuvos nacionalinę teisės sistemą, prasidėjęs dar pasirengimo narystei laikotarpiu, pagerino vaistų kompensavimo sistemos reguliavimo kokybę. Sprendimų priėmimo proceso tapo aiškus, terminuotas ir kriterijais grįstas. Direktyva 89/105/EEB įtvirtino procedūrinius standartus, o direktyva 2001/83/EB suvienodino bendruosius farmacijos reguliavimo reikalavimus visoje tiekimo grandinėje.

2.4. PSO BŪTINIAUSIŲ VAISTŲ SĄRAŠAS

Pasaulio sveikatos organizacija 1977 metais pirmą kartą paskelbė „Būtiniausių vaistų modelio sąrašą“ (angl. WHO Model List of Essential Medicines, EML), šio sąrašo pagrindinis tikslas – nustatyti, kurie vaistiniai preparatai svarbiausi žmonių sveikatos užtikrinimui ir gerinimui. Vaistai yra atrenkami pagal tris kriterijus – klinikinį efektyvumą, vaisto saugumą ir ekonominį

efektyvumą. Sąrašas atnaujinamas kas dvejus metus PSO nepriklausomos ekspertų grupės. Šiuo sąrašu naudojasi daugelis pasaulio šalių kaip orientaciniu, siekiant užtikrinti pacientų prieinamumą prie svarbiausių vaistų (Piggott ir kt. 2024, 722-729). Šiuo metu galiojančiame, 2025 metais paskelbtame 24-ajame PSO „būtinausių vaistų sąrašo“ leidime kontracetinės priemonės sudaro atskirą 22.1 skyrių -hormoninės kontracepcijos skyriuje į sąrašą įtraukti SKT, hormoninė IUS, skubiosios kontracepcijos preparatai, injekcinės priemonės, poodiniai implantai, bei makšties žiedas, nehormoninės kontracepcijos – vario IUS, prezervatyvai ir diafragmos (WHO 2025, 54-55). Šis platus metodų sąrašas nurodo PSO poziciją – šeimos planavimo priemonių prieinamumas yra neatsiejama visuomenės sveikatos dalis, o kontraceptinių priemonių įtraukimas į nacionalinius būtinų vaistų sąrašus yra svarbus politikos sprendimas užtikrinantis reprodukcinės sveikatos paslaugų prieinamumą.

3. KONTRACEPTINIŲ PRIEMONIŲ POLITIKA LIETUVOJE

Lietuvai, priklausant Sovietų Sąjungos sudėčiai, kontracetinės priemonės buvo draudžiamos, tačiau abortai buvo leidžiami. Lietuvoje buvo jaučiama didelė katalikų bažnyčios įtaka, dėl to, buvo manoma, moterys rečiau nutraukdavo nėštumus ar norėdavo tai atlikti nepaliekant įrašų – nelegaliai (Karro 1997, 5-17). Statistiniais duomenimis 1991 metais Lietuvoje 1000 vaisingo amžiaus moterų teko apie 43 abortus (Grant 2006, 88). Nors po nepriklausomybės atkūrimo modernios kontracetinės priemonės tapo legalios, tačiau 1994 metais kontracetines tabletes vartojo tik 4 proc. moterų. 1996 metais atliktos apklausos metu didžioji dalis respondenčių atsakė, jog nenaudoja kontraceptinių tablečių dėl ekonominių priežasčių - hormoninė kontracepcija buvo brangi. 17 proc. tyrime dalyvavusių moterų teigė, jog kontracepcijos nenaudoja dėl medicininių priežasčių, tai rodo plačiai paplitusį tikslios informacijos trūkumą. Lytinio švietimo ir konsultavimo kontracepcijos klausimais atsakomybė teko šeimos gydytojams, gydytojams akušeriams-ginekologams ir akušeriams. Mitai apie tariamą kontraceptikų daromą žalą buvo plačiai paplitę, taip pat neigiamą įtaką darė dalies gydytojų ir visuomenės nepripažinimas modernios kontracepcijos naudojimo (Kalėdienė, ir Nadišauskienė 2002, 117-126). 1995 metais įkurta šeimos planavimo ir seksualinės sveikatos asociacija, kurios tikslas rengti teisės aktus, susijusius su reprodukcinės sveikatos politika ir programomis, bei ginti seksualines ir reprodukcinės žmogaus teises, tai vienintelė nevyriausybinė organizacija teikianti informaciją visuomenei – seminarais ir internetu (Pozicija ir politika). Lietuvos akušerių ir ginekologų draugija, įkurta 1958

metais, draugija dirba medicinos specialistų tęstinio medicininio mokymo ir įrodymais pagrįstų žinių diegimo kasdienėje praktikoje srityje, 1998 metais ji pradėjo leisti ketvirtinį žurnalą „Lietuvių akušerija ir ginekologija“. 2000 metais buvo įkurta kontraceptologijos draugija, jos pagrindinis tikslas – skatinti ir informuoti apie veiksmingus kontracepcijos metodus medicinos darbuotojus (Kalėdienė, ir Nadišauskienė 2002, 117-126).

2006 metais pirmą kartą buvo įregistruota „Escapelle“ - skubios kontracepcijos tabletė Lietuvoje (Escapelle b.m.), o 2008 metais ji tapo prieinama be recepto (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija 2020).

2020 metų balandžio 21 dieną pirmą kartą į kompensuojamų vaistų sąrašą buvo įtraukta „Fleree“ – hormoninė IUS, įsakymą pasirašė tuometinis ministras A. Veryga. Pilna preparato kainos kompensacija LARC buvo nustatyta merginoms nuo 15 iki 20 metų, kurios kreipiasi į gydytoją akušerį-ginekologą konsultacijos dėl kontracepcijos (SAM įsakymas 2020/Nr. V-934). Nepėjus Levonorgestrel įtraukti į kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyną, ministras sustabdė preparato kompensavimą. Visuomenėje susiformavo nevienareikšmės nuomonės šiuo klausimu. Seime dalis Tėvynės sąjungos-Lietuvos krikščionių demokratų frakcijos narių pasisakė prieš hormoninės spiralės kompensavimą jaunoms merginoms, taip pat Laisvos visuomenės institutas, Pasaulio gydytojų federacijos „Už žmogaus gyvybę“ Lietuvos asociacija, Krizinio nėštumo centras, asociacija „Už gyvybę“, Šeimos institutas, asociacija patiriantiems nėštumo sunkumus „Tu – ne viena“, Biomedicinos etikos ir teisės institutas (Stankevičius 2020). Lietuvos socialdemokratų partija ir Lietuvos liberalų sąjūdis pasisakė už kontraceptinės spiralės kompensavimą merginoms nuo 15 iki 20 metų, taip pat viešai kreipėsi į LR SAM ministrą siekiant grąžinti vaistinį preparatą į kompensuojamųjų vaistų sąrašą (LSDP 2020). Tik po metų – 2021 metų kovo 19 dieną naujasis LR SAM ministras A. Dulkys patvirtino pakeistą kontraceptinės spiralės kompensavimo įsakymą. Merginoms nuo 15 iki 17 metų kompensacija galima ministro numatyta tvarka, o nuo 18 iki 20 metų merginoms, visoms, kurios kreipiasi į gydytoją ginekologą konsultacijai dėl kontracepcijos (SAM įsakymas 2021/Nr. V-595). Išskiriamas kompensavimas merginoms nuo 15 iki 17 metų reglamentuojamas LR SAM įsakymo „Dėl ambulatorinių antrinio ir (ar) tretinio lygio akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ aprašo 1 priede. Jame nurodoma, kad lytiškai aktyvios 15-17 metų merginos, kurios kreipiasi konsultacijai dėl kontraceptinių priemonių į pirminio lygio specialistą – šeimos gydytoją arba gydytoją akušerį – ginekologą, gali gauti kompensuojamąją hormoninę spiralę tik suteikus pilną informaciją apie šį kontraceptinį metodą, atlikus tyrimą dėl lytiškai plintančių ligų, suteikus informaciją apie pacientės savivaldybėje veikiančią vaikų teisių kontaktinę informaciją, taip pat socialinių paslaugų ir jaunimo centro kontaktus. Pacientėms iki 16

metų privaloma medicinos psichologo konsultacija, prireikus – socialinio darbuotojo, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos. Jei gydytojui konsultuojant 16-17 metų merginą kyla abejonių dėl jos psichinės būklės ar turimų socialinių problemų, galinčių apsunkinti sprendimo priėmimo procesą, ji taip pat yra siunčiama medicinos psichologo ir (ar) socialinio darbuotojo, ir (ar) gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijoms. Jei pacientei nėra 16 metų sprendimą dėl hormoninės spiralės skyrimo priima antrinio lygio paslaugas teikiančios ASPĮ gydytojų konsultacinė komisija. Gydytojų konsultacinė komisija įvertina turimą informaciją, taip pat išnagrinėja medicinos psichologo, socialinio darbuotojo, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijų išvadas, o nesant konsultacijų išvadų, dalyvauti posėdyje kviečiamas medicinos psichologas, prireikus – ir socialinis darbuotojas ir (ar) gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Jei sprendimą priimančias gydytojas akušeriui-ginekologui pastebi 16-17 metų pacientės ir jos atstovo nesutarimus dėl kontraceptinės spiralės įdėjimo, taip pat jei pacientė negali būti laikoma gebančia savo interesus ir nėra jos atstovo, šios pacientės taip pat yra svarstomos gydytojų konsultacinėje komisijoje taip pat, kaip ir 15 metų pacientės. Pažymima ir eiga po spiralės įdėjimo – pacientė apžiūrima po 4-6 savaitių, praėjus metams pakartojami tyrimai dėl lytiškai plintančių ligų, konsultacijos metu gydytojas akušeris-ginekologas stebi ar nėra psichologinių sutrikimų, jei pastebima – pacientė siunčiama medicinos psichologo konsultacijai, jei reikia – socialinio darbuotojo ir (ar) gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijoms (SAM įsakymas 2022, Nr. V-700).

2022 metų sausio mėnesį Vilniaus miesto taryba priėmė sprendimą nr. 1-1290, kuriame nurodomas vienkartinių pašalpų tvarkos aprašymas į kurį įtraukta ir vienkartinė pašalpa kontraceptinėms priemonėms. Šia pašalpa gali pasinaudoti asmenys atitinkantys kriterijus – šeimos vidutinės pajamos vienam nariui per mėnesį neviršija 2 valstybės remiamų išmokų (apie 249 EUR), registruota gyvenamoji vieta Vilniaus mieste. Suteikiama pašalpa asmenims, turintiems Lietuvos pilietybę ar leidimą gyventi Lietuvoje, o suteikiama pašalpa yra galima kartą metuose ir turi neviršyti 3 bazinių socialinių išmokų (apie 147 EUR). Pašalpa suteikiama pateikus čekius už įsigytas kontraceptines priemones ir užpildžius prašymą Vilniaus miesto savivaldybėje (Vilniaus miesto tarybos sprendimas 2022/Nr. 1-1290). Šis kontracepcijos kompensavimas apima tik siaurą demografinę ir socialinę grupę, kuri gali pasinaudoti pašalpa, norinčiajam pasinaudoti kompensacija pirmiausia reikia apmokėti pačiam, o tik po poros savaitių po pirkimo čekio pateikimo yra gražinama asmeniui išleista suma.

Postsovietinėje Lietuvoje kontracepcijos kompensavimo politika buvo priešiška pasitiktai krikščioniško judėjimo už gyvybę, kas lėmė vėlyvą teisės aktų priėmimą lyginant su kaimynine Estija ar kitomis aukštas pozicijas „Europos kontracepcijos atlase“ užimančiomis šalimis. Nors

modernios kontraceptinės priemonės po nepriklausomybės paskelbimo tapo legalios, tačiau jų naudojimą riboja aukštos kainos, visuomenėje gajūs mitai apie kontracepcijos žalą sveikatai ir konservatyvus visuomenės bei dalies medikų požiūris. Nepaisant nevyriausybinių organizacijų ir profesinių draugijų pastangų šviesti visuomenę bei specialistus, lytinis švietimas ilgą laiką išliko fragmentuotas ir labiau orientuotas į abstinenciją. Dabartinė kompensavimo tvarka buvo priimta tik 2020 metais įtraukus hormoninę IUS į kompensuojamų vaistų sąrašą, o kompensavimo tvarka jaunoms merginoms priimta su itin griežtomis procedūrinėmis sąlygomis, o Vilniaus miesto savivaldybės skiriama pašalpa pažiedžiamoms šeimoms apima siaurą grupę, taip pat informacija apie kompensaciją nėra plačiai skelbiama. Lietuvos kontraceptinių priemonių kompensavimo politika išlieka ribota, orientuota į siaurą sociodemografinę grupę ir siaurą metodų pasirinkimą. Finansinis kontraceptinių priemonių prieinamumas, lytinis švietimas ir kontracepcijos politika nepakankamai išvystyta lyginant su pirmaujančiomis Europos šalimis pagal „Europos kontracepcijos atlasą“.

3.1. REPRODUKČINĖS SVEIKATOS ĮSTATYMO PROJEKTAS

Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektas siūlomas jau antrą dešimtmetį. Pirmą kartą – 2002 metais jis pristatytas Seimo narių J. Oleko, G. Purvaneckienės, B. Vėsaitės ir kitų, įstatymo projekte buvo išskirtas skirsnis kontraceptinių priemonių kompensavimui – 8 straipsnio 4-toje dalyje nurodoma, jog valstybė užtikrina socialiai remtinų asmenų, priklausančių rizikingo seksualinio elgesio grupėms, kompensuojamas kontraceptines priemones. Projekte nurodomas ir PSO rekomendacijų vaidmuo – 6-tajame straipsnyje aprašoma naujų šeimos planavimo metodų įtraukimo tvarka remiantis PSO rekomendacijomis (Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektas 2002/Nr. IXP-1775), tačiau šis įstatymas nebuvo priimtas. reprodukcinės sveikatos politikoje yra seniai subrendusios. 2014 metais Seimo narė B. Vėsaitė, dalyvaudama spaudos konferencijoje dėl „Vizija 2020“ įgyvendinimo, įstatymo poreikį, toje pačioje konferencijoje SAM ministras V. P. Andriukaitis teigė, jog Lietuvoje būtina priimti visapusišką Reprodukcinės sveikatos įstatymą, numatant finansavimą kontracepcijos ir dirbtinio apvaisinimo kompensavimui (Reprodukcinės sveikatos įstatymas užtikrins reprodukcinės teises 2014). 2024 metų gruodžio 11 dieną Nacionalinė sveikatos taryba priėmė sprendimą dėl reprodukcinės sveikatos – buvo nurodytos rekomendacijos SAM ir Švietimo, sporto ir mokslo ministerijai (SMSM) dėl tolimesnių veiksmų, siekiant gerinti reprodukcinės sveikatos lygį Lietuvoje. SAM nurodyta įteisinti visus šeimos planavimo metodus, o kartu su VLK spręsti dėl kontracepcijos priemonių, aborto ir lytiškai plintančių infekcijų tyrimų kompensavimo socialiai pažeidžiamoms grupėms. Taryba taip pat

rekomendavo peržiūrėti ir atnaujinti dar 2013 metais parengtą Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektą, o jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą tobulinti remiantis PSO rekomendacijomis (Nacionalinės sveikatos tarybos sprendimas 2024/Nr. N-4).

2025 metais Seimo narė Birutė Vėsaitė inicijavo „Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektą“. Kartu su B. Vėsaitė darbo grupėje buvo E. Rudelienė, L. Šedvydis, A. Bagdonas, O. Leiputė, V. Čimilytė-Nielsen, J. Šukevičienė, I. Kižienė, J. Sejonienė (Aiškinamasis raštas dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo 2025/Nr. XVP-286). Projekto pristatymo Seimui metu, B. Vėsaitė nurodė, jog šis įstatymo projektas atitinka PSO tarptautinius žmogaus teisių ir sveikatos apsaugos standartus (Seimas svarstys naują Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektą 2025). Įstatymo projekto aiškinamajame rašte aprašomas hormoninės kontracepcijos kompensavimo poreikis – nurodoma, jog gerėjant reprodukcinei sveikatos priežiūrai ir kontracepcijos prieinamumui, mažės neplanuotų nėštumų ir nepilnamečių gimdymų skaičius, sumažės nėštumų nutraukimų poreikis, o ilgalaikėje perspektyvoje sumažės valstybės išlaidos, susijusios su nepageidaujamo nėštumo pasekmėmis. Projekto 5-tame straipsnyje aprašoma kontraceptinių priemonių – hormoninių ir ne hormoninių kompensavimo tvarka – aprašomas valstybės užtikrinimas nemokamomis priemonėmis, o jų įsigijimo išlaidų kompensavimas nustatomas SAM ministro (Aiškinamasis raštas dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo 2025/Nr. XVP-286). 2025 metų balandžio mėnesį LR Seimo Teisės departamentas pateikė išvadą su 67-iomis pastabomis, kuriose detalizuojamos įstatymo projekto teisinio reguliavimo klaidos – apibendrinant nurodoma, jog įstatymo projektas yra nenuoseklus ir neišbaigtas, o kontraceptinių priemonių kompensavimo tvarka yra tik deklaratyvus pobūdžio, taip pat pastebėta, jog nenurodomas aiškus kompensavimui reikalingų lėšų šaltinis. Nurodoma, jog priemonių kompensavimas turi būti derinamas su Sveikatos draudimo įstatyme nustatyta tvarka. Teisės departamentas neatmetė įstatymo projekto, tačiau atkreipė dėmesį į esančias spragas (LR Teisės departamento išvada 2025/Nr. XVP-286). LR Teisingumo ministerija, įvertinusi įstatymo projektą, pateikė išvadą, jog pastabų ir pasiūlymų neturi – projektas laikomas suderinamu su ES teisės aktų reikalavimais (LR Teisingumo ministerijos išvada 2025/Nr. XVP-286). Tų pačių metų gegužės 6 dieną Žmogaus teisių organizacijų koalicija (ŽTOK) kartu su daugiau nei keturiasdešimt nevyriausybinių organizacijų kreipėsi į Seimo narius, reiškdamos tvirtą palaikymą įstatymo projektui, pabrėžiama, kad projektas atitinka PSO ir JT žmogaus teisių standartus, o tarptautinė geroji praktika patvirtina jo reikalingumą (Dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto 2025), tačiau po poros dienų - gegužės 8 dieną katalikų, liuteronų ir ortodoksų bažnyčių vadovai – arkivyskupas G. Grušas, vyskupas M. Sabutis ir kunigas J. Kiviloo paskelbė bendrą pareiškimą, kuriame išreiškė gilų

susirūpinimą dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto, kurį publikavo Vilniaus arkivyskupijos internetiniame puslapyje. Pareiškime nurodoma, jog reprodukcinės sveikatos įstatymo projektas prieštarauja religiniams įsitikinimams, etikos normoms, taip pat LR Konstitucijai (Dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto 2025).

2025 metų gegužės 13 dieną Seime balsuojant dėl „Reprodukcinės sveikatos įstatymo“ projekto pateikimo – įstatymo projektą palaikė 56 nariai, nepritarė 44 nariai, susilaikė 10 Seimo narių. Tolimesnis įstatymo projekto svarstymas buvo numatomas po mėnesio (Seimas svarstys naują Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektą 2025). Gegužės 22 dieną nevyriausybinių organizacijų Laisvos visuomenės institutas (LVI) savo internetiniame puslapyje pateikė savo poziciją, kurioje nepritarė įstatymo projektui teigdami, jog teisė į abortą, sterilizaciją ar kontracepciją neegzistuoja nei Lietuvos teisinio reguliavimo, nei tarptautinių privalomų konvencijų prasme, taip pat Konstitucijos 19 straipsnis saugo teisę į gyvybę, o Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas garantuoja apsaugą tiek iki gimimo, tiek po. Instituto pateiktame rašte, kontracepcijos kompensavimas yra ne sveikatos apsaugos klausimas, o „kontraceptinių priemonių lobizmas“ (Instituto pozicija dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto 2025). Po mėnesio - birželio 17 dieną visuomenės pasipriešinimas suaktyvėjo – organizacija „Pilietiškumo platforma“ paskelbė peticiją prieš įstatymo projektą. Sveikatos teisės specialistė K. Zamarytė-Sakavičienė iškėlė finansinį argumentą, nurodydama, jog neoficialiais skaičiavimais kontracepcijos kompensavimas visoms vaisingo amžiaus moterims per metus gali kainuoti maždaug tiek, kiek kainuoja visi Lietuvoje kompensuojami onkologiniai vaistai (Paulauskaitė 2025). Internetiniame puslapyje buvo rinkti parašai, siekiant stabdyti reprodukcinės sveikatos įstatymą – nuo 2025 metų gegužės mėnesio iki 2025 metų spalio mėnesio, 2830 žmonių pasirašė nepritariantys šiam projektui (Streikus 2025). Lietuvos gydytojų asociacija „Už žmogaus gyvybę“ pasisakė prieš įstatymo projektą teigdami, jog mokslškai pagrįsta, jog kontracepcijos prieinamumo padidinimas neturi įtakos abortų skaičiaus mažinimui, o kontracepcijos kompensavimas didina paauglių lytinį aktyvumą (Už žmogaus gyvybę 2025). Spalio 4 dieną Vilniuje surengtas „Žygis už gyvybę“, kurio dalyviai reikšdami savo nepritarimą siekė atkreipti visuomenės dėmesį į Seime svarstomą Reprodukcinės sveikatos įstatymą (Vilniuje – eisena „Žygis už gyvybę“). Spalio 9 dieną „Žygio už gyvybę“ ir kitų šeimos vertybes puoselėjančios organizacijų atstovai susitikime Seime su Laikinosios šeimos politikos grupės nariais išreiškė savo nepritarimą tam tikroms Reprodukcinės sveikatos įstatymo dalims, didžiausias pasipriešinimas buvo dėl abortų kompensavimo iš PSDF lėšų (Norkienė 2025).

Apibendrinant, Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektas, kuriame numatomas kontraceptinių priemonių kompensavimas, bandomas įteisinti antrą dešimtmetį, tačiau kiekvieną kartą buvo sustabdomas dėl politinių, teisinių, ideologinių barjerų. 2025 metais šis įstatymo projektas surinko daugumą balsų pateikimo stadijoje Seimo balsavime, tačiau sulaukus stipraus pasipriešinimo iš katalikų bažnyčios atstovų, dalies NVO ir visuomenės atstovų, tolimesnė įstatymo projekto eiga buvo nepratęsta. Nors kita dalis NVO ir visuomenės atstovų palaikė Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektą, grįsdami, jog kontraceptinių priemonių kompensavimas užtikrina socialinį teisingumą, tačiau to neužteko tolimesnei įstatymo projekto įteisinimo eigai.

3.2. SVEIKATOS TECHNOLOGIJŲ VERTINIMAS IR KONTRACENCIJOS KOMPENSAVIMO INVESTIVINIS ATSIPERKAMUMAS

Sveikatos technologijų vertinimas (SVT) yra pagrindinis įrankis, kuriuo remiantis sveikatos politikoje priimami sprendimai dėl naujų technologijų kompensavimo iš biudžeto lėšų. Lietuvoje galiojančios VVKT STV metodinės gairės nurodo, jog sprendimai dėl vaistinių preparatų kompensavimo grindžiami trimis kriterijais – klinikiniu veiksmingumu, sąnaudų efektyvumu ir poveikiu biudžetui. Už STV atsakinga VVKT – nuo 2020 metų pagal atnaujintą Farmacijos įstatymą (Sveikatos technologijų vertinimas 2023). Nors Lietuvoje kompensuojama hormoninė IUS jaunoms merginoms, tačiau STV nėra atlikto. Tai buvo grindžiama, jog tai buvo pirmasis kompensuojamas hormoninės kontracepcijos, todėl kaštų minizavimo analizė negalėjo būti pateikta. Kadangi kontracepcijos efektyvumo poveikis gyvenimo kokybės vertinimui yra neišmatuojamas, o gyvenimo trukmei įtakos nėra, kaštų efektyvumo-naudingumo analizės taip pat nebuvo pateiktos (SAM protokolas 2020).

Nesant pateiktos hormoninės IUS STV literatūroje apžvelgtas kontraceptinių priemonių investicinis atsiperkamumas. 2015-2019 metais Jungtinių Tautų atliktame tyrime paaiškėjo, jog pasauliniu mastu 61 proc. visų neplanuotų nėštumų baigiasi abortu, tai yra 73 mln. abortų kasmet. 2016 metais „Anglijos viešosios sveikatos“ institutas, priklausantis Sveikatos ir Socialinės rūpybos departamentui atliko kontracepcijos investicinio atsiperkamumo tyrimą – skaičiuota kiek valstybė išleidžia kompensuodama kontraceptines priemones ir kiek sutaupo dėl išvengtų neplanuotų nėštumų. Skaičiuojamos sveikatos priežiūros išlaidos – nėštumo priežiūra, gimdymas, aborto, persileidimo išlaidos, gimusio vaiko sveikatos užtikrinimo išlaidos, taip pat įtraukiamos ne sveikatos priežiūros išlaidos – vaiko edukacinis ugdymas, pašalpos – pinigai, kurie skiriami iš valstybės biudžeto. Skaičiavimams panaudotas skaičius, kuris nurodo, kiek nėštumų buvo per

metus sulaikyta. Tyrimų duomenimis nurodoma, jog 85 proc. vaisingo amžiaus seksualiai aktyvių moterų per metus gali pastoti. „Amerikos nacionalinės šeimų pagausėjimo apklausos“ duomenimis nustatyta, jog 60 proc. neplanuotų nėštumų yra šeimų norimi, tačiau įvykę netinkamu laiku, nors ateityje būtų planuojami. Tačiau 40 proc. neplanuotų nėštumų kitomis aplinkybėmis nebūtų atsiradę – „Anglijos viešosios sveikatos“ tyrime naudotas šis procentinis skaičius. Atliktų skaičiavimų išvados parodė, jog investicijų grąža didėja su kiekvienais kompensuojamos kontracepcijos metais – bendra viešojo sektoriaus investicijų grąža po vienerių metų 1,86 GBP, po 5 metų 4,64 GBP ir po 10 metų 9,00 GBP už išleistą 1 GBP kontracepcijos kompensavimui (Department of Health and Social Care 2016, 6-7). 2024 metais Jungtinės Karalystės NHS atstovai paskelbė investicijų grąžos dėl moterų sveikatos paslaugų kompensavimo. Investicijų grąža buvo apskaičiuota naudojant makroekonominį modeliavimą, paremtą 2014-2015 – 2018-2019 metų finansinių ataskaitų duomenimis. Tyrimas parodė, kad kiekvienas papildomas 1 GBP, investuotas į moterų sveikatos priežiūrą – ginekologiją, akušeriją ir kontracepcijos prieinamumo plėtrą, generuoja vidutiniškai 10,90 – 11,00 GBP ekonominės naudos vienai moteriai per penkerių metų laikotarpį (Gorham, ir Langham 2024, 4). 2024 metais Čarlzo Riverio konsultacinė bendrovė atliko ekonominį vertinimą Anglijoje dėl investicijų į ilgalaikio poveikio grįžtamasias kontraceptines priemones. 2025 metais publikuotoje ataskaitoje pagrindžiama, kad kontracepcijos kompensavimas, ypač LARC yra viena didžiausių grąžą generuojančių visuomenės sveikatos intervencijų. Ataskaitoje pažymima, kad paslaugų organizavimas arčiau pacienčių – kontracepcijos teikimas pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose, moterų sveikatos centruose (Women's Health Hubs) ar vaistinėse, leidžia efektyviau naudoti turimus išteklius ir pasiekti didesnę visuomenės dalį valstybei išleidžiant mažiau. Vyriausybės atlikta analizė parodė, kad taip teikiamos paslaugos sumažina vieno vizito kaštus vidutiniškai 68 proc. Šis taupymo efektas kyla ne tik iš mažesnių infrastruktūros sąnaudų, bet ir iš to, kad pacientės dažniau naudojasi paslaugomis, rečiau nutraukia kontracepcijos vartojimą ir mažiau patiria komplikacijų, susijusių su netinkamu kontracepcijos metodų naudojimu. Tokiu būdu decentralizuotas, kompensuojamas ir integruotas LARC paslaugų modelis tampa ne tik finansiniu, bet ir socialiniu požiūriu efektyviausias. Jis mažina netiesiogines išlaidas, tokias kaip kelionės, laukimo laikas ar prarastos darbo valandos, bei užtikrina tolygesnį paslaugų pasiskirstymą visoje šalyje (Pistollato ir kt. 2025). Įvairūs ekonominiai modeliai rodo, kad investicijos į šeimos planavimą ir kontracepcijos prieinamumo didinimą yra itin ekonomiškai efektyvios tiek trumpuoju, tiek ilgalaikiu laikotarpiu.

