

# AMBULATORINĖS NĖŠČIŪJŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGLAMENTAVIMAS IR PRAKTIKA

VILMA VASJANOVA<sup>1</sup>, JONAS KAIRYS<sup>1,2</sup>, ONA PANASENKIENĖ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>VšĮ Vilniaus Šeškinės poliklinika, <sup>2</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

**Raktažodžiai:** *ambulatorinė nėščiąjų sveikatos priežiūra, pirmo lygio asmens sveikatos priežiūra, mažos ir didelės rizikos nėštumas, įrodymais pagrįsta nėščiąjų priežiūra.*

## Santrauka

Lietuvoje nėščiąjų sveikatos ambulatorinę priežiūrą vykdo gydytojai akušeriai ginekologai, šeimos gydytojai ir akušerės. Galiojantys teisės aktai leidžia nėščiosioms pasirinkti, kokioje gydymo įstaigoje ir pas kokį specialistą lankytis. Teisės aktai taip pat numato, kad visos paslaugos nėščiosioms (7 fiziologiniai apsilankymai pas pasirinktą specialistą ir tam tikras tyrimų paketas) yra nemokamos ir kompensuojamos teritorinių ligonių kasų. Tačiau ši teisė nevisiškai įgyvendinama tais atvejais, kai nėščiosios nėra socialiai apdraustos arba yra prisirašiusios prie atskirų šeimos gydytojų kabinetų, kur jas stebi samdomas akušeris ginekologas. Taip pat ir socialiai apdraustoms nėščiosioms tenka mokėti už kai kuriuos tyrimus, kuriuos būtina atlikti atsižvelgiant į įrodymais pagrįstos medicinos reikalavimus. Straipsnyje vadovaujantis galiojančiais teisės aktais ir ilgamete nėščiąjų ambulatorinės priežiūros patirtimi analizuojamos teisinės ir praktinės galimybės teikti nėščiosioms įrodymais pagrįstos medicinos reikalavimus atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas.

## ĮVADAS

Ambulatorinė nėščiąjų sveikatos priežiūra nėštumo metu įvairiose pasaulio šalyse vykdoma skirtingai. Nėščiąjų sveikatos priežiūrą atlieka arba gydytojas akušeris ginekologas, arba šeimos gydytojas, arba akušerė [1]. Kai kurių išsivysčiusių šalių nėščiąjų priežiūros taktika orientuota ne tiek į prižiūrincio sveikatos priežiūros specialisto specializaciją, kiek į įrodymais pagrįstas geros akušerinės praktikos rekomendacijas [1]. Pavyzdžiui, Lietuvoje ir buvusio posovietinio bloko

šalyse beveik išimtinė teisė prižiūrėti nėščiąsias priklauso akušeriams ginekologams. Ir gydytojų akušerių ginekologų, ir visuomenės, ir pačių nėščiąjų nuomonė sutapo – nėščiąsias turi prižiūrėti geriausiai tą darbą išmanantys specialistai. Skandinavijos šalyse, JAV ir kitose valstybėse jau seniai pastebėta, kad, nesiginčijant dėl įrodymais pagrįstos priežiūros taktikos ir tikslinių tyrimų būtinybės, lankytis pas aukštesnio lygio specialistą akušerį ginekologą, kurio paslaugos yra gana brangios, normalios sveikatos nėščiosioms netikslinga. Pažymima, kad vizitai nėštumo metu pas šeimos gydytoją, kuris daug metų pažįsta nėščiąją, žino jos šeimos medicininę istoriją ir gali geriau prognozuoti galimą patologiją, arba pas akušerę, leidžia nėščiajai jaustis geriau suprasta ir išklaudyta. Be to, ir pačios nėščiosios pažymi, kad tokia priežiūra yra daugiau žmogiška, o tai nėštumo metu labai svarbu ir pageidautina [1]. Įrodyta, kad esant normaliam nėštumui, kai nėščioji neturi nėštumą komplikuojančių rizikos veiksnių, papildomų ligų ir tyrimai neišaiškina patologijos, nėščiosios lankymasis pas šeimos gydytoją ar akušerę yra ir pigesnis, ir priimtinesnis nėščiajai [1, 2, 3]. Tačiau Lietuvoje, atliktų tyrimų duomenimis, yra priešingai: nėščios pacientės labiau vertina lankymąsi pas akušerį ginekologą nei pas šeimos gydytoją [4]. Jos taip pat daug santūriau vertina akušerių jautrumą, dėmesingumą, supratingumą ir gebėjimus spręsti problemas [5, 6]. Tiriant šeimos gydytojų nuomonę dėl nėščiąjų priežiūros nustatyta, kad tik 60 proc. šeimos gydytojų prižiūri nėščiąsias, ir tai yra privačiose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys šeimos gydytojai, o viešosiose įstaigose šis procentas gerokai mažesnis [5].

**Darbo tikslas** – analizuoti galiojančius Lietuvoje teisės aktus ir atsižvelgti į ilgametę nėščiąjų priežiūros patirtį Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje, apžvelgti nėščiąjų ambulatorinės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumus, jų atitiktį geros akušerinės praktikos rekomendacijoms ir praktinio taikymo galimybės.

### TYRIMO METODIKA

Atlikta mokslinės literatūros apžvalga naudojantis MEDLINE duomenų ir *Cochrane* sisteminių apžvalgų baze, Lietuvoje skelbtų mokslinių publikacijų nėščiųjų sveikatos priežiūros srityje analizė, mūsų šalyje galiojančių teisės aktų – įstatymų, įsakymų, rekomendacijų, ataskaitų lyginamoji analizė, internetinių informacijos šaltinių medžiagos apžvalga ir jų lyginamoji analizė, Šeškinės poliklinikos darbo su nėščiosiomis rezultatu analizė.

### TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

**Įrodymais pagrįstos nėščiųjų priežiūros gairės ir prioritetai.** Praktiškai dirbančiam sveikatos priežiūros specialistui labai svarbu vadovautis aiškiai reglamentuota nėščiųjų priežiūros tvarka. Ši tvarka turėtų apimti du aspektus: tiksliai apibrėžtas, aiškiai suprantamas medicininio pobūdžio, įrodymais pagrįstas gaires bei rekomendacijas ir aiškų teisinį reglamentavimą. Dirbant praktinį darbą geriausiai matomos nėščiųjų priežiūros problemos, kylančios dėl minėtų aspektų. Nėščiųjų antenatalinės priežiūros reikalavimus nusako tarptautinės įrodymais pagrįstos antenatalinės priežiūros gairės ir Lietuvoje adaptuotos gairės [1, 7]. Gairių leitmotyvas – nėštumas yra normalus fiziologinis procesas. Jose atkreipiamas dėmesys į tai, kad kiekviena intervencija ir tyrimai nėštumo metu turi būti įrodyti, pamatuoti, vertinant laukiamos naudos, priimtino moteriai ir galimos žalos santykį [1]. Vadovaujantis tarptautinėmis rekomendacijomis, nėščiųjų antenatalinės priežiūros reikalavimai yra keli: tai galimybė pasirinkti sveikatos priežiūros rūšį, lengvas paslaugų prieinamumas ir priežiūros tęstinumas. Klinikistas turėtų vadovautis šiais prioritetais: ypatingas nėščiosios supratimas, įsiklausymas į jos ir jos šeimos poreikius, minimali sveikatos priežiūros medikalizacija, išskirtinis priežiūros individualizavimas, rašytinis informuotas sutikimas [1]. Atkreipiamas dėmesys, kad nėščiosioms turi būti garantuotas pakankamas skaičius vizitų, o jų metu turi būti skirta užtektinai laiko išklausti moterį, jos nusiskundimus, atsakyti į kilusius klausimus, pastebėti dvasinio nerimo ir galimos depresijos ženklus, laiku siųsti į nėščiųjų mokyklą, lygiagrečiai atlikti privalomus tyrimus [1, 7].

