

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO  
TEISĖS FAKULTETO  
BIOTEISĖS KATEDRA**

VILMA VASJANOVA  
Bioteisės studijų programa

**AMBULATORINĖS AKUŠERINĖS IR GINEKOLOGINĖS  
PAGALBOS TEISINIS REGULIAVIMAS LIETUVOJE**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė –  
Doc. dr. Indrė Špokienė

Vilnius, 2012

## ANOTACIJA

Darbo tikslas – išanalizuoti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo ypatumus, pateikti įžvalgų dėl probleminių praktinių aspektų. Darbą sudaro įvadas ir keturios dalys. Pirmoje dalyje atskleidžiami istoriniai ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo aspektai nuo prieškario iki šių dienų. Antroje didžiausias dėmesys skiriamas organizaciniams dabartinio teisinio reguliavimo ypatumams – pirminio, antrinio ir tretinio lygio ambulatorinei akušerinei ir ginekologinei pagalbai. Trečiojoje nagrinėjami teisinio reguliavimo ypatumai teikiant ambulatorinę akušerinę ir ginekologinę pagalbą tikslinėms pacienčių grupėms: nėščiosioms ir paauglėms. Ketvirtoje išskiriami kai kurie probleminiai teisinio reguliavimo aspektai teikiant atskiras akušerijos ir ginekologijos paslaugas: skatinamąsias ir prevencines paslaugas, nėštumo nutraukimą, ambulatorines dienos chirurgijos paslaugas bei būtinąją pagalbą. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, pasiūlymai, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis, literatūros sąrašas.

**Reikšminiai žodžiai:** ambulatorinė akušerinė ir ginekologinė pagalba, akušerinės pagalbos teisinis reguliavimas, ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas, nėščiųjų priežiūra.

## ANOTATION

The objective of the Thesis is to analyse peculiarities of legal regulation of the obstetrics and gynecology outpatient care, and provide the insights to relevant practical aspects. The Thesis consists of Introduction and four chapters. The 1st chapter reveals the historical aspects of legal regulation of the obstetrics and gynecology outpatient care from the pre-war period to the current days. The 2nd chapter focuses on the organisation of the current legal regulation, i.e. on the primary, secondary and tertiary level of the obstetrics and gynecology outpatient care. The 3rd chapter analyses peculiarities of legal regulation in providing outpatient care to target patient groups: pregnant women and adolescents. The 4th chapter highlights relevant legal regulation problems in providing different obstetrics and gynecology services: promotional and preventive measures, termination of pregnancy (abortion), out-patient surgery services and the emergency medical care. Conclusions, Recommendations, Summary (in Lithuanian and English) and the list of references are provided at the end of the Thesis.

**Key words:** Obstetrics and gynecology outpatient care, legal regulation of the obstetric care, legal regulation of gynecologic care, health care for pregnant women.

# TURINYS

## IVADAS

### I. AMBULATORINĖS AKUŠERINĖS IR GINEKOLOGINĖS PAGALBOS TEISINIO REGULIAVIMO PATIRTIS LIETUVOJE

1.1. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo istoriniai momentai ikikarinėje Lietuvoje.

1.2. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas sovietmečio laikotarpiu.

1.3. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas Nepriklausomybės laikotarpiu (nuo 1990 metų).

### II. DABARTINIS AMBULATORINĖS AKUŠERINĖS IR GINEKOLOGINĖS PAGALBOS TEISINIS REGULIAVIMAS

2.1. Ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikiančių įstaigų organizacija pagal paslaugų lygius.

2.1.1. Pirminio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas.

2.1.2. Antrinio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas.

2.1.3. Tretinio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas.

2.1.4. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų persidengimo teisinis vertinimas.

### III. AMBULATORINĖS AKUŠERINĖS IR GINEKOLOGINĖS PAGALBOS TEIKIMO TIKSLINĖMS PACIENTŲ GRUPĖMS TEISINIS REGULIAVIMAS

3.1. Ambulatorinės nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumai.

3.1.1. Nėščiųjų sveikatos priežiūrą reglamentuojantys teisės aktai.

3.1.2. Nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo probleminiai aspektai.

3.1.3. Nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimo teisinis reguliavimas.

3.2. Ambulatorinė nepilnamečių pacienčių priežiūra.

3.2.1. Ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo nepilnamečiams problema.

3.2.2. Nepilnamečių pacienčių teisės gauti konfidencialias ginekologines ir akušerines paslaugas įgyvendinimo problemos.

3.2.3. Nepilnamečių teisės gauti gydymo ir nėštumo priežiūros paslaugas aptarimas.

#### **IV. ATSKIRŲ AMBULATORINIŲ AKUŠERIJOS IR GINEKOLOGIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO TEISINIS REGULIAVIMAS**

4.1. Skatinamosios ir prevencinės paslaugos.

4.2. Nėštumo nutraukimo teisinis reguliavimas.

4.3. Ambulatorinių operacijų, manipuliacijų ir dienos chirurgijos paslaugų teisinis reguliavimas.

4.4. Būtiniosios pagalbos teikimo teisinis reguliavimas.

4.5. Kiti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės priežiūros teisinio reguliavimo probleminiai aspektai.

4.5.1. Medicininės dokumentacijos pildymo teisinis reguliavimas.

4.5.2. Pacienčių sveikatos priežiūros ir socialinių bei teisinių klausimų sprendimo sąsajos.

**IŠVADOS**

**PASIŪLYMAI**

**LITERATŪRA**

**SANTRAUKA**

**SUMMARY**

## IVADAS

**Temos problematika ir aktualumas.** Ambulatorinės akušerijos ir ginekologijos profilio paslaugos yra išskirtinės tiek savo specifiniu kontingentu – tai moterys ir mergaitės, tiek savo paslaugų apimtimi – profilaktine sveikatos priežiūra, nėščiųjų ir pagimdžiusiųjų sveikatos priežiūra, ligų diagnostika ir gydymu. Akušerinė ir ginekologinė sveikatos priežiūra apima dvi giminingas moters reprodukcinės sveikatos priežiūros sritis: akušeriją ir ginekologiją. Akušerija – medicinos mokslo šaka, nagrinėjanti nėščiosios, gimdyvės ir moters po gimdymo bei vaisiaus organizmo fiziologiją ir patologiją, o ginekologija – medicinos mokslo šaka, nagrinėjanti moters lyties organų fiziologiją ir patologiją, ginekologinių ligų profilaktikos ir gydymo metodus<sup>1</sup>.