2017 metais Guttmacher instituto parengta analizė parodė, jog kiekvienas papildomas 1 JAV doleris, skirtas kontracepcijos poreikiui apmokėti, sutaupo apie 2,20 JAV dolerio nėštumo,

gimdymo ir naujagimių priežiūros išlaidų. Tūkstantmečio vystymosi tikslų (Millennium Development Goals - MDG) modelis, taikytas 2000 – 2015 metų laikotarpiu apskaičiavo, kad 1 dolerio investicija į šeimos planavimą leidžia sutaupyti nuo 2 iki 6 dolerių siekiant vystymosi tikslų. Kopenhagos konsensuso analizė, atlikta 2012 - 2015 metais tarptautinės ekonomistų grupės, nustatė, kad ilgalaikė grąža gali siekti iki 120 JAV dolerių už kiekvieną investuotą dolerį, daugiausia dėl sumažėjusio motinų ir kūdikių mirtingumo bei spartesnio ekonominio augimo. Tuo tarpu šeimos planavimo – darnaus vystymosi tikslų (Family Planning–Sustainable Development Goals - FP-SDG) modelis, sukurtas 2015 metais parodo, kad šeimos planavimo investicijos reikšmingai prisideda prie skurdo mažinimo, maisto užtikrinimo šeimai didinimo ir pajamų augimo. Demografijos dividendų (Demographic dividend) modelio, plėtoto nuo 2010 metų, rezultatai rodo, kad mažėjantis gimstamumas ir gerėjantys motinų bei vaikų sveikatos rodikliai didina darbo jėgos produktyvumą ir bendro vidaus produkto (BVP) vienam gyventojui. Kontracepcijos kompensavimo politika yra ne tik sveikatos sistemos kaštus mažinanti, bet ir socialiai bei ekonomiškai atsiperkanti ilgalaikė investicija (FP2020: Family Planning's Return on Investment 2018). Remiantis Heil ir bendraautorių (2021) atsitiktinių imčių klinikiniu tyrimu, atliktu 2015 metų gegužės – 2018 metų rugsėjo mėnesio laikotarpiu Jungtinėse Amerikos Valstijose, kontracepcijos prieinamumo didinimu moterims, gydomoms dėl opioidų vartojimo, yra ekonomiškai atsiperkanti ir visuomenės sveikatos požiūriu reikšminga investicija. Tyrime buvo lyginami trys priežiūros modeliai: įprastinė priežiūra, vietoje teikiamos kontracepcijos paslaugos (CS) ir vietoje teikiamos paslaugos su finansiniais paskatinimais (CS+). Pastarojoje grupėje moterys už dalyvavimą tolesniuose vizituose gavo dovanų kuponus, kurių vertė didėjo laikui bėgant (nuo 15 iki 47,5 JAV dolerio). Rezultatai parodė, kad po 12 mėnesių neplanuotų nėštumų dažnis siekė 22,2 proc. įprastinės priežiūros grupėje, 16,7 proc. – CS grupėje ir tik 4,9 proc. – CS+ grupėje. Ekonominės analizės duomenimis, kiekvienas investuotas doleris į vietoje teikiamas paslaugas sukūrė 5,59–6,14 JAV dolerio grąžą, o vidutinė ekonominė nauda vienai dalyvei siekė 4 344–8 001 JAV dolerį per metus, kai papildomos išlaidos svyravo nuo 777 iki 1 302 JAV dolerių (Heil, Melbostad, ir Matusiewicz 2021, 1071-1078).

2002-2012 metais Estijoje buvo tirta jaunimo klinikų socialinė investicijų grąža ir ekonominis efektyvumas. Šiuo laikotarpiu programa aptarnavo daugiau nei 304 000 jaunų pacientų, o bendra biudžeto suma siekė 8,38 mln. eurų, iš kurių 95 proc. buvo finansuojama iš valstybinio sveikatos draudimo fondo, o likusius 5 proc. finansavo Tarptautinė šeimos planavimo federacija (IPPF), Jungtinių Tautų Gyventojų fondas: (UNFPA), ypač ankstyvuoju tinklo plėtros laikotarpiu, kai Estijos valstybė dar kūrė nuolatinį finansavimo modelį, ir vietos savivaldybės. Jaunuoliams iki 24

metų paslaugos klinikoje buvo pilnai kompensuojamos. Klinikų tinklo veikla lėmė reikšmingus visuomenės sveikatos rodiklių pokyčius: abortų skaičius tarp 15-19 metų merginų sumažėjo nuo 25,8 2021 metais iki 16,3 atvejo 2012 metais 1000 gyventojų, lytiškai plintančių infekcijų (LPI) atvejų tarp 15-24 metų jaunimo – nuo 1540 2021 metais iki 695 2012 metais, o naujų žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) infekcijų skaičius – nuo 560 atvejo 2021 metais iki 61 atvejo 2012 metais. Šie rezultatai rodo, kad nuoseklus kontracepcijos prieinamumo užtikrinimas, kartu su valstybiniu finansavimu, duoda ne tik tiesioginę ekonominę naudą, mažindamas sveikatos sistemos išlaidas, bet ir reikšmingai gerina jaunimo reprodukcinės sveikatos rodiklius (Kempers 2015, 37). Callahan ir kt. (2020) pažymi, kad kontracepcijos produktai, ypač geriamieji kontraceptikai, yra pigūs gaminti, tačiau turi didelę rinkos paklausą, todėl istoriškai pasižymėjo aukšta investicijų grąža (ROI). Dėl šios priežasties didžiosios farmacijos kompanijos jau nuo 2000-ųjų pradėjo trauktis iš kontraceptikų mokslinių tyrimų ir kūrimo, nes pelningumą galima užtikrinti remiantis esamais produktais, net ir be naujų inovacijų diegimo. Šis aspektas rodo, kad kontraceptikų kompensavimas ir platus finansavimas nėra finansinė rizika valstybei – priešingai, tai sritis, kurioje ekonominis atsiperkamumas jau yra istoriniu požiūriu patvirtintas (Callahan ir kt. 2020, 157-166).

Sumažėjus sveikatos sistemos išlaidoms dėl neplanuotų nėštumų ir su jais susijusių medicinos paslaugų, atsiranda galimybė efektyviau ir racionaliau paskirstyti ribotus sveikatos sistemos išteklius kitoms būtinoms paslaugoms kompensuoti, nes kontracepcija laikoma viena iš investicijų, kurios ne tik padengia savo kaštus, bet ir sukuria lėšų sveikatos sistemos viduje. Silverman ir Kaufman (2021) akcentuoja, kad valstybė investuodama į kontracepciją ne tik nepatiria papildomos finansinės naštos, bet priešingai – sukuria papildomų finansų sveikatos apsaugos biudžete, kurie gali būti panaudota kitoms prioritetinėms sritims, tokioms kaip motinystės priežiūra, pirminė sveikatos priežiūra ar sveikatos paslaugų plėtra. Autorių teigimu, būtent ši kontracepcijos kompensavimo savybė – generuoti sutaupytas lėšas ir didinti finansinį sistemos efektyvumą – daro ją strategiškai patrauklia investicija valstybėms, siekiančioms išlaikyti tvarų ir teisingą sveikatos paslaugų finansavimo modelį (Bonniefield, ir Kaufman 2021).

3.3. LYTINĖS SVEIKATOS UGDYMO PROCESAS

Lytinės sveikatos ir šeimos planavimo įgūdžiai yra glaudžiai siejami su kontracepcijos naudojimo įpročiais. Jau nuo lytinės brandos amžiaus asmuo turi būti edukuojamas šiomis temomis, siekiant išvengti neplanuoto nėštumo ar lytiškai plintančių ligų. Be tėvų ar artimųjų švietimo ši tema yra įtraukta į mokyklų programas, bei ja konsultuojama gydymo įstaigose. 2007

metais lytinio švietimo programa pirmą kartą įtraukta į mokymo programą iki tol švietimas šia tema buvo šeimos ir šeimos gydytojų atsakomybė. 2006 metais atliktas tyrimas atskleidė šeimos gydytojų neigiamą požiūrį į paauglių konsultavimą lytinio švietimo klausimais. Gydytojai išreiškė turintys nepakankamai žinių šiais klausimais, taip pat visuomenėje jaučiamas konservatyvus požiūris seksualiniais klausimais vertė juos jaustis nejaukiai, ypač vyrus, konsultuojant šia tema (Jaruševičienė, ir Levasseur 2006, 7-16).

2007 metų vasario mėnesį Lietuvos Švietimo ir mokslo ministerija priėmė įsakymą „Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo (RŠLU) programa“. Nuo vidurinio mokyklinio amžiaus mokiniams pradedama dėstyti apie seksualinę sveikatą, kontraceptines priemones ir lytiškai plintančias ligas. Programą dėstė esami mokyklos mokytojai, o temos integruojamos į esamas pamokas (etika, tikyba, biologija). Baigiamosiose įsakymo nuostatose nurodoma, jog informavimas kontracepcijos tema neturi būti reklama ar paskata lytiškai santykiuoti, o žinios apie kontraceptines priemones neturi būti pateikiamos kaip priimtina alternatyva susilaikymui nuo lytinių santykių (LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas 2007/Nr. ISAK-179). Nors RŠLU programa buvo įtraukta į mokymo procesą po metų – 2008 metų spalio mėnesį atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo daugiau nei trečdalis (487) Lietuvos ugdymo įstaigų, duomenimis nustatyta, jog programos įgyvendinimas nėra sistemingas ir nuoseklus, tik trečdalis iš tyrime dalyvavusių ugdymo įstaigų įgyvendina RŠLU programą, o kai kurios mokyklos tik šio tyrimo metu sužinojo, kad tokia ugdymo programa esti. Pagrindinė problema – mokymo medžiagos trūkumas, labiausiai šeimos planavimo metodų klausimais. Po atlikto tyrimo buvo pateiktos rekomendacijos – Švietimo ir mokslo ministerijai buvo siūloma inicijuoti RŠLU konsultantų rengimą ir organizuoti tęstinius pedagogų kvalifikacijos kėlimo kursus, o mokykloms aktyviau įtraukti tėvus į lytiškumo ugdymo procesą (Ustilaitė ir kt. 2008, 52-53). 2016 metais Švietimo ir mokslo ministrė A. Pitrėnienė paskelbė atnaujintą Sveikatos ir lytiškumo ugdymo bei rengimo šeimai bendrąją programą, dėl kurios, ministrės teigimu, diskusijos vyko dešimtmetį. Ši programa paruošta remiantis PSO rekomendacijoms (Pitrėnienė 2016), tačiau lyginant 2007 metų programą išlaikytas draudimas kontracepciją pateikti kaip lygiavertę alternatyvą susilaikymui nuo lytinių santykių iki pilnametystės. Naujoje programoje įtrauktas skirsnis dėl mokytojų nuolatinio kvalifikacijos tobulinimo kaip privalomo, siekiant programos įgyvendinimo (LŠMM įsakymas 2016/Nr. V-941).

2017 metais vidurinėse mokyklose atlikto tyrimo metu paaiškėjo, jog mokyklose dėstomo lytinio švietimo programa skatina abstinenciją, dėl to kyla didesnė paauglių neplanuotų nėštumų ir lytiškai plintančių ligų rizika. Apklausoje dalyvavo 8143 paauglių 16 – 20 metų amžiaus, iš jų 82,9 proc. naudojo kontraceptines priemones sueities metu. Mažiau nei trečdaliui paauglių

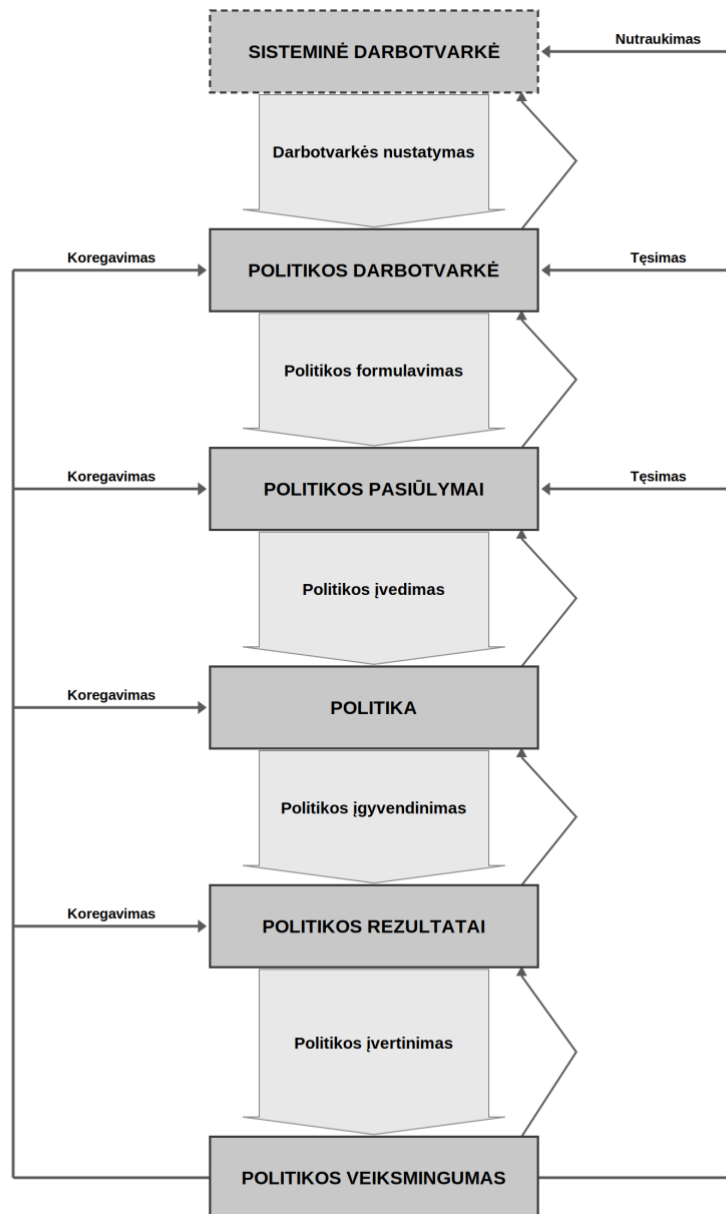
informaciją apie lytinę sveikatą suteikė mokytojai ar gydytojai – didžioji dalis paauglių informacijos ieško internete (Jarienė ir kt. 2022, 62-67).

2022 m. rugpjūčio mėnesį buvo priimtas naujas ŠMSM įsakymas nr. V-1269, kuriame patvirtinta priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo bendroji programa, o jos sudėtyje – gyvenimo įgūdžių programa (48 priedas). Šioje programoje plačiai dėstoma informacija apie apsisaugojimą nuo nėštumo – nuo rinkoje esančių kontraceptinių priemonių ir jų naudojimo tikslingumo iki neplanuoto nėštumo pasekmių ir išeičių. Programa įsigaliojo nuo 2023 m. rugsėjo 1 d. visose mokyklose (ŠMSM Gyvenimo įgūdžių BP, ABP pakeitimo įsakymas 2022/Nr. V-1269). 2023 metais programą galėjo vesti pedagoginį išsilavinimą turintis mokytojas, tačiau nuo 2026 metų įsigaliojo pakeitimai, kuriuose nurodoma, jog pedagogai, dėstantys gyvenimo įgūdžių programą, privalės būti išklause specialius kvalifikacijos tobulinimo kursus (ŠMSM 2023). Tobulinimosi programą organizuoja Vilniaus universiteto Filosofijos fakultetas, o finansuojama iš ES priemonės NextGenerationEU lėšų (VU Filosofijos fakultetas 2025). 2024 metais iš valstybės biudžeto lėšų skirta 16,4 mln. eurų švietimo pagalbai, iš jų 1,4 mln. eurų – prevencinėms programoms, tačiau pedagogų trūkumas išliko rimta problema – 2024 metų pavasarį Lietuvoje trūko 260 mokytojų darbui su gyvenimo įgūdžių programa (Navickas 2024). Gyvenimo įgūdžių programa ženkiai skyrėsi lytinio ugdymo temomis lyginant su prieš tai vykdomomis lytinio švietimo programomis – pirmą kartą Lietuvos mokyklų programose informacija apie kontracepciją ir reprodukcinės sveikatos informacija integruojama kaip ugdymo dalis. 8 klasėje aptariami nėštumo planavimo, planuoto ir neplanuoto nėštumo fiziniai, socialiniai ir emociniai aspektai bei nėštumo nutraukimo pasekmės, o 10 klasėje nagrinėjama, kaip planuojamas nėštumas naudojant kontraceptines priemones, menstruacijų ciklo sekimą ir abipusių santykių įvertinimą, taip pat informuojama į ką kreiptis esant neaiškumų lytinės sveikatos klausimais. Tai esminis skirtumas nuo ankstesnių programų, kuriose informacija apie kontracepciją buvo apribota ir pateikiama išimtinai susilaikymo kontekste (ŠMSM Gyvenimo įgūdžių BP, ABP pakeitimo įsakymas 2022/Nr. V-1269). Nors mokyklose vykdoma gyvenimo įgūdžių programa sukėlė dalies visuomenės pasipriešinimą – nacionalinė šeimų ir tėvų asociacija, Lietuvos tėvų forumas ir rengimo šeimai asociacija vykdė protesto akcijas, tačiau ši programa nebuvo atšaukta ir yra iki šiol vykdoma mokyklose (Murauskaitė 2023).

3.4. POLITIKOS VERTINIMO PROCESAS

Viešosios politikos procesas susideda iš atskirų etapų, kurie tarpusavyje glaudžiai susiję. Pagrindiniai etapai susideda iš – darbotvarkės formavimo, politikos formulavimo ir sprendimų

priėmimo, politikos įgyvendinimo, bei politikos vertinimo (Vilpišauskas, ir Nakrošis 2003, 17). Schemoje pavaizduotas politikos formavimo procesas, rodo, kad kiekviename žingsnyje galimas grįžimas atgal arba politikos proceso koregavimas, taip pat galimas politikos proceso nutraukimas (Dunn 2006, 58).



3 pav. Politikos formavimo procesas

Šaltinis *Dunn 2006, p.59*

Politikos vertinimas apima viešosios politikos ir programų padarinių tyrimą. Išskiriami trys pagrindiniai vertinimo būdai – pseudovertinimas, formalus ir sprendimų-teorinis vertinimas.

Atliekant pseudovertinimą naudojami deskriptyviniai metodai siekiant pagrįsti politikos eigą ar politikos eigos variacijas – bet koks politikos padarinys nenagrinėjant yra priimamas kaip

tinkamas siekis. Pagrindinė pseudovertinimo prielaida – vertės ir vertingumo matai yra akivaizdūs ir neginčytini. būdingi monitoringo būdai – socialinis eksperimentavimas, socialinis auditas, socialinių sistemų ataskaitos bei tyrimo ir praktikos sintezė ((Dunn 2006, 357).

Formalus vertinimas – tai deskriptyvinių metodų taikymas vykdytos politikos padariniams vertinti remiantis oficialios politinės programos uždaviniais. Pagrindinė prielaida – oficialiai paskelbti tikslai ir uždaviniai yra tinkami politikos programų vertės ir vertingumo matai (Dunn 2006, 358). Formalaus vertinimo variantai apima – raidos vertinimą, skirtą kasdieniams einamosios programos poreikiams, dažnai naudojama siekiant nedelsiant prisitaikyti prie pokyčių; retrospektyvų proceso vertinimą, kai monitoringas ir vertinimas yra atliekamas po politikos įgyvendinimo praėjus ilgesniam laikui, šiam vertinimui reikalinga patikima informacija politikos proceso įvertinimui; eksperimentinis vertinimas, tai griežtus reikalavimus atitinkantis padarinių monitoringas ir vertinimas. Retrospektyvus padarinių vertinimas taip pat priskiriamas prie formalaus politikos veiksmingumo vertinimo. Šis vertinimas gali būti dviejų variantų – skerspjūvio ir tęstinių tyrimų, pastarieji vertina vienos ar daugiau programų padarinių pokyčius skirtingais laiko pjūviais. Skerspjūvio tyrimai atlieka keleto programų tyrimą to paties laiko pjūviu, šių tyrimų tikslas – skirtingų programų išėigų ir poveikių skirtumus (Dunn 2006, 359-361).

Sprendimų-teorinis vertinimas siekia pateikti patikimą informaciją apie politikos padarinius, kurių atvirai pageidauja įvairios suinteresuotos šalys. Esminis skirtumas tarp šio ir kitų vertinimo metodų, kad šiuo vertinimu bandoma atvirai pateikti tiek paslėptus, tiek akivaizdžius dalyvių tikslus ir uždavinius. Šio vertinimo vienas iš tikslų yra sujungti informaciją apie politikos padarinius su suinteresuotų grupių vertybėmis. Dvi pagrindinės sprendimų-teorinio vertinimo formos yra įvertinamumo nustatymas ir daugiaatributinė naudingumo analizė. Įvertinamumo nustatymas yra procedūrų seka, skirtų išgryninti tikslus, uždavinius bei prielaidas, taip pat nustatyti ar politika apskritai gali būti vertinama. Daugiaatributinė naudingumo analizė, tai procedūrų visuma, skirta surinkti suinteresuotų šalių subjektyvius sprendimus apie politikos padarinių tikimybę ir vertę ((Dunn 2006, 360-364).

Remiantis Dunn (2006, 361) viešosios politikos analizės teorija, hormoninės kontracepcijos, skirtos jaunoms merginoms, kompensavimo politikos vertinimas atliekamas pagal formalų retrospektyvų padarinių vertinimą tęstinio tyrimo principu, kadangi vertinama jau penktus metus galiojanti kompensavimo sistema, kurios tikslas mažinti paauglių ir jaunų merginų neplanuotų nėštumų ir abortų skaičių, galimas palyginimas tęstiniu tyrimo variantu, kai lyginami duomenys prieš hormoninės IUS kompensaciją ir po jos, taip pat galimi politikos padarinių tyrimai, kuriuos apima biudžeto išlaidos, nėštumų ir abortų skaičius. Pažymėtina, kad Dunn kaip

klasikinį tęstinio tyrimo pavyzdį nurodo būtent šeimos planavimo sritį, kurioje atliekamas vaisingumo rodiklių ir kontraceptinių priemonių vartojimo monitoringas ilgu laikotarpiu, todėl šio vertinimo tipo pasirinkimas hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos vertinimui yra metodologiškai pagrįstas. Vilniaus miesto savivaldybės skiriama kompensacija vertinama nebus, kadangi nėra pateiktų ataskaitų kiek gyventojų pasinaudojo šia kompensacija.

Hormoninės kontracepcijos kompensavimo tikslas buvo aprašytas Lietuvos akušerių ginekologų draugijos „Fleere“ kompensavimo protokole. LAGD pateikė pareiškimą dėl hormoninės IUS įtraukimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašą (Vaistinių preparatų ir MPP kompensavimo komisijos posėdžio protokolas 2020/Nr. LKV-9/20), nurodytas kompensavimo poreikio tikslas – mažinti neplanuotus ir nepageidaujamus paauglių nėštumus (Kompensuojamoji kontracepcija paauglėms – medicinos mokslo įrodymai 2021).

PSDF SKIRTOS LĖŠOS HORMONINĖS IUS KOMPENSAVIMUI IR PAAUGLIŲ NĖŠTUMAI

Hormoninė IUS Lietuvoje kompensuojama penktus metus, nuo pirmųjų kompensavimo metų iki 2025 metų išrašomų receptų skaičius per metus nuosaikiai kilo, skaičiuojant, jog 2021 metais kompensacinė sistema IUS pradėta ne nuo kalendorinių metų pradžios. Per penkerius metus šis vaistinis preparatas kompensuotas 657-ioms merginoms visoje Lietuvoje, o bendra PSDF išlaidų suma siekė 61 024 EUR (Valstybinė ligonių kasa 2024). Pirminiais skaičiavimais buvo numatyta hormonei IUS skirti apie 860 000 Eur iš PSDF per metus (pirmus-trečius metus), numanomas poreikis – 9300 paauglių per metus (Vaistinių preparatų ir MPP kompensavimo komisijos posėdžio protokolas 2020/Nr. LKV-9/20). Remiantis statistiniais duomenimis matoma, jog kompensavimo sistemos panaudojimas yra itin mažas, net ir didžiausiu panaudojimo laikotarpiu (2025 m.) buvo pasiekta vos 1,80 proc. numatyto paauglių skaičiaus ir panaudota 1,80 proc. numatyto biudžeto lėšų. Tai rodo, kad faktinis kompensuojamos hormoninės IUS poreikis yra dešimtis kartų mažesnis nei buvo prognozuota, taip pat tokie maži panaudojimo skaičiai gali reikšti, jog esama prieinamumo, informavimo ar kitų kliūčių, trukdančių paauglėms pasinaudoti šia kompensacija.

1 lentelė. „Flere“ išrašyti receptai ir PSDF išlaidos 2021-2025 metais

* Flere įrašyta į kompensuojamųjų vaistų kainų 2021 m. kovo 19 d. – 2021 m. duomenys apima kovo-gruodžio mėnesius.

Metai	Išrašytų receptų skaičius	PSDF išlaidos (EUR)
2021 (nuo kovo mėn.)*	95	8 903,14
2022	126	11 685,24
2023	130	12 029,88
2024	140	12 917,80
2025	167	15 487,82
Viso	658	61 023,84

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2021-2025

Skaičiuojant pagal populiacijos duomenis, nurodytus oficialios statistikos portale, Lietuvoje nuo „Flere“ kompensavimo pradžios 15-19 metų merginoms vidutiniškai tenka apie 2 hormoninės IUS receptus 1000 merginų (Valstybės duomenų agentūra).