Gairėse taip pat įvertinami ir pateikiami bazinės nėščiųjų priežiūros geriausios praktikos įrodymai: numatoma metodika, kaip nėščioji turi būti prižiūrima iki gimdymo, informuojama, kaip stebėti moters ir vaisiaus būklę, patariama, kaip koreguoti moters gyvenimo būdą, kokius maisto papildus vartoti ir ko atsisakyti,

aprašomi normalaus vaisiaus augimo stebėjimo metodai, taip pat būtini atrankiniai patikrinimai dėl hemoglobopatijų, gestacinio diabeto, besimptomės bakterijų, hepatito B ir raudonukės infekcijos, ultragarsinio tyrimo tarp 18 savaičių ir 0 dienų ir 20 savaičių ir 6 dienų, genetinės Dauno sindromo patikros, nurodomi nėščiųjų patologijos rizikos veiksniai ir kaip atpažinti patologiją [1, 7]. Aiškiai pateikiama, kokie tyrimai ir koku periodiškumu turi būti atlikti: šlapimo, kraujo, RPR, ŽIV, kraujo grupės ir kiti, atkreipiamas dėmesys į rizikos veiksnius bei būtinus papildomus tyrimus ir specialistų konsultacijas [1]. Gairėse taip pat pabrėžiama, kad kiekvienam sveikatos priežiūros specialistui kiekvieno nėščiosios vizito metu turi būti aišku, ką reikia atlikti, ir rekomenduojama 12 nėščiosios vizitų: pirmas ir antras – kuo anksčiau, toliau – 16, 18–20, 25, 28, 31, 34, 36, 38, 40 ir (jei nepagimdo) 41 nėštumo savaitę [1]. Gairės padeda priimti nėščiąsias prižiūrintiems specialistams teisingus sprendimus ir esant normaliam nėštumui, ir atsiradus ypatingoms aplinkybėms. Gairėse taip pat nurodoma, ko netikslinga daryti: rutiniškai atlikti nėščiosios dubens tyrimą, tirti dėl citomegalo viruso infekcijos, toksoplazmozės, rekomenduoti skaičiuoti ir registruoti vaisiaus judesius, abejojama ir B grupės beta hemolizinio streptokoko atrankinio tyrimo klinicine nauda [1].

Kas turėtų atlikti nėščiųjų antenatalinę priežiūrą? Gairėse numatyta, kad nekomplikuoto nėštumo atveju turi būti pasiūlyta akušerės arba šeimos gydytojo priežiūra [1]. Įrodyta, kad rutininis akušerio ginekologo įtraukimas nustatytais intervalais, esant nekomplikuotam nėštumui, nepagerina išeičių, lyginant su situacijomis, kai ginekologas konsultuoja iškilus komplikacijoms [1]. Vis dėlto daugiau privalumų įžvelgiama organizuojant ne šeimos gydytojo ir akušerio ginekologo, o būtent akušerės priežiūrą. Įrodyta, kad nėščiosios, kurios nuolat lankosi pas akušerę, nėštumo metu jaučiasi saugesnės, yra rečiau hospitalizuojamos (todėl nepatiria streso), rečiau persileidžia iki 24 nėštumo savaičių, o gimdymo metu rečiau reikalingos instrumentinio gimdymo, epiziotomijos, analgezijos ir anestezijos priemonės, be to, tokios motinos greičiau pradeda žindyti krūtimi [35].

Dėl vizitų skaičiaus nuomonės nėra labai kategoriškos. Pavyzdžiui, JAV vidutinis nėščiosios vizitų skaičius yra 12 [1, 8], taip pat nurodoma, kad mokslškai pagrįstas yra 8–12 antenatalinių vizitų skaičius [1]. Mažėjant vizitų skaičiui, išauga perinatalinio mirtingumo rizika, be to, tai netenkina ir pačių moterų poreikių: jos nori daugiau buvimo laiko ir supratimo, daugiau

bendravimo, informacijos, palaikymo ir perspektyvų aptarimo, mažiau skubėjimo [1]. Nustatyta, kad moterys labiau vertina ne apskritai vieną ar kitą specialistą, pavyzdžiui, šeimos gydytoją, akušerę ar akušerį ginekologą, bet būtent konkrečiai paskirtą, joms gerai žinomą specialistą ir netoleruoja siuntinėjimo, kelių specialistų vienu metu ar specialistų kaitaliojimo [8]. Nėščiąjų požiūris į skirtingų specialistų priežiūrą nėštumo metu yra tirtas ir Lietuvoje: nustatyta, kad reikšmingai dažniau priežiūra, informacijos pateikimu, bendravimu, profesionalumu labai patenkintos buvo tos nėščiosios, kurios lankėsi pas akušerius ginekologus [4].

Lietuvoje nuo 2005 m. galioja „Geros akušerinės praktikos gairės“, skirtos nėščiąjų priežiūrai supaprastinti ir palengvinti [7]. Vadovas, parengtas pagal pasaulines įrodymais pagrįstos medicinos rekomendacijas [1], jau tapo neatsiejama kiekvieno akušerio ginekologo darbo parankine knyga. Tikėtina, kad ją įsigijo ir kai kurie šeimos gydytojai, nes paprastesnio ir lakoniškesnio gido, kaip prižiūrėti nėščiąsias, iki šiol Lietuvoje neturime. Nors nuo to laiko išleista keletas solidžių praktikos vadovų tiek akušeriams ginekologams, tiek šeimos gydytojams, tačiau juose išsamesnių nėščiąjų ambulatorinės priežiūros rekomendacijų nepateikiama. Vienintelis 2009 m. išleistas „Šeimos gydytojo vadovas“ pateikia konkretesnes nėščiąjų priežiūros rekomendacijas šeimos gydytojams [9].

Lietuvoje įrodymais pagrįstas nėščiąjų priežiūros reikalavimus nustato minėtos gairės ir keli SAM įsakymai, todėl galima teigti, kad geros akušerinės praktikos ir medicininio požiūriu nėščiąjų sveikatos priežiūra Lietuvoje yra sutvarkyta.

**Nėščiąjų sveikatos priežiūrą reglamentuojantys teisės aktai.** Kaip jau minėta, be medicininio nuorodų, labai svarbu vadovautis ir aiškiai reglamentuota teisine nėščiąjų sveikatos priežiūros tvarka. Civilinio kodekso 6.732 straipsnis nurodo esminį teisinio sveikatos priežiūros reguliavimo momentą – rūpestingumo laipsnį. „Vykdydamas savo veiklą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas turi užtikrinti tokį rūpestingumo laipsnį, kokio tikimasi iš sąžiningo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo. Jo veikla turi būti grindžiama atsakomybe, kurią nustato įstatymai, kiti teisės aktai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų profesijos standartai“ [10]. Sveikatos sistemos įstatymo 20 straipsnyje numatyti konkretūs įsakymų taikymo ypatumai: „Sveikatos priežiūros specialistai turi teisę pasirinkti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka aprobuotas diagnostikos ir gydymo metodikas ir technologijas“ [11]. Kitaip

tariant, sveikatos priežiūros specialistas pagal Civilinį kodeksą pirmiausia turi vadovautis rūpestingumo, atsakomybės ir profesinių standartų kriterijais. Civilinio kodekso 6.725 straipsnyje iš esmės apibrėžiama, kas yra sveikatos priežiūra: „Asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra veikla, įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus, kuria stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę“ [10].