Istoriškai taip susiklostė, kad moterų sveikatos priežiūra visada turėjo išskirtinį poreikį ir svarbą. Tačiau pastebėtina, jog šiuolaikinant sveikatos priežiūros apimtį ir teikimo tvarką, įvedus paslaugų lygius ir griežtą paslaugų hierarchiją, moters ir motinos, mergaitės sveikatos priežiūra tapo akušerijos ir ginekologijos paslaugų teikimu ir neteko savo išskirtinės svarbos, ir tai laikytina problematiškiausiu momentu.

Akušerijos ir ginekologijos sveikatos priežiūroje galime stebėti ir keletą kitų probleminių aspektų. Visų pirma, pirminė nėščiųjų ir ginekologinių pacienčių asmens sveikatos priežiūra.<sup>2</sup> Nėščiųjų pirminę sveikatos priežiūrą atlieka arba gydytojas akušeris ginekologas, arba šeimos gydytojas, arba akušerė<sup>3</sup>. Užsienio literatūroje vyrauja nuomonė, 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 artimesnis pačiai nėščiajai.<sup>4</sup> Tačiau pagal Lietuvoje atliktų tyrimų duomenis yra priešingai: nėščios pacientės labiau vertina lankymąsi pas akušerį ginekologą nei pas šeimos gydytoją<sup>5</sup>. Jos taip pat

---

<sup>1</sup>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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“. *Valstybės žinios*. 2008 Nr.35 -1250.

<sup>2</sup> Vasjanova, V.; Kairys, J.; Panasenkienė, O. Ambulatorinės nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas ir praktika. *Sveikatos mokslai*. 2011, 21(6): 104-114.

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> Dowswell, T., Caroli, G., Duley, L., *et al.* Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration June 8, 2010.

<sup>5</sup> 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): 652-659.

žymiai santūriau vertina akušerių jautrumą, dėmesingumą,<sup>6</sup> supratingumą ir sugebėjimus išspręsti problemas<sup>7</sup>. 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, tuo tarpu viešosiose įstaigose šis procentas žymiai mažesnis<sup>8</sup>.

Probleminiu aspektu laikytina nepilnai įgyvendinta nemokama nėščiųjų priežiūra. Teisės aktai 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 praktikoje neretai nėra pilnai įgyvendinama tais atvejais, kai nėščiosios nėra socialiai apdraustos arba yra prisirašiusios prie atskirų šeimos gydytojų kabinetų, kur jas prižiūri samdomas akušeris ginekologas. Ir socialiai apdraustoms nėščiosioms tenka mokėti už kai kuriuos tyrimus, kurie yra būtini atlikti atsižvelgiant į įrodymais pagrįstos medicinos reikalavimus.<sup>9</sup>

Kitas ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo probleminis aspektas – pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimo persidengimas tiek akušerijos, tiek ir ginekologijos srityje. Pirminio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikia ir šeimos gydytojai, ir akušeriai ginekologai, tačiau vadovaudamiesi skirtingomis specialybės normomis. Visi jie dažniausiai dirba pirminės sveikatos priežiūros centruose arba daugiaprofilinėse poliklinikose, o kai kuriose gydymo įstaigose – ir vieni, ir kiti. Daugumoje jų nėra aiškiai reglamentuota, kokiais atvejais pirminio lygio paslaugas teikia šeimos gydytojas, o kokiais – akušeris ginekologas. Antrinio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikia akušeriai ginekologai, dirbantys daugiaprofilinėse poliklinikose ir stacionarų diagnostiniuose padaliniuose, dažnai tai tie patys fiziniai asmenys, kurie dirba ir pirminiame lygyje. Ambulatorines tretinio lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikiantys akušeriai ginekologai dirba tretinio lygio paslaugas teikiančiose konsultacinėse poliklinikose arba stacionarų konsultaciniuose padaliniuose, ir neretai atsitinka, kad tai taip pat yra tie patys asmenys, kurie dirba ir pirminiame, ir antriniame lygyje, nes išskirtinių reikalavimų atitinkamų lygių akušerijos ir ginekologijos specialistams nėra numatyta.

Ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo probleminių aspektų yra ir daugiau: vienas kitą dubliuojantys, ne visada išsamūs ir informatyvūs teisės aktai, sudarantys prielaidas interpretacijoms; skirtingai traktuojamos tos pačios ambulatorinės akušerijos ir ginekologijos paslaugos, pavyzdžiui, dienos chirurgijos paslaugų teikimas, genetinės konsultacijos

<sup>6</sup> Aniulienė, R., Nadišauskienė, R., Blaževičienė, A. Paslaugų kokybė pacienčių ir medikų požiūriu universitetinės ligoninės moterų konsultacijoje. Lietuvos akušerija ir ginekologija 2006; 9(3):170-177.

<sup>7</sup> Mozūraitė L. Akušerinės-ginekologinės pagalbos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje įvertinimas. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2009. Prieiga iš MRU bibliotekos. P. 31.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 40.

<sup>9</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2, p. 104-114.

ir panašiai. Todėl tyrimo aktualumas tas, kad, mažėjant moterų populiacijai, gimstamumui ir didėjant bendram sergamumui ir norint pagerinti moterų sveikatos priežiūrą, pirmiausia turėtų būti imtasi teisinės bazės analizės.