Lyginant nepilnamečių pirmą kartą gimdančių statistinius duomenis matoma mažėjanti tendencija nuo hormoninės IUS kompensavimo pradžios. Nors gimdymai 15-17 amžiaus merginų grupėje nuo 2002 tendencingai mažėjo, tačiau po 2020 metų stebimas sumažėjimas bene per pusę (Valstybės duomenų agentūra).

2 lentelė. Paauglių gimdymų statistika 2014-2024 metais

Metai	Iš viso gimdymų	Iki 15 metų	15–17 metų	Nepilnamečių iš viso	Dalis proc. (%)
2024	19 086	3	66	69	0,36
2023	20 623	3	59	62	0,30
2022	22 068	-	88	88	0,40
2021	23 330	4	94	98	0,42
2020	23 556	1	104	105	0,45
2019	24 973	3	137	140	0,56
2018	26 792	4	171	175	0,65
2017	27 911	4	212	216	0,77
2016	29 514	6	278	284	0,96
2015	31 475	8	281	289	0,92
2014	30 369	11	290	301	0,99

- Duomenų nėra

Šaltinis: Valstybinė duomenų agentūra

Hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikai įvertinti tikslinga apžvelgti jaunų merginų dirbtinių abortų statistiką. Viešai prieinami duomenys, pateikti Higienos instituto ir Statistikos departamento yra suskirstyti nevienodai, taip pat trūksta vėlesnių nei 2016 metų statistikos duomenų. Higienos institutas nurodo merginų amžiaus grupavimą 15-17 amžiaus ir 18-19 amžiaus ruožuose (Higienos institutas 2020, 45), o Statistikos departamentas – iki 15 metų ir 15-19 metų ruožuose (Valstybinė duomenų agentūra), todėl pateikiami duomenys lentelėje yra sudėtinai, o vietomis duomenų nėra. Duomenys apie atliktus dirbtinius abortus valstybinėse gydymo įstaigose iš VLIK pagal TLK kodus, o iš privačių gydymo įstaigų pagal pačios įstaigos pateiktas metines ataskaitas nr.1-PR teikiamas Higienos institutui. Kadangi privačios įstaigos duomenis pateikia savarankiškai, išlieka netikslumų, kadangi kai kurie duomenys gali likti nuslėpti (Higienos institutas 2021).

3 lentelė. Paauglių dirbtinių abortų statistika 2016-2024 metais

Metai	Iki 15 metų	15–17 metų	18–19 metų	15–19 m. iš viso
2024	1	—	—	115
2023	2	—	—	116
2022	1	—	—	154
2021	0	—	—	151
2020	2	42	78	120
2019	-	58	142	200
2018	-	54	126	180
2017	-	51	175	226
2016	-	67	182	249

- Duomenų nėra

— Atskiri amžiaus grupių duomenys neprieinami (rodoma tik bendra 15-19 m. grupė)

Šaltinis: Valstybinė duomenų agentūra, Higienos institutas 2021

Matoma teigiama tendencija nepilnamečių gimdymų statistikoje ir atliktų dirbtinių abortų statistikoje. Lyginant pastarojo dešimtmečio gimdymų duomenis matoma, jog nepilnamečių gimdymų procentinė dalis iš visų gimdymų Lietuvoje sumažėjo trimis kartais (Valstybinė duomenų agentūra), o dirbtinių abortų jauno amžiaus merginų tarpe sumažėjo daugiau nei per pusę lyginant pastarojo dešimtmečio duomenis, tai rodo iškeltos politikos tikslo pasiekimą, tačiau faktinis kompensuojamos hormoninės IUS panaudojimas sudaro nepilnus 2 proc. pirminiuose skaičiavimuose numatyto poreikio bei reikalingo PSDF biudžeto, todėl negali savarankiškai

paaikškinti stebimo abortų ir nepilnamečių gimdymų mažėjimo. Remiantis Vilpišausku ir Nakrošiumi (2003, 56-66) itin žemas kompensavimo mechanizmo panaudojimas rodo įgyvendinimo problemas – nuosekliai kylanti, bet apie 50 kartų nuo prognozės atsiliekanti paklausa gali reikšti nepakankamą informacijos apie priemonę prieinamumą tikslinei grupei, socialines ir kultūrines kliūtis (tėvų sutikimo reikalavimas ir apsunkinta procedūra paauglėms iki 16 metų), gydytojų akušerių-ginekologų paslaugų prieinamumo problemas, ypač kaimo vietovėse, hormoninės spiralės metodo nepriimtimumo, kitų kontracepcijos priemonių naudojimą. Nesant laisvai prieinamų duomenų dėl hormoninių kontraceptinių priemonių naudojimo prieš ir po kompensavimo politikos priėmimo, galimas rezultatų vertinimo apribojimas šiuo aspektu. Stebima teigiama tendencija gali būti susijusi su lytinės sveikatos ugdymo procesu mokyklose, kadangi paauglių nėštumų ir abortų mažėjimo tendencija Lietuvoje matoma nuo 2014 metų – anksčiau nei įsigaliojo hormoninės IUS kompensavimas. Hormoninės IUS kompensavimo politika paauglėms faktiškai egzistuoja, tačiau jos realus panaudojimas jaunuolių tarpe yra menkas. Tai labiau žingsnis link vakarų Europos šalių, kurios pripažįsta lytinę sveikatą ir gerovę, kaip valstybės atsakomybę. Ilgalaikėje perspektyvoje kompensavimo sistema prisideda prie geresnių paauglių lytinės sveikatos padarinių, taip pat padeda mažinti atskirtį tarp skirtingų sociodemografinių grupių.

4. TYRIMO METODOLOGIJA

4.1. TYRIMO TIKSLAS, EIGA IR METODOLOGIJOS PAGRINDIMAS

Tyrimo tikslas – nustatyti Lietuvos visuomenės požiūrį į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimo galimybes.

Tyrimo uždaviniai:

1. Palyginti skirtingų sociodemografinių visuomenės grupių požiūrį į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimo galimybes.
2. Atskleisti hormoninės kontracepcijos naudojimo patirties ir vertybinių nuostatų sąsajas su požiūriu į kompensavimo politikos plėtojimo galimybes.

Tyrimo objektas: visuomenės požiūris į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politiką.

Tyrimo problema: Lietuva išlieka viena iš nedaugelio ES narių prastai vertinamų „Kontracepcijos žemėlapyje“, nors lytinė sveikata ir šeimos planavimas yra įtraukiamas į politines diskusijas, tačiau sprendimai nėra įtvirtinami teisiniu lygmeniu. Antrą dešimtmetį bandomas įteisinti Reprodukcinės sveikatos įstatymas, kuriame numatomas platesnis kontracepcijos kompensavimas, vis sustabdomas dėl dalies visuomenės pasipriešinimo. Dėl šios priežasties kyla klausimas – koks Lietuvos visuomenės požiūris į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojamą ir kokie veiksniai jį lemia?

Tyrimo tipas ir eiga: empirinis tyrimas atliktas taikant kiekybinę – anketinę apklausą. Apklausa vykdyta internetu, apklausos dalyviai – atsitiktiniai pilnamečiai asmenys.

Tyrimo hipotezė: Lietuvos visuomenė palankiai vertina hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojamą.

Metodo pagrindimas. Duomenų rinkimui pasirinkta kiekybinė – anketinė apklausa, dėl patogaus respondentų pasiekiamumo ir tyrimui reikalingo visuomenės nuomonių spektro.

Organizavimas ir eiga. Apklausos anketa talpinta internetiniame puslapyje www.apklausa.lt – respondentai tyrime dalyvavo savanoriškai, savarankiškai, anketa buvo anonimiška.

Tyrimo populiacija. Tyrimo populiaciją sudarė pilnamečiai ir vyresni Lietuvos gyventojai, kadangi hormoninės kontracepcijos kompensavimas yra sveikatos politikos klausimas, susijęs su šalies gyventojais socioekonominiu lygmeniu. Tyrimu siekiama atskleisti plačiosios visuomenės nuomonę, todėl tyrimas neribojamas lyties ar amžiaus rodikliais. Remiantis Lietuvos statistikos

departamento duomenimis 2025 metų pabaigoje Lietuvoje registruoti 2 398 557 asmenys nuo 18 metų.

Tyrimo imtis ir imties sudarymo metodas. Imties dydis apskaičiuotas remiantis statistine imties dydžio skaičiavimo z koeficiento formule. Esant 5 proc. paklaidos ribai ir 90 proc. patikimumo lygiui, apskaičiuotas rekomenduojamas minimalus imties dydis – 272 respondentų. Šis patikimumo lygis pasirinktas atsižvelgiant į tiriamąją darbo prigimtį – tema Lietuvoje empiriškai netirta, todėl tyrimu siekiama atskleisti pirmines populiacijos tendencijas ir suformuluoti pagrindą tolesniems gilesniems tyrimams. Tyrimo metu surinkta 287 respondentų anketos, apskaičiuota imtis šį reikalavimą viršija, todėl surinkti duomenys laikomi pakankamais tyrimo tikslams pasiekti.

Tyrimo trukmė. Apklausa buvo vykdyta nuo 2025 m. rugsėjo 24 d. iki 2026 m. vasario 9 d.

Tyrimo instrumentas. Tyrimo duomenims rinkti pasirinktas anketinės apklausos instrumentas – originalus darbo autorės sukurtas struktūruotas klausimynas, sudarytas remiantis mokslinės literatūros analize, tyrimo tikslu ir uždaviniais. Klausimynas parengtas lietuvių kalba, o klausimai uždaro tipo. Klausimyną sudaro 16 klausimų: 1-4 klausimai skirti įvertinti respondentų žinias apie hormoninę kontracepciją ir jos vartojimo ypatumus; 5-9 klausimai – išsiaiškinti požiūrį į hormoninės kontracepcijos prieinamumą ir kompensavimo galimybes; 10-11 klausimai skirti suprasti bendrą respondentų pasitenkinimą esama kompensavimo tvarka ir jos naudojimosi dažnį; 12 klausimas skirtas įvertinti respondentų nuostatas lytinės sveikatos sprendimų atžvilgiu, o 13-16 klausimai – surinkti sociodemografinius duomenis. Klausimyne naudoti įvairūs atsakymų variantai – uždarieji klausimai su vieno atsakymo pasirinkimu (1, 2, 3, 7, 9, 10, 12-16 klausimai), uždaras klausimas su poros atsakymų pasirinkimu (8 klausimas) ir adaptuotos Likerto 5 balų skalės klausimai (4, 5, 6, 11 klausimai), leidžiantys įvertinti respondentų požiūrio intensyvumą skirtingomis dimensijomis: 4 ir 6 klausimuose – sutikimo skalė (visiškai sutinku – 5 balai, sutinku – 4 balai, neturiu nuomonės – 3 balai, nesutinku – 2 balai, visiškai nesutinku – 1 balas), 5 klausime – svarbos skalė (labai svarbu – 5 balai, svarbu – 4 balai, neturiu nuomonės – 3 balai, nesvarbu – 2 balai, visiškai nesvarbu – 1 balas), 11 klausime – pasitenkinimo skalė (labai patenkintas – 5 balai, patenkintas – 4 balai, neturiu nuomonės – 3 balai, nepatenkintas – 2 balai, labai nepatenkintas – 1 balas). 3, 7, 8, 9 klausimuose pateiktas papildomas atsakymo variantas „kita“, prie kurio respondentai turėjo galimybę laisvai įrašyti savo atsakymą, taip nesuvaržant respondento apibrėžtais atsakymo variantais ir surenkant didesnę nuomonių amplitudę.

4.2. DUOMENŲ ANALIZĖ

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojantis IBM SPSS 23.0 kompiuterine programa. Sociodemografinių duomenų pasiskirstymas pateiktas nurodant procentinius dažnius (proc.). Trijų ir daugiau tarpusavyje nepriklausomų ranginių imčių palyginimui naudotas Kruskalo – Voliso kriterijus. Duomenys aprašyti nurodant vidutinius rangus arba procentinį pasiskirstymą. Duomenys pateikti nurodant Chi kvadrato reikšmę, laisvės laipsnius ir reikšmingumo lygmenį (χ^2 (lls); p).

Kokybinių požymių ryšiui nustatyti naudotas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Duomenys aprašyti nurodant Chi kvadrato reikšmę, laisvės laipsnius ir reikšmingumo lygmenį (χ^2 (lls); p). Skirtumas tarp skirstinių, kai $p < 0,05$, laikytas statistiškai reikšmingu.

Rezultatai pateikti lentelėse ir diagramose, nurodant procentinį pasiskirstymą bei statistinio reikšmingumo rodiklius.

TYRIMO ETIKA

Tyrimas atliktas vadovaujantis Europos elgesio kodekso mokslinių tyrimų etikos (ALLEA, 2018) principais ir tyrimų praktikos nuostatomis. Vadovaujantis patikimumo principu – klausimai suformuluoti remiantis mokslinės literatūros analize, o surinkti duomenys apdoroti ir analizuoti naudojant statistiškai pagrįstus metodus, užtikrinančius tyrimo kokybę ir rezultatų patikimumą. Vadovaujantis sąžiningumo principu, tyrimo rezultatai pateikiami skaidriai ir išsamiai. Remiantis pagarbos principu, dalyvavimas apklausoje buvo tik savanoriškas – respondentai patys sprendė, ar dalyvauti tyrime ir bet kuriuo metu galėjo nutraukti dalyvavimą. Anketos pradžioje respondentams pateikta informacija apie tyrimo autorę, tyrimo tikslą ir surinktų duomenų panaudojimą, taip užtikrinant informuotą dalyvavimą. Vadovaujantis anonimiškumo ir konfidencialumo nuostatomis, anketoje nebuvo pateiktų asmens tapatybę atskleidžiančių klausimų, klausimai apie religinius/moralinius įsitikinimus pateikti neidentifikuojant respondentų, o surinkti duomenys naudoti tik apibendrinta forma baigiamajame darbe. Remiantis atskaitomybės principu, tyrimas atliktas laikantis akademinio sąžiningumo reikalavimų. Tyrimas nebuvo teikiamas universiteto etikos komiteto vertinimui, kadangi duomenys rinkti anonimiškai, asmens tapatybę identifikuojantys duomenys nebuvo renkami. Tyrimo rezultatai yra saugomi tyrimo autorės asmeniniame kompiuteryje, saugomame dokumente su užrakinimo slaptažodžiu.

TYRIMO APRIBOJIMAI

Atliekant tyrimą buvo susidurta su keliais metodologiniais apribojimais į kuriuos būtina atsižvelgti interpretuojant gautus rezultatus. Imties lyčių pasiskirstymas nėra neproporcinga – net 88,2 proc. respondentų sudarė moterys. Nors tai iš dalies atspindi didesnę moterų suinteresuotumą šia tema, tačiau toks respondentų pasiskirstymas riboja galimybę palyginti moterų ir vyrų nuomones bei daryti apibendrinančias išvadas apie vyrų požiūrį šiuo klausimu. Mažesnis vyrų atsakymų dažnis rodo vyrų pasyvesnę poziciją ir nesidomėjimą hormoninės kontracepcijos kompensavimo tema. Tyrimo imtis nors ir viršijanti apskaičiuotą minimalią imtį tačiau yra santykinai nedidelė, atsižvelgiant į tyrimo populiacijos dydį. Tai gali lemti didesnę statistinę paklaidą ir riboti rezultatų apibendrinimo galimybes. Elektroninis anketos platinimas galėjo lemti tam tikrą respondentų atranką – galimai aktyviau dalyvavo aukštesnį išsilavinimą turintys ir technologijomis geriau besinaudojantys asmenys. Netolygus respondentų pasiskirstymas pagal amžių lėmė šių grupių apjungimą į tris platesnes kategorijas (18–32, 33–45, 46 metų ir vyresni). Toks grupavimas, nors ir metodologiškai pagrįstas siekiant užtikrinti pakankamą respondentų skaičių kiekvienoje grupėje, galėjo riboti galimybę identifikuoti skirtumus tarp smulkesnių amžiaus grupių.

4.3. VISUOMENĖS ŽINIŲ IR POŽIŪRIO Į HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS KOMPENSAVIMO POLITIKĄ APKLAUSOS REZULTATŲ ANALIZĖ

4.3.1. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS NAUDOJIMO YPATUMAI

Tyrimo anketinėje apklausoje respondentų buvo klausiama kaip jie vertina savo turimas žinias apie hormoninę kontracepciją.

4 lentelė. Respondentų žinių apie HK vertinimas pagal sociodemografinius rodiklius

Teiginys	Sociodemografinis rodiklis		Vidutinis rangas	Kriterijaus reikšmė	P reikšmė
<i>Savo žinių apie hormoninę kontracepciją vertinimas</i>	Amžiaus grupė	18-32	142,14	$\chi^2=0,020$	0,907
		36-45	146,47		
		46 ir >	142,46		
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	157,29	$\chi^2=1,04$	0,594
		Aukštasis neuniversitetinis	141,81		
		Aukštasis universitetinis	142,52		
	Mėnesinės pajamos	<500 eur/mėn.	160,65	$\chi^2=0,96$	0,812
		500-1199 eur/mėn.	148,15		
		1200-2499 eur/mėn.	142,79		
		2500 eur/mėn. ir >	138,85		

Išnagrinėjus gautus duomenis buvo nustatyta, jog geriausiai savo žinias apie hormoninę kontracepciją buvo linkę vertinti 36-45 metų amžiaus grupei priklausę, vidurinį ar profesinį išsilavinimą įgiję ir mažiau nei 500 eur/mėn. pajamų gaunantys tiriamieji. Nebuvo nustatyta jokių statistiškai reikšmingų skirtumų tarp tyrimo dalyvių subjektyvaus savo žinių apie hormoninę kontracepciją vertinimo, priklausomai nuo jų amžiaus grupės, turimo išsilavinimo ar mėnesinių pajamų ($p \geq 0,05$) (žr. 4 lent.). Šis rezultatas yra reikšmingas, kadangi nurodo, jog numanomos asmens žinios apie hormoninę kontracepciją tiesiogiai nekoreliuoja su įgytu išsilavinimu, amžiumi ar gaunamomis pajamomis. Matomas rezultatas leidžia numanyti, jog žinios šiuo hormoninės kontracepcijos tema formuojasi ne švietimo sistemos dalyje, o kitomis priemonėmis – sveikatos priežiūros specialistų konsultacijų metu, iš interneto šaltinių ar iš asmeninių patirčių ir tarpusavio komunikacijos.

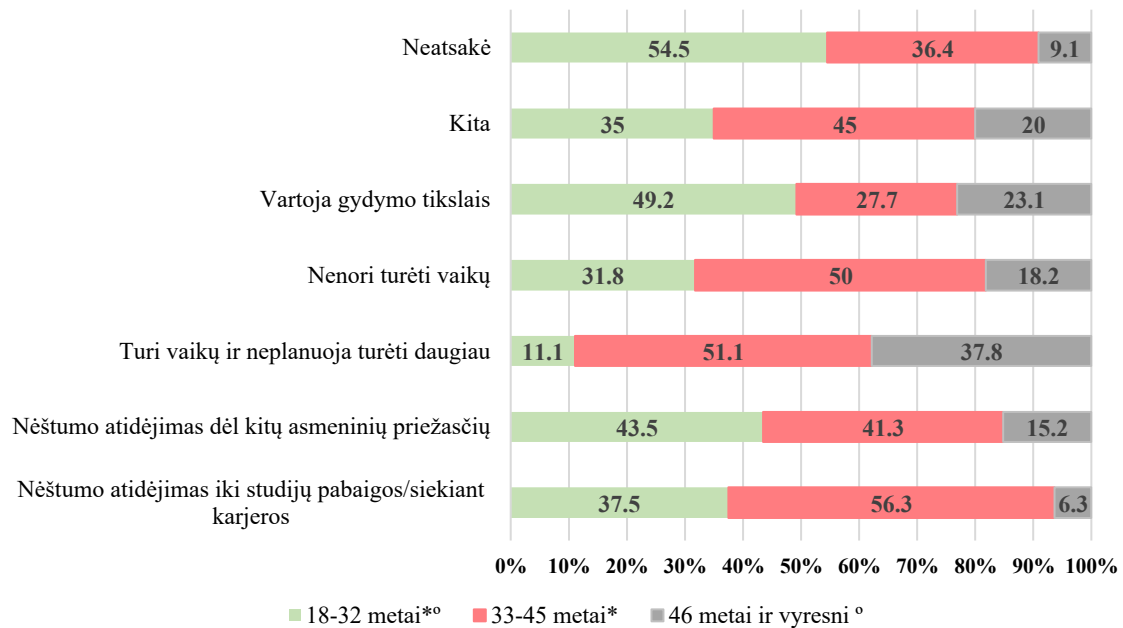
Toliau anketinėje apklausoje buvo teiraujamasi ar respondentas (-ė) arba jos/jo partneris (-ė) vartojo/vartoja hormoninę kontracepciją. Reikšmingi skirtumai buvo nustatyti duomenis analizuojant lyties ($\chi^2=17,67$ (4), $p=0,001$) pjūvyje (žr. 5 lent.).

5 lentelė. Žinių apie respondentų/jų partnerių HK naudojimą pagal sociodemografinius rodiklius

Klausimas	Sociodemografinis rodiklis		Procentai, %			Kriterijaus reikšmė	p reikšmė
			Taip	Ne	Ne- žinau		
<i>Ar jūs/jūsų partnerė vartojo/vartoja hormoninę kontracepciją?</i>	Amžiaus grupė	18-32	48,6	48,6	2,8	$\chi^2=4,27$	0,370
		36-45	52,9	43,7	3,4		
		46 ir >	39,0	54,2	6,8		
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	51,5	36,4	12,1	$\chi^2=7,86$	0,097
		Aukštasis neuniversitetinis	48,3	49,4	2,2		
		Aukštasis universitetinis	47,9	49,1	3,0		
	Lytis	Moteris *	50,2	47,4	2,4	$\chi^2=17,67$	0,001*
		Vyras *	42,3	46,2	11,5		
		Kita/nenoriu sakyti	12,5	62,5	25,0		

Išanalizavus gautus tyrimo duomenis nustatyta, jog daugiau nei pusė 36-45 metų, beveik pusė 18-32 metų ir keturi iš dešimties 46 metų amžiaus ir vyresnių respondentų teigė, kad jie arba jų partnerės naudoja/(-o) hormoninę kontracepciją. Nagrinėjant duomenis per išsilavinimo pjūvį buvo nustatyta, kad daugiausiai hormoninę kontracepciją (daugiau nei pusė) naudoja/(-o) vidurinio ar profesinio išsilavinimo apklaustieji, kiek mažiau – aukštąjį neuniversitetinį ir dar mažiau – aukštąjį universitetinį išsilavinimą turintys tyrimo dalyviai, tačiau matematiškai reikšmingas skirtumas nei tarp amžiaus grupių, nei tarp skirtingo išsilavinimo respondentų nebuvo nustatytas ($p \geq 0,05$). Tuo tarpu, daugiau nei pusė apklausoje dalyvusių moterų bei keturi iš dešimties vyrų teigė, kad jų partnerė vartoja/(-o) hormoninę kontracepciją. Net šeši iš dešimties asmenų, nepanorusių atskleisti savo lyties teigė, kad jie/jų partneris(-ė) nevartoja/(-o) hormoninės kontracepcijos. Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp moterų ir vyrų partnerių hormoninės kontracepcijos vartojimo įpročių ($\chi^2=6,45$ (2), $p=0,040$) (žr. 5 lent.). Pastebima, jog vyrai dažniau pasirinko atsakymą „nežinau“ – tai gali rodyti, jog kontracepcijos klausimas porose dažniausiai laikomas moters atsakomybe, o vyrai nenumanantys ar partnerė naudoja kontracepciją ar kokią tiksliai jų partnerė kontracepcijos priemonę naudoja.

Tolesnėje anketinėje apklausoje buvo siekiama sužinoti, kokios priežastys poroje lėmė pasirinkimą naudoti hormoninę kontracepciją. Reikšmingi skirtumai buvo nustatyti duomenis analizuojant amžiaus grupių ($\chi^2=30,54$ (12), $p=0,002$) ir lyties ($\chi^2=24,69$ (12), $p=0,016$) pjūviais, o išsilavinimo ($\chi^2=10,80$ (12), $p=0,546$) ir gaunamų mėnesinių pajamų ($\chi^2=12,42$ (18), $p=0,825$) pjūviuose reikšmingi skirtumai nenustatyti, todėl tolesnėje analizėje nagrinėjami tik matematiškai reikšmingi skirtumai (žr. 4 ir 5 paveikslus).

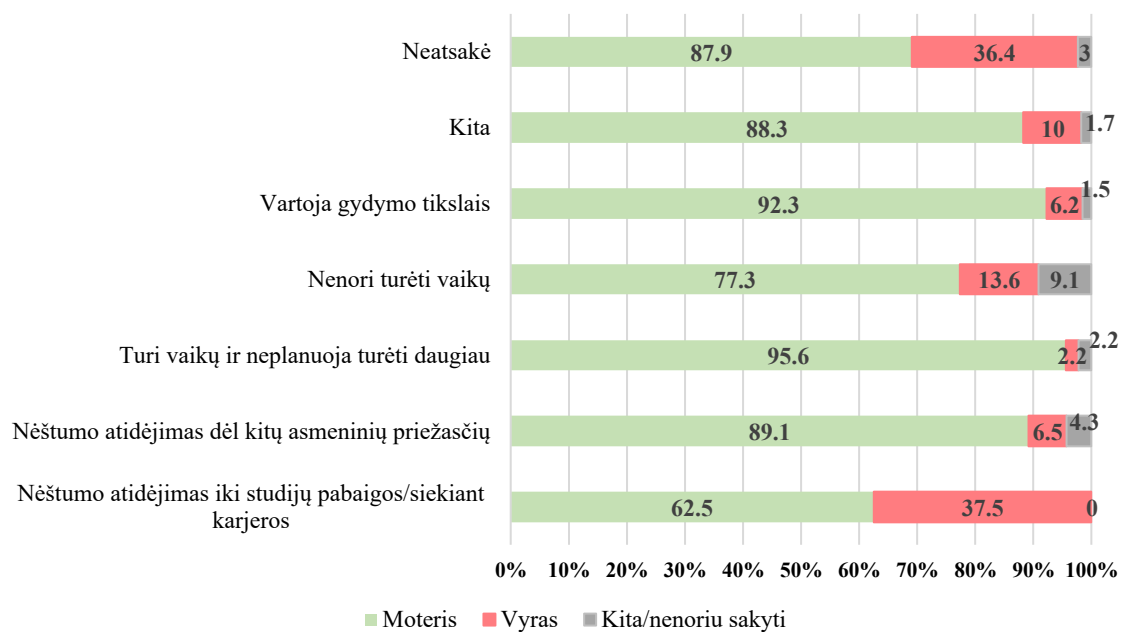


4 pav. Respondentų HK naudojimo priežastys pagal amžių

Išnagrinėjus duomenis nustatyta, jog 18-32 metų amžiaus grupėje dažniausios hormoninės kontracepcijos naudojimo priežastys buvo vartojimas gydymo tikslais bei nėštumo atidėjimas dėl kitų asmeninių priežasčių, 33-45 metų amžiaus grupėje – nėštumo atidėjimas iki studijų pabaigos ar siekiant karjeros bei nenoras išvis turėti vaikų arba neplanavimas jų turėti daugiau, o 46 metų ir vyresnių respondentų grupėje – vaikų turėjimas ir gausesnės šeimos neplanavimas bei vartojimas gydymo tikslais. Analizuojant skirtumus tarp grupių buvo nustatytas statistiškai reikšmingas pasirinkimo vartoti hormoninę kontracepciją skirtumas tarp 18-32 ir 33-45 metų amžiaus tiriamųjų ($\chi^2=18,55$ (6), $p=0,005$) bei tarp 18-32 ir 46 metų ir vyresnių tiriamųjų grupės ($\chi^2=23,73$ (6), $p=0,001$). Tarp 33-45 ir 46 metų ir vyresnių tiriamųjų grupių pasirinkimo vartoti hormoninę kontracepciją matematiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas ($\chi^2=8,26$ (6), $p=0,220$). Šie rezultatai atskleidžia, jog hormoninės kontracepcijos naudojimo priežastys kinta priklausomai nuo gyvenimo etapo: jaunesnių moterų amžiaus grupėje dominuoja gydymo ir karjeros/išsilavinimo priežastys, vyresnių – sąmoningas šeimos pagausėjimo stabdymas. Apie ketvirtadalį visų tyrime dalyvavusių respondenčių nurodė, jog hormoninę kontracepciją naudojo/naudoja gydymo tikslais.