Pagrindinis teisės aktas, konkrečiai reglamentuojantis nėščiąjų ambulatorinės priežiūros tvarką Lietuvoje, yra SAM 2011 m. įsakymas „Dėl nėščiąjų sveikatos tikrinimų“ [12]. Tačiau egzistuoja dar keli lygiaverčiai (SAM lygio) teisės aktai. Praktikos gydytojas vienu metu turi vadovautis dar bent penkiais–šešiais teisės aktais, pavyzdžiui, įsakymais dėl genetinių tyrimų, echoskopijos indikacijų, toksoplazmozės diagnostikos, nedarbingumo pažymėjimų taisyklių, SAM metodikomis dėl bakterijų, hipertenzijos ir kraujavimų [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. Atsižvelgiant į tai aiškėja, jog praktiškai iškyla nepaprastai svarbus uždavinys visą informaciją susisteminti, kad nėščiąją prižiūrinčiam sveikatos priežiūros specialistui nereikėtų nuolat rūpintis, jog tik ko nepamirštų, o nėščioji jau nėštumo pradžioje aiškiai žinotų, kokia priežiūros tvarka numatyta, nors pagrindinė nėščiąjų priežiūros tvarka to nenumato [20]. Todėl įstaigos priverstos patvirtinti papildomas tvarkas ir rekomendacijas [18], kad galėtų saugiau ir sklandžiau dirbti. Savo gydymo įstaigoje esame senokai parengę ir patvirtinę Akušerijos ir ginekologijos skyriaus darbo tvarką, kurios konkretūs protokolai numato nėščiąjų būtino ištyrimo reglamentą, lankymosi ir skatinamųjų paslaugų suteikimo tvarką. Nėščioji yra išsamiai pasirašytinai supažindinama su šia nėštumo priežiūros tvarka.

**Nėščiąjų sveikatos priežiūros organizacija Lietuvoje.** Vertinant nėščiąjų priežiūros organizaciją Lietuvoje reikėtų atsižvelgti į keletą aspektų: nėščiąjų galimybę prisirašyti prie norimos gydymo įstaigos ir gydytojo bei konkrečių sveikatos priežiūros specialistų, kuriems teisės aktais patikėta nėščiąjų sveikatos priežiūra, profesinė kompetencija.

Vertinant paciento prisirašymo klausimą atkreiptinas dėmesys į kelis teisės aktus. Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnyje numatyta, kad „pacientas turi teisę pasirinkti Sveikatos apsaugos ministerijos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka pirminės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, taip pat pagal šio straipsnio nustatytas sąlygas antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją, kad

suteiktų nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas“. 84 straipsnis paantrina: „Gyventojai turi teisę nustatyta tvarka pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros rūšį arba jų atsisakyti“ [11]. Taigi pagal šiuos teisės aktų teiginius bet kuri Lietuvos nėščioji turi teisę pasirinkti norimą sveikatos priežiūros įstaigą ir norimą specialistą – šeimos gydytoją arba akušerį ginekologą, nes „kiekvienas asmuo gali pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią sveikatos priežiūros įstaigą arba tiesiog jam labiau priimtina sveikatos priežiūros įstaigą“ [11]. Tačiau tai nereiškia, kad konkreti nėščioji pateks pas jai patinkančią ir pageidaujamą akušerį ginekologą – juk ji prisirašys prie šeimos gydytojo, ne prie akušerio ginekologo. Jeigu kalbėtume apie sveikatos priežiūros įstaigą, tai ši teisė prisirašyti yra įgyvendinama, tačiau tai nebūtinai užtikrina pacientės teisę lankytis pas norimą akušerį ginekologą, o tik pas tą, kuris dirba jį prirašiusioje gydymo įstaigoje. Jeigu nėščioji yra pagal gyvenamąją vietą prisirašiusi prie įstaigos, kurioje nedirba jos norimas ginekologas, ji turi tris išeitis: mokamai lankytis pas norimą akušerį ginekologą kitoje įstaigoje (tai iš esmės prieštarauja jos teisei gauti nemokamas paslaugas), arba lankytis pas šeimos gydytoją ir gauti siuntimą vykti į norimo akušerio ginekologo konsultaciją, arba prisirašyti prie gydymo įstaigos, kurioje dirba jos norimas akušeris ginekologas (nebūtinai patogioje jai vietoje, kaip rekomenduoja teisės aktai). Bet kurio pasirinkimo atveju kyla papildomų vizitų skaičiaus, įvairių derinimų ir dubliuotų vizitų pavojus. Tą iš dalies patvirtina ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 straipsnis, kuriame teigiama, kad „pacientas teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, sveikatos priežiūros specialistą, tačiau sveikatos priežiūros specialisto pasirinkimo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos vadovas.“ Dar daugiau, „įgyvendinant teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą teisės aktų nustatyta tvarka gali būti ribojama“ [21]. Beje, deklaruojama ir dar viena paciento teisė į „kito tos pačios profesinės kvalifikacijos specialisto nuomonę“, tačiau įgyvendinant šią teisę „paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą Sveikatos apsaugos ministerijos ar jos įgaliotų institucijų nustatyta tvarka gali būti ribojama“ [21]. Tą patvirtina ir vienas iš SAM įsakymų [22].

Vertinant sveikatos priežiūros specialistų, kuriems patikėta nėščiųjų priežiūra, kompetenciją, taip pat tenka atsižvelgti į tai, kad šiandien dalis akušerijos ir

ginekologijos paslaugų Lietuvoje priskiriama šeimos gydytojo institucijai, dalis – gydytojo akušerio ginekologo ir kai kas – akušerės kompetencijai. Teisine kazuistika reikėtų laikyti nuo 2003 iki 2008 m. galiojusį SAM įsakymą, leidusį teikti pirminio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas (t. y. ir prižiūrėti nėščiąsias) tuomet bendrosios praktikos gydytojui ir akušeriui ginekologui pagal tą pačią to meto bendrosios praktikos gydytojo normą MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas: teisės, pareigos, atsakomybė“, bet ne pagal akušerio ginekologo normą [15, 23, 24, 25]. Kitaip tariant, ir šeimos gydytojas, turintis šeimos gydytojo licenciją, ir akušeris ginekologas, turintis akušerio ginekologo licenciją, turėjo vadovautis ta pačia norma, ir to nėra jokių kitų specialybių gydytojų aprašyme. Laimei, apsižiūrėta ir nuo 2008 m. ši praktika pakeista, šeimos gydytojo funkcijos prižiūrint nėščiąsias reglamentuotos LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, Pareigos. Kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, o akušerio ginekologo kompetencija įtvirtinta įsakymu „MN 64:2008 „Gydytojas akušeris ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ [15, 23, 25].

Šeimos gydytojo normoje išsamiai apibūdinama kompetencija akušerijos srityje, būtent: mokėti atlikti akušerinį ir ginekologinį išorinių ir vidinių lytinių organų (paimti tepinėlį iš makšties bei gimdos kaklelio; nėštumo diagnostika – ištiriant ir atliekant nėštumo testus) tyrimą, surinkti nėščios moters (nustatant gimdymo rizikos laipsnį) akušerinę anamnezę, nustatyti nėštumo požymius, stebėti normalų nėštumą, priimti normalų, netikėtai prasidėjusį, gimdymą, išmanyti motinystės problemas, psichologinius nėštumo aspektus, jo poveikį moteriai, šeimai, normalaus apvaisinimo, antenatalinės, perinatalinės ir postnatalinės apsaugos principus, nėštumo rizikos veiksnius, normalaus nėštumo eigą, vaistų poveikį besivystančiam vaisiui, svarbiausius vaisiaus rizikos veiksnius, hipertenzinių nėščiųjų būklių simptomus ir gydymo principus, nėščiosios ligų poveikį nėštumo eigai ir vaisiui, įtarti serologinį nesutapimą, gestacinį diabetą, nenormalią nėštumo eigą, kolpitą, diagnozuoti gresiantį persileidimą, nėščiųjų vėmimą, hipertenziją, preeklampsiją ir eklampsiją, gydyti nėščiųjų hipertenziją. Šeimos gydytojai turi turėti ginekologinį rinkinį: vaginalinius skėtiklius, vaginalinius veidrodžius, kornchangus (tai, mūsų nuomone, nėra labai svarbu ambulatoriškai prižiūrint nėščiąsias), akušerinį stetoskopą, akušerinį skriestuvą, šepetėlius gimdos kaklelio tepinėliui paimti [23]. Nors norma įpareigoja

suteikti pagalbą netikėtai prasidėjusio gimdymo atveju ir atlikti pirmą naujagimio tualetą, tačiau nenurodo, kad šeimos gydytojas turėtų turėti gimdymo paketą, žirkles ir spaustuką virkštelei. Be to, šeimos gydytojo kabineto įrangoje nenumatyta patalpa sveikatos mokymui. Tuo tarpu lygiavertis SAM įsakymas pirminio lygio akušerio ginekologo ambulatorinėms paslaugoms teikti tokias patalpas numato, be to, įpareigoja turėti ir mikroskopą, kaip būtiną įrangą [24]. Netiesiogiai galima daryti išvadą, kad nėščioji, kuri pirminiame lygyje lankosi pas akušerį ginekologą, sveikatos mokymo (motinystės mokyklos) paslaugas privalėtų gauti, o lankydamosi pas šeimos gydytoją – ne. Atkreiptinas dėmesys, kad, neturint gimdymo paketo „netikėtai prasidėjusiam gimdymui priimti“ ir mikroskopo (pavyzdžiui, galimam vaisiaus vandenų tekėjimui nustatyti), akušerinė pagalba šeimos gydytojo kabinete keltų tam tikrų abejonių.