**Tyrimo naujumas.** Ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo teisinio reguliavimo problema Lietuvos mokslinėje literatūroje nėra išsamiai nagrinėta. Nors jau paskelbta nemažai darbų sveikatos politikos ir valdymo, paslaugų kokybės ir prieinamumo, pacientų teisių ir saugos srityje, atkreiptas mokslininkų teisininkų dėmesys į atskiras pacientų (nepilnamečių, psichikos ligonių, sergančių retomis ligomis pacientų) grupes ir pagalbos jiems teisinio reguliavimo aspektus, tačiau kol kas trūksta darbų, kuriuose būtų bandoma nagrinėti atskirų sveikatos priežiūros sričių, tame tarpe ir ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo, teisinio reguliavimo aspektus.

Pirmosios teisinės įžvalgos akušerijos ir ginekologijos disciplinos srityje buvo pateiktos V. Vasjanovos<sup>10</sup> (2008; 2011), J. Kairio, O. Panasenkienės (2011)<sup>11</sup>, I. Špokienės ir G. Denafaitės moksliniuose straipsniuose (2011).<sup>12</sup> O kol kas daugumoje paskelbtų darbų išsamiau nagrinėjami ne teisiniai, bet medicininiai ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos aspektai. Kai kuriuose moksliniuose darbuose iš esmės nagrinėta daugiau vadybiniai, pavyzdžiui, tik akušerinės ir ginekologinės pagalbos prieinamumo, jos kokybės praktiniai aspektai, problemos, sunkumai. Pavyzdžiui, L. Mozūraitės darbuose išsamiai lygintas ambulatorinių akušerinių ir ginekologinių paslaugų prieinamumas bei kokybiniai ir kiekybiniai šių paslaugų teikimo skirtumai pas šeimos gydytojus, gydytojus akušerius ginekologus ir akušeres (2009).<sup>13</sup> V. Vanagienės, B. Žilaitienės, T. Vanago darbuose nagrinėta nėščiųjų nuomonė dėl ambulatorinių akušerinių ir ginekologinių paslaugų prieinamumo ir kokybės, tačiau tyrinėta tik Kauno miesto gyventojų nuomonė (2009)<sup>14</sup>. R. Aniulienė, R. Nadišauskienė, A. Blaževičienė taip pat yra analizavusios nėščiųjų pasitenkinimą ambulatorinėmis akušerijos ir ginekologijos paslaugomis, jų darbuose pateikiami patikimi statistiniai skirtumai tarp nuomonės tų nėščiųjų, kurios gavo pagalbą iš akušerių ginekologų ir tų, kurioms pagalbą teikė akušerės (2006).<sup>15</sup>

**Tyrimo tikslas.** Išanalizuoti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo ypatumus, pateikti įžvalgų dėl probleminių praktinių aspektų.

---

<sup>10</sup> Vasjanova, V. Ambulatorinėje grandyje dirbantis akušeris ginekologas: teisės, pareigos ir atsakomybė. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2008, 3(1): 5.

<sup>11</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2, p. 104-114.

<sup>12</sup> Vasjanova, V.; Špokienė, I.; Denafaitė, G. Nepilnamečių akušerinės ir ginekologinės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo aspektai. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2011, 14(4): 297-306.

<sup>13</sup> Mozūraitė, L., *supra* note 7, p. 41.

<sup>14</sup> Vanagienė, V., *supra* note 5, p. p. 652-9.

<sup>15</sup> Aniulienė, R., *supra* note 6, p. 170-177.

### **Uždaviniai:**

- 1) atskleisti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos moterims teisinio reguliavimo ypatumus atskiruose istorinės raidos etapuose;
- 2) išanalizuoti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos dabartinio teisinio reguliavimo ypatumus;
- 3) išskirti ir įvertinti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo tikslinėms pacientų grupėms teisinio reguliavimo probleminius aspektus;
- 4) pateikti išvalgų dėl kai kurių probleminių dabartinio akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo aspektų teikiant atskiras paslaugas: prevencines ir skatinamąsias, nėštumo nutraukimą, ambulatorines operacijas, būtinąją pagalbą.

**Tyrimo metodai.** Taikyta Lietuvoje galiojančių teisės aktų, kitų mokslinių šaltinių sisteminė ir lyginamoji analizė. Taip pat atliekant tyrimą taikyti bendramoksliniai tyrimo metodai - retrospektyvinės teisės dokumentų analizės metodas, lyginamasis, analitinis, teleologinis ir sisteminis.

*Retrospektyvinės teisės dokumentų analizės metodas* buvo naudojamas pirmoje darbo dalyje, atskleidžiant ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos moterims teisinio reguliavimo istorinę patirtį Lietuvoje. Kitose dalyse taikant šį metodą atskleidžiama akušerijos ir ginekologijos paslaugų sistemos teisinio reguliavimo tobulinimo raida, įtakota valstybės ekonominių pajėgumų ir įrodymais pagrįstų medicinos mokslo reikalavimų.

*Lyginamasis metodas* taikytas antroje darbo dalyje siekiant atskleisti atskirų ambulatorinės priežiūros paslaugų lygių vaidmenį akušerinės ir ginekologinės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo procese. Lyginamasis metodas taip pat taikytas norint išsiaiškinti skirtingų akušerijos ir ginekologijos paslaugų teikėjų – šeimos gydytojų ir akušerių ginekologų – teisinės galimybes teikti paslaugas moterims, bei valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų prieinamumo ir kokybės aspektus.