Tai svarbu vertinant kompensavimo politikos plėtojimo galimybes, kadangi kompensavimo principai turėtų būti derinami pagal skirtingus moters gyvenimo etapus ir su jais susijusias priežastis. Dalyje „kita“ dominuoja atsakymas – niekada gyvenime nenaudojo hormoninės kontracepcijos, šis atsakymas apima beveik penktadalį visų tyrime dalyvavusių respondenčių ar jų partnerių.

Žemiau pateiktame paveiksle matome tyrimo dalyvių pasirinkimą vartoti hormoninę kontracepciją lėmusių priežasčių procentinį pasiskirstymą pagal lytį (žr. 5 paveikslą).



5 pav. Respondentų HK naudojimo priežastys pagal lytį

Moterų grupėje vyraujančios hormoninės kontracepcijos vartojimo priežastys buvo vaikų turėjimas ir nenorėjimas jų turėti daugiau, kontracepcijos vartojimas gydymo tikslais ir nėštumo atidėjimas dėl kitų asmeninių priežasčių, o vyrų grupėje paklausus kodėl jų partnerė vartoja/(-o) hormoninę kontracepciją priežastis dažniausiai buvo nenurodoma arba nurodoma, kad sprendimas susijęs su nėštumo atidėjimu dėl asmeninių priežasčių ar nenoru turėti vaikų. Tarp asmenų, atsisakusių nurodyti savo lytį, vyraujanti hormoninės kontracepcijos vartojimo priežastis buvo nenoras turėti vaikų. Nagrinėjant skirtumus tarp grupių buvo nustatytas statistiškai reikšmingas pasirinkimo vartoti hormoninę kontracepciją skirtumas tarp vyrų ir moterų ($\chi^2=19,48$ (6), $p=0,003$). Matematiškai reikšmingi skirtumai tarp asmenų, atsisakiusių nurodyti savo lytį ir moterų ($\chi^2=5,03$ (6), $p=0,541$) bei vyrų ($\chi^2=4,50$ (6), $p=0,609$) grupių nebuvo nustatyti (žr. 5 paveikslą). Pateiktuose rezultatuose matyti, jog vyrai dažnai negalėjo nurodyti konkrečios partnerės hormoninės kontracepcijos vartojimo priežasties, papildomai patvirtina ankstesnę išvadą apie netolygų lytinės sveikatos klausimų pasiskirstymą tarp partnerių.

Toliau anketinėje apklausoje tiriamųjų buvo klausiama ar religiniu/moraliniu požiūriu hormoninės kontracepcijos vartojimas neprieštaruja jų įsitikinimams (žr. 6 lent.)

6 lentelė. Respondentų HK naudojimo ir religinių/moralinių pažiūrų suderinamumas pagal sociodemografinius rodiklius

Klausimas	Sociodemografinis rodiklis		Procentai, %					Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
			VS	S	NN	ND	VS	
<i>Ar religiniu, moraliniu požiūriu hormoninės kontracepcijos vartojimas neprieštaruja jūsų įsitikinimams?</i>	Amžiaus grupė	18-32	46,8	13,8	15,6	5,5	18,3	$\chi^2=0,47$ 0,792
		36-45	42	14,3	21	2,5	20,2	
		46 ir >	40,7	22	8,5	6,8	22	
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	27,3	18,2	30,3	6,1	18,2	$\chi^2=3,07$ 0,216
		Aukštasis neuniversitetinis	39,3	22,5	12,4	4,5	21,3	
		Aukštasis universitetinis	49,1	11,5	15,8	4,2	19,4	
	Lytis	Moteris	43,9	15	16,2	4	20,9	$\chi^2=10,50$ 0,232
		Vyras	46,2	19,2	19,2	3,8	11,5	
		Kita/nenoriu sakyti	25	25	12,5	25	12,5	

čia: VS – visiškai sutinku, S – sutinku, NN – neturiu nuomonės šiuo klausimu, ND – nesutinku iš dalies, VS – visiškai nesutinku

Aukščiau pateiktoje lentelėje matome, kad 18-32 metų amžiaus grupėje beveik pusė apklaustųjų teigė, kad hormoninės kontracepcijos vartojimas visiškai neprieštaruja jų religiniams/moraliniams įsitikinimams, o 36-45 ir 46 metų ir vyresnių respondentų amžiaus grupėje taip teigiančių buvo keturi iš dešimties. Tuo tarpu, trečdalis vidurinį ar profesinį išsilavinimą įgijusių tyrimo dalyvių teigė neturintys nuomonės šiuo klausimu, o keturi iš dešimties aukštojo neuniversitetinio išsilavinimo bei penki iš dešimties aukštojo universitetinio išsilavinimo atstovų teigė kad hormoninės kontracepcijos vartojimas visai neprieštaruja jų religiniam/moraliniam požiūriui. Tiek vyrų, tiek moterų grupėje daugiau nei keturi iš dešimties ir ketvirtadalis savo lyties nenurodžiusių asmenų visiškai sutiko su teiginiu, kad hormoninės kontracepcijos naudojimas nesikerta su jų religiniais/moraliniais įsitikinimais. Nebuvo nustatyta jokių statistiškai reikšmingų skirtumų tarp tiriamųjų požiūrio į hormoninės kontracepcijos vartojimą ir jų religinių bei moralinių pažiūrų, priklausomai nuo jų amžiaus grupės, turimo išsilavinimo ar lyties ($p \geq 0,05$). Šis rezultatas yra reikšmingas apžvelgiant visuomenės požiūrį į hormoninę kontracepciją per religinę/moralinę dermę – nepriklausomai nuo amžiaus, lyties ar išsilavinimo apie 50 proc. respondentų įsitikinimai nesikerta su hormoninės kontracepcijos naudojimu, o priešingai vertinančių dalis – apie 20 proc. lieka reikšmingai mažesnė. Politinių

diskusijų kontekste šis rezultatas taip pat reikšmingas – kompensavimo politikos plėtojimo stabdymas dėl visuomeninio pasipriešinimo, nepritariant hormoninės kontracepcijos naudojimui remiantis religiniu/moraliniu aspektu empiriškai nepasitvirtina. Tačiau esamas šio rezultato apribojimas – klausimas matavo subjektyvų suderinamumo vertinimą, bet nevertino religingumo, todėl tolimesni tyrimai galėtų gilinti šį pjūvį.

Reziumuojant galima teigti, jog geriausiai savo žinias apie hormoninę kontracepciją vertino 36-45 metų amžiaus, vidurinį ar profesinį išsilavinimą įgiję ir mažiau nei 500 eur/mėn. pajamų gaunantys tiriamieji. Hormoninės kontracepcijos vartojimas jaunesnėse amžiaus grupėse dažniausiai buvo susijęs su gydymo tikslais, karjeros/išsilavinimo siekimu ar kitomis asmeninėmis priežastimis, o vyresnėse – su nenoru turėti (daugiau) vaikų. Be to, religiniu, moraliniu požiūriu hormoninės kontracepcijos naudojimas dažniausiai neprieštaravo tiriamųjų įsitikinimams.

4.3.2. HORMONINĖS KONTRACEPCIJOS PRIEINAMUMAS

Atliktoje apklausoje respondentų taip pat buvo teiraujama kaip, jų manymu, yra svarbu, kad hormoninė kontracepcija būtų prieinama moterims (žr. 7 lent.).

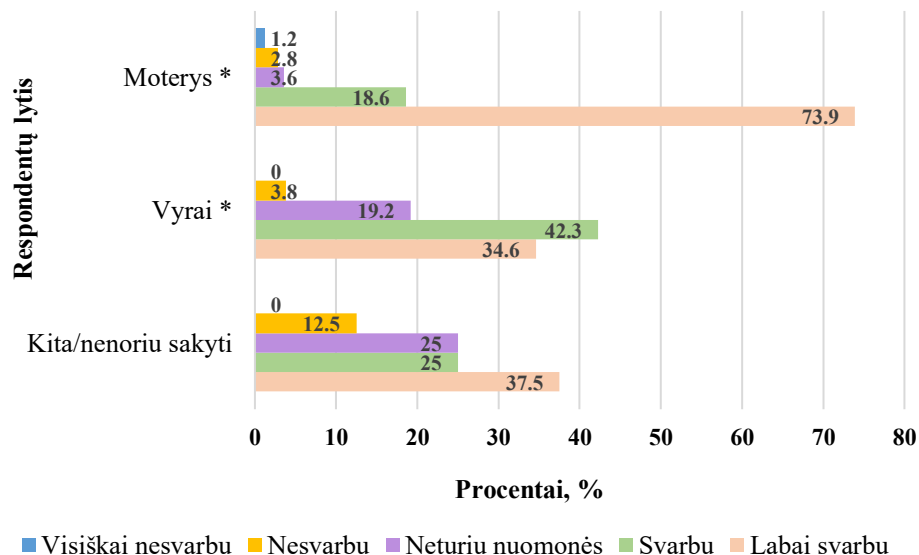
7 lentelė. Respondentų nuomonės apie HK prieinamumą moterims pagal sociodemografinius rodiklius

Teiginys	Sociodemografinis rodiklis		Vidutinis rangas	Kriterijaus reikšmė	P reikšmė
<i>Nuomonė apie hormoninės kontracepcijos prieinamumą moterims</i>	Amžiaus grupė	18-32	143,51	$\chi^2=0,73$	0,694
		36-45	147,34		
		46 ir >	138,17		
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	145,48	$\chi^2=1,14$	0,565
		Aukštasis neuniversitetinis	137,66		
		Aukštasis universitetinis	147,12		
	Mėnesinės pajamos	<500 eur/mėn.	143,46	$\chi^2=0,52$	0,915
		500-1199 eur/mėn.	144,40		
		1200-2499 eur/mėn.	142,20		
		2500 eur/mėn. ir >	150,21		

Išnagrinėjus gautus rezultatus nustatyta, kad labiausiai hormoninės kontracepcijos prieinamumą moterims buvo linkę palaikyti 36-45 amžiaus grupės atstovai, taip pat – aukštąjį

universitetinį išsilavinimą įgiję bei 2500 eur/mėn. ir daugiau uždirbantys tyrimo dalyviai. Matematiškai reikšmingi skirtumai tarp tyrimo dalyvių nuomonės apie hormoninės kontracepcijos prieinamumą moterims, priklausomai nuo jų amžiaus grupės, turimo išsilavinimo ar mėnesinių pajamų nebuvo nustatyti ($p \geq 0,05$) (žr. 7 lent.).

Nagrinėjant tyrimo dalyvių nuomonės procentinį pasiskirstymą apie hormoninės kontracepcijos prieinamumą moterims, priklausomai nuo lyties, nustatyta, jog net du trečdaliai tyrime dalyvavusių moterų ir kiek daugiau nei trečdalis savo lyties nenurodžiusių asmenų manė, jog hormoninės kontracepcijos prieinamumas moterims yra labai svarbus. Vyrų grupėje trys iš dešimties vyrų manė, kad šio tipo kontracepcijos prieinamumas yra labai svarbus, o keturi iš dešimties – kad svarbus. Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp moterų ir vyrų nuomonės apie hormoninės kontracepcijos prieinamumą moterims svarbą ($\chi^2=31,62$ (7), $p=0,000$). (žr. 6 paveikslą).



6 pav. Respondentų nuomonės apie HK prieinamumą moterims pasiskirstymas pagal lytį.

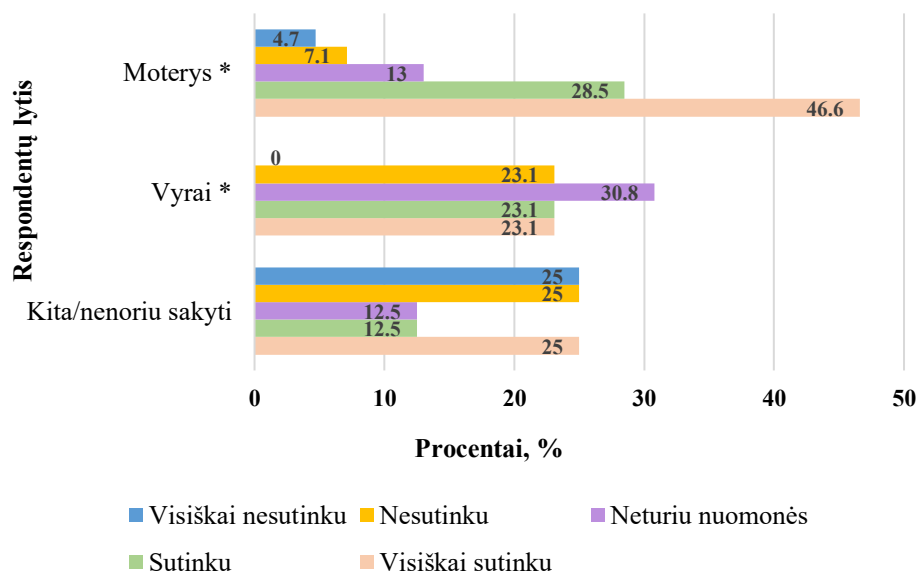
Nors vyrai ir moterys svarbiu laiko hormoninės kontracepcijos prieinamumo faktorių, tačiau moterys jį mato kaip prioritetą, o vyrai – kaip svarbų, bet ne kritinį klausimą. Toks skirtumas esti dėl to, jog hormoninės kontracepcijos prieinamumas tiesiogiai veikia moterų reprodukcinę sveikatą ir kasdieninį gyvenimą, o vyrams šis klausimas dažnai išlieka netiesioginis, o partnerės pasirinkimas. Bendras rezultatas rodo, jog Lietuvos visuomenė pritaria hormoninės kontracepcijos prieinamumo svarbai moterims – tai reikšminga dedamoji dalis, prisidedanti prie tyrimo hipotezės patikrinimo.

Toliau apklausoje tyrimo dalyvių buvo klausiama ar jie mano, kad hormoninė kontracepcija moterims turėtų būti finansuojama valstybės (žr. 8 lent.).

8 lentelė. Respondentų nuomonės apie valstybės finansuojamą HK pagal sociodemografinius rodiklius

Teiginys	Sociodemografinis rodiklis		Vidutinis rangas	Kriterijaus reikšmė	P reikšmė
<i>Nuomonė apie valstybės finansuojamą hormoninę kontracepciją moterims</i>	Amžiaus grupė	18-32	143,18	$\chi^2=0,11$	0,948
		36-45	143,27		
		46 ir >	146,98		
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	133,98	$\chi^2=2,82$	0,244
		Aukštasis neuniversitetinis	135,34		
		Aukštasis universitetinis	150,67		
	Mėnesinės pajamos	<500 eur/mėn.	142,54	$\chi^2=2,40$	0,493
		500-1199 eur/mėn.	130,10		
		1200-2499 eur/mėn.	146,56		
		2500 eur/mėn. ir >	151,66		

Labiausiai valstybės finansuojamos hormoninės kontracepcijos moterims idėją buvo linkę palaikyti 46 metų ir vyresni asmenys, aukštąjį universitetinį išsilavinimo lygį pasiekę bei 2500 eur/mėn. ir daugiau uždirbantys respondentai, tai rodo šių respondentų suvokiamą kompensavimo naudą platesniu – viešojo intereso aspektu. Jokių statistiškai reikšmingų skirtumų tarp tyrimo dalyvių nuomonės apie valstybės finansuojamą hormoninę kontracepciją moterims priklausomai nuo jų amžiaus grupės, turimo išsilavinimo ar mėnesinių pajamų nenustatyta ($p \geq 0,05$) (žr. 8 lent). Nerastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp sociodemografinių grupių atsakymų rodo, jog esti platus visuomenės palaikymas ir supratimas, kad hormoninė kontracepcija galėtų būti kompensuojama platesniu spektru.



7 pav. Respondentų nuomonės apie valstybės finansuojamą HK pasiskirstymas pagal lytį

Išsamiau analizuojant apklaustųjų nuomonės procentinį pasiskirstymą apie valstybės finansuojamos hormoninės kontracepcijos moterims idėją priklausomai nuo lyties nustatyta, jog beveik pusė tyrime dalyvavusių moterų visiškai sutiko su tokia idėja. Vyrų grupėje kas trečias dalyvis šiuo klausimu neturėjo nuomonės, o asmenų, nepanorusių nurodyti savo lyties grupėje kas ketvirtas apklaustasis buvo linkęs arba visiškai sutikti, nesutikti arba visiškai nesutikti su šiuo teiginiu. Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp skirtingų lyčių asmenų nuomonės apie valstybės finansuojamą hormoninę kontracepciją moterims ($\chi^2=26,52$ (8), $p=0,001$). (žr. 7 paveikslą). Šis pasiskirstymas atskleidžia ne tik skirtingų lyčių nuomonių skirtumą, bet ir lytinės sveikatos politikos klausimų aktualumo asimetriją Lietuvos visuomenėje. Moterys, supranta hormoninės kontracepcijos poreikio ir panaudojimo galimybes, formuoja aiškią ir vieningą poziciją – beveik pusė visiškai sutinka su valstybės finansavimu. Tuo tarpu vyrų grupėje dominuojantis atsakymas „neturiu nuomonės“ rodo, kad klausimas neliečia jų asmeninės kasdienės patirties ir atriboja nuo gilesnio mąstymo apie šį klausimą. Svarbu pastebėti – vyrų nuomonės neutralumą, o ne nepritarimą finansavimui valstybės lėšomis, tai gali būti informuotumo trūkumo padarinys. Asmenys, atsisakę nurodyti savo lytį, pasižymi skirtingu nuomonių pasiskirstymu – tiek palaikančių, tiek nesutinkančių. Tai rodo šios, nors ir nedidelės grupės, nesutarimą šiuo klausimu.

Toliau tyrimo dalyvių buvo klausiama jų nuomonės apie su hormoninės kontracepcijos priemonių finansavimu susijusius aspektus. Reikšmingi skirtumai buvo nustatyti duomenis analizuojant lyties ($\chi^2=32,73$ (8), $p=0,000$) pjūvyje (žr. 9 lent.).

9 lentelė. Respondentų nuomonės apie HK finansavimą konkrečioms demografinėms grupėms pagal sociodemografinius rodiklius

Klausimas	Sociodemografinis rodiklis		Procentai, %					Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
			MP	PM	V	N	KT	
<i>Ar manote, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti finansuojamos konkrečioms demografinėms grupėms?</i>	Amžiaus grupė	18-32	18,3	11,9	55	10,1	4,6	$\chi^2=6,33$ 0,610
		36-45	16	8,4	58,8	12,6	4,2	
		46 ir >	16,9	18,6	44,1	13,6	6,8	
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	18,2	18,2	42,4	15,2	6,1	$\chi^2=7,94$ 0,439
		Aukštasis neuniversitetinis	16,9	16,9	53,9	9,0	3,4	
		Aukštasis universitetinis	17,1	11,8	54,4	11,8	4,9	
	Lytis	Moteris *	15,8	10,7	58,9	10,7	4,0	$\chi^2=32,73$ 0,000*
		Vyras *	34,6	15,4	26,9	15,4	7,7	
		Kita/nenoriu sakyti	0	37,5	0	37,5	25,0	
	Mėnesinės pajamos	<500 eur/mėn.	23,1	7,7	46,2	15,4	7,7	$\chi^2=10,22$ 0,596
		500-1199 eur/mėn.	8,9	16,1	58,9	10,7	5,4	
		1200-2499 eur/mėn.	18,1	11,7	55,0	12,3	2,9	
		2500 eur/mėn. ir >	21,3	8,5	48,9	10,6	10,6	

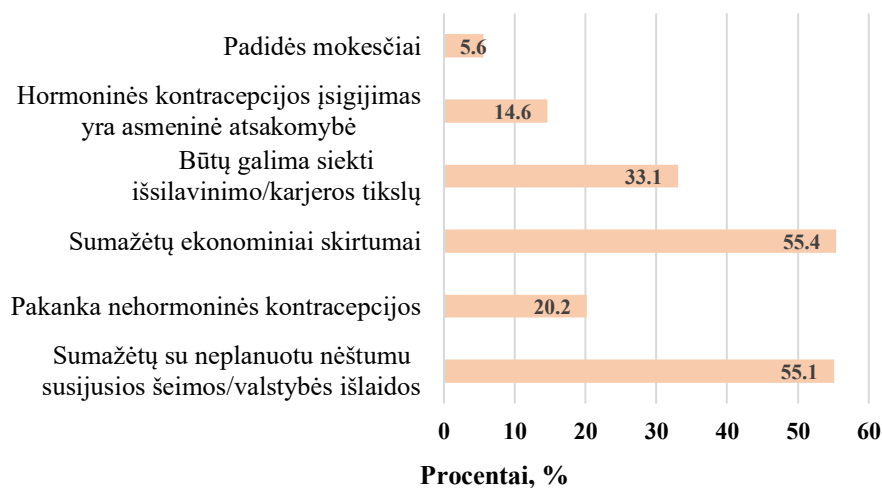
čia: MP – mažas pajamas gaunančios moterys, PM – paauglės ir merginos iki 25 metų, V – kompensuojama visoms moterims, NN – nekompensuojama niekam, KT – kita

Išnagrinėjus gautus tyrimo duomenis buvo nustatyta, kad visose amžiaus grupėse vyravo nuomonė, jog hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti finansuojamos visoms moterims be išimties: šią poziciją palaikė daugiau nei pusė 18-32 ir 36-45 metų amžiaus grupės narių bei keturi iš dešimties 46 metų amžiaus ir vyresnių tyrimo dalyvių. Panaši tendencija buvo matoma ir tyrimo duomenis analizuojant per įgyto išsilavinimo prizmę: daugiau nei pusė aukštąjį neuniversitetinį/universitetinį išsilavinimą turinčių respondentų bei keturi iš dešimties vidurinį ar profesinį išsilavinimą įgijusių apklaustųjų palaikė idėją, kad hormoninė kontracepcija būtų finansuojamos visoms moterims. Analogiškai rezultatų duomenys gauti nagrinėjant per gaunamų mėnesinių pajamų pjūvį – šiuo atveju už hormoninės kontracepcijos finansavimą visoms moterims be išimčių pasisakė beveik pusė ar šiek tiek daugiau nei pusė visų tyrimo dalyvių, nepriklausomai nuo gaunamų mėnesinių pajamų grupės, kuriai jie buvo priskirti. Galiausiai, tyrimo duomenis

nagrinėjant per lyties prizmę, nustatyta, kad šešios iš dešimties moterų pasisakė už hormoninės kontracepcijos finansavimą visoms moterims. Tuo tarpu, vyrų grupėje šią idėją palaikančių buvo dvigubai mažiau, tačiau kas trečias apklaustas vyras teigė, kad tokia kompensacija turėtų būti skiriama tik moterims, gaunančioms mažas pajamas. Išsiskiriantis vyrų ir moterų požiūris matomas nebe pirmame atsakyme į klausimus. Galima numanyti, jog moterys mato universalią hormoninės kontracepcijos kompensavimo politiką kaip moterų teisę, o vyrai – socialinės paramos elementą. Daugiau nei trečdalis asmenų, atsisakiusių nurodyti savo lytį, teigė, jog hormoninė kontracepcija turėtų būti kompensuojama paauglėms ir merginoms iki 25 metų arba nekompensuojama niekam. Ši grupė pasižymi kraštutiniu požiūriu, o nuomonės išsiskiria nuo aiškios vyrų ir moterų pozicijos. Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp moterų ir vyrų nuomonės apie hormoninės kontracepcijos priemonių finansavimą konkrečioms demografinėms grupėms ($\chi^2=10,29$ (4), $p=0,036$). Amžiaus grupės, įgyto išsilavinimo ir gaunamų mėnesinių pajamų grupėse reikšmingi nuomonių skirtumai dėl hormoninės kontracepcijos priemonių finansavimo nebuvo nustatyti ($p \geq 0,05$) (žr. 9 lent.).

Atvirame atsakymo variante dominavo atsakymas, jog hormoninė kontracepcija turėtų būti kompensuojama nebent skiriama gydymo tikslais, šį atsakymą pateikė apie 2 proc. respondentų. Šis tyrimo rezultatas atskleidžia didelį atotrūkį tarp visuomenės labiausiai palaikomo kompensavimo modelio ir esamos kompensavimo politikos, tyrime didžioji dalis respondentų teikia pirmenybę universaliam prieinamumui visoms moterims be išimties, o ne tik paauglėms ir jaunoms merginoms. Toks pasiskirstymas yra nuoseklus amžiaus, išsilavinimo, pajamų grupėse, tik reikšmingai skiriasi pagal lytį. Išsiskiriantis vyrų ir moterų požiūris matomas nebe pirmame atsakyme į klausimus.