Tai, kas pasakyta apie šeimos gydytojo kompetenciją akušerijoje, rodo, kad tos pačios ar panašios apimtys paslaugas turėtų teikti ir akušeris ginekologas, ir ne daugiau, nors akušerio ginekologo kompetencija ir norma leidžia daugiau [15]. Tai nesudaro sąlygų suteikti nėščiajai visaverčių paslaugų, be to, paslaugos dar ir dubliuojamos. Pavyzdžiui, jei nėščioji lankosi pas šeimos gydytoją, ji gauna siuntimą 4 kartus per nėštumą konsultuotis su akušeriu ginekologu (antro lygio specialistu) [12]. Taip tarsi norima šeimos gydytoją apdrausti nuo galimos kompetencinės nesėkmės. Tokiu būdu net normos atvejais sveika nėščioji įgyja teisę apsilankyti pas gydytoją ne 7, o 11 kartų. Tačiau jei nėščioji lankosi pas pirmo lygio akušerį ginekologą (šeimos gydytojo darbo apimtis), tai 1 kartą ji gauna siuntimą daryti echoskopiją, bet negauna siuntimo 3 kartus per nėštumą apsilankyti pas akušerį ginekologą – antro lygio specialistą [12, 15, 23]. Tuo lyg pritariama, kad pirmo lygio akušerio ginekologo kompetencijos užtenka, kaip užtenka ir 8 nėščiosios vizitų pas gydytoją. Pasitaiko, kad šeimos gydytojai siunčia nėščiąją į antro lygio akušerio ginekologo konsultaciją kitame miesto gale ar net kitame mieste, ir net neaišku, į kokią konkrečiai gydymo įstaigą, nėščiajai visai nežinomą. Per daug atsakomybės tenka ir konsultantui: nėščioji

į konsultaciją atvyksta turėdama tik siuntimą ir formą F 113/a, be savo tipinės nėštumo formos F 111/a, kurioje yra nėštumo metu atlikti tyrimai, išsami anamnezė, nėštumo eigos duomenys, taip pat duomenys apie buvusius gimdymus ir kita svarbi informacija. Todėl tokia teisinė painiava neretai trikdo pačių specialistų darbą, o nėščiosios geriau lankosi pas akušerį ginekologą nei pas šeimos gydytoją, kad nebūtų siuntinėjamos.

Specialistų, prižiūrinių nėščiasias, kompetencijos klausimas neatsiejamas ir nuo darbo sąlygų, kuriomis specialistas gali savo kompetenciją realizuoti, bei nuo drašos, kuri būtina kompetencijai įgyvendinti. Tiesa, ir akušerio ginekologo, ir šeimos gydytojo, ir akušerės normos (kaip jau minėta, šiems trimis specialistams leistą prižiūrėti nėščiasias) aiškiai išdėsto, kokios apimtys paslaugas nėščiajai suteikti [15, 23, 26]. Tačiau atlikti tyrimai rodo, kad nedaugelis šeimos gydytojų gali šią teisę realizuoti. Pavyzdžiui, nors 58 proc. pačių šeimos gydytojų nuomonė apie akušerijos paslaugų priskyrimą šeimos gydytojo institucijai iš esmės palanki [5], tačiau jų įgūdžiai akušerijos ir ginekologijos srityje yra gana menki (labai gerai ir pakankamai gerai savo įgūdžius vertino tik 17,7 proc. šeimos gydytojų), o reikiamą įrangą ir instrumentus savo darbo kabinete turėjo tik 15,9 proc. šeimos gydytojų, 54,3 proc. naudojami specializuotu ginekologijos kabinetu [27, 28]. Nedidelių miestelių, kaimų ir privačių kabinetų šeimos gydytojais dažniau nurodė turintys sąlygas tirti ginekologiškai [27]. Nustatyta, kad Lietuvoje šeimos gydytojai apskritai nėra tinkamai pasirengę teikti paslaugas, susijusias su nėštumu ir gimdymu: tik 60 proc. šeimos gydytojų teikia nėščiųjų priežiūros paslaugas, o staiga prasidėjusį normalų gimdymą gebėtų priimti tik ketvirtadalis [5]. Iš tų šeimos gydytojų, kurie prižiūri nėščiasias, tik 44 proc. nesusiduria su akušerinės pagalbos problemomis, dažniau nesusiduria su problemomis tik siųsdami nėščiasias į būtinąsias konsultacijas ir įformindami nėštumo atostogas (atitinkamai 51,5 ir 55 proc.) [5]. Nuo 2002 m. stebimas žymus šeimos gydytojų skaičiaus didėjimas ir akušerių ginekologų skaičiaus mažėjimas (žr. 1 lentelę). Tai leidžia daryti prielaidą, kad šeimos gydytojai teiks daugiau akušerijos paslaugų.

1 lentelė. Aktyvių gydytojų akušerių ginekologų ir šeimos gydytojų skaičius Lietuvoje

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ginekologų skaičius	792	795	778	777	801	777	744	716	703
Šeimos gydytojų skaičius	1 150	1 500	1 665	1 730	1 794	1 844	1822	1 838	1 849

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla. [www.lsic.lt](http://www.lsic.lt)

2 lentelė. Perinatalinio mirtingumo rodikliai Lietuvoje (negyvų gimusių skaičius 1 000 gimusių)

Metai	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Perinatalinis mirtingumas	9,61	7,91	9,19	7,78	7,49	7,34	6,75	7,66	6,77	6,38	5,97

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla. [www.lsic.lt](http://www.lsic.lt)

3 lentelė. Perinatalinio mirtingumo Šeškinės poliklinikoje rodikliai

Metai	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Perinatalinis mirtingumas	6,4	4,4	13,1	4,1	6,8	0	5,7	5,8	4,6	2,6	6,1

4 lentelė. Cezario pjūvių dažnis (proc.) Lietuvoje ir Šeškinės poliklinikoje

Metai	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lietuvoje	13	13,5	15,3	15,3	17	19,1	20,9	22,9	23,8	24,4	
Šeškinės poliklinika	13,3	13,4	17,1	15,9	14,4	19,7	19,1	19,6	21,8	19,2	13,5

Šaltinis: Naujagimių registro duomenys. [www.lsic.lt](http://www.lsic.lt)

Didžiosiose Vilniaus, Kauno ir kitų miestų poliklinikose skirtingų pirmo ir antro lygių paslaugų teikėjai yra atskirti, nors funkcionuoja vienu metu ir pasitaiko, kad funkcijos dubliuojamos. Šeimos gydytojai ir pirmo lygio komandos, kurioms priklauso akušeris ginekologas, finansuojami pagal prisirašiusių gyventojų skaičių, o antro lygio akušeriai ginekologai gauna finansavimą pagal šeimos gydytojų ir kitų specialistų atsiųstų pacientų atliktas konsultacijas [25, 29, 30]. Atskiros savarankiško akušerių darbo finansuoti nenumatyta. Akivaizdu, kad šeimos gydytojas, geografiškai nutolęs nuo specialistų, imasi daugiau funkcijų, įskaitant ir akušerinę ginekologinę priežiūrą. Tai patvirtino ir Mozūraitės tyrimas [5]. Viešųjų įstaigų šeimos gydytojams patogumui netoliese turėti pirmame lygyje dirbantį akušerį ginekologą, kurio paslaugomis ir naudojasi. Akušerių ginekologų konsultacijos reikalingos ir prie privačių šeimos kabinetų prisirašiusioms pacientėms, ir tai yra 4 konsultacijos pagal SAM rekomendaciją, įskaitant vaisiaus echoskopiją 18–20 savaitę [12].