*Analitinis metodas* leido giliau pažvelgti į teisiškai reglamentuotos ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos prieinamumo visoms moterims galimybes ir pacienčių pasitenkinimą tokiomis galimybėmis. Kompleksiškai taikant lyginamąjį ir sisteminį metodus bandyta rasti paaiškinimą, kodėl teisinis akušerijos ir ginekologijos sveikatos priežiūros reguliavimas ne visada užtikrina savalaikę ir kokybišką sveikatos priežiūrą.

*Teleologinis* (arba teisės akto leidėjo ketinimo) metodas buvo naudojamas norint suprasti teisės aktų, reguliuojančių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teikimą, tikrąją esmę ir tikslą pacientės gerovės ir pagarbos jai prasme ir pateikiant galimas interpretacijas.



*Sisteminis metodas* taikytas siekiant atskleisti įvairių teisės aktų, reguliuojančių ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teikimą, tarpusavio sąsajas bei prieštaravimus ir jų įtaką kokybiškam paslaugų teikimui. Sisteminis metodas padėjo atskleisti teisės aktų, reguliuojančių ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teikimą, vietą ir prasmę kitų sveikatos priežiūrą reguliuojančių teisės aktų aplinkoje.

**Darbo struktūra.** Darbą sudaro įvadas ir keturios dalys. Pirmoje dalyje atskleidžiami istoriniai ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo aspektai nuo prieškario iki šių dienų. Antroje didžiausias dėmesys skiriamas dabartinio teisinio reguliavimo ypatumams – pirminio, antrinio ir tretinio lygio ambulatorinei akušerinei ir ginekologinei pagalbai. Trečiojoje nagrinėjami teisinio reguliavimo ypatumai teikiant ambulatorinę akušerinę ir ginekologinę pagalbą tikslinėms pacienčių grupėms - nėščiosioms ir paauglėms. Ketvirtoje išskiriami kai kurie probleminiai teisinio reguliavimo aspektai teikiant atskiras akušerijos ir ginekologijos paslaugas. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, pasiūlymai, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis, literatūros sąrašas.

## I. AMBULATORINĖS AKUŠERINĖS IR GINEKOLOGINĖS PAGALBOS TEISINIO REGULIAVIMO PATIRTIS LIETUVOJE

Tyrinėjant akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinį reguliavimą, neišvengiamai kyla jo istorinės raidos nacionalinėje teisėje klausimas. Neteisinga būtų teigti, kad pradžia yra pastarieji dešimtmečiai, todėl pasitelkiant retrospektyvinės teisės dokumentų analizės metodą svarbu pažvelgti, koks akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas buvo atskirais Lietuvos istorinės raidos etapais. Atsižvelgiant į Lietuvos istorinę ir politinę situaciją jų galima išskirti tris: ikikarinėje Lietuvoje (1918-1940), sovietinės okupacijos laikotarpiu (1940-1990) ir nuo 1990 – t.y. Lietuvai atgavus Nepriklausomybę.

### 1.1. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo istoriniai momentai ikikarinėje Lietuvoje

Jau pirmoji 1922 metų Nepriklausomos Lietuvos Konstitucija mini kai kuriuos moterų sveikatos prioritetus: XIII straipsnio 98 punktą nusako, kad „Šeimyninio gyvenimo pamatas yra moterystė. Tam tikrais įstatymais saugojama ir palaikoma šeimos sveikata ir socialinė gerovė. Motinystė yra ypatingoje Valstybės globoje“<sup>16</sup>.

Vis dėlto, akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo pradžia, tikėtina, laikytini dar ankstesni, 1918 metai, o pirmasis nagrinėti sveikatos apsaugos teisinio reguliavimo klausimus, manytina, pradėjo V. Micelmacheris.<sup>17</sup> Jeigu tikėsime leidinio „Sveikatos apsauga Lietuvoje 1918-1919 metais“ pratarinėje išsakytu patikinimu, kad autorius remiasi informacija „išlaikytuose to meto spaudiniuose“ ir cituoja „dokumentinę medžiagą“, tai iš kai kurių faktų netiesiogiai galime spręsti apie sveikatos priežiūros ir kai kurių jos sričių teisinio reguliavimo Lietuvos teritorijoje užuomazgas, tačiau autorius pripažįsta, kad ištirti šią veiklą nebuvo lengva. V. Micelmacheris teigia, kad 1918 metais „sveikatos apsaugos organai <...> reiškėsi Sveikatos apsaugos skyrių veikla“, o sveikatos apsauga turėjo „užsiimti vietiniai valdžios organai“ tačiau jie „ne visuomet aiškiai įsivaizduodavo kuriamųjų sveikatos apsaugos organų uždavinius“<sup>18</sup>. Nepavyko aptikti informacijos, kad ten galėjo būti minima ir moterų sveikatos priežiūra.

<sup>16</sup> Lietuvos Valstybės Konstitucija (1922 m. rugpjūčio 1 d.). [interaktyvus]. Publikavimas: Vyriausybės žinios, 1922-08-06, Nr. 100-799 [žiūrėta 2012-01-12]. [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)

<sup>17</sup> Micelmacheris, V. *Sveikatos apsauga Lietuvoje 1918-1919 metais*. Vilnius, Valstybinė politinės ir mokslinės literatūros leidykla, 1959, p.12.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p.14.