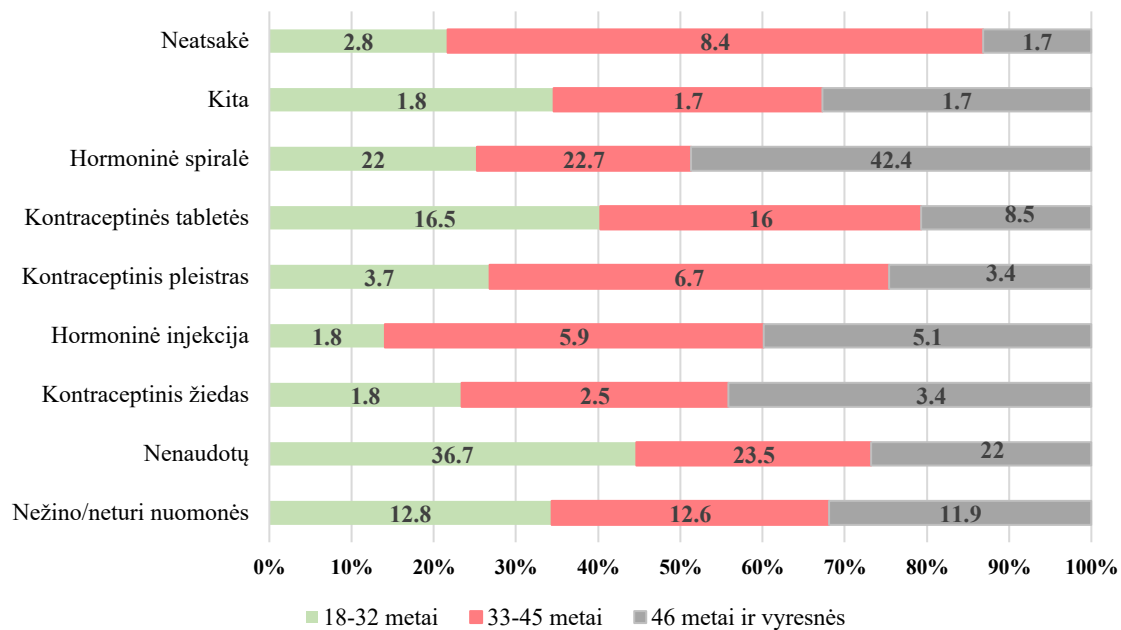
Tolesnėje anketinės apklausos dalyje respondentų buvo prašoma pažymėti, su kuriais iš nurodytų teiginių jie sutinka (žr. 8 paveikslą).



8 pav. Respondentų pritarimas teiginiams

Buvo nustatyta, jog daugiau negu pusė visų tyrimo dalyvių manė, jog kompensavus hormoninę kontracepciją sumažėtų ekonominiai skirtumai bei su neplanuotu nėštumu susijusios šeimos ir valstybės išlaidos. Kas trečias respondentas pritarė teiginiui, jog hormoninės kontracepcijos kompensavimas leistų siekti išsilavinimo ir karjeros tikslų, o kas penktas manė, kad pakanka ir nehormoninės kontracepcijos. Kas septintas apklaustasis manė, kad hormoninės kontracepcijos įsigijimas yra asmeninė asmens atsakomybė ir vos keletas procentų visų tyrimo dalyvių manė, jog kompensavus hormoninę kontracepciją padidės mokesčiai (žr. 8 paveikslą). Šis pasiskirstymas yra reikšmingas tiek visuomenės nuostatų, tiek politinės argumentacijos analizės požiūriu. Daugiau nei pusės respondentų pritarimas teiginiams apie ekonominių skirtumų sumažėjimą rodo, kad visuomenė suvokia kompensavimo politiką ne tik kaip asmeninę naudą, obet ir kaip naudingą socioekonominį sprendimą. Apie 6 proc. respondentų teigė, jog kompensavus hormoninę kontracepciją padidės mokesčiai. Dažnai toks argumentas pasitelkiamas oponuojant naujas politines programas, o šio tyrimo rezultatai nurodo, kad ši mokesčių didinimo grėsmė neturi reikšmingo visuomenės palaikymo. Apibendrinant teiginių vertinimo rezultatus, matoma dominuojanti visuomenės nuomonė, jog kompensuojama hormoninė kontracepcija užtikrintų socioekonominę lygybę ir padėtų moterims siekti išsilavinimo ar karjeros tikslų atidedant nėštumą.

Toliau anketinėje apklausoje tik moterų buvo teiraujamasi, kokią hormoninę kontracepciją rinktųsi, jei ji būtų nemokama arba jai būtų taikomas minimalus apmokėjimas (žr. 9 paveikslą).

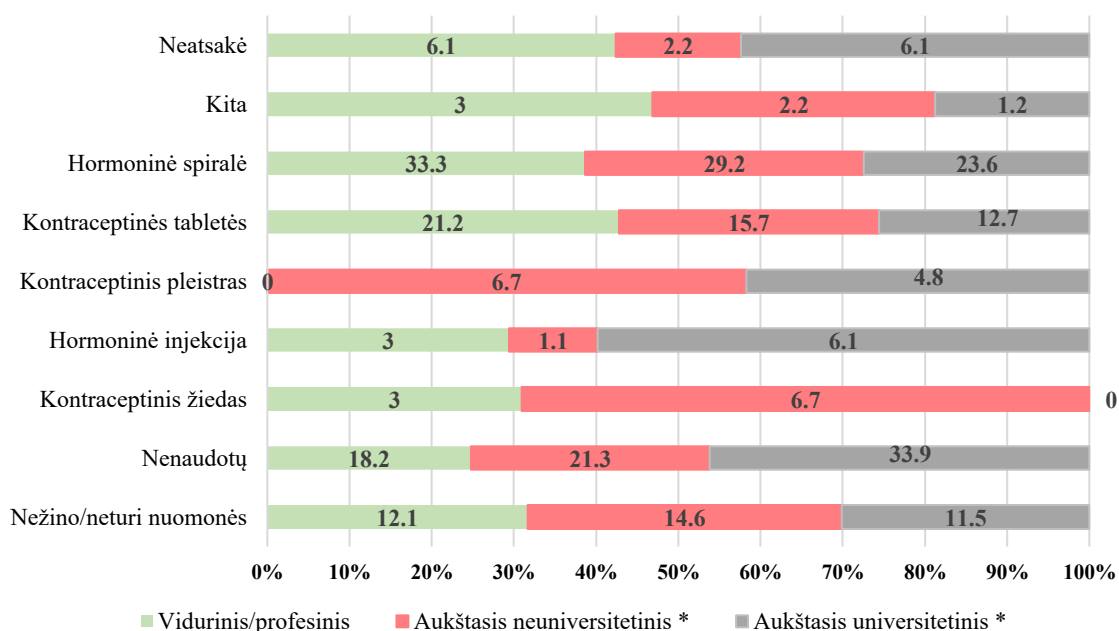


9 pav. Respondenčių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos HK naudojimą pagal amžiaus grupės

Buvo nustatyta, jog esant nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos įsigijimo galimybei daugiau nei trečdalis 18-32 metų amžiaus ir beveik penktadalis 33-45 bei 46 metų ir vyresnių tyrime dalyvavusių moterų nenaudotų hormoninės kontracepcijos, o tai panašiai dalis respondenčių, kurios praeitame klausime pateikė atsakymą, jog pilnai pakanka nehormoninės kontracepcijos, tai rodo, kad apie 20–35 procentus moterų pasirenka nehormoninius kontracepcijos metodus savo asmeniniu pasirinkimu, o ne dėl finansinių priežasčių. Kas aštunta respondentė, nepriklausomai nuo amžiaus grupės, šiuo klausimu neturėjo nuomonės arba nežinojo ką atsakyti. Tai rodo, jog finansinis barjeras nėra vienintelis veiksnys, galimai hormoninė kontracepcija yra nereikalinga šiuo moters gyvenimo etapu, galbūt jai pakankama nehormoninė kontracepcija. Vis dėl to, tarp atsakiusių į klausimą, populiariausias hormoninės kontracepcijos pasirinkimas visose amžiaus grupėse buvo hormoninė spiralė – ją rinkęsi kas penkta 18-32 ir 33-45 metų amžiaus moteris ir net beveik kas antra 46 metų ir vyresnė tyrimo dalyvė. Toks didėjantis populiarumas su amžiumi gali būti siejamas su praktinėmis šio metodo savybėmis – ilgalaikis kontraceptinis poveikis, taip gydomasis poveikis kai kurioms ginekologinėms ligoms, kurios yra aktualesnės brandesnio amžiaus moterims. Antras populiariausias pasirinkimas būtų kontraceptinės tabletės – jas rinkęsi kas šešta 18-32 ir 33-45 metų amžiaus ir tik kas dešimta 46 metų ir vyresnė moteris. Nebuvo nustatyti jokie statistiškai reikšmingi skirtumai tarp skirtingų

amžiaus grupių moterų nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos pasirinkimą ($\chi^2=23,02$ (16), $p=0,113$) (žr. 9 paveikslą).

Apibendrinant rezultatus išsiskiria du populiariausi hormoninės kontracepcijos metodai – hormoninė spirālė ir kontraceptinės tabletės – abu metodai yra reikšmingai populiariūs hipotetinio pasirinkimo atveju. Lyginant amžiaus pjūviu, didžiausias populiarumas hormoninės spirālės yra tarp 46 metų ir vyresnių moterų.

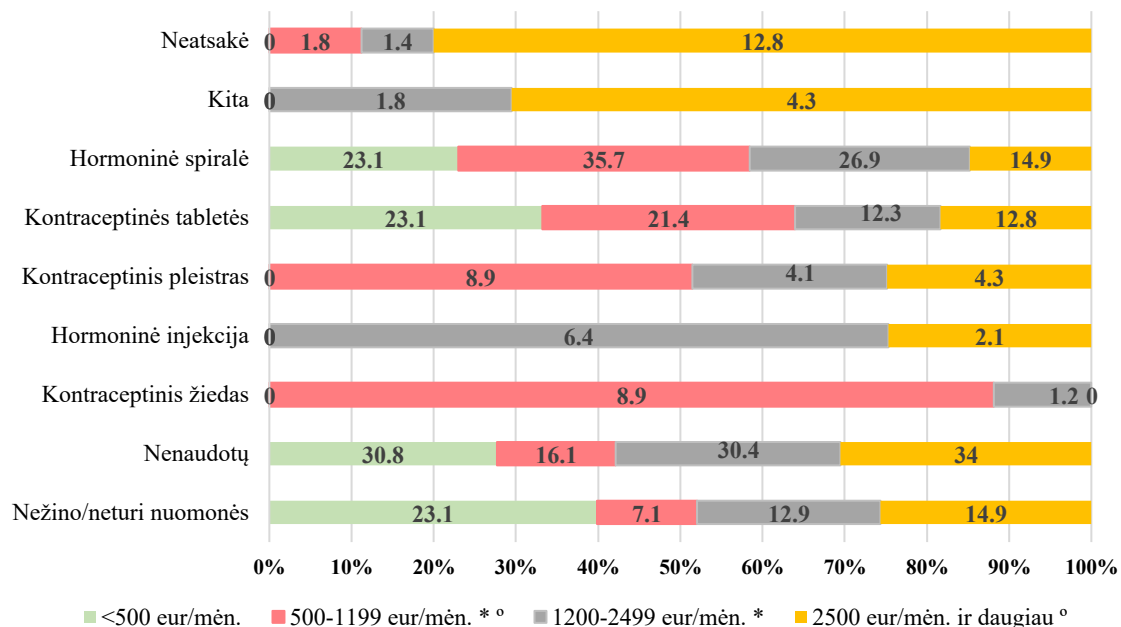


10 pav. Respondenčių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos HK pagal išsilavinimą

Analizuojant tyrimo dalyvių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos pasirinkimą buvo apskaičiuota, kad kas trečia vidurinį/profesinį ir aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turinti moteris bei kas penkta aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgijusi tyrimo dalyvė rinktusi hormoninę spirālę (žr. 10 paveikslą). Kontraceptines tabletes rinktusi beveik kas penkta vidurinio/profesinio išsilavinimo, kas šešta aukštojo neuniversitetinio bei kas aštunta aukštojo universitetinio išsilavinimo respondentė. Net kas trečia aukštojo universitetinio išsilavinimo moteris išvis nenaudotų hormoninės kontracepcijos, kai, tuo tarpu, kitose dviejose amžiaus grupės hormoninės kontracepcijos nenaudotų kas penkta tyrimo dalyvė. Buvo rastas matematiškai reikšmingas skirtumas tarp aukštąjį neuniversitetinį ir aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgijusių moterų nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos pasirinkimą ($\chi^2=21,55$ (8), $p=0,006$). Matematiškai reikšmingi skirtumai nebuvo

rasti tarp vidurinių/profesinių ir aukštųjų neuniversitetinių ($\chi^2=5,24$ (8), $p=0,731$) bei tarp vidurinių/profesinių ir aukštųjų universitetinių ($\chi^2=12,27$ (8), $p=0,140$) išsilavinimo lygį pasiekusių tyrimo dalyvių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos pasirinkimą (žr. 10 paveikslą). Rezultatuose stebimas aukštųjų universitetinių išsilavinimą turinčių moterų atsisakymas hormoninės kontracepcijos gali rodyti didesnę šios grupės atsargumą dėl preparatų sudėties, šalutinių poveikių ar alternatyvių šeimos planavimo metodų pasirinkimą.

Toliau buvo analizuojamas galimas nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos pasirinkimas tarp skirtingas mėnesines pajamas gaunančių tyrimo dalyvių (žr. 11 paveikslą).



11 pav. Respondenčių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos HK priklausomai nuo gaunamų mėnesinių pajamų

Kas trečdalis mažiau nei 500 eur/mėn. bei 1200-2499 eur/mėn. ir 2500 eur/mėn. ir daugiau pajamų gaunančios tyrimo dalyvės nenaudotų hormoninės kontracepcijos net jei ji būtų nemokama/dalinai apmokama. Šia paslauga nesinaudotų tik kas šešta 500-1199 eur/mėn. pajamų gaunančių moterų. Daugiau nei trečdalis 500-1199 eur/mėn. pajamų gaunančių moterų rinktųsi kontraceptinę spiralę, o kas penkta mažiau nei 500 eur/mėn. bei 1200-2499 eur/mėn. pajamų gaunančių respondenčių prioritetą teiktų kontraceptinėms tabletėms. Kas penkta 500-1199 eur/mėn. pajamų gaunančių moterų taip pat rinktųsi kontraceptines tabletes, o kas ketvirta 1200-2499 eur/mėn. uždirbančių tyrimo dalyvių rinktųsi hormoninę spiralę. Nustatytas statistškai

reikšmingas skirtumas tarp 500-1199 eur/mėn. ir 1200-2499 eur/mėn. pajamų gaunančių moterų nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos pasirinkimą ($\chi^2=23,31$ (8), $p=0,003$) bei tarp 500-1199 eur/mėn. ir 2500 eur/mėn. ir daugiau pajamų gaunančių respondenčių nuomonės apie šios hormoninės kontracepcijos pasirinkimą ($\chi^2=23,29$ (8), $p=0,003$). Matematiškai patikimi skirtumai tarp mažiau nei 500 eur/mėn. ir 500–1199 eur/mėn. ($\chi^2=6,92$ (6), $p=0,328$), tarp mažiau nei 500 eur/mėn. ir 1200-2499 eur/mėn. ($\chi^2=4,35$ (8), $p=0,824$), tarp mažiau nei 500 eur/mėn. ir 2500 eur/mėn. ir daugiau mėnesinių pajamų ($\chi^2=4,62$ (7), $p=0,707$) bei tarp 1200-2499 eur/mėn. ir 2500 eur/mėn. ir daugiau mėnesinių pajamų ($\chi^2=9,91$ (8), $p=0,271$) gaunančių tyrimo dalyvių nuomonės apie nemokamos/dalinai apmokamos hormoninės kontracepcijos pasirinkimą nebuvo nustatyti (žr. 11 paveikslą).

Rezultatai atskleidžia, jog mažesnių pajamų grupės (500-1199 eur/mėn.) atstovės reikšmingai dažniau rinktųsi hormoninę kontracepciją, jei ji būtų kompensuojama – tai patvirtina, jog kompensavimo politika realiausią pokytį atneštų būtent toms moterims, kurios šiuo metu dvejoja dėl kainos ir poreikio.

Reziumuojant galima teigti, jog labiausiai hormoninės kontracepcijos prieinamumą moterims buvo linkę palaikyti 36-45 amžiaus grupės atstovai, aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgiję bei 2500 eur/mėn. ir daugiau uždirbantys tyrimo dalyviai bei tiek vyrai, tiek moterys manė, kad hormoninės kontracepcijos prieinamumas moterims yra labai svarbus, tačiau moterys dažniau palaikė idėją apie valstybės kompensuojamą hormoninę kontracepciją bei dukart dažniau nei vyrai teigė, kad kompensavimas turėtų būti skiriamas visoms moterims be išimties. Taip pat, daugiau nei pusė tyrimo dalyvių manė, jog dėl hormoninės kontracepcijos kompensavimo sumažėtų ekonominiai skirtumai. Kalbant apie kompensuojamos kontracepcijos pasirinkimą, moterys dažniausiai būtų linkusios rinktis hormoninę spiralę arba kontraceptines tabletes.

4.3.3. KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ VARTOJIMAS

Tolesnėje apklausoje tyrimo dalyvių buvo teiraujamasi kaip dažnai jie sau perka kompensuojamus vaistus. Reikšmingi skirtumai buvo nustatyti duomenis analizuojant amžiaus grupės ($\chi^2=17,97$ (2), $p=0,000$) ir lyties ($\chi^2=17,69$ (8), $p=0,024$) pjūviuose (žr. 10 lent.).

10 lentelė. Respondentų atsakymų kaip dažnai perka kompensuojamus vaistus pagal sociodemografinius rodiklius.

Klausimas	Sociodemografinis rodiklis		Procentai, %					Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
			>2x/ m.	2x/m.	1x/1- 2m.	NP	NŽ	
Kaip dažnai sau perkate kompensuojamus vaistus?	Amžiaus grupė	18-32*	10,1	14,7	40,4	23,9	11,0	$\chi^2=17,97$ 0,000*
		36-45 °	21,0	11,8	30,3	22,7	14,3	
		46 ir >* °	47,5	11,9	16,9	20,3	3,4	
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	30,3	9,1	33,3	18,2	9,1	$\chi^2=0,88$ 0,645
		Aukštasis neuniversitetinis	22,5	13,5	28,1	25,8	10,1	
		Aukštasis universitetinis	20,6	13,3	32,7	21,8	11,5	
	Lytis	Moteris *	22,9	12,6	33,2	22,9	8,3	$\chi^2=17,69$ 0,024*
		Vyras *	11,5	15,4	19,2	23,1	30,8	
		Kita/nenoriu sakyti	37,5	12,5	12,5	12,5	25,0	
	Mėnesinės pajamos	<500 eur/mėn.	30,8	0	38,5	15,4	15,4	$\chi^2=2,11$ 0,549
		500-1199 eur/mėn.	21,4	16,1	33,9	23,2	5,4	
		1200-2499 eur/mėn.	22,2	15,8	28,1	23,4	10,5	
		2500 eur/mėn. ir >	21,3	2,1	38,3	21,3	17,0	

čia: >2x/m. – dažniau nei porą kartų per metus, 2x/m. – porą kartų per metus, 1x/1-2m. – kartą per vienerius/dvejus metus, NP – nėra pirkę kompensuojamų vaistų, NŽ – nežino/neatsimena

Išnagrinėjus gautus tyrimo rezultatus buvo nustatyta, jog kas ketvirtas 18-32 metų amžiaus grupei priklausęs respondentas kompensuojamus vaistus sau pirkė kartą per vienerius/dvejus metus, kai 36-45 metų amžiaus grupėje tokių tiriamųjų dalis sudarė vieną iš dešimties, o penktadalis šiuos vaistus pirkdavo dažniau nei porą kartų per metus. Tuo tarpu, 46 metų ir vyresnių tiriamųjų amžiaus grupėje sau kompensuojamus vaistus dažniau nei porą kartų per metus pirkė beveik pusė visų apklaustųjų. Buvo nustatytas matematiškai patikimas skirtumas tarp 18-32 metų ir 33-45 metų amžiaus grupių respondentų ($\chi^2=32,65$ (4), $p=0,000$) bei tarp ir 33-45 metų ir 46 metų amžiaus ir vyresnių tyrimo dalyvių ($\chi^2=16,46$ (4), $p=0,002$) kompensuojamųjų vaistų įsigijimo dažnio. Toks rezultatas yra logiškas atsižvelgiant į gyventojų sergamumo statistiką – vyresniame amžiuje didėja chroninių ligų ir nuolatinio gydymo poreikis, todėl kompensuojamųjų vaistų poreikis dažnėja.

Nagrinėjant šį klausimą per lyties prizmę buvo išsiaiškinta, jog kartą per vienerius/dvejus metus sau kompensuojamus vaistus pirkė kas trečia moteris ir tik kas penktas vyras. Be to, kas trečias vyras ir ketvirtas lytį atsisakęs nurodyti tiriamasis teigė nežinantis/neatsimenantis kaip

dažnai sau pirkė kompensuojamuosius vaistus, kai moterų grupėje tokių respondenčių buvo tik kas dešimta. O dažniau nei porą kartų per metus sau kompensuojamus vaistus pirkė kas penkta moteris ir kas trečias lytį atsisakęs nurodyti apklaustasis. Buvo rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp moterų ir vyrų kompensuojamųjų vaistų įsigijimo dažnio ($\chi^2=15,99$ (4), $p=0,003$).

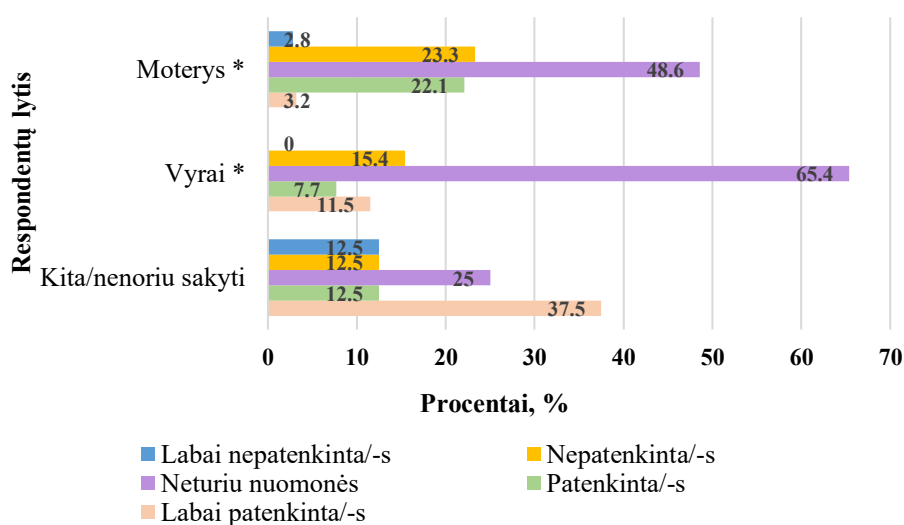
Pastebimas vyrų atsakymų rezultatų atotrūkis apie sveikatos klausimus. Tai dar kartą patvirtina, jog moterys yra aktyvesnės ir labiau besidominčios sveikatos paslaugų naudotojos. Taip pat nustatyta, jog kas trečias vidurinį ar profesinį išsilavinimą įgijęs bei kas penktas aukštąjį neuniversitetinį/universitetinį išsilavinimą pasiekęs tyrimo dalyvis sau kompensuojamus vaistus pirkė dažniau nei porą kartų per metus. O žiūrint į gautus rezultatus iš gaunamų mėnesinių pajamų perspektyvos nustatyta, kad kartą per vienerius/dvejus metus kompensuojamus vaistus sau įsigijo beveik keturi iš dešimties <500 eur/mėn. ir 2500 eur/mėn. ir daugiau pajamų gaunantys respondentai bei trys iš dešimties 500-1199 eur/mėn. ir 1200-2499 eur/mėn. pajamų gaunantys tyrime dalyvavę asmenys. Matematiškai patikimi skirtumai tarp kompensuojamųjų vaistų sau įsigijimo dažnio nebuvo nustatyti nei išsilavinimo, nei mėnesinių pajamų grupėje ($p \geq 0,05$) (žr. 10 lent.).

Tolesnėje apklausoje respondentų buvo klausiama ar jie yra patenkinti galiojančia kompensuojamųjų vaistų tvarka (žr. 11 lent.).

11 lentelė. Respondentų pasitenkinimas galiojančia kompensuojamųjų vaistų tvarka pagal sociodemografinius rodiklius.

Klausimas	Sociodemografinis rodiklis		Vidutinis rangas	Kriterijaus reikšmė	P reikšmė
<i>Ar esate patenkinti galiojančia kompensuojamųjų vaistų tvarka?</i>	Amžiaus grupė	18-32	143,77	$\chi^2=0,14$	0,935
		36-45	145,63		
		46 ir >	141,15		
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	123,55	$\chi^2=3,31$	0,191
		Aukštasis neuniversitetinis	152,04		
		Aukštasis universitetinis	143,75		
	Mėnesinės pajamos	<500 eur/mėn.	108,31	$\chi^2=4,43$	0,219
		500-1199 eur/mėn.	144,76		
		1200-2499 eur/mėn.	149,27		
		2500 eur/mėn. ir >	133,81		

Aukščiau pateiktoje lentelėje matome, kad labiausiai patenkinti esama kompensuojamų vaistų tvarka buvo 36-45 metų amžiaus grupės tiriamieji, taip pat, aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą įgiję bei 1200-2499 eur/mėn. pajamų gaunantys tyrimo dalyviai. Statistiškai reikšmingi pasitenkinimo galiojančia kompensuojamų vaistų tvarka skirtumai šiose grupėse nebuvo nustatyti ($p \geq 0,05$). Šis rezultatas rodo, jog esamos kompensavimo sistemos vertinimas yra santykinai vienodas – ji nėra nei aiškiai kritikuojama, nei ypatingai palankiai vertinama, o didelė dalis atsakymų yra „neturiu nuomonės“ – tai gali rodyti retą kompensuojamų vaistų naudojimą ar menką informuotumą šia tema.



12 pav. Respondentų pasitenkinimo esama kompensuojamų vaistų tvarka pagal lytį

Aukščiau pavaizduotame paveiksle matome, kad penkios iš dešimties moterų ir septyni iš dešimties vyrų neturėjo nuomonės dėl esamos kompensuojamų vaistų tvarkos. Beveik keturi iš dešimties savo lyties nenorėjusių atskleisti tyrimo dalyvių ir tik kas dešimtas vyras buvo labai patenkinti esama kompensuojamų vaistų tvarka. Kas penkta apklausta moteris buvo arba patenkinta, arba nepatenkinta esama tvarka, kai, tuo tarpu, patenkintas galiojančia kompensuojamų vaistų tvarka buvo vos kas dešimtas, o nepatenkintas – kas šeštas vyras. Nustatytas matematiškai reikšmingas skirtumas tarp moterų ir vyrų pasitenkinimo galiojančia kompensuojamų vaistų tvarka ($\chi^2=30,79$ (8), $p=0,000$) (žr. 12 paveikslą). Lyčių skirtumai toliau atsispindi respondentų atsakymuose – moterys yra aktyviau įsitraukusios, todėl jų pasitenkinimas yra labiau diferencijuotas, o vyrų atsakymai daugiau lieka neutraliame „neturiu nuomonės“ atsakymo pasirinkime.