Problema dar ir ta, kad niekur nėra aiškiai apibrėžta, ką laikyti „fiziologiniu vizitu“. Tiesa, nėščiąjų priežiūros reikalavimuose nurodyta, kas yra laikoma „didelės rizikos nėštumu“. Vadinasi, jei nėščioji neturi nė vieno iš išvardintų 37 didelės rizikos nėštumo faktorių, ji priklauso fiziologinio nėštumo grupei. Kita vertus, ar tikrai rizikos faktorių turinčios nėščiosios nėštumo eiga negali būti fiziologinė? Praktika rodo, kad gali. Deja, nėra viskas taip aišku ir paprasta. Tik labai nedaug nėščiųjų jau pačioje nėštumo pradžioje galima priskirti didelės rizikos grupei. Paprastai tai nepalankios akušerinės anamnezės ir nepalankios nėščiosios

būklės grupės [12]. Dažniausiai padidėjusi rizika išaiškėja nėštumo metu, ir tada tampa neaišku, kur nėščioji turėtų lankytis. Formaliai, jei lankėsi pas šeimos gydytoją, turėtų pakeisti gydytoją ir pereiti pas antro lygio akušerį ginekologą, kuris turi atitinkamos kvalifikacijos reikalaujančią licenciją [12]. Jei lankėsi pas komandos (t. y. pirmo lygio) akušerį ginekologą, tai turėtų lankytis pas antro lygio akušerį ginekologą – konsultantą, nors teisės aktuose lygiai nekonkretizuoti. Tačiau problema kyla tada, kai įstaigoje dirbantis akušeris ginekologas priklauso BPG komandai, bet nėra įdarbintas teikti antro lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugas. Formaliai nėščioji turėtų toliau lankytis pas kitą tos pačios gydymo įstaigos akušerį ginekologą, galintį teikti antro lygio paslaugas, arba gauti siuntimą į kitą gydymo įstaigą. Jeigu praktiškai tokia tvarka veiktų, kai kurioms nėščiosioms kiltų ypač daug nepatogumų ir nerimo bei streso, susijusio su joms įprasto gydytojo pakeitimu.

Lietuvoje neturime statistinių duomenų apie naujagimio ir motinos perinatalines išėtis tais atvejais, kai nėščiąją prižiūri šeimos gydytojas ar akušeris ginekologas, ar akušerė [31]. Mūsų gydymo įstaigoje, įsikūrusioje 1987 m., nėščiąsias prižiūri akušeriai ginekologai. Ilgametis įdirbis ir nėščiąjų priežiūros patirtis leido sumažinti perinatalinį mirtingumą ir planinių cezario pjūvių dažnį, pagerinti pirmosios nėščiąjų įskaitos rodiklius, pacientės mažiau siuntinėjamos, taikomas individualizuotas kiekvienos nėščiosios priėmimas, kaip ir rekomenduojama tarptautinėse gairėse [1]. (Žr. 2, 3 ir 4 lenteles.) Mūsų patirtis leidžia apginti nuomonę, kad nėščiąjų galimybė lankytis pas norimą akušerį ginekologą neprarado savo svarbos.

Pastebėta, kad šiuo metu Lietuvoje egzistuoja labai įdomi praktika privačiose PASPJ, kur praktikuoja šeimos gydytojai, turintys prisirašiusių pacientų. Daug kur įprasta samdytis gydytoją akušerį ginekologą bei kitus siauresnių specialybių gydytojus ir dalį funkcijų, įskaitant nėščiųjų priežiūrą, perduoti jiems. Atkreiptinas dėmesys, kad tokios akušerio ginekologo paslaugos yra apmokestintos. Pavyzdžiui, viena Vilniuje dirbanti šeimos gydytojų klinika skelbia, kad yra sudariusi sutartį su TLK ir joje šeimos gydytojų paslaugos, taip pat ir nėščiųjų priežiūra, prisirašiusiems asmenims nemokamos. Tačiau pažymi, kad turi ir ginekologijos kabinetą, kur pacientės priima patyrusi akušerė ginekologė, o jos teikiamų paslaugų sąrašas – nėščiųjų priežiūra. Įdomu, kad pagal sutartį su TLK pirmo lygio nėščiųjų priežiūra, įskaitant tyrimus, yra nemokama, tačiau įstaigos tinklalapyje informuojama, kad pirminė nėščiosios apžiūra pradedant dispanserizavimu prisirašiusiems pacientėms kainuoja 50 litų, o pakartotinos konsultacijos nėštumo metu kainuoja 25 litus. Neaišku, kokios apimties nemokamas paslaugas gaus nėščioji, ir lieka tikėtis, kad ji galės pasirinkti arba šeimos gydytoją ir lankytis nemokamai, arba akušerį ginekologą, už kurio paslaugas mokės. Net jeigu šeimos gydytojų kabinete akušeris ginekologas yra įdarbintas teikti mokamas paslaugas, o įstaiga yra sudariusi sutartį su TLK, tai pagal galiojančius teisės aktus nėščioji nemokamai turėtų lankytis pas šeimos gydytoją ir bent 4 kartus per nėštumą su šeimos gydytojo siuntimu akušeris ginekologas ją turėtų konsultuoti nemokamai [12, 24, 32].

**Nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimas.** LR Konstitucijos 53 straipsnyje teigiama, kad „įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“ [33]. LR sveikatos sistemos įstatymo 47 straipsnis numato, kad nėščiųjų asmens sveikatos priežiūra yra nemokama: „Valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai priskiriama <...> nėščiųjų asmens sveikatos priežiūra“ [11]. Papildomai tai patvirtinama ir 48 straipsnyje: „Savivaldybės remia savo teritorijos nėščiųjų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.“ Šis įstatymas taip pat pateikia paaiškinimą, kaip apmokama ši priežiūra: „Valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų“ [11]. Įvertinant tą faktą, kad Lietuvoje gimstamumas nuo 16,5 1 000-čiui gyventojų 1985 m. sumažėjo iki 10,9 1 000-čiui

gyventojų 2010 m. [31], tokios svarbiausių įstatymų nuostatos teikia vilčių. Tačiau valstybėje yra ir kitų tokių pat svarbių asmenų, kaip nėščiosios. Įdomu pastebėti, kad kartu tame pačiame įstatymo straipsnyje šalia nėščiųjų pateikiamas sąrašas ir kitų grupių asmenų, kuriems valstybė taip pat laiduoja nemokamą sveikatos priežiūrą, pavyzdžiui, „teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, kardomojo įkalinimo vietoje esančių asmenų, nuteistųjų bei užsieniečių, pateiktųjų prašymą suteikti jiems prieglobstį Lietuvos Respublikoje“ ir „asmenų, sergančių tuberkulioze, lytiniu keliu plintančiomis ligomis, ŽIV (AIDS), užkrečiamosiomis, endokrininėmis, psichikos, onkologinėmis ligomis, priklausomybės nuo alkoholio sindromu, narcomanijomis, toksikomanijomis ir kitomis Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto sąrašo ligomis“ [11]. Įstatyme taip pat pasakyta, kad „valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros mastai numatomi įvertinus gyventojų demografinius, sveikatos ir aplinkos kokybės rodiklius bei jų kitimo tendencijas“, o tai, atsižvelgiant į blogėjančią Lietuvos demografinę situaciją, reikėtų, kad nemokamai nėščiųjų priežiūrai turėtų būti keliami ypatingi reikalavimai ir išlygos. Sveikatos sistemos įstatymo 18 straipsnis formaliai įpareigoja sveikatos priežiūros įstaigas „per nustatytą laiką tikrinti nėščiųjų <...> sveikatą.“ Dar daugiau, 49 straipsnyje nurodoma, kad „valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio“ [11]. Atsižvelgiant į tai, kas pasakyta aukščiau, nėščiųjų priežiūra iš tiesų turėtų būti išskirtinė. Deja, praktinėje veikloje ji neretai tampa išskirtinė neigiamą šio žodžio prasme. Nedirbančios nėščiosios, nepaisant jų įstatymu reglamentuotos teisės į nemokamą sveikatos priežiūrą, privalo atlikti tam tikrus veiksmus, beje, mokamus, kad galėtų realizuoti savo teisę nemokamai lankytis nėštumo metu. Pavyzdžiui, nedirbanti ir neturinti kitokio tipo socialinių garantijų nėščioji negali būti nei apžiūrėta, nei įtraukta į įskaitą ir gauti nėščiajai priklausančias nemokamas skatinamąsias paslaugas bei tyrimus. Todėl jei nėščiajai nepriimtina mokėti už nėštumo priežiūrą, ji privalo registruotis darbo biržoje, nors galbūt darbo ji visai ir neieško [33, 34]. Tik sukakus 30 savaičių ji turi gauti gydančio gydytojo pažymą apie nėštumą (pažymos daugelyje gydymo įstaigų mokamos), pristatyti ją į teritorinę ligonių kasą, kad gautų draustumo garantijas laikotarpiui nuo 30 savaičių iki vaiko gimimo ir galėtų lankytis ir gauti sveikatos priežiūros paslaugas nemokamai. Iš to, kas pasakyta, aiškėja, kad dėl teisiškai