1919 metų kovo pirmą dieną pirmą kartą Lietuvos istorijoje buvo įsteigtas Sveikatos apsaugos liaudies komisariatas, jo pirmas vadovas buvo gydytojas Petras Avižonis<sup>19</sup>. Šio komisariato nuostatuose nurodoma, kad jis yra „iniciatyvinis organas medicinos <...> įstatyminėms normoms paruošti, taip pat jų įgyvendinimui kontroliuoti“. Tai yra žinyba, „kuri organizuoja ir tvarko medicinos <...> įstaigas ir gydymo reikalus“<sup>20</sup>. Komisariato nurodymu buvo įkurtos klinikos gimdyvėms Jokūbo ligoninėje, taip pat „specialios ambulatorijos kovai su venerinėmis ligomis“<sup>21</sup>. Tais pačiais 1919 metais Vilniuje buvo atidaryta „nemokama ambulatorija pagal sekančias specialybes: vidaus, nervų, chirurgijos, nosies, ausų, gerklės, akių, odos ir veneros, moterų ir dantų“<sup>22</sup>. Tuo pat metu, kai buvo įkurtas Sveikatos apsaugos liaudies komisariatas, buvo įsteigtas ir Socialinio aprūpinimo liaudies komisariatas, jam pavesta rūpintis motinos ir vaiko sveikatos apsauga, tačiau „šio komisariato veiklos pėdsakų išliko mažai“<sup>23</sup>. Kaip nėščios ir gimdyvės buvo aprūpinamos medicinine pagalba, detaliau išsiaiškinti nepavyko, tačiau to meto spaudoje V. Micelmacheris rado informacijos, kad „gimdymo skyriai atidaryti keliose ligoninėse“, o „prie skyrių veikia moterų ligų ambulatorijos“<sup>24</sup>.

Sveikatos reikalų tvarkymo po 1920 metų „organizacijos ir darbo pagrindai buvo paimta rusų įstatymai“<sup>25</sup>. „Sveikatos reikalams tvarkyti prie vidaus reikalų ministerijos buvo suorganizuotas sveikatos departamentas“<sup>26</sup>. „Departamentas sveikatos reikalus tvarkė per apskričių gydytojų įstaigas. Apskritis gydytojas formaliai turėjo „prižiūrėti ir kontroliuoti visų medicinos įstaigų ir privačiai praktikuojančių gydytojų, felčerių ir akušerių darbą“<sup>27</sup>. „Organizuojant medicinos pagalbą kaimo gyventojams, didesnę vaidmenį turėjo vaidinti savivaldybės. Joms buvo pavesta steigti ir laikyti ligonines ir ambulatorijas“<sup>28</sup>. Savivaldybėms taip pat buvo pavesta teikti subsidijas gydytojams ir akušerėms, kad šie važiuotų dirbti į kaimą“<sup>29</sup>.

Tikėtina, kad maždaug iki 1925 metų gydytojo praktika nebuvo diferencijuota. Dar prieš 1922 metų Konstitucijos paskelbimą buvo priimtas Medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymas, kuris apibrėžė teisine sąlygas gydytojų praktikai Lietuvoje: 1 straipsnis nurodė, kad „Gydytojų medicinos praktikos teises Lietuvoje patikrina Vidaus Reikalų Ministerijos Sveikatos

---

<sup>19</sup> Micelmacheris, V. *Supra* note 17, p15.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 17.

<sup>21</sup> *Ibid.*, p 27.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p 31.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p 35.

<sup>24</sup> *Ibid.*, p 36.

<sup>25</sup> Micelmacheris, V. *Antiliaudinis medicinos pagalbos pobūdis buržuazinėje Lietuvoje*. Valstybinė politinės ir mokslinės literatūros leidykla, Vilnius, 1950, p 37.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p 37.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p 38.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p 39.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p 40.

departamentas ir išduoda tam tikrus pažymėjimus eiti medicinos praktikai.“ Taip pat nurodyta, kad „Einantieji medicinos praktiką ir imantieji už tai atlyginimą neturėdami nurodytų šiame pinkle pažymėjimų baudžiami kaippo neturintieji teisės verstis gydymo praktika 195-ju Baudžiamojo Statuto straipsniu.“ Teisė verstis gydytojo praktika buvo suteikta tiems gydytojams, „kurie yra išlaikę Lietuvoje valstybinius kvotimus“ arba „yra gavę diplomus prie Rusų Valstybės Universitetų Medicinos fakultetuose arba jiems lygių įstaigų iki 1917 m. lapkričio mėn. 1 d.“<sup>30</sup> Įstatymas nenurodė, kokios rūšies praktika gydytojai galėjo verstis, todėl manytina, kad įvairia, vadinasi ir akušerine bei ginekologine pagalba. Tuo tarpu 1925 metais paskelbtas Medicinos, veterinarijos, farmacijos ir odontologijos praktikos teisių įstatymo 1 straipsnis jau atskiria tam tikras specializacijas: „Medicinos, veterinarijos, farmacijos ir odontologijos praktikos teisės Lietuvoje pripažįstama Lietuvos piliečiams: 1) išėjusiems Lietuvoje aukštąjį medicinos, veterinarijos, farmacijos ar odontologijos mokslą ir gavusiems savo specialybės diplomą; 2) gavusiems Rusijos valstybėje ligi 1918 m. vasario m. 16 d. medicinos daktaro ar gydytojo, veterinarijos magistro ar gydytojo, dantų gydytojo ar dantisto, farmacininko (farmacijos magistro, provizoriaus, provizoriaus padėjėjo, aptiekos mokinio), medicinos felčerio, akušerės ar veterinarijos felčerio diplomą ar pažymėjimą“. Įstatymas taip pat įvardijo tvarką, kaip tokia praktika prižiūrima: 7 straipsnis nurodė, kad „Medicinos gydytojų, dantų gydytojų, dantistų, farmacininkų (provizorių, provizorių padėjėjų ir aptiekos mokinių), medicinos felčerių ir akušerių praktikos teises tikrina Vidaus Reikalų Ministeris ir duoda leidimus praktikuoti Lietuvoje“.<sup>31</sup> Manytina, kad tai medicinos specialistų licencijavimo teisinės užuomazgos.