HIPOTETINIS KLAUSIMAS

Užbaigus klausimų grupę apie kompensuojamuosius vaistus, tiriamųjų buvo klausiama – ar hipotetiškai jie pritartų savo dukters sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Respondentų nuomonės apie galimą dukters naudojimą HK pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius

Klausimas	Sociodemografinis rodiklis		Procentai, %			Kriterijaus reikšmė	p reikšmė
			Taip	Ne	Ne- žinau		
<i>Ar hipotetiškai pritartumėte savo dukters sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją?</i>	Amžiaus grupė	18-32	65,1	17,4	17,4	$\chi^2=5,39$	0,250
		36-45	63,9	20,2	16,0		
		46 ir >	55,9	32,2	11,9		
	Išsilavinimas	Vidurinis/profesinis	66,7	18,2	15,2	$\chi^2=1,03$	0,905
		Aukštasis neuniversitetinis	64,0	19,1	16,9		
		Aukštasis universitetinis	61,2	23,6	15,2		
	Lytis	Moteris *	66,4	20,2	13,4	$\chi^2=28,00$	0,000*
		Vyras *	46,2	34,6	19,2		
		Kita/nenoriu sakyti	0	25,0	75,0		
	Mėnesinės pajamos	<500 eur/mėn.	38,5	38,5	23,1	$\chi^2=4,60$	0,596
		500-1199 eur/mėn.	69,6	17,9	12,5		
		1200-2499 eur/mėn.	62,6	21,6	15,8		
		2500 eur/mėn. ir >	61,7	21,3	17,0		

Išanalizavus duomenis buvo nustatyta, kad šeši iš dešimties 18-32 ir 36-45 metų amžiaus bei penki iš dešimties 46 metų ir vyresnių tyrimo dalyvių pritartų dukters sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją. Tokiam sprendimui pritartų ir šeši iš dešimties visų išsilavinimo grupių tyrimo dalyvių. Nagrinėjant gautus duomenis pagal gaunamų mėnesinių pajamų dydį buvo išsiaiškinta, jog keturi iš dešimties <500 eur/mėn. uždirbančių respondentų arba pritartų, arba nepritartų tokiam dukters sprendimui, o visose kitose mėnesinių pajamų grupėse tokiam sprendimui pritartų nuo šešių iki septynių iš dešimties apklaustųjų. Tuo tarpu, dukters sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją pritartų šešios iš dešimties moterų ir penki iš dešimties vyrų, o net du trečdaliai asmenų, nepanorusių atskleisti savo lyties neturėjo nuomonės šiuo klausimu. Buvo rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp moterų ir vyrų nuomonės apie galimą hipotetinį dukters sprendimą naudoti hormoninę kontracepciją ($\chi^2=28,00$ (4), $p=0,000$), o reikšmingi

skirtumai amžiaus grupės, išsilavinimo ir gaunamų mėnesinių pajamų grupėse nebuvo nustatyti ($p \geq 0,05$) (žr. 12 lent.). Šie rezultatai parodo daugiau nei pusės tyrimo dalyvių palankų požiūrį į hormoninės kontracepcijos naudojimą savo šeimos rate, tai tik patvirtina, jog religiniai ir moraliniai nusistatymai tam neprieštarauja.

Reziumuojant galima teigti, jog labiausiai patenkinti esama kompensuojamų vaistų tvarka buvo 36-45 metų amžiaus, aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą įgiję bei 1200-2499 eur/mėn. pajamų gaunantys tyrimo dalyviai, o kompensuojamus vaistus dažniau įsigydavo vyresnio amžiaus respondentai bei moterys, kurios triskart dažniau nei vyrai buvo patenkintos galiojančia kompensuojamųjų vaistų tvarka, o vyrai dažniau nei moterys neturėjo nuomonės dėl esamos kompensuojamųjų vaistų tvarkos. Tikėtina, jog moterys dažniau nei vyrai bei hormoninę kontracepciją naudojančios/-ės respondentai būtų hipotetiškai dažniau pritarę dukters sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją.

4.3.4. MIŠRI ANALIZĖ

Šioje dalyje pateikiama mišri analizė, kuria siekiama atskleisti vartojimo patirties, religinių-moralinių įsitikinimų ir pasitenkinimo esama kompensuojamųjų vaistų tvarka sąsajas su požiūriu į hormoninės kontracepcijos kompensavimo plėtojimą.

Analizėje buvo nagrinėjama kaip tyrimo dalyvių nuomonė apie savo turimas žinias hormoninės kontracepcijos klausimu priklausė nuo jų nuomonės apie valstybės kompensuojamą hormoninių kontracepcijos priemonių prieinamumą (žr. 13 lent.).

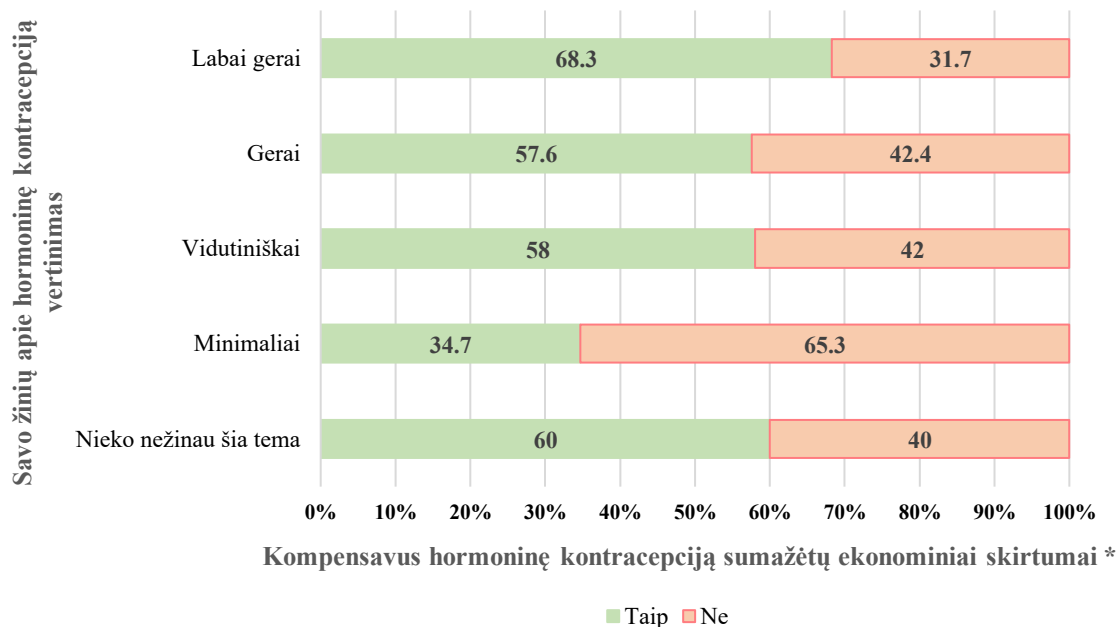
13 lentelė. Respondentų numanomos žinios HK klausimu procentinis pasiskirstymas, priklausomai nuo jų nuomonės apie valstybės kompensuojamą HK priemonių prieinamumą

Klausimas		Ar manote, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos valstybės?					Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
		Visiškai sutinku	Sutinku	Neturiu nuomonės	Nesutinku	Visiškai nesutinku	
Kaip vertinate savo žinias apie hormoninę kontracepciją?	Labai gerai	51,2%	22,0%	14,6%	7,7%	21,4%	$\chi^2=3,74$, 0,442
	Gerai	44,4%	29,3%	11,1%	9,1%	6,1%	
	Vidutiniškai	42,0%	30,7%	18,2%	6,8%	2,3%	
	Minimaliai	42,9%	24,5%	14,3%	14,3%	4,1%	
	Nieko nežinau šia tema	30,0%	20,0%	20,0%	20,0%	10,0%	

Buvo nustatyta, kad daugiau nei pusė tyrimo dalyvių, kurie savo žinias apie hormoninę kontracepciją vertino labai gerai taip pat buvo linkę visiškai palaikyti valstybės kompensuojamos hormoninės kontracepcijos idėją, tačiau penktadalis jų taip pat šios idėjos visiškai nepalaikė. Tuo tarpu, keturi iš dešimties respondentų, kurie savo žinias apie hormoninę kontracepciją vertino gerai, vidutiniškai ar minimaliai taip pat visiškai sutiko su idėja, kad hormoninę kontracepciją turėtų kompensuoti valstybė. O kas trečias teigęs, kad apie hormoninę kontracepciją nieko nežino taip pat buvo linkę visiškai palaikyti valstybės kompensuojamos hormoninės kontracepcijos idėją. Jokie reikšmingi skirtumai tarp dalyvių nuomonės apie turimas žinias hormoninės kontracepcijos

klausimu, priklausomai nuo jų nuomonės apie valstybės kompensuojamą hormoninių kontracepcijos priemonių prieinamumą nebuvo nustatyti ($\chi^2=3,74$ (4), $p=0,442$) (žr. 13 lent.).

Tyrimė buvo analizuojama kaip tyrimo dalyvių nuomonė apie savo turimas žinias hormoninės kontracepcijos klausimu priklausė nuo jų nuomonės, kad kompensavus hormoninę kontracepciją sumažėtų ekonominiai skirtumai (žr. 13 paveikslą).



13pav. Respondentų numanomos žinios HK klausimu procentinis pasiskirstymas, priklausomai nuo jų nuomonės apie ekonominių skirtumų sumažėjimą kompensavus hormoninę kontracepciją

Aukščiau pateiktame paveiksle matoma tendencija, kad respondentai, kurie manė turintys geresnes žinias hormoninės kontracepcijos tema, buvo linkę labiau pritarti idėjai, jog hormoninės kontracepcijos kompensavimas padėtų mažinti esamus ekonominius skirtumus ir mažesnes pajamas gaunantys asmenys galėtų plačiau rinktis šeimos planavimo metodus. Buvo nustatytas matematiškai reikšmingas skirtumas apklaustųjų subjektyvios nuomonės apie savo turimas žinias hormoninės kontracepcijos klausimu procentinis pasiskirstymas, priklausomai nuo jų nuomonės apie ekonominių skirtumų sumažėjimą kompensavus hormoninę kontracepciją ($\chi^2=11,77$ (4), $p=0,019$) (žr. 13 paveikslą). Iš gautų rezultatų galima numanyti, jog naudoję hormoninę kontracepciją supranta jos poreikio dažnį ir kainą – kodėl svarbu valstybei kompensuoti šias priemones, siekiant sumažinti ekonominius skirtumus, lemiančius hormoninės kontracepcijos prieinamumo didinimą.

Dar tyrimė buvo nagrinėjama kaip tyrimo dalyvių nuomonė apie savo turimas žinias hormoninės kontracepcijos klausimu priklausė nuo jų hipotetinės nuomonės ar pritartų savo dukros sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją (žr. 14 lent.).

14 lentelė. Respondentų numanomos žinias HK klausimu procentinis pasiskirstymas, priklausomai nuo jų nuomonės ar pritartų savo dukros sprendimui naudoti HK

Klausimas		Ar pritartumėte savo dukros sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją?			Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
		Pritarčiau	Nepritarčiau	Nežinau/neturiu nuomonės	
<i>Kaip vertinate savo žinias apie hormoninę kontracepciją?</i>	Labai gerai	58,5%	24,4%	17,1%	$\chi^2=8,59$, 0,378
	Gera	68,7%	18,2%	13,1%	
	Vidutiniškai	60,2%	23,9%	15,9%	
	Minimaliai	65,3%	16,3%	18,4%	
	Nieko nežinau šia tema	30,0%	50,0%	20,0%	

Aukščiau pateiktoje lentelėje galime matyti tendenciją, kad, nepriklausomai nuo to, kaip respondentai vertino savo turimas žinias hormoninės kontracepcijos klausimu (išskyrus teigusius, kad šia tema nieko nežino), maždaug šeši iš dešimties apklaustųjų būtų linkę pritarti savo dukros sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas šiuo atveju nebuvo nustatytas ($\chi^2=8,59$ (8), $p=0,378$) (žr. 14 lent.).

Darbe buvo analizuojama kaip hormoninės kontracepcijos (ne)vartojimas siejosi su tiriamųjų nuomone, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos tik tam tikroms demografinėms grupėms (žr. 15 lent.).

15 lentelė. Respondentų HK (ne)naudojimo fakto sąsajos su jų nuomone, jog HK turėtų būti kompensuojamos tik tam tikroms demografinėms grupėms

Klausimas		Ar jūs/jūsų partnerė vartoja/-o hormoninę kontracepciją?			Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
		Taip	Ne	Nežinau	
	Mažas pajamas gaunančioms moterims	18,0%	15,3%	27,3%	

<i>Kurioms demografinėms grupėms turėtų būti kompensuojama hormoninė kontracepcija?</i>	Paauglėms ir merginoms iki 25 m.	9,4%	14,6%	9,1%	$\chi^2=20,32$, 0,009*
	Turėtų būti kompensuojama visoms moterims	63,3%	47,4%	27,3%	
	Neturėtų būti kompensuojama	5,8%	17,5%	18,2%	
	Kita	3,6%	5,1%	18,2%	

Išanalizavus gautus duomenis buvo nustatyta, jog šeši iš dešimties tyrimo dalyvių, kurie (ar jų partnerė) naudoja/-o hormoninę kontracepciją teigė, kad ši kontracepcijos rūšis turėtų būti kompensuojama visoms moterims, kai, tuo tarpu, penki iš dešimties tyrimo dalyvių, kurie (ar jų partnerė) nenaudoja/-o hormoninės kontracepcijos priemonių palaikė šią idėją. Be to, patys kontracepcijos priemonių neanudojantys triskart dažniau teigė, kad hormoninė kontracepcija išvis neturėtų būti valstybės kompensuojama. Kas trečias apklaustasis, kuris nežinojo ar jų partnerė naudoja/-o hormoninę kontracepciją buvo linkę teigti, kad šios kontracepcijos kompensavimas turėtų būti skiriamas arba visoms moterims, arba moterims, gaunančioms mažas pajamas. Nustatytas statistiškai patikimas skirtumas tarp respondentų hormoninės kontracepcijos (ne)vartojimo fakto ir jų nuomonės apie hormoninės kontracepcijos priemonių kompensavimą tik tam tikroms demografinėms grupėms ($\chi^2=20,32$ (8), $p=0,009$) (žr. 15 lent.). Šis rezultatas reikšmingai pabrėžia „patirties efekto“ tendenciją – respondentai, kurie patys ar jų partnerės naudoja hormoninę kontracepciją, statistiškai reikšmingai palaiko plataus hormoninės kontracepcijos kompensavimo modelį, o nevartojantieji dažniau visiškai atsisako kompensavimo galimybes.

Darbe buvo siekiama išsiaiškinti kaip pačių respondentų hormoninės kontracepcijos naudojimas sietųsi su hipotetiniu jų dukros sprendimu naudoti hormoninę kontracepciją (žr. 16 lent.).

16 lentelė. Respondentų HK (ne)naudojimo fakto sąsajos su jų nuomone dėl savo dukros sprendimo naudoti HK

Klausimas	Ar pritartumėte savo dukros sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją?			Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
	Pritarčiau	Nepritarčiau	Nežinau/neturiu nuomonės	

<i>Ar jūs/jūsų partnerė vartoja/-o hormoninę kontracepciją?</i>	Taip	76,3%	10,1%	13,7%	$\chi^2=29,23$, 0,000*
	Ne	48,9%	34,3%	16,8%	
	Nežinau	63,6%	9,1%	27,3%	

Buvo nustatyta, kad du trečdaliai hormoninę kontracepciją vartojančių/-sių respondentų taip pat pritartų ir tokiam pačiam dukros sprendimui, kai tarp hormoninės kontracepcijos nevartojusių tyrimo dalyvių tokiam dukros sprendimui pritartų tik kas antras apklaustasis. Nustatytas skirtumas buvo matematiškai patikimas ($\chi^2=29,23$ (4), $p=0,000$) (žr. 16 lent.). Šis rezultatas papildė ankstesnę išvadą apie patirties efektą – asmeninė hormoninės kontracepcijos patirtis ne tik formuoja palankesnę požiūrį į kompensavimo plėtojimo galimybę, bet didina pritarimo tikimybę hormoninės kontracepcijos naudojimui šeimos rate.

Taip pat, atliktame tyrime buvo nagrinėjama kaip respondentų religinių ir moralinių įsitikinimų suderinamumas hormoninės kontracepcijos vartojimo klausimu prilausė nuo jų nuomonės, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos tik tam tikroms demografinėms grupėms (žr. 17 lent.).

17 lentelė. Respondentų subjektyvus religinių/moralinių įsitikinimų ir HK naudojimo suderinamumas, priklausomai nuo jų nuomonės, ar HK turėtų būti kompensuojamos specifinėms demografinėms grupėms

Klausimas		Ar manote, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos valstybės?					Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
		Mažas pajamas gaunančioms moterims	Paauglėms ir merginoms iki 25 m.	Turėtų būti kompensuojama visoms moterims	Neturėtų būti kompensuojama	Kita	
<i>Ar religinių, moralinių požiūriu hormoninės kontracepcijos vartojimas neprieštarauja jūsų įsitikinimams?</i>	Visiškai sutinku	19,2%	8,0%	59,2%	7,2%	6,4%	$\chi^2=29,85$, 0,019*
	Sutinku	22,2%	22,2%	46,7%	4,4%	4,4%	
	Neturiu nuomonės	6,4%	10,6%	55,3%	25,5%	2,1%	
	Nesutinku	0%	15,4%	61,5%	23,1%	0%	
	Visiškai nesutinku	21,1%	12,3%	47,4%	14,0%	5,3%	

Atlikus duomenų analizę buvo nustatyta, jog šeši iš dešimties visiškai sutikę ir penki iš dešimties tiesiog sutikę su teiginiu, jog religiniu, moraliniu požiūriu hormoninės kontracepcijos vartojimas neprieštaruoja apklaustųjų įsitikinimams taip pat palaikė idėją, kad kad hormoninė kontracepcija turėtų būti kompensuojamos visoms moterims be išimties ir tik vos keletas procentų teigė, kad ši kontracepcijos rūšis neturėtų būti kompensuojama išvis. Tuo tarpu, penki iš dešimties neturėję nuomonės šiuo klausimu ir šeši iš dešimties teigė, kad hormoninės kontracepcijos vartojimas nesiderina su jų įsitikinimais, taip pat palaikė idėją dėl hormoninės kontracepcijos priemonių kompensavimo visoms moterims, tačiau keturi iš dešimties manė, kad ši kontracepcija išvis neturi būti kompensuojama. „Kita“ skiltyje dominavo atsakymas – neturiu nuomonės. Buvo rastas matematiškai patikimas skirtumas tarp respondentų subjektyvios religinių/moralinių įsitikinimų ir kontracepcijos vartojimo suderinamumo, priklausomai nuo jų nuomonės, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos tik tam tikroms demografinėms grupėms ($\chi^2=29,85$ (16), $p=0,019$) (žr. 17 lent.). Šis rezultatas patvirtina ankstesnę įžvalgą dėl religinių-moralinių įsitikinimų vaidmens – nors religinis nesuderinamumas reikšmingai mažina palaikymą universalios kompensavimo idėjai, net ir tie respondentai, kurie deklaruoja įsitikinimų konfliktą, didžiąja dalimi vis tiek palaiko kompensavimą, bent jau tikslinėms grupėms. Tai parodo, jog net ir religingi respondentai dažnai atskiria asmeninius įsitikinimus nuo viešosios politikos pozicijos.

Galiausiai, buvo siekiama išsiaiškinti, kaip respondentų pasitenkinimas esama kompensuojamų vaistų tvarka priklausė nuo jų nuomonės, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos valstybės lėšomis (žr. 18 lent.).

18 lentelė. Respondentų pasitenkinimo esama kompensuojamųjų vaistų tvarka, priklausomai nuo jų nuomonės, ar HK turėtų būti kompensuojamos

Klausimas		Ar manote, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos valstybės?					Kriterijaus reikšmė, p reikšmė
		Visiškai sutinku	Sutinku	Neturiu nuomonės	Nesutinku	Visiškai nesutinku	
Ar esate patenkinti esama kompensuojamųjų vaistų tvarka?	Labai patenkintas/-a	2,4%	17,5%	45,2%	30,2%	4,8%	$\chi^2=21,10$, 0,004
	Patenkintas/-a	1,3%	21,5%	57,0%	19,0%	1,3%	
	Neturiu nuomonės	7,1%	14,3%	61,9%	14,3%	2,4%	
	Nepatenkintas/-a	15,4%	30,8%	42,3%	11,5%	0%	

	Labai nepatenkintas/-a	21,4%	42,9%	21,4%	14,3%	0%	
--	------------------------	-------	-------	-------	-------	----	--

Išnagrinėjus gautus tyrimo duomenis nustatyta, jog respondentai, buvę labiausiai patenkinti esama kompensuojamųjų vaistų tvarka dažniau neturėjo nuomonės šiuo klausimu arba nesutiko su mintimi, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos valstybės. Pavyzdžiui, net trečdalis labai esama kompensuojamųjų vaistų tvarka patenkintų apklaustųjų nesutiko, kad valstybė turėtų kompensuoti hormoninę kontracepciją. Tuo tarpu, keturi iš dešimties teigusių, kad esama tvarka yra labai nepatenkinti bei trys iš dešimties, kurie teigė esantys nepatenkinti, taip pat palaikė valstybės kompensuojamos hormoninės kontracepcijos pasiūlymą. Nustatytas skirtumas buvo statistiškai reikšmingas ($\chi^2=21,10$ (4), $p=0,004$) (žr. 18 lent.). Šis rezultatas rodo, jog nepatenkinti esama tvarka – susidūrę su esamos sistemos trūkumais aktyviau palaiko kompensavimo politikos plėtojimą, o patenkinti dažniau lieka neutralioje arba nepalaikančioje plėtojimo pozicijoje.

Reziumuojant galima teigti, jog tiriamieji, geriau vertinę savo turimas žinias hormoninės kontracepcijos klausimu dažniau buvo linkę manyti, jog kompensavus hormoninę kontracepciją sumažėtų ekonominiai skirtumai. Taip, pat respondentai naudoję hormoninę kontracepciją dažniau teigė, kad ši kontracepcijos rūšis turėtų būti kompensuojama visoms moterims. Apklaustieji, kurie teigė, kad jų religiniai/moraliniai įsitikinimai neprieštarauja hormoninės kontracepcijos vartojimui taip pat buvo linkę labiau pritarti idėjai, kad ši kontracepcijos rūšis turėtų būti kompensuojama visoms moterims. Galiausiai, mažiau patenkinti esama kompensuojamųjų vaistų tvarka tyrimo dalyviai buvo linkę labiau pritarti idėjai, kad hormoninė kontracepcija turėtų būti kompensuojama valstybės lėšomis.

4.4. TYRIMO REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

1. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė visuomenės nuomonių skirtumus, pastebimus lyginant lyties, amžiaus ir gaunamų pajamų pjūvyje. Pirmasis skirtumas apskaičiuotas analizuojant hormoninės kontracepcijos vartojimo įpročius bei priežastis – vyrai dažniau pasirinko atsakymą „nežinau“, tai rodo, jog kontracepcijos klausimas porose dažniausiai laikomas moters atsakomybe. Antrasis skirtumas apskaičiuotas vertinant hormoninės kontracepcijos prieinamumo bei kompensavimo politikos plėtojimo klausimų atsakymus. Beveik pusė tyrime dalyvavusių moterų visiškai pritarė valstybės finansuojamai hormoninei kontracepcijai, o vyrų grupėje vyravo dominavo atsakymas „neturiu nuomonės“, rodantis neutralią poziciją. Kitame klausime moterų

nuomonė dar labiau išsiskyrė – teigianti, jog hormoninė kontracepcija turėtų būti kompensuojama visoms moterims, neišskiriant sociodemografinių skirtumų, o vyrų nuomonėje dominavo atsakymų dauguma, nusakanti, jog hormoninė kontracepcija turėtų būti kompensuojama tik pažeidžiamoms grupėms. Tai rodo skirtingą hormoninės kontracepcijos suvokimą tarp lyčių – moterys ją mato kaip savo teisę, o vyrai kaip socialinę pagalbą. Lyčių skirtumai stebimi ir kompensuojamųjų vaistų vartojimo analizės klausimo atsakymuose - moterų nuomonių spektras buvo platesnis, tai rodo, jog jos aktyvesnės sveikatos paslaugų naudotojos, o vyrai dažniau pasirinko atsakymą „neturiu nuomonės“, kas nurodo jų patirties neutralumą. Vertinant tyrimo dalyvių požiūrį pagal amžiaus grupes, ryškiausi skirtumai matomi analizuojant hormoninės kontracepcijos vartojimo priežastis. Jaunesnių moterų grupėje dominuoja gydymo tikslais bei nėštumo atidėjimo dėl asmeninių priežasčių motyvai, vidutinio amžiaus moterims svarbiausiu tampa nėštumo atidėjimas iki studijų pabaigos, karjeros siekimas bei gausesnės šeimos planavimo stabdymas, o vyresniame amžiuje vyrauja sąmoningas šeimos pagausėjimo stabdymas. Toks pasiskirstymas atskleidžia, jog hormoninės kontracepcijos vartojimo priežastys reikšmingai kinta priklausomai nuo gyvenimo tarpsnio. Kompensuojamųjų vaistų naudojimo dažnio klausimu taip pat atsiskleidė statistiškai reikšmingas skirtumas – vyresnio amžiaus respondentai dažniau perka kompensuojamuosius vaistus. Klausimu apie galimą hormoninės kontracepcijos naudojimą, jei ji būtų kompensuojama, populiariausias pasirinkimas visose amžiaus grupėse buvo hormoninė spiralė, o jos populiarumas reikšmingai didėja su amžiumi – vyresnio amžiaus moterims hormoninė spiralė buvo aktualiausia.

Atlikto tyrimo metu buvo atskleistas bene reikšmingiausias atsakymas pajamų pjūvyje – mažesnių (500-1199eur/mėn) pajamų grupės respondentės reikšmingai dažniau rinkęsi hormoninę kontracepciją, jei ji būtų kompensuojama. Tai patvirtina, jog kompensavimo politika realiausią pokytį atneštų būtent toms moterims, kurios šiuo metu dvejoja dėl kainos ir poreikio. Vertinant valstybės finansuojamos hormoninės kontracepcijos idėją, didžiausias palaikymas stebimas tarp aukštesnes pajamas gaunančių respondentų, nors kompensacija šiai grupei galimai jaustųsi finansiškai mažiausiai. Tai rodo, jog palaikymas grindžiamas ne asmeniniu finansiniu interesu, o platesniu visuomenės gerovės bei viešojo intereso suvokimu. Taip pat už universalų hormoninės kontracepcijos finansavimą visoms moterims pasisakė panašios dalies respondentų visose pajamų grupėse. Įgyto išsilavinimo pjūvyje statistiškai reikšmingi skirtumai daugumoje pagrindinių klausimų nenustatyti, tačiau atsiskleidė viena reikšminga tendencija – aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčios moterys dažniau atsisakytų hormoninės kontracepcijos net jei ji būtų nemokama arba dalinai apmokama. Tai gali rodyti šios grupės didesnę atsargumą dėl

preparatų sudėties, šalutinių poveikių ar kitų asmeninių priežasčių. Aukštesnio išsilavinimo respondentai taip pat dažniau palaikė valstybės finansuojamos hormoninės kontracepcijos idėją – tai rodo, jog aukštesnis išsilavinimas formuoja platesnį visuomeninių klausimų suvokimą bei palankumą valstybės investicijoms į sveikatos politiką, net jei asmeninė lytinės sveikatos elgsena yra kitokia.