deklaruojamos teisės į nemokamą sveikatos priežiūrą kai kurioms nėščiosioms tenka ir gerokai pasistengti.

Konkretus draustų nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimas reguliuojamas vadovaujantis SAM įsakymu „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ [29]. Gydytojai gauna apmokėjimą „už įrašytų į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių“, o papildomas mokėjimas skiriamas už suteiktas skatinamąsias PASP paslaugas. Skatinamųjų paslaugų prižiūrint nėščiąją įvardintos kelios: „Už fiziologinio nėštumo priežiūros paslaugas, teikiamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta ambulatorinės nėščiųjų priežiūros tvarka, mokama ne daugiau kaip už 7 gydytojo ir 7 slaugytojos vizitus į namus ar nėščiosios apsilankymus pas šiuos specialistus“ [11]. „Pacientui suteiktas skatinamąsias paslaugas į asmens sveikatos istoriją (forma Nr. 025/a) ir asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelę (forma Nr. 025/a-LK) įrašo jas suteikęs asmuo. Įrašus savo antspaudu ir parašu patvirtina gydytojas.“ Kaip jau minėta, įsakyme nurodyta „fiziologinio nėštumo“ sąvoka, bet neapibrėžta, kas yra fiziologinis nėštumas, fiziologinio ar patologinio nėštumo atveju apmokama, vadinasi, apmokama už visas nėščiąsias. Nuo 2007 m. imta mokėti už nėščiosios kraujo tyrimą dėl sifilio ir ŽIV bei kraujo grupės ir Rh antikūnų nustatymą. Nuo 2011 m. liepos 1 d. bus mokama ir už besimptomės bakterijų tyrimus. Pavyzdžiui, kai už fiziologinį gydytojo vizitą mokama

nuo 11,9 (trečias–šeštas vizitas) iki 17,8 (pirmas ir antras) lito, už akušerės vizitą – nuo 6,6 (trečias–šeštas vizitas) iki 19,3 lito (septintas vizitas), o už minėtus tyrimus – nuo 8,3 (RPR) iki 14,1 (ŽIV) lito, kiekvienos nėščiosios priežiūra nėštumo metu skatinama apie 200 litų kiekvienai sveikai nėščiajai.

Nepaisant akivaizdžios nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimo pažangos, apmokėjimas nėra iki galo sutvarkytas. Pvz., po to, kai 2006 m. buvo paskelbtas SAM įsakymas dėl būtinų ŽIV ir RPR tyrimų atlikimo, informacija apie tyrimų atlikimo finansavimą pasiekė tik po pusės metų [29]. Tas pats pasakytina ir apie nėščiųjų bakterijų tyrimų finansavimą: atitinkama SAM metodika, kuria įstaigos įpareigos privaloma tvarka atlikti šiuos tyrimus, paskelbta 2010 m. rugsėjo mėnesį, o apmokėjimas pažadėtas nuo 2011 m. liepos 1 d. [19, 34]. Įvertindami įrodymus, kad laiku išaiškinta nėščiųjų besimptomė bakterijūrija ir tinkamas gydymas padeda išvengti pielonefrito ir pagerinti perinatalines išiteis [36], savo įstaigoje radome galimybių finansuoti būtinus nėščiųjų bakterijų tyrimus kiekvienai moteriai nuo 2011 m. sausio 2 d. (žr. 5 ir 6 lenteles).

**Kiti nėščiųjų sveikatos priežiūros teisiniai klausimai, nėščiųjų teisės.** Sveikatos priežiūros specialistas, be medicinos žinių, privalo turėti ir teisinių žinių, kad taptų savo pacientės savotišku advokatu. Dažniausiai nėščiosios nežino savo teisių, susijusių su darbu, santykiais su darbdaviu, draustumu, priklausančiomis socialinėmis garantijomis ar socialinėmis išmokomis. LR Konstitucijos 39 straipsnis garantuoja dirbančioms motinoms mokamas atostogas iki gimdymo ir po jo,

5 lentelė. Iširta dėl besimptomės bakterijūrijos nėščių moterų Šeškinės poliklinikoje

Nėščiųjų apylinkėje	Iširta dėl bakterijūrijos	Rasta teigiamų atsakymų	Nekokybiškai surinkti tyrimai
461	310 67,3 proc.	17 3,9 proc.	38 8,5 proc.

6 lentelė. Bakteriologinių pasėlių teigiamų rezultatų ryšys su šlapimo takų infekcijos anamneze Šeškinės poliklinikoje

„Teigiama“ šlapimo takų infekcijos anamnezė	Iširta	Rasta teigiamų	Mikroorganizmai
36	36	5 13,9 proc.	<i>Streptococcus agalacticae</i> 1–20 proc. <i>Klebsiella pneumoniae</i> 2–40 proc. <i>Enterobacter aerogenes</i> 1–20 proc. <i>E. coli</i> 1–20 proc.
„Neigiama“ šlapimo takų infekcijos anamnezė			
274	274	11 4,4 proc.	<i>E. coli</i> 6–54,3 proc. <i>Enterococcus spp.</i> 2–18,1 proc. <i>Streptococcus agalacticae</i> 2–18,1 proc. <i>Streptococcus mitis</i> 1–9,1 proc.



7 lentelė. Gimdymai ir nėščiosioms išduotų pažymų skaičius Šeškinės poliklinikoje

Metai	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gimdymų skaičius	656	693	679	651	715	808
Išduota pažymų nėščiosioms	343	289	256	239	393	271
Iš jų F084	44 (6,9 proc.)	21	22	6	10	7 (0,8 proc.)
Pažymų santuokai	23	44	33	25	16	16

palankias darbo sąlygas ir kitas lengvatas [33]. SAM įsakymas nurodo ir konkrečių 73 pozicijų sąrašą draudžiamų nėščioms darbų, galinčių kaip nors komplikuoti nėštumo eigą ir pabloginti vaisiaus būklę. Šiame sąrašė, tarp kitų darbų, nėščioms moterims draudžiama dirbti naktį, kompiuteriu, šiltnamiuose ar, pavyzdžiui, vairuoti autobusą [37]. Viena vertus, sveikatos priežiūros specialistas pagal minėtą įsakymą privalėtų išsiaiškinti nėštumui kenksmingus darbo aplinkos veiksnius, išduoti nėščiajai pažymą, atleidžiančią nuo tokio darbo, ir apie tai fiksuoti medicinos dokumentuose. Kita vertus, žinant situaciją darbo rinkoje, reta nėščioji pasinaudoja savo teise būti perkelta dirbti nekenksmingomis darbo sąlygomis. Mūsų gydymo įstaigoje šia teise kasmet pasinaudoja tik iki 1 proc. nėščiųjų (žr. 7 lentelę).