Visa medicinos pagalba buvo mokama. Tačiau iš 1926 metais paskelbto Ligonių kasų įstatymo galima spręsti, kad jau buvo galimybė pacientams apsidrausti ir gauti gydymo paslaugų apmokėjimą iš ligonių kasų. Šio įstatymo C skyriuje numatytos „Apsidraudimo ligai rūšys“, kurios įvardintos kelios: „1. Privalomas apsidraudimas. 2. Fakultatyvinis apsidraudimas. 3. Laisvas apsidraudimas.“ Įstatymo 23 straipsnis nurodė, kokią pagalbą Ligonių kasos garantavo: „Susirgusiems savo nariams ligonių kasa teikia nemokamai šitokių rūšių medicinos pagalbą: 1) pirmutinę medicinos pagalbą ūmai susirgus ar staigiam nelaimingam sveikatai atsitikimui ištikus; 2) ambulatorinę medicinos pagalbą; 3) gydytoją gulėtinai sergančiam ligoniui lankyti; 4) ligoninę su visu joje gydymu ir laikymu; 5) vaistus, tvarstomąją medžiagą ir gydymo reikmenis; 6) gimdymo

---

<sup>30</sup> Medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymas. [interaktyvus]. Vyriausybės žinios, 1921-02-04, Nr. 56-532 [žiūrėta 2012-01-11]. [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)

<sup>31</sup> Medicinos, veterinarijos, farmacijos ir odontologijos praktikos teisių įstatymas. [interaktyvus]. Vyriausybės žinios, 1925-04-23, Nr. 190-1291. [žiūrėta 2012-01-11]. [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)

pagalbą namie ar gimdymo įstaigoje.<sup>32</sup> Be to, įstatymo 56 straipsnis gimdyvėms numatė ir papildomų paslaugų: „gimdyvės gauna 1) akušerės ir, reikalui esant, gydytojo pagalbą; 2) prieš gimdymą kartinės pašalpos penkiasdešimt litų; 3) žindymo pašalpą pinigais, lygią gimdymo pašalpai, bet ne ilgiau kaip trylika savaičių nuo gimdymo dienos ir tik tuo atveju, jei pati motina savo kūdikį žindo.“ Be to, Įstatymo 27 straipsnis leido ligonių kasos nariui „pasirinkti iš ligonių kasos valdybos sąrašų gydytoją, akušerę seserį ar kitokią gydymo personalą; vaistinę ar kitokią gydymo įstaigą.“

Ikikarinio laikotarpio istorinėse kronikose galima aptikti ir aukščiausių valstybės pareigūnų rūpesčio moterų sveikatos priežiūra požymių. Prezidentas A. Smetona 1937 metais gydytojų suvažiavime atkreipė dėmesį, kad labai daug šalyje miršta kūdikių ir gimdyvių dėl nepakankamos medicininės priežiūros. „Pernai gimę jau ar 55 tūkstančiai, o mirę 11 tūkstančių. Tai didelis nuostolis Lietuvos žmonių prieauglyje.“ Prezidentas A. Smetona tuomet įvardijo ir priemones, ką reikėtų daryti: „reikia, kad gydytojų tinklas būtų teisingai išdėstytas po visą kraštą“, o „kiekvienas Lietuvoje valsčius turėtų po vieną gydytoją, po vieną akušerę, po vieną gailęstingą seserį.“<sup>33</sup>

1938 metais buvo paskelbtas „Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpinti įstatymas“ ir „Sąrašas vietovių, kuriose steigiami sveikatos punktai“, kuriuose nurodyta skirti lėšų „sveikatos punktam steigti ir laikyti bei gydytojams, felčeriams, gailęstingosioms seserims ir akušerėms šelpti tokiose vietovėse, kur sunkiau prieinama medicinos pagalba“<sup>34</sup>. Apsilankymai ir gydymas sveikatos punktuose buvo mokami. „Įsteigus 1938 metais sveikatos punktus, jiems buvo įvesta taksa“<sup>35</sup>. „Apsilankymas ambulatorijoje dieną kainavo tris litus, naktį – šešis“<sup>36</sup>. Taip pat ir „gimdymas liko apmokamas, todėl valstietės negalėjo gimdymo metu pasinaudoti gydytoju arba akušere“<sup>37</sup>. Vis dėlto, iš kai kurių statistinių duomenų galima daryti prielaidą, jog net ir toks nelabai tobulas teisinis reguliavimas leido ne tik plėsti gydymo įstaigų tinklą, bet ir padidinti medicinos personalo skaičių. Mūsų nagrinėjamu klausimu įdomu pastebėti, kad gydytojų skaičius nuo 1920 iki 1937 metų išaugo nuo 196 iki 817, o akušerių nuo 77 iki 455<sup>38</sup>.

Apibendrinant teigtina, kad ikikariniu laikotarpiu akušerinės ir ginekologinės priežiūros teisinis reguliavimas buvo gana fragmentiškas, aptakus ir nekonkretus, tačiau pažymėtina, kad

<sup>32</sup> Ligonių kasų įstatymas. [interaktyvus]. Publikavimas: Vyriausybės žinios, 1926-05-27, Nr. 227-1476. [žiūrėta 2011-01-11]. [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)

<sup>33</sup> Prezidento A. Smetonos kalba gydytojų suvažiavime, pasakyta 1937 m. kovo 21 d. ( 1937 m. „Medicina“, Nr 4 ). *Sveikatos apsauga* 1969, Nr. 3 p. 45-47.

<sup>34</sup> Micelmacheris, V. *Supra* note 25, p. 43.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p 69.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p 70.

<sup>37</sup> *Ibid.*, p 45.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p 57.

daug teisinių nuorodų to meto visuomenei buvo nauji ir reikšmingi, tiesa, buvo taikomi išimtinai turtingajai visuomenės daliai, kuriai iš esmės ji ir buvo prieinama.