2. Mišrios analizės skaičiavimais atsiskleidė vidiniai požiūrio sąsajų ryšiai, kurie papildė bendrą visuomenės nuomonės vaizdą. Asmeninė hormoninės kontracepcijos vartojimo patirtis formuoja palankesnę požiūrį tiek į kompensavimo plėtojimo galimybę, tiek į hormoninės kontracepcijos naudojimą šeimos rate – nevartojantys respondentai dažniau pasisako už visišką kompensavimo atsisakymą. Religinių ir moralinių įsitikinimų suderinamumas reikšmingai veikia požiūrį į kompensavimo apimtį, tačiau net ir tie respondentai, kurie deklaruoja įsitikinimų konfliktą, didžiąja dalimi vis tiek palaiko kompensavimą bent jau tikslinėms grupėms – tai rodo, jog religingi respondentai dažnai atskiria asmeninius įsitikinimus nuo viešosios politikos pozicijos. Galiausiai, geriau savo žinias hormoninės kontracepcijos klausimu vertinantys respondentai aktyviau pritaria, kad kompensavimas galėtų sumažinti ekonominius skirtumus, o nepasitenkinimas esama kompensuojamųjų vaistų tvarka siejasi su aktyvesniu kompensavimo politikos plėtojimo palaikymu – susidūrę su esamos sistemos trūkumais respondentai aktyviau remia jos plėtoją.

Tyrimo hipotezės patvirtinimas. Atliktame magistro baigiamojo darbo empiriniame tyrime buvo iškelta hipotezė – Lietuvos visuomenė palankiai vertina hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtoją. Ši hipotezė patvirtinta atsižvelgiant į gautus tyrimo rezultatus – du trečdaliai tyrime dalyvavusių moterų ir keturi iš dešimties vyrų hormoninės kontracepcijos prieinamumą moterims laikė labai svarbiu, taip pat pusė tyrime dalyvavusių moterų visiškai pritarė valstybės finansuojamai hormonei kontracepcijai, daugiau nei pusė visų respondentų visose amžiaus, išsilavinimo ir pajamų grupėse pasisakė už hormoninės kontracepcijos finansavimą visoms moterims be išimties. Taip pat, daugiau nei pusė tyrimo dalyvių mano, jog kompensavus hormoninę kontracepciją sumažėtų ekonominiai skirtumai bei su neplanuotu nėštumu susijusios šeimos ir valstybės išlaidos.

4.5. DISKUSIJA

Atliktas magistro baigiamojo darbo empirinis tyrimas atskleidė reikšmingus Lietuvos visuomenės požiūrio į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimą bruožus. Šiame skyriuje gauti tyrimo rezultatai lyginami su Lietuvos ir užsienio autorių mokslinių tyrimų rezultatais panašiose tematikose. Statistiškai reikšmingas lyčių požiūrio skirtumas, matomas atliktame tyrime, taip pat atskleistas Buikauskienės ir Butrimaitės (2017) atliktame tyrime, kuriuo tirtas reprodukcinio amžiaus moterų požiūris į kontraceptinių priemonių pasirinkimą. Šis tyrimas nustatė, jog ir vaistinėje, ir gydytojo kabinete kontracepcijos klausimais dominuoja moterys, o vyrai į konsultacijas ištraukia retai. Tai rodo, jog atsakomybę dėl lytinės sveikatos klausimų daugiau prisiima moterys. Pajamų pjūvyje statistiškai reikšmingas rezultatas nurodantis, jog mažesnių pajamų grupės moterys reikšmingai dažniau rinkęsi hormoninę kontracepciją, jei ji būtų kompensuojama – tiesiogiai koreliuoja su Kavanaugh, Pliskin ir Hussain (2022) tyrimo rezultatais. Pastarajame tyrime nustatyta, jog 23 proc. mažas pajamas gaunančių ir kontracepciją naudojančių moterų rinkęsi kitokį metodą, jei kaina nebūtų kliūtis. Religinių įsitikinimų atskyrimas nuo viešosios politikos pozicijos atliktame tyrime atskleidė reikšmingą fenomeną – respondentai, deklaruojantys religinių ar moralinių įsitikinimų konfliktą su hormoninės kontracepcijos vartojimu, didžiąja dalimi vis tiek palaiko kompensavimą bent jau tikslinėms grupėms. Šis radinys dera su Srikanthan ir Reid (2008) apžvalginiu straipsniu, kuriame analizuojamos religinės ir kultūrinės įtakos kontracepcijos naudojimui. Pagrindinė šių autorių išvada – religinis tapatumas ir religinis praktikavimas yra du skirtingi veiksniai. Atliktas tyrimas empiriškai patvirtina šią teorinę įžvalgą Lietuvos visuomenės kontekste – nors Lietuva yra katalikiška šalis, individualus visuomenės narių požiūris į hormoninės kontracepcijos kompensavimą yra žymiai liberalesnis nei būtų tikėtis galima tikėtis, žvelgiant iš religinės perspektyvos. Tyrime atskleistas statistiškai reikšmingas aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčių moterų polinkis atsisakyti hormoninės kontracepcijos, net ir kompensuojamos dera su Kančaitės (2020) Lietuvoje atlikto tyrimo apie hormoninę kontracepciją gauta išvada. Šio tyrimo metu nustatyta, jog daugiau nei trečdalis tyrime dalyvavusių respondenčių rinkdavosi nehormoninius metodus dėl visuomenėje gajų klaidingų įsitikinimų apie hormoninių priemonių žalą sveikatai, o moterų išsilavinimas tiesiogiai nekoreliavo su klaidingų teiginių atmetimu. Atliktas tyrimas patvirtina, jog šie veiksniai pasireiškia ir tarp aukštesnio išsilavinimo grupių.

IŠVADOS

1. Išanalizavus EPF seksualinių ir reprodukinių teisių rengiamus „Kontracepcijos atlasus“ išsiskyrė pirmaujančios Europos šalys, kuriose kontraceptinių priemonių politika yra geriausiai išplėtota. Nagrinėjant literatūros šaltinius nustatyta, jog pirmaujančios šalys taiko universalaus arba labai plataus kompensavimo modelį, lytinės sveikatos paslaugas įtraukiant į pirminės sveikatos priežiūros arba specializuotus centrus. Šių šalių kontracepcijos kompensavimo politikos pradmenys pradėti kurti 20 amžiaus pabaigoje, kas lėmė šių šalių tolygiai tobulinamą ir plėtojamą kontraceptinių priemonių kompensavimo politiką ir paslaugų prieinamumo didinimą.

2. Nagrinėjant teisinį reglamentavimą, susijusį su reprodukine sveikata, atrasta, jog Reprodukcinės sveikatos įstatymas, kuriame numatomas kontracepcijos kompensavimas, neįteisinamas daugiau nei antrą dešimtmetį dėl deklaruojamo visuomenės pasipriešinimo, o vienintelė kompensuojama hormoninės kontracepcijos forma yra hormoninė intrauterinė spiralė, skirta siaurai demografinėi grupei – paauglėms merginoms. Šis metodas kompensuojamas nuo 2021 metų, per 5 metus kompensacija pasinaudojo 657 merginos – tai sudaro apie 1,80 proc. pirminiuose skaičiavimuose numatyto 9 300 paauglių per metus poreikio. Nepaisant menko panaudojimo, matoma teigiama tendencija paauglių gimdymų ir dirbtinių abortų statistikoje – 15-17 metų amžiaus grupėje gimdymai sumažėjo trimis kartais, o dirbtiniai abortai 15-19 metų grupėje sumažėjo daugiau nei per pusę.

3. Atlikus tyrimą nustatyta, jog lytis yra dažniausias statistiškai reikšmingas požiūrio skirtumo veiksnys – moterys dažniau hormoninės kontracepcijos prieinamumą laiko labai svarbiu ir aktyviau palaiko kompensuojamos kontracepcijos idėją, taip pat pasisako už universalų kompensavimo modelį, vyrai šiais klausimais dažniau renkasi neutralią poziciją. Statistiškai reikšmingi skirtumai apskaičiuoti pajamų pjūvyje – mažesnes pajamas nurodžiusios moterys dažniau rinktųsi hormoninę kontracepciją, jei ji būtų kompensuojama.

4. Atlikus mišrią duomenų analizę nustatyta, jog asmeninė hormoninės kontracepcijos naudojimo patirtis statistiškai reikšmingai siejasi su pritarimu universaliai kompensavimui, tuo tarpu nenaudoję hormoninės kontracepcijos respondentai ar jų poros tris kartus dažniau atsisako kompensavimo galimybių. Religinių ir moralinių įsitikinimų suderinamumas reikšmingai veikia požiūrį į kompensavimo apimtį, tačiau apie pusė visų respondentų nurodė, jog jų įsitikinimai

neprieštarauja hormoninės kontracepcijos naudojimui. Žinios apie hormoninę kontracepciją reikšmingai siejasi su manymu, jog kompensavimas sumažintų ekonominius skirtumus, o nepasitenkinimas esama kompensuojamųjų vaistų tvarka – su pritarimu kompensavimui.

REKOMENDACIJOS

Lietuvos Respublikos Seimui:

- Atnaujinti Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektą atsižvelgiant į Seimo Teisės departamento išvadoje pateiktas pastabas – detalizuoti hormoninės kontracepcijos kompensavimo tvarką, suderinant ją su Sveikatos draudimo įstatyme nustatyta tvarka ir aiškiai įvardyti kompensavimui reikalingų lėšų šaltinį.
- Priimant sprendimą dėl įstatymo įteisinimo, remtis empiriniais visuomenės požiūrio duomenimis.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Plėsti hormoninės kontracepcijos kompensavimo apimtį – pirmiausia įtraukiant mažesnes pajamas gaunančias moteris.
- Plėtoti kompensavimo modelį etapais, remiantis pirmaujančių Europos šalių praktika – nuo tikslinių grupių pereinant prie universalaus modelio.

Švietimo, mokslo ir sporto ministerijai:

- Stiprinti gyvenimo įgūdžių programos įgyvendinimą mokyklose, sprendžiant 2024 m. nustatytą pedagogų trūkumo problemą.
- Inicijuoti visuomenės informavimo programas, plėsti valstybės kuruojamų lytinės sveikatos švietimo bei konsultavimo interneto platformų kūrimą.

Akademinei bendruomenei ir nevyriausybiniams organizacijoms:

- Tęsti hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos visuomenės požiūrio tyrimus didesne ir reprezentatyvesne imtimi, siekiant nustatyti regioninius skirtumus.
- Stebėti ilgalaikį hormoninės intrauterinės sistemos kompensavimo paauglėms poveikį gimdymų ir abortų rodikliams, siekiant įvertinti politikos veiksmingumą ir pateikti įrodymais grįstus pasiūlymus dėl kompensavimo plėtros.

LITERATŪRA

Teisės aktai:

1. „Aiškinamasis raštas dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto Nr. XVP-286.” TAR. Žiūrėta 2025 m. gegužės 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/8c725160137c11f09cbcab0ff4d74843>
2. „Ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimas.” TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/48e5be8088e011eb998483d0ae31615c>
3. „Dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto Nr. XVP-286 atitikties ES teisei.” TAR. Žiūrėta 2025 m. gegužės 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/9e2f69f0242611f09cbcab0ff4d74843>
4. „Europos Parlamento ir Tarybos direktyva Nr. 2001/83/EB „Dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus.“ EUR-Lex Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX%3A32001L0083>
5. „Europos Parlamento ir Tarybos Direktyva Nr. 89/105/EEB dėl priemonių, reglamentuojančių žmonėms skirtų vaistų kainų nustatymą ir šių vaistų įtraukimą į nacionalinių sveikatos draudimo sistemų sritį, skaidrumo.“ EUR-Lex. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX%3A31989L0105>
6. „Išvada dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto Nr. XVP-286.” TAR. Žiūrėta 2025 m. gegužės 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAK/4d9efe20190d11f09cbcab0ff4d74843>
7. „Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.FF33B3BF23DD/asr>
8. „Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo Nr. X-709 2, 8, 57 ir 59 straipsnių pakeitimo įstatymas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/27d2896080f711ed8df094f359a60216>
9. „Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/de/legalAct/TAR.5DE7219AB40C>
10. „Lietuvos Respublikos reprodukcinės sveikatos įstatymo projektas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/TAIS.170862>

11. „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356>
12. „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 straipsnių pakeitimo įstatymas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=8770c6b0fa5511e99681cd81dedca52c>
13. „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.8AC83320B76A>
14. „Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymas.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.1327>
15. „Nutarimas dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų bazinių kainų aprašo patvirtinimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.97B53A1253C4>
16. „Nutarimas dėl ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A2EF7B406328>
17. „Nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.66813A09EB5B>
18. „Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.60036>
19. „Nutarimas dėl vaistų ir medicinos pagalbos priemonių bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.2D40647F24F3/TAIS_94636
20. „Nutarimas dėl Vyriausybės 2000 m. sausio 24 d. nutarimo Nr. 84 dalinio pakeitimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.53D4F1217B13>
21. „Sprendimas dėl vienkartinų, tikslinių, sąlyginių ir periodinių pašalpų skyrimo ir mokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/70e9c540778f11ec993ff5ca6e8ba60c/asr>
22. „Sveikatos ir lytiškumo ugdymo bei rengimo šeimai bendroji programa.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/b10c19209a9a11e69ad4c8713b612d0f>
23. „Įsakymas dėl ambulatorinių antrinio ir (ar) tretinio lygio akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. rugsėjo 18 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.218000/asr>

24. „Įsakymas dėl kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kainų nustatymo tvarkos patvirtinimo.” TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.369470>
25. „Įsakymas dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo nr. 49 „dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. rugsėjo 18 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/388bfb9183c711eaa51db668f0092944>
26. „Įsakymas dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo nr. 49 „dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo.“ TAR. Žiūrėta 2025 m. rugsėjo 18 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/48e5be8088e011eb998483d0ae31615c>
27. „Įsakymas dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymo nr. 159 „dėl ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkos aprašo“ pakeitimo.” TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=TAR.02807557C20D>
28. „Įsakymas dėl nuolaidos paciento priemokai apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo.” TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.379559>
29. „Įsakymas dėl rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos patvirtinimo.” TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.9D35F3996752>
30. „Įsakymas dėl švietimo, mokslo ir sporto ministro 2022 m. rugpjūčio 24 d. įsakymo nr. V-1269 „dėl priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo bendrųjų programų patvirtinimo“ pakeitimo. Gyvenimo įgūdžių bendroji programa. 48 priedas.” TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/06c1f24040b711edbc04912defe897d1>
31. „Įsakymas Nr. V-595 dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo pakeitimo.” TAR. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.e-tar.lt/portal/de/legalAct/d35a2760899711eb9fecb5ecd3bd711c>

Moksliniai darbai, pranešimai, ataskaitos, straipsniai:

32. All European Academies. 2018. Europos elgesio kodeksas mokslinių tyrimų etikos klausimais. Berlynas: ALLEA. <https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/06/LI-ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2018-Digital-final-20062018.pdf>

33. American College of Obstetricians and Gynecologists. 1994. PRECIS V: An Update in Obstetrics and Gynecology. Washington, DC: ACOG.
34. Anderson, D. J., ir D. S. Johnston. 2023. „A Brief History and Future Prospects of Contraception.“ Science 380 (6641): 154-158. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10615352/>
35. Animus agilis, UAB. 2011. Europos farmacijos teisyno (politikos) poveikio vaistų prieinamumui Lietuvos gyventojams vertinimas. Galutinė ataskaita. Vilnius: Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. <https://vvkt.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2023/9/vOBh4EG6a8U.pdf>
36. Bahamondes, Luis, Arlete Fernandes, Ilza Monteiro, ir M. Valeria Bahamondes. 2020. „Long-Acting Reversible Contraceptive (LARCs) Methods.“ Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 66: 28-40. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693419301786>
37. Bailey, Martha J. 2013. „Fifty Years of Family Planning: New Evidence on the Long-Run Effects of Increasing Access to Contraception.“ Brookings papers on economic activity 2013: 341-409. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4203450/>
38. Beltz, Adriene M. 2022. „Hormonal Contraceptive Influences on Cognition and Psychopathology: Past Methods, Present Inferences, and Future Directions.“ Frontiers in Neuroendocrinology 67: 101037. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302222000607>
39. Buikauskienė, Rita, ir Ilona Butrimaitė. 2017. „Kontraceptinių priemonių vartojimas. Moterų požiūrio tyrimas, gydytojų rekomendacijos, vaistinininko vaidmuo užtikrinant racionalų kontraceptinių priemonių naudojimą.“ Magistro darbas, Vilniaus universitetas. <https://epublications.vu.lt/object/elaba:23211952/>
40. Callahan, Rebecca L., Netha J. Mehta, Kavita Nanda, ir Gregory S. Kopf. 2020. „The New Contraceptive Revolution: Developing Innovative Products Outside of Industry.“ Biology of Reproduction 103, 2: 157-166. <https://academic.oup.com/biolreprod/article/103/2/157/5834719>
41. „Contraception : dispositifs et remboursements.” L'assurance maladie. Žiūrėta rugsėjo 18 d. https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception#text_756
42. „Contraception: evidence brief.” World Health Organization. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://iris.who.int/items/2374729c-4c1c-4ebd-92d2-28d9b0a6bf15>

43. Cooper, Danielle B., Pavan Patel, ir Heba Mahdy. 2024. „Oral Contraceptive Pills“ In StatPearls, Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>
44. Dereuddre, Rozemarijn, Bart Van de Putte, ir Piet Bracke. 2016. „Ready, Willing, and Able: Contraceptive Use Patterns Across Europe.“ European Journal of Population 32 ,4: 543-573. <https://doi.org/10.1007/s10680-016-9378-0>
45. „Dirbtinių abortų skaičius.“ Valstybės duomenų agentūra. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=d6c20c44-2e6c-49a1-b372-2daf70dc1ab1#/>
46. Drąsutienė, Gražina, ir kt. 2008. Akušerijos ir ginekologijos praktikos vadovas. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
47. Dunn, William N. 2006. Viešosios politikos analizė. Vilnius: Homo liber.
48. Grant, Gail. 2006. „Reproductive Health in the Post-Soviet State: Abortion and Contraception in Estonia.“ Daktaro disertacija, Southampton universitetas. <https://eprints.soton.ac.uk/466336/1/1117530.pdf>
49. Guillebaud, John. 2013. Šiuolaikinė kontracepcija. Vilnius: Geromeda.
50. Haakenstad, Annie, Olivia Angelino, Caleb M. S. Irvine, ir kiti. „Measuring contraceptive method mix, prevalence and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.“ The Lancet 400, 10348 (2022):295-327. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00936-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00936-9/fulltext)
51. Harris, Sarah. 2025. „The state of sexual health services in England.“ BMJ Sexual & Reproductive Health 2025, 51: 238. <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/51/3/238.full.pdf>
52. Heil, Sarah H., Heidi S. Melbostad, ir Alexis K. Matusiewicz. 2021. „Efficacy and Cost-Benefit of Onsite Contraceptive Services With and Without Incentives Among Women With Opioid Use Disorder at High Risk for Unintended Pregnancy: A Randomized Clinical Trial.“ JAMA Psychiatry 78, 10: 1071-1078. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2781882>
53. Higienos institutas. 2021. Abortų statistikos kokybės ataskaita. Vilnius: Higienos institutas. <https://www.hi.lt/statistiniu-tyrimu-metodikos-ir-rodikliu-aprasai/>
54. Hill, Sarah E., ir Summer Mengelkoch. 2023. „Moving Beyond the Mean: Promising Research Pathways to Support a Precision Medicine Approach to Hormonal Contraception.“

101042. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302222000656>

55. Hirst, Jane E., Alice Witt, Edward Mullins, Kate Womersley, Dorcus Muchiri, ir Robyn Norton. 2024. „Delivering the promise of improved health for women and girls in England.” The Lancet, 404: 11-14. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01347-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01347-3/abstract)

56. Jarienė, Kristina, Jonas Ulevičius, Augusta Petrušaitė, Aurelija Siratavičienė, Ieva Vasilavičiūtė, Algirdas Jaras, ir Kristina Berškienė. 2022. „Sexual behavior of Lithuanian high school students.” Contraception, 109: 62-67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782422000282>

57. Jaruševičienė, Lina, ir Gwenola Levasseur. 2006. “The appropriateness of gatekeeping in the provision of reproductive health care for adolescents in Lithuania: the general practice perspective.” BMC family practice, 7, 16: 7-16. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1431546/>

58. Kalėdienė, Ramunė, ir Rūta Nadišauskienė. 2002. „Women’s Health, Changes and Challenges in Health Policy Development in Lithuania.” Reproductive Health Matters 10, 20: 117-126 [https://www.tandfonline.com/doi/10.1016/s0968-8080\(02\)00081-2?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed](https://www.tandfonline.com/doi/10.1016/s0968-8080(02)00081-2?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed)

59. Kančaitė, Rugilė. 2020. „Jaunų moterų nuomonė apie hormoninę kontracepciją, šeimos planavimo priemonių naudojimas ir pasirinkimą lemiantys veiksniai.“ Magistro baigiamasis darbas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. <https://ismu.lt/cris/entities/etd/cb44651b-3bcd-4398-8f1b-a73750adb362>

60. Kardelis, Kęstutis. 2005. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Lucijus.

61. Karro, Helle. 1997. „Abortion in the framework of family planning in Estonia.” Acta Obstet Gynecol Scand Suppl., 164: 46-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9225637/>

62. Karro, Helle. 1997. „Reproductive Health in the Baltic Sea Area.” Yearbook of Population Research in Finland 34: 5-17. <https://journal.fi/nypr/article/view/44918/43893>

63. Kavanaugh, Megan L., Emma Pliskin, ir Rubina Hussain. 2022. „Associations Between Unfulfilled Contraceptive Preferences Due to Cost and Low-Income Patients' Access to and Experiences of Contraceptive Care in the United States, 2015-2019.” Contraception X, 4: 100076. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100076>

64. Kempers, Jari. 2015. „Cost analysis of youth clinic network in Estonia.” Reproductive Health, 12: 37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25928107/> D'haeninck, Thomas, Jan Vandersmissen, Gita Deneckere, ir Christophe Verbruggen. 2021. „Public health, hygiene and

- social activism.“ In Medical histories of Belgium, Joris Vandendriessche, Benoît Majerus, 134-168, Manchester, UK: Manchester University Press. https://www.researchgate.net/publication/359108652_Public_health_hygiene_and_social_activism
65. Laanpere, Made, Inge Ringmets, Kai Part, Kart Allvee, Piret Veerus, ir Helle Karro. 2014. „Abortion trends from 1996 to 2011 in Estonia: special emphasis on repeat abortion.” BMC Womens Health, 9, 14: 81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25005363/>
66. Lacasse, Jesse M., Carina Heller, Sarah Kheloui, Nafissa Ismail, Ami P. Raval, Kristen M. Schuh, Natalie C. Tronson, ir Benedetta Leuner. 2024. „Beyond Birth Control: The Neuroscience of Hormonal Contraceptives.” Journal of Neuroscience 44, 40: e1235242024. <https://www.jneurosci.org/content/44/40/e1235242024.abstract>
67. „Limited Access: Europe's Contraception Deficit – A White Paper.” European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 20 d. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/786209755_epf_contraception-in-europe_white-paper_cc03_002.pdf
68. Martišiūtė, Nomeda, ir Rozita Znamenskaitė. 2008. Šeimos sveikatos enciklopedija. Kaunas: Šviesa.
69. „Methods of Contraception.” National Health Service. Žiūrėta 2025 rugsėjo 18d. <https://www.nhs.uk/contraception/methods-of-contraception/>
70. „National Health Service Family Planning Act 1967.” United Kingdom Parliament. Žiūrėta 2025 rugsėjo 18d. <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/private-lives/relationships/collections1/parliament-and-the-1960s/national-health-service-family-planning-act/>
71. „Nepilnamečių motinų pirmagimai.” Valstybės duomenų agentūra.. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=9fb0ad2a-52d8-460e-9fa5-cc78289d5511>
72. „Nuolatinių gyventojų skaičius pagal amžių.” Valstybės duomenų agentūra. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=f8dbb7f9-c2de-489a-8b9a-85c5ae356601>
73. Pavard, Bibia. 2019. „The Right to Know? The Politics of Information about Contraception in France (1950s–80s).” Medical History, 63, 2: 173-188. <https://www.cambridge.org/core/journals/medical-history/article/right-to-know-the-politics-of-information-about-contraception-in-france-1950s80s/6C1E87D84F503914D861507CB8809271>

74. Pierotti, Dario. 1994. „Note from Estonia: from abortion to contraception.” *Entre Nous Cph Den*, 25: 12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12222253/>
75. Piggott, Thomas, Lorenzo Moja, Benedikt Huttner, Patrick Okwen, Mario Carlo B. Raviglione, Tamara Kredo, ir Holger J. Schünemann. 2024. „WHO Model List of Essential Medicines: Visions for the Future.” *Bulletin of the World Health Organization* 102, 10: 722–729. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11418853/>
76. Pistollato, Michele, Hannah Armstrong, Angelina Petrova, Jasper Lithgow ir Tim Wilsdon. „Policies to Improve Access to Long-Acting Reversible Contraceptives in England.” Charles River Associates. Žiūrėta 2025 m. gegužės 1 d. <https://media.crai.com/wp-content/uploads/2025/05/21121004/CRA-Organon-Policies-to-improve-access-to-LARCs-England-profile-May-2025.pdf>
77. Public Health England. 2016. Contraception: Return on Investment Report. London: Department of Health and Social Care. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b5ee5b1ed915d0b66bc375d/contraception_return_on_investment_report.pdf
78. Sitruk-Ware, Regine, ir Anita Nath. 2013. „Characteristics and Metabolic Effects of Estrogen and Progestins Contained in Oral Contraceptive Pills.” *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 27: 13-24. https://www.researchgate.net/publication/235404632_Characteristics_and_metabolic_effects_of_estrogen_and_progestins_contained_in_oral_contraceptive_pills
79. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. 2020 „Penktasis pranešimas apie Jungtinių Tautų konvencijos dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims įgyvendinimą Lietuvoje.“ <https://www.lmlo.lt/wp-content/uploads/2020/01/Lietuva-2014-atsiskaitymas-58-CEDAW-sesijai-V-pranesimas-LT.pdf>
80. „Sprendimas Nr. N-4 dėl reprodukcinės sveikatos strategijos.“ Nacionalinė sveikatos taryba. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://share.google/dV2fQYQhgrOPhhBSO>
81. Stanczyk, Frank Z., Sharon A. Winer, Jean-Michael Foidart, ir David F. Archer. 2024. „Comparison of Estrogenic Components Used for Hormonal Contraception.” *Contraception* 130: 110310. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001078242300416X>
82. Stokes-Lampard, Helen, Eleanor Thompson, ir Helen Gracie. 2017. Sexual and reproductive health: Time to act. London: Royal College of General Practitioners. <https://www.rcgp.org.uk/getmedia/7e341b76-75dd-4a94-9c3f-56f2c6241e93/8895-RCGP-Sexual-Health-online.pdf>