Gana paini teisinė situacija susidaro tada, kai tenka spręsti nėštumo ir gimdymo atostogų laiko klausimą. Teisės aktai numato nėštumo ir gimdymo atostogas pasirinkti „suėjus 30 nėštumo savaičių ir daugiau“, tačiau kiek tas „daugiau“, neapibrėžia, todėl nėščiosioms tenka aiškinti, ką tokia jų teisė reiškia [38]. Įstatymai taip pat numato, kad moterims, suėjus 30 ir daugiau nėštumo savaičių, motinystės pašalpa mokama už 126 kalendorines dienas. Komplikuoto gimdymo atveju ir kai gimė daugiau negu vienas vaikas, pašalpa mokama papildomai už 14 kalendorinių dienų [16, 37, 38]. Tačiau akivaizdžiai įstatymo diskriminuojamos yra tos moterys, kurios, neatsižvelgiant į priežastis, iki gimdymo datos (suėjus 30 ir daugiau nėštumo savaičių) nepasinaudojo teise į nėštumo ir gimdymo atostogas, nes tuo atveju motinystės pašalpa mokama jau tik už 56 kalendorines dienas po gimdymo [17, 38]. Nors teisės aktai tarsi ir neprieštarauja, kad moteris atostogomis pasinaudotų vėliau, tačiau išmokos gavimo negarantuoja. Pavyzdžiui, nėščioji, pasinaudojusi savo teise pasirinkti nėštumo ir gimdymo atostogas vėliau („30 savaičių ir daugiau“), tačiau netikėtai pagimdžiusi 30–40 savaitę, teisės į išmoką netenka [38]. Tiesa, jei moteris pagimdo 22–30 nėštumo savaitę, tai jai išmokama visa priklausanti išmoka už 126 dienas [38].

**Dokumentacija.** Praktiniame darbe pastebėjome, kad esama nėščiųjų medicininė dokumentacija seniai neatitinka nei geros akušerinės praktikos rekomendacijų, nei pasikeitusių teisinių sąlygų, nei nėščiosios, nei ją prižiūrinčio specialisto poreikių. Nėščiosios asmens sveikatos istorijose „Nėštumo eigos įrašai“ F 025-111/a tebėra jau seniai geros akušerinės priežiūros reikalavimų neatitinkančios grafos apie kaulinio dubens matavimus, taip pat būtinybę tirti gimdos kaklelį 6 kartus per nėštumą. Dokumente „Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė“ F 113/a, kuris yra pagrindinė dokumentacijos santrauka pačiai nėščiajai, stinga vietos informacijai apie motinystės mokyklą, apie sveikatos priežiūros specialistą, jo darbo grafiką, svarbiausius ir rimčiausius pavojaus nėštumui ir nėščiajai ženklus. Ambulatorinio vizito metu (kurio, beje, taip pat neaiški trukmė, nes nuo 1994 m. galiojęs reikalavimas konsultacijai skirti 15 minučių SAM įsakymu buvo anuliuotas 2001 m., o naujo nepaskelbta), per kurį reikia kokybiškai atlikti nėščiosios apžiūrą, išsamiai pasikalbėti su nėščiaja, atsakyti į jos užduodamus klausimus ir užpildyti bent keturių dokumentų grafas (F111, F113, F25 ir „Nėščiųjų stebėjimo žurnalas“ F 075/a), dažnai tampa sunkia užduotimi [39]. Vis dar turime pildyti jokios prasmės neturintį nėščiųjų vizitų žurnalą F 075/a, kuris turi reikalingas pildyti grafas „Lankymasis felčerio-akušerės punkte ar patronažas“ bei „Nėštumo eiga pogimdyminiame periode“ – nei logikos, nei laikmečio neatitinkantys reikalavimai. Visų privalomų pildyti formų įrašai dubliuoja vieni kitus ir užima daug laiko.

Daug neaiškumų kyla ir dėl nėščiųjų parašų asmens sveikatos istorijose. Kaip jau minėta, nėščiosios vizito metu pildoma asmens sveikatos istorija F 25/a, nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė F 113/a, daromi nėštumo eigos įrašai F 111/a ir vedamas žurnalas F 075/a. Dviejuose rimtuose teisės aktuose galima įžvelgti tam tikrą teisinę priešpriešą. Pavyzdžiui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 14 straipsnis draudžia teikti sveikatos priežiūros paslaugas be paciento sutikimo [21], nors ir nedetalizuoja, ar tas sutikimas

turėtų būti raštiškas. Tačiau kitame, 16-ame, straipsnyje vis dėlto pateikiamas paaiškinimas, kaip pacientas tą sutikimą turi išreikšti: „Laikoma, kad savanoriškai į sveikatos priežiūros įstaigą dėl stacionarinės ar ambulatorinės sveikatos priežiūros atvykęs arba į namus sveikatos priežiūros specialistą iškvietęs pacientas yra informuotas ir sutinka, kad tos įstaigos sveikatos priežiūros specialistas jį apžiūrėtų, įvertintų jo sveikatos būklę, paskirtų ir atliktų būtinas tyrimų ir gydymo procedūras, jei sveikatos priežiūros įstaiga yra užtikrinusi, kad visa būtina informacija pacientui būtų suteikta (prieinama) jo buvimo ar lankymosi šioje įstaigoje metu, o šios įstaigos darbuotojai atsakyti į visus paciento klausimus, susijusius su šia informacija“ [21]. Kitaip tariant, nors ir reikia „gauti informacija pagrįstą sutikimą“, pacientui dėl asmens sveikatos teikimo paslaugų pasirašyti nebūtina. Tačiau kaip užtikrinti, kad pacientui informacija buvo pateikta suprantamai, negavus jo parašo, lieka neaišku. Kita vertus, teisiškai lygiaverčio kito įstatymo, Civilinio kodekso 6.730 straipsnio „Paciento sutikimo įrašymas į jo medicinos dokumentus“, nuostatos tam prieštarauja: „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas turi apie visus savo veiksmus (asmens sveikatos priežiūros paslaugas), kuriems atlikti buvo duotas paciento sutikimas, įrašyti į paciento medicinos dokumentus, o pacientas ar jo atstovas turi tai pasirašyti“, tai yra sutikimas teikti paslaugas turi būti apiformintas raštu“ [10]. Prižiūrint nėščiasias tai reikštų, kad moteris turėtų duoti raštišką sutikimą dėl visų jai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, o konkrečiai – taip pat ir dėl skatinamųjų paslaugų. Įvertinant tai, kas pasakyta, nėščiosios dokumentacija gali tapti susirašinėjimų lauku, kai nėščioji pasirašo, jog yra visiškai informuota apie ištyrimo planą, atliktas skatinamąsias paslaugas, bakteriurijos tyrimus, toksoplazmozę ir taip toliau, be to, kaskart pasirašo, kad gavo fiziologinio vizito skatinamąją paslaugą, pasirašytinai supažindinama su paskirtu gydymu. Ir taip – ne mažiau kaip 15, o kartais ir daugiau parašų nėštumo metu [21, 36].

Keletas pastabų dėl nėščiųjų draustumo. Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnyje numatyta, kas yra draudžiamieji ir apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu [34]. Per neapsižiūrėjimą šiame įstatyme palikta nuostata, kad draudžiamos yra „moters, kurioms įstatymų nustatyta tvarka suteiktos nėštumo ir gimdymo atostogos, ir nedirbančios moterys nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo“ [34]. Tačiau kitame lygiaverčiame teisės akte tvirtinama kitaip: „Suėjus 30 ir daugiau nėštumo savaičių“ [38]. Tai paantrina ir SAM įsakymas, pagal kurį teisė į nėštumo ir

gimdymo atostogas nėščiosioms suteikta suėjus ne 28, bet 30 savaičių ir daugiau [17]. Taigi lieka neaišku, ar apdrausta yra nėščioji tarp 28 ir 30 savaitės. Jeigu nėščioji nedirba iki 28 (30) nėštumo savaičių, tai ji turi būti arba „viena iš tėvų (įtėvių), auginanti vaiką iki 8 metų, taip pat viena iš tėvų (įtėvių), auginanti du ir daugiau nepilnamečių vaikų“ [34]. Jeigu taip nėra, nėščiosios turi apsidrausti, „užsiregistravusios gyvenamosios vietos darbo biržoje kaip norinčios ir galinčios dirbti tam tikrą darbą“, arba 3 mėnesius iš eilės mokėti socialinio draudimo įmokas ir tik po to įgyti teisę į nemokamą sveikatos priežiūrą nėštumo metu [34]. Kol ji to neatliks, nemokama priežiūra, nemokami tyrimai ir vizitai jai nepriklauso.