83. Sveikatos apsaugos ministerija. 2016. Kontracepcijos metodika. Vilnius: Sveikatos apsaugos ministerija. <https://share.google/LvbLzfGIRez12sSgt>
84. Teal, Stephanie, ir Alison Edelman. 2021. „Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects.“ JAMA 326, 24: 2507-2518. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2787541>
85. United Kingdom Department of Health and Social Care. 2022. Women's Health Strategy for England. London: DHSC. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6308dbel1e90e0729dcbd7ebb/Women-s-Health-Strategy-England-print.pdf>
86. United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2022. World Family Planning 2022: Meeting the Changing Needs for Family Planning. New York: United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesapd_2022_world-family-planning.pdf
87. Ustilaitė, Stasė, R. Proškovienė, Vida Juškelienė, ir Aušra Kalinkevičienė. 2008. Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybės: Tyrimo ataskaita. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas. <https://share.google/Yiydv6j1z6ix2bt1C>
88. „Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos posėdžio protokolas Nr. LKV-9/20.“ Sveikatos apsaugos ministerija. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/farmacine-ir-kita-su-tuo-susijusi-veikla/vaistu-ir-medicinos-pagalbos-priemoniu-kompensavimas/vaistiniu-preparatu-ir-medicinos-pagalbos-priemoniu-kompensavimo-komisijos-posedziu-protokolai/>
89. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. PSDF biudžeto išlaidų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP pagal jų pavadinimus ataskaitos 2021-2025 m. Vilnius. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gydymo-istaigoms-ir-partneriams/kompensuojamieji-vaistai-ir-medicinos-pagalbos-priemones-2/statistika-1/archyvas/>
90. Vilpišauskas, Ramūnas, ir Vitalis Nakrošis. 2003. Politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungos įtaka. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
91. Watson, Rory. 2003. „Belgium to subsidise costs of contraception to teenagers.“ BMJ, 327, 7421: 945. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC259188/>
92. Williams, Jennifer S., ir Maureen J. MacDonald. 2021. „Influence of Hormonal Contraceptives on Peripheral Vascular Function and Structure in Premenopausal Females: A Review.“ American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology 320, 1: H77-H89. <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/ajpheart.00614.2020>

93. „Women's Health Hubs: Cost Benefit Analysis.“ 2022. UK Department of Health and Social Care. Žiūrėta 2025 m. birželio 5 d. <https://www.gov.uk/government/publications/womens-health-hubs-information-and-guidance/womens-health-hubs-cost-benefit-analysis>
94. „Women's Reproductive Health Conditions.“ 2024. Women and Equalities Committee United Kingdom Parliament. Žiūrėta rugsėjo 18 d. <https://committees.parliament.uk/publications/45909/documents/228040/default/> Le Guen, Mireille, Alexandra Roux, Mylene Rouzaud-Cornabas, Leslie Fonquerne, Cecile Thomé, ir Celile Ventola. 2017. „Fifty Years of Legal Contraception in France: Diffusion, Medicalization, Feminization.“ Population & Societies, 549, 10: 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.549.0001>
95. World Health Organization. 2014. Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/items/d1e9c858-8edb-4fc9-81be-9437fad21449>
96. World Health Organization. 2025. The Selection and Use of Essential Medicines, 2025: WHO Model List of Essential Medicines, 24th List. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/items/7abdb85-d893-4559-b82b-cec0b3c4d70b>
97. Yan, Mingzhe, Yanming Zhang, Zhihang Wu, Yifei Li, Keke Dou, Banghui Wang, Yingruo Wang, ir Qihui Zhou. 2022. „Recent Progress in Advanced Biomaterials for Long-Acting Reversible Contraception.“ Journal of Nanobiotechnology 20, 138. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8932341/>
98. Zelionskaitė, Ingrida. 2025. „Exploring the Relationships between Hormonal Contraceptives and Emotional Functioning: A Psychophysiological Approach.“ Daktaro disertacija, Vilniaus universitetas.
99. „Reproductive Health.“ World Health Organization. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>

Kiti internetiniai šaltiniai:

100. „About EPF“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 20 d. <https://www.epfweb.org/node/46>
101. AFP. 2018. „France to reimburse condoms in fight against AIDS and STIs“. RFI, lapkričio 27d. <https://www.rfi.fr/en/contenu/20181127-france-reimburse-condoms-fight-against-aids-and-stis>

102. Bonnifield, Rachel, ir Julia Kaufman. 2021. "Evaluating Contraception for Inclusion in Health Benefits Packages: Conceptual Issues and a Proposed Analytical Framework." Center for Global Development, sausio 13 d. <https://www.cgdev.org/publication/evaluating-contraception-inclusion-health-benefits-packages-conceptual-issues-and>
103. Book, Cristian. 2004. „Lutter contre les grossesses non désirées chez les jeunes, tout en les sensibilisant à la prévention des MST”. Education Sante. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 22 d. <https://educationsante.be/un-meilleur-acces-a-la-contraception-pour-les-jeunes/>
104. Cafe, Rebecca. 2011. „How the contraceptive pill changed Britain“. BBC, gruodžio 4 d. <https://www.bbc.com/news/uk-15984258>
105. Chancel, Eve, ir Minh Drea. 2023. „Young People in France Can Now Get Condoms for Free at Pharmacies“. Le Monde, sausio 1 d. https://www.lemonde.fr/en/france/article/2023/01/01/young-people-in-france-can-now-get-condoms-for-free-at-pharmacies_6009935_7.html
106. „Contraception d'urgence: 100% prise en charge par l'Assurance maladie”. Ordre National des Pharmaciens. Žiūrėta 2025 m. birželio 5 d. <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/contraception-d-urgence-100-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie>
107. „Contraception Policy Atlas Europe 2018“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2025 m. spalio 2 d. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/epf-contraception_atlas-online-2018.pdf
108. „Contraception Policy Atlas Europe 2019“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2025 m. spalio 2 d. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/map_cci-english_english_v9-web.pdf
109. „Contraception Policy Atlas Europe 2022“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 25 d. <https://www.epfweb.org/node/964>
110. „Contraception Policy Atlas Europe 2023“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 25 d. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf
111. „Contraception Policy Atlas Europe 2024“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 25 d. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2024-02/CCInfoEU_A3_EN_2024_FEB12_0.pdf

112. „Contraception Policy Atlas Europe 2025“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2025 m. balandžio 3 d. https://www.epfweb.org/sites/default/files/2025-02/CCInfoEU_A3_EN_2025_FEB14%20BIS_0.pdf
113. „Contraception: evidence brief“. World Health Organization. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://iris.who.int/items/2374729c-4c1c-4ebd-92d2-28d9b0a6bf15> “Reproductive Health“. World Health Organization. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
114. Dame Lesley Regan Appointed Women’s Health Ambassador“. 2022. Department of Health and Social Care UK Government. birželio 17 d. Žiūrėta 2025 m. rugsėjo 20d. <https://www.gov.uk/government/news/dame-lesley-regan-appointed-womens-health-ambassador>
115. Durand, Anne-Aël. 2017. „Apogée et déclin de la pilule... 50 ans de contraception en France“. Le Monde, gruodžio 19 d. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/19/apogee-et-declin-de-la-pilule-tabou-de-la-sterilisation-50-ans-de-contraception-en-france_5231727_4355770.html#:~:text=,lendemain%C2%A0%C2%BB
116. „Escapelle.“ Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. Žiūrėta 2025 m. spalio 3 d. <https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/medications/view/16517>
117. „European Contraception Policy Atlas – Belgium“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2025 m. lapkričio 26 d. <https://www.epfweb.org/node/704>
118. „European Contraception Policy Atlas – Estonia“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 22 d. <https://www.epfweb.org/node/725>
119. „European Standards on Subsidizing Contraceptives“. 2020. Center for reproductive rights. Žiūrėta rugsėjo 22 d. <https://share.google/pU6TvAZUVuZY1kvn6>
120. „FP2020: Family Planning’s Return on Investment.“ 2018. Family Planning 2030. Žiūrėta 2025 m. spalio 21 d. <https://www.fp2030.org/resources/resources-fp2020-family-plannings-return-investment/>
121. „Global Contraception Atlas: Lithuania“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 25 d. <https://contraception.srhrpolicyhub.org/country/?region=eu&country=lithuania>

122. Grušas, Gintaras, Mindaugas Sabutis, Justinas Kiviloo. 2025. „dėl reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto“. Vilniaus arkivyskupija. Žiūrėta 2025 m. birželio 1 d. <https://www.vilnensis.lt/del-reprodukcines-sveikatos-istatymo-projekto/>
123. „Gyvenimo įgūdžių programos įgyvendinimas mokyklose: Seimo švietimo ir mokslo komiteto posėdžio medžiaga“. Lietuvos Respublikos Seimas. Žiūrėta ... https://www.lrs.lt/sip/portal.show?p_r=40817&p_k=1&p_t=289735
124. „Gyvenimo įgūdžių programos įgyvendinimas mokyklose: Seimo švietimo ir mokslo komiteto posėdžio medžiaga“. Lietuvos Respublikos Seimas. Žiūrėta ... https://www.lrs.lt/sip/portal.show?p_r=40817&p_k=1&p_t=289735
125. „Gyvenimo įgūdžių ugdymas“. Vilniaus universiteto Filosofijos fakultetas. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.fsf.vu.lt/studentams/pedagogines-studijos-visos/nacionalines-kvalifikaciju-tobulinimo-programos/gyvenimo-igudziu-ugdymas>
126. „Instituto pozicija dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto“. Laisvos visuomenės institutas. Žiūrėta 2025 m. birželio 1 d. <https://laisvavisuomene.lt/instituto-pozicija-del-reprodukcines-sveikatos-istatymo-projekto/>
127. Keller, Lia. 2019. „Une breve histoire de la contraception et du contrôle des naissances“. HAL Science humaines et sociales. Žiūrėta rugsėjo 10d. <https://shs.hal.science/halshs-03138011v2>
128. „Kompensuojamoji kontracepcija paauglėms – medicinos mokslo įrodymai“. Lietuvos akušerių ginekologų draugija. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.lagd.lt/naujienos/kompensuojamoji-kontracepcija-paauglems-medicinos-mokslo-irodymai/243>
129. „LGA pozicija dėl Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto“. Gydytojai už gyvybę. Žiūrėta 2025 m. spalio 1 d. <https://gydytojaiuzgyvybe.lt/lga-uz-zmogaus-gyvybe-pozicija-del-reprodukcines-sveikatos-istatymo-projekto-2/>
130. „Lietuvos jaunimo sveikatos būklė 2015-2020 m.“. Higienos institutas. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://share.google/VwehJVxrTLWRRMCnZ>
131. Lietuvos socialdemokratų partija. 2020. „Kreipimasis dėl kontracepcijos priemonių.“ Žiūrėta 2025 m. rugsėjo 18 d. <https://www.lagd.lt/data/public/uploads/2020/06/lstdp-kreipimasis-del-kontracepcijos-priemoniu.pdf>
132. „Ligonių kasos istorija“. 2026. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Žiūrėta 2026 m. sausio 7 d. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/administracine-informacija/apie-ligoniu-kasas/ligoniu-kasu-istorija/>

133. „Lithuania Increases Contraception Access for Adolescents“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2024 m. rugsėjo 25 d. <https://www.epfweb.org/node/821>
134. „Luxembourg: Contraceptives to Be Reimbursed at 100% with No Age Limit from 1 April 2023“. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Žiūrėta 2025 m. birželio 9 d. <https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-05/Letter%20EPF%20to%20Luxembourg%20Contraception%20Reimbursement%202023.pdf>
135. „Noored ja seksuaaltervis – kust küsida nõu?“. 2021. Tervisekassa. Žiūrėta rugsėjo 22 d. <https://tervisekassa.ee/blogi/noored-ja-seksuaaltervis-kust-kusida-nou>
136. Norkienė, Aušrinė. 2025. „Gyvybė – pamatinė vertybė. Pranešimas žiniasklaidai“. Lietuvos Respublikos Seimas, spalio 10 d. https://www.lrs.lt/sip/portal.show?p_r=35403&p_k=1&p_t=292824
137. Paulauskaitė, A. 2025. „Rengiama peticija prieš Seime inicijuotą reprodukcinės sveikatos įstatymą“. ELTA, birželio 17 d. Žiūrėta 2025 m. liepos 1 d. <https://www.lrt.lt/naujienos/sveikata/682/2592535/rengiama-peticija-pries-seime-inicijuota-reprodukcinės-sveikatos-istatyma>
138. Pitrenienė, Audronė. 2016. „Patvirtinta Sveikatos ir lytiškumo ugdymo bei rengimo šeimai programa“. Švietimo, mokslo ir sporto ministerija. spalio 25 d. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. https://old.smm.lt/web/lt/pranesimai_spaudai/naujienos_1/patvirtinta-sveikatos-ir-lytiskumo-ugdymo-bei-rengimo-seimai-programa
139. „Pozicija ir politika.“ Šeimos planavimo ir seksualinės sveikatos asociacija. Žiūrėta 2025 m. spalio 3 d. <https://tavogyvenimas.lt/apie-mus/pozicija-ir-politika/>
140. Puig, Cristina. 2020. „Belgium: reducing financial barriers to EC pills and other contraceptives“. European Consortium for emergency Contraception, vasario 25 d. <https://www.ec-ec.org/belgium-reducing-financial-barriers-to-ec-pills-and-other-contraceptives/>
141. Puig, Cristina. 2022. „France: free EC pills for all women“. European Consortium for emergency Contraception, rugsėjo 23 d. <https://www.ec-ec.org/3451-2/>
142. Radford, Antoinette. 2022. „France makes condoms free for 18 to 25 years olds“. BBC, gruodžio 9d. <https://www.bbc.com/news/world-europe-63915467>
143. „Reprodukcinės sveikatos įstatymas užtikrins reprodukcinės žmogaus teises“. Moterų informacijos centras. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://lygus.lt/reprodukcinės-sveikatos-istatymas-uztikrins-reprodukcinės-zmogaus-teises-kurios-yra-pamatines/>

144. „Seimas svarstys naują Reprodukcinės sveikatos įstatymo projektą“. Lietuvos Respublikos Seimas. https://www.lrs.lt/sip/portal.show?p_r=35435&p_k=1&p_t=291747
145. „Spaudos konferencija „kodėl Lietuvoje jaunoms merginoms reikalinga efektyvi kontracepcija?“ 2020. Lietuvos Respublikos Seimas. YouTube įrašas. Žiūrėta 2025 m. rugsėjo 18 d. https://www.youtube.com/watch?v=7rhy-6pmjd8&list=PLafTseM15bmHxW7xiQxAEn2bQBKOovPh_&index=5
146. Stankevičius, Augustas. 2020. „Liberalų lyderė: A. Veryga nepagrįstai pasidavė spaudimui dėl kontracepcijos.“ 15 min, gegužės 14d. https://www.15min.lt/naujiena/aktualu/lietuva/parlamentare-a-veryga-pasidave-spaudimui-perziureti-sprendima-del-hormonines-spirales-56-1317962?utm_medium=copied
147. Streikus, Simonas. 2025. „Ne abortams už mokesčių mokėtojų pinigų!“. Peticijos.lt. Žiūrėta 2025 m. spalio 1 d. <https://www.peticijos.lt/visos/87387/apsaugokime-negimusia-gyvybe-ne-abortu-iteisinimui/>
148. „Sveikatos technologijų vertinimas“. 2023. Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. lapkričio 11d. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://vvkt.lrv.lt/lt/gyventojams/sveikatos-technologiju-vertinimas-gyventojams/>
149. „Vilniuje – eisena Žygis už gyvybę: siekė atkreipti dėmesį į nėštumo nutraukimo klausimą“. LRT. Žiūrėta 2025 m. spalio 10 d. <https://www.lrt.lt/naujienos/lietuvoje/2/2701288/vilniuje-eisena-zygis-uz-gyvybe-sieke-atkreipti-demesi-i-nestumo-nutraukimo-klausima>
150. Willsher, Kim. 2021. „France to offer free contraception to women under 25“. The Guardian, rugsėjo 9d. <https://www.theguardian.com/world/2021/sep/09/france-free-contraception-women>
151. „Women's Health Economics“. The NHS Alliance. Žiūrėta 2025 m. balandžio 1 d. <https://www.nhsconfed.org/publications/womens-health-economics>
152. Žmogaus teisių organizacijų koalicija. 2025. „Dėl Lietuvos Respublikos Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto“. Mano teisės. gegužės 6 d. Žiūrėta 2025 m. birželio 1 d. <https://share.google/YC8e6QR8TGLbLsTr9>

ANOTACIJA

Lozuraitienė R. Hormoninės kontracepcijos kompensavimo politika Lietuvoje – visuomenės požiūris ir politikos plėtojimo galimybės/ Sveikatos politikos ir vadybos magistro studijų programos baigiamasis darbas. Darbo vadovė prof. dr. Birutė Mikulskienė – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo ir verslo fakultetas, 2026. – 122 p.

Magistro baigiamajame darbe analizuotas Lietuvos visuomenės požiūris į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimo galimybes. Teorinėje dalyje aprašyta hormoninės kontracepcijos samprata, pristatoma pirmaujančių Europos šalių (Jungtinės Karalystės, Prancūzijos, Estijos, Belgijos) kontracepcijos kompensavimo politikos raida, analizuojamas Lietuvos kompensuojamųjų vaistų sistemos reglamentavimas, Reprodukcinės sveikatos įstatymo projekto eiga ir paauglėms kompensuojamos hormoninės intrauterinės sistemos panaudojimas. Empirinis tyrimas atliktas taikant kiekybinį metodą – internetinę anketinę apklausą, kurioje dalyvavo 287 pilnamečiai Lietuvos gyventojai. Tyrimo rezultatai patvirtino hipotezę, jog Lietuvos visuomenė palankiai vertina hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojamą – daugiau nei pusė respondentų visose amžiaus, išsilavinimo ir pajamų grupėse pasisakė už universalų hormoninės kontracepcijos kompensavimą.

Pagrindiniai žodžiai: hormoninė kontracepcija, kompensavimo politika, reprodukcinė sveikata, sveikatos politika, visuomenės požiūris.

ABSTRACT

Lozuraitienė R. Hormonal Contraception Reimbursement Policy in Lithuania – Public Opinion and Possibilities for Policy Development: Master's Thesis in Health Policy and Management / supervisor Prof. Dr. B. Mikulskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance and Business, Institute of Political Sciences, 2026. 122 p.

The Master's thesis analyses the Lithuanian society's attitude towards the development of hormonal contraception reimbursement policy. The first part reviews the meaning and purposes of hormonal contraception, analyses the contraception reimbursement policies of leading European countries (the United Kingdom, France, Estonia, Belgium), and analyses the regulation of the reimbursable medication system in Lithuania, the progress of the Reproductive Health Law draft, and the usage of the hormonal intrauterine system reimbursed for adolescents. The empirical research was conducted using a quantitative method – an online questionnaire survey involving 287 adult residents of Lithuania. The research results confirmed the hypothesis that Lithuanian society favourably evaluates the development of hormonal contraception reimbursement policy – more than half of the respondents in all age, education and income groups supported the universal hormonal contraception reimbursement policy.

Keywords: hormonal contraception, reimbursement policy, reproductive health, health policy, public opinion.

SANTRAUKA

Hormoninės kontracepcijos prieinamumas yra svarbus moterų reprodukcinės sveikatos, lyčių lygybės ir sveikatos sistemos tvarumo veiksnys, tačiau Lietuvoje hormoninės kontracepcijos kompensavimas išlieka ribotas, o platesnį kompensavimą numatantis Reprodukcinės sveikatos įstatymas neįteisinamas dėl deklaruojamo visuomenės pasipriešinimo. Darbo tikslas – nustatyti Lietuvos visuomenės požiūrį į hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojimo galimybes. Darbe taikyti mokslinės literatūros ir teisės aktų analizės, antrinių duomenų analizės bei kiekybinis metodai – atlikta internetinė anoniminė anketinė apklausa, kurioje dalyvavo 287 pilnamečiai asmenys. Empirinis tyrimas atskleidė, kad du trečdaliai moterų ir keturi iš dešimties vyrų hormoninės kontracepcijos prieinamumą laiko labai svarbiu, daugiau nei pusė visų respondentų visose amžiaus, išsilavinimo ir pajamų grupėse pasisakė už hormoninės kontracepcijos finansavimą visoms moterims be išimties, statistiškai reikšmingi požiūrio skirtumai nustatyti pagal lytį ir pajamas. Tyrimo hipotezė pasitvirtino – Lietuvos visuomenė palankiai vertina hormoninės kontracepcijos kompensavimo politikos plėtojamą.

Pagrindiniai žodžiai: hormoninė kontracepcija, kompensavimo politika, reprodukcinė sveikata, sveikatos politika, visuomenės požiūris.

SUMMARY

The accessibility of hormonal contraception is an important factor for women's reproductive health, gender equality and the sustainability of the health system, yet in Lithuania the reimbursement of hormonal contraception remains limited, and the Reproductive Health Law providing for broader reimbursement has not been enacted due to declared public resistance. The aim of the thesis is to determine the Lithuanian society's attitude towards the development of the hormonal contraception reimbursement policy. The thesis analyzed academic literature and legislation, secondary data. Anonymous online questionnaire survey was conducted with 287 adults. The empirical study revealed that two thirds of women and four out of ten men consider the accessibility of hormonal contraception very important, more than a half of all respondents across all age, education and income groups supported the reimbursement of hormonal contraception for all women without exception, and statistically significant attitudinal differences were identified by gender and income. The hypothesis was confirmed – Lithuanian society favourably evaluates the development of hormonal contraception reimbursement policy.

Keywords: hormonal contraception, reimbursement policy, reproductive health, health policy, public attitude.

PRIEDAI

Klausimynas visuomenei

1. Kaip vertinate savo žinias apie hormoninę kontracepciją?
 - a) Labai gerai
 - b) Gerai
 - c) Vidutiniškai
 - d) Minimaliai
 - e) Nieko nežinau šia tema
2. Ar jūs arba jūsų partnerė vartojo/vartoja hormoninę kontracepciją?
 - a) Taip
 - b) Ne
 - c) Nežinau
3. Dėl kokių priežasčių jūs ar jūsų partnerė naudojo ar naudoja hormoninę kontracepciją?
 - a) Siekiant atidėti nėštumą iki studijų pabaigos arba siekiant karjeros
 - b) Siekiant atidėti nėštumą dėl kitų asmeninių priežasčių
 - c) Turite vaikų ir neplanuojate turėti daugiau
 - d) Nenorite turėti vaikų
 - e) Gydymo tikslais naudojate hormoninę kontracepciją
 - f) Kita (atviras atsakymo variantas)
4. Ar religiniu arba moraliniu požiūriu hormoninės kontracepcijos naudojimas neprieštarauja jūsų įsitikinimams?
 - a) Visiškai sutinku
 - b) Sutinku
 - c) Neturiu nuomonės šiuo klausimu
 - d) Nesutinku iš dalies
 - e) Visiškai nesutinku
5. Kaip svarbu, kad hormoninė kontracepcija būtų prieinama moterims?
 - a) Labai svarbu
 - b) Svarbu
 - c) Neturiu nuomonės šiuo klausimu
 - d) Nesvarbu
 - e) Visiškai nesvarbu
6. Ar manote, kad hormoniniai kontraceptikai turėtų būti kompensuojami valstybės?

- a) Visiškai sutinku
 - b) Sutinku
 - c) Neturiu nuomonės šiuo klausimu
 - d) Nesutinku
 - e) Visiškai nesutinku
7. Ar manote, kad hormoninės kontracepcijos priemonės turėtų būti kompensuojamos konkrečioms demografinėms grupėms?
- a) Taip, tik mažas pajamas gaunančioms moterims
 - b) Taip, tik paauglėms ar merginoms iki 25 metų
 - c) Ne, hormoninė kontracepcija turėtų būti kompensuojama visoms moterims
 - d) Hormoninė kontracepcija neturėtų būti kompensuota
 - e) Kita (atviras atsakymo variantas)
8. Kurie teiginiai atspindi jūsų nuomonę? (Galite žymėti kelis).
- a) Kompensavus hormoninę kontracepciją sumažėtų šeimos ir valstybės išlaidos, susijusios su neplanuotu nėštumu
 - b) Šeimos planavimui pakanka nehormoninės kontracepcijos (prezervatyvų, spermicidų, vaisingų dienų skaičiavimas)
 - c) Kompensavus hormoninę kontracepciją sumažėtų ekonominiai skirtumai, o mažesnes pajamas gaunantys asmenys galėtų plačiau rinktis šeimos planavimo metodus
 - d) Šeimos planavimas naudojant hormoninę kontracepciją leistų siekti išsilavinimo ir karjeros tikslų
 - e) Hormoninės kontracepcijos įsigijimas yra asmens atsakomybė, valstybė neturi jos kompensuoti
 - f) Kompensavus hormoninę kontracepciją padidės mokesčiai
 - g) Kita (atviras atsakymo variantas)
9. Klausimas moterims: jei hormoninė kontracepcija būtų nemokama ar jai taikomas minimalus apmokėjimas, ar ją naudotumėte ir kokią priemonę pasirinktumėte?
- a) Naudočiau hormoninę spiralę
 - b) Naudočiau kontraceptines tabletes
 - c) Naudočiau kontraceptinį pleistrą
 - d) Naudočiau hormoninę injekciją
 - e) Naudočiau kontraceptinį žiedą
 - f) Ne, nenaudočiau
 - g) Nežinau arba neturiu nuomonės
 - h) Kita (atviras atsakymo variantas)
10. Kaip dažnai perkate sau kompensuojamuosius vaistus?
- a) Dažniau nei porą kartų per metus
 - b) Porą kartų per metus
 - c) Kartą per vienerius-dvejus metus
 - d) Nesu pirkęs kompensuojamųjų vaistų

- e) Nežinau/neatsimenu
11. Ar esate patenkinta/-s šiuo metu galiojančia kompensuojamų vaistų tvarka?
- a) Labai patenkinta/-s
 - b) Patenkinta/-s
 - c) Neturiu nuomonės šiuo klausimu
 - d) Nepatenkinta/-s
 - e) Labai nepatenkinta/-s
12. Hipotetinis klausimas - ar pritartumėte savo dukters sprendimui naudoti hormoninę kontracepciją?
- a) Taip, pritarčiau
 - b) Ne, nepritarčiau
 - c) Nežinau/neturiu nuomonės šiuo klausimu. (galimas atviras prierašas)
13. Jūsų amžius.
- a) 18-24
 - b) 25-32
 - c) 33-45
 - d) 46-55
 - e) 56-65
 - f) 66 ir daugiau
14. Jūsų lytis.
- a) Moteris
 - b) Vyras
 - c) Kita/ nenoriu atsakyti
15. Jūsų išsilavinimas.
- a) Vidurinis
 - b) Profesinis
 - c) Aukštasis neuniversitetinis
 - d) Aukštasis universitetinis
 - e) Mokslų daktaras
16. Jūsų mėnesinės pajamos į rankas:
- a) Mažiau nei 500 €
 - b) 500 — 1 199 €
 - c) 1 200 — 2 499 €
 - d) 2 500 € ir daugiau