### IŠVADOS

1. Lietuvoje galiojantys teisės aktai gana tiksliai ir išsamiai reglamentuoja nėščiųjų sveikatos ambulatorinę priežiūrą ir atitinka tarptautinius geros akušerinės praktikos reikalavimus.

2. Įvertinant kritinę Lietuvos demografinę situaciją, tikslinga svarstyti klausimą, ar nebūtų geriau visas nėščiųjų sveikatos ambulatorinės priežiūros paslaugas ir reikalingus tyrimus atlikti nemokamai, neatsižvelgiant į nėščiųjų draustumą.

### Literatūra

1. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman: NICE Guideline (CG 62 ). London; 2008. Available at: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG62guideline.pdf>
2. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife – led versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration: October 8, 2008.
3. Dowswell T, Caroli G, Duley L, Gates S, Gulmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration June 8, 2010.
4. Vanagienė V, Žilaitienė B, Vanagas T. Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose atitinka nėščiųjų lūkesčius. Medicina 2009; 45(8):652-9.
5. Mozūraitė L. Akušerinės-ginekologinės pagalbos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje įvertinimas. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2009. Prieiga iš MRU bibliotekos.
6. Aniliūnė R, Nadišauskienė R, Blaževičienė A. Paslaugų kokybė pacientų ir medikų požiūriu universitetinės ligoninės moterų konsultacijoje. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2006; 9(3):170-177.
7. Geros akušerinės praktikos gairės / Pregnancy and delivery guidelines of quality care. Sud. Nadišauskienė R, Babill Stray-Pedersen. Kaunas, Vitae litera, 2005; 8-9.
8. Novick G. Women's Experience of Prenatal care: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health 2009; 54(3):226-237.
9. Randakevičienė J, Jaruševičienė L. Nėščiųjų sveikatos priežiūra // Kn. Šeimos medicinos pagrindai. Valius, L (sud.). Trečias pataisytas ir papildytas leidimas. Kauno medicinos universitetas. Kaunas: Vitae Litera, 2009.

10. LR civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas. 2008 m. liepos 18 d. Nr. VIII-1864. Aktuali redakcija nuo 2010-07-15. Žin., 2000, Nr. 74-2262.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Aktuali redakcija nuo 2010-11-27. Žin., 1994, Nr. 63-1231.
12. LR SAM 2011 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. 681 „Dėl LR SAM 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymo Nr. V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“ pakeitimo“.
13. LR SAM 2005 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-522 „Dėl žmogaus genetikos paslaugų, apmokamų iš privalomojo draudimo fondo biudžeto, sąrašo ir jų bazinių kainų patvirtinimo“.
14. LR SAM 2002 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. 136 „Dėl ultragarinių tyrimų skyrimo indikacijų“.
15. LR SAM 2008 m. kovo 4 d. įsakymas Nr. V-170 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2008 „Gydytojas akušeris ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
16. LR SAM 2007 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-37 „Dėl tokso plazmozės epidemiologinės priežiūros, diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
17. LR SAM 2005 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-533/A1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklių <...> sąrašo parvartavimo“ bei jo pakeitimai.
18. LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. V-395 „Dėl diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir jų taikymo priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“. Žin., 2008, Nr. 139-5519.
19. Minkauskienė M, Biržietis T, Jurgaitienė A. Nėščiųjų besimpptomės bakterijomis diagnostikos ir gydymo metodika. Prieiga per internetą [www.sam.lt](http://www.sam.lt).
20. Vasjanova V. Ambulatorinėje grandyje dirbantis akušeris ginekologas: teisės, pareigos ir atsakomybė. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2008; 3(1):5.
21. LR paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 2009 m. lapkričio 19 d. (įsigaliojo nuo 2010-03-01).
22. LR SAM 2001-11-09 įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisiarašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“. Žin., 2001, Nr. 96-3400.
23. LR SAM 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugsėjo 9 d. įsakymas Nr. V-527 „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“.
25. LR SAM 2008 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-681 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-527 „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“ pakeitimo“.
26. LR SAM 1994 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. 401 „Dėl MN 40:1997 „Akušerė (akušeris). Funkcijos, kompetencija, pareigos, teisės ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
27. Jaruševičienė L. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojų galimybės tenkinti jaunų žmonių lytinės ir reprodukcinės sveikatos priežiūros poreikius // Kn. Jaruševičienė L, Valius L. Jaunų žmonių lytinė ir reprodukcinė sveikata, Kaunas, VITAE LITERA, 2005; 60-65.
28. Jaruševičienė L, Nadišauskienė R, Zaborskis A. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojų galimybės vykdyti paauglių reprodukcinės sveikatos priežiūrą. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2000; 3(1):32-37.
29. LR SAM 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“.
30. LR SAM 2002-10-01 įsakymas Nr. 481 „Dėl ambulatorinės antrinės asmens sveikatos priežiūros“. Žin., 2002, Nr. 98-4381.
31. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla, 2009 m. duomenys. <http://www.lsic.lt>
32. Interaktyvus. Prieiga per internetą [www.gyda.lt](http://www.gyda.lt), žiūrėta 2011-06-12.
33. Lietuvos Respublikos Konstitucija (1992-10-25). Aktuali redakcija nuo 2006-04-25. Žin., 1992, Nr. 33-1014.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343. Aktuali redakcija nuo 2010-12-04. Žin., 1996, Nr. 55-1287.
35. LR SAM 2011 m. birželio 1 d. įsakymas Nr. V-563 „Dėl LR SAM 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“.
36. Minkauskienė M, Nadišauskienė R, Vitkauskienė A, Biržietis T, Gintautas V, Jurgaitienė A ir kt. Nėščiųjų besimpptomės bakterijomis diagnostikos ir gydymo metodika. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2009; XII(2):116-121.
37. LR SAM 1998 m. sausio 13 d. įsakymas Nr. 18/12 „Dėl darbų, draudžiamų dirbti nėščioms, pagimdžiusioms ir krūtimi maitinančioms moterims, ir nerekomenduotinių darbų moterims, norinčioms išsaugoti motinystės funkciją, taip pat joms kenksmingų ir pavojingų darbo aplinkos veiksnių sąrašų ir jų taikymo tvarkos“.
38. LR ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas. 2000 m. gruodžio 21 d., Nr. IX-110, Vilnius. Aktuali redakcija nuo 2011-01-01, Žin., 2000, Nr. 111-3574.
39. LR SAM 2001 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. 173 „Dėl sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvių“.

*PRENATAL CARE MEDICAL LAW REGULATION AND PRACTICE  
Vilma Vasjanova, Jonas Kairys, Ona Panasenkienė  
Summary*

*Key words: antenatal care, first level medical care, low risk pregnancy, high risk pregnancy, evidence based antenatal care.*

*The goal of the study was to analyze medical law regulation of prenatal care in Lithuania. High level of prenatal care is important point of women's health care in general. Lithuanian medical law allows prenatal care of pregnant women to general practitioners, obstetricians gynecologists and midwives. Prenatal evidence based care should include women's preferences, continuity, flexibility, comprehensive and professional medical care. Clinicians should inquire regarding women's needs and modify care accordingly and also advocate for institutional changes that reduce barriers to care.*

**Correspondence to: [wasjanova@yahoo.com](mailto:wasjanova@yahoo.com)**

Gauta 2011-08-11