## 1.2. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas sovietmečio laikotarpiu

Po 1940 metų Lietuva perėmė sovietinį sveikatos priežiūros, įskaitant ir akušerinės ir ginekologinės pagalbos, modelį. Istorinės šio laikotarpio sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo perspektyvos požiūriu reikšmingi J. Juškevičiaus pastebėjimai. „Sovietinio laikotarpio sveikatos priežiūros srities organizavimas ir reguliavimas bei finansavimas buvo valstybės monopolizuotas. Teisės į sveikatos apsaugą turinys konstituciniu lygmeniu buvo gana detalizuotas, nors asmens sveikatos priežiūros santykiai buvo administracinio pobūdžio, įgyvendinami per hierarchinį planinį – biudžetinį sveikatos priežiūros organizavimo ir finansavimo modelį“.<sup>39</sup> Z. Kriaučeliūnas rašo, kad „vyriausybė kreipė didelį dėmesį motinos ir vaiko sveikatos apsaugos pertvarkymui ir išplėtimui: buvo steigiami gimdymo namai bei motinos ir vaiko konsultaciniai punktai. Jau 1940 metų rugpjūčio mėnesį motinai ir vaikui globoti buvo 38 konsultaciniai punktai, kuriuose nemokamai buvo duodami įvairūs patarimai, bei pradėjo veikti 36 gimdymo punktai“.<sup>40</sup>

Kaip akušerinės ir ginekologinės pagalbos modelis teoriškai ir praktiškai veikė po karo, išsamiai pateikiama dar išlikusių senų akušerijos ir ginekologijos vadovėlių tekstuose.<sup>41</sup> Žymūs akušeriai ginekologai, prieš pateikdami akušerijos ir ginekologijos mokslo tiesas, būtinai išsamiai analizuodavo ir organizacinius bei teisinius klausimus, perteikdami partijos ir vyriausybės priesakus. Visuose vadovėliuose pateikiama informacija, kaip akušerinė ir ginekologinė pagalba organizuojama. Pavyzdžiui, galime sužinoti, kad akušerinė ir ginekologinė pagalba vadovavosi penkiais pagrindiniais valstybiniais organizaciniais principais: nemokama pagalba, visuotinai prieinama pagalba, maksimaliu šimtaprocentiniu visų nėščiųjų ir gimdyvių apėmimu, pagalbos priartinimu visoms moterims per moterų konsultacijas, nėštumo ir gimdymo komplikacijų profilaktika.<sup>42</sup> Visas paslaugas nėščiosioms ir gimdyvėms buvo pavesta teikti tik akušeriams ginekologams. Miestuose buvo įsteigtos moterų konsultacijos, kaimo vietovėse – felčerių – akušerės punktai. Jų užduotis – vesti visų nėščiųjų apskaitą, stebėjimą, atlikti patronažą, teikti

<sup>39</sup> Juškevičius, J. *Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai*. Kn. Regnum est, Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui. Mykolo Romerio universitetas 2009, p.627 – 648.

<sup>40</sup> Kriaučeliūnas, Z. Lietuvos KP rūpinimasis motinos ir vaiko sveikatos apsauga 1940-1941 m. *Sveikatos apsauga* 1970, Nr. 5, p 49-50.

<sup>41</sup> Bodiažina, V.; Žmakin, K. *Akušerstvo* [ Obstetrics ]. Moskva: 1979, p. 11.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 12.

gydomąją ir profilaktinę pagalbą aptarnaujamo rajono moterims.<sup>43</sup> Metodiniai nurodymai skelbė, kad moterų konsultacijos sudaromos teritorijos principu, o felčerių – akušerės punktai įkuriami kaimo vietovėse, turinčiose nuo 300 iki 800 gyventojų.<sup>44</sup> Nurodoma ir būtina moterų konsultacijos struktūra: rūbinė, registratūra, laukimo kambarys, nėščiujų ir ginekologinių ligonių priėmimo kabinetai, manipuliacijų kambarys ir fizioterapijos kabinetas. Didesnėse moterų konsultacijose turėjo būti keletas akušerių ginekologų kabinetų, taip pat nėščiujų terapeuto, stomatologo, venerologo kabinetai ir patalpos paruošimo gimdymui bei socialinei ir teisinei pagalbai teikti. Pažymėtina, kad didžiųjų miestų moterų konsultacijose buvo privalomi ir specializuoti kabinetai: šeimų nevaisingumo, nėščiujų, sergančių endokrininėmis ir širdies kraujagyslių ligomis priežiūros, paauglių, neišnešiotumo, kontracepcijos priemonių parinkimo. Aptarnaujamų moterų teritorija apylinkei priskirta 3000-3500 moterų. Siekiant priartinti akušerinę ir ginekologinę pagalbą dirbančioms moterims, akušerio ginekologo kabinetai ir net moterų konsultacijos būdavo organizuojami didesnėse pramonės įmonėse<sup>45</sup>.

Pavyko aptikti 1963 metais Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministro patvirtintus „Medicinos felčerių atestacijos nuostatus“, nustatančius aiškiai reglamentuotą tvarką, laikytiną šiuolaikinės akušerio ginekologo, bendrosios praktikos gydytojo ir akušerės normų reglamentavimo užuomazga. Nuostatuose išvardijami reikalavimai, apimantys ir akušerinę bei ginekologinę pagalbą. Pavyzdžiui, antros (tuomet vidutinės) kategorijos felčeris akušerijos ir ginekologijos srityje „žino normalios ir patologinės akušerijos pagrindus ir svarbiausias ginekologijos sritis; moka naudotis nėščių vidinių ir išorinių tyrimų metodais, o taip pat ginekologinių ligonių vidinio tyrimo metodais ir makšties skėtikliais apžiūrėjimo technika; moka diagnozuoti nėštumą ir nustatyti jo dydį; moka nustatyti nėštumo komplikacijas ir laiku nusiųsti į ligoninę, moka vesti normalų gimdymą; moka vesti nėščių dispanserizaciją; moka apžiūrėti vaginalinių šaukštų pagalba gimdos kaklelį ir atskirti normalų kaklelį nuo patologinio; žino ginekologinių ligonių dispanserizacijos principus.“<sup>46</sup>

Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai, patvirtinti 1969 m. lapkričio 10 dieną nurodo, kad „pagrindiniai Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministerijos uždaviniai yra <...> saugoti motinystę ir vaikystę“, o ryšium su tuo ruošti „priemonės motinystės ir vaikystės apsaugai užtikrinti“ ir organizuoti „teisinę paramą motinystės ir vaikystės apsaugos srityje.“<sup>47</sup>

Kaip praktiškai funkcionavo šie nuostatai ir nutarimai, žymūs to meto Lietuvos akušeriai ginekologai ir akušerės dalinosi savo patirtimi sveikatos spaudoje. Pavyzdžiui, J. Neniškis,

<sup>43</sup> Bodiažina, V., *supra* note 41, p. 13.

<sup>44</sup> Akušerinės-ginekologinės pagalbos organizacija TSRS ( Metodiniai nurodymai ). Kaunas, 1971, p. 11.

<sup>45</sup> Bodiažina, V., *supra* note 41, p. 14.

<sup>46</sup> Medicinos felčerių atestacijos nuostatai. Patvirtinta LTSR Sveikatos apsaugos ministro 1963 m. birželio 18 d.

<sup>47</sup> Kaupas, V. *Motinystės ir vaikystės apsauga: normatyvinių aktų rinkinys*. Vilnius: 1989, p. 33.

tuometinės LTSR Sveikatos apsaugos ministerijos vyriausias akušeris ginekologas 1969 metais rašė: „Respublikos kaimuose yra 935 akušerių-felčerių punktai. Pagrindiniai felčerių-akušerių bei kaimo ambulatorijų medicinos darbuotojų rodikliai yra šie: ankstyva nėščiųjų apskaita ir visų per 25 metų moterų profilaktinis ginekologinis ir krūties liaukų onkologinis patikrinimas“.<sup>48</sup> Dabar sunku vertinti, tačiau, matyt, būta kokio aplinkraščio, ministro įsakymo ar kitokio teisės akto, kuris numatė tokius reikalavimus. Neabejotina, kad teisės aktais turėjo būti reglamentuota ir tokių punktų darbo tvarka. J. Neniškis nurodo, kad „Kiekviename punkte turi būti ginekologinė kėdė ir instrumentarijus“<sup>49</sup>. Išaiškinus susirgimus moterys turėdavo būti dispanserizuodamos ir laiku nusiunčiamos į moterų konsultacijas gydymui. Nėščiųjų priežiūrai taikyti gana griežti reikalavimai: „Neužtenka pirmaisiais trim nėštumo mėnesiais moteris užregistruoti. Kiekviena nėščia moteris nuo pat nėštumo pradžios turi būti visapusiškai ištirta, o vėliau sistemingai tikrinama bei apmokoma pagrindinių higienos ir kūdikio priežiūros taisyklių. Kiekvieną nėščią moterį, kuo anksčiausiai turi ištirti terapeutas, akušeris ginekologas, stomatologas. Be to, turi būti atlikti visi laboratoriniai šlapimo (baltymo, cukraus, lyginamasis svoris), kraujo (WAR, Rh faktoriaus, hemoglobino, leukocitai, ENG ir kiti ) tyrimai“. „Kiekvieną kartą nėščioji pasverinama, išmatuojamas abiejų rankų kraujospūdis bei patikrinamas šlapimas (ar nėra jame baltymų)“. Taip pat egzistavo aiški tvarka, kada nėščiąją reikėtų hospitalizuoti, į kokias rimtas būkles atkreipti dėmesį: „ Hemoglobiniui sumažėjus iki 10 g% ar šlapime atsiradus baltymų, ar maksimaliam kraujospūdžiui pakilus 20 mm, ar svoriui padidėjus daugiau kaip 1500 g per mėnesį – nėščioji siunčiama į rajono moterų konsultaciją, nes dažnai tokia nėščioji turi būti stacionarizuojama. Nėščioji, sirgusi vėlyvąja nėštumo toksikoze, paskutines 2-3 savaites prieš gimdymą turi gulėti ligoninėje.“ Vertinant iš šiuolaikinių pozicijų, tai laikytina rizikingo nėštumo sekimo strategijos pradžia.

Tikėtina, kad ir nėščiųjų priežiūros tvarka, ir ginekologinių pacienčių patikros reikalavimai buvo gana aiškiai reglamentuoti, nes sveikatinimo sričiai skirtoje spaudoje 1970 metais rašoma: „Visos nėščios moterys moterų konsultacijoje ar felčerių punkte turi lankytis vieną kartą per mėnesį iki 20 nėštumo savaitės, 20-32 savaitę 2 kartus, ir po 32 nėštumo savaitės 3-4 kartus per mėnesį.“<sup>50</sup> Nedaug nukrypta nuo tokios tvarkos ir vadovaujantis naujausiais 2011 metų nėščiųjų sveikatos priežiūros reikalavimais.<sup>51</sup> Ginekologinių ligų išaiškinimo klausimai taip pat buvo

<sup>48</sup> Neniškis, J. Akušerių-ginekologų darbas felčerių-akušerių punktuose. *Sveikatos apsauga* 1969, Nr. 3, p 53-54

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 54.

<sup>50</sup> Palionienė, J. Patronažinės akušerės darbas. *Sveikatos apsauga*, 1970 Nr. 5, p. 55-56.

<sup>51</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. 681. „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymo Nr. V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“ pakeitimo. *Valstybės žinios*. 2011, 89 – 4287.



sprendžiami: „Dėl vėžio ir kitų susirgimų išaiškinimo organizuojami profilaktiniai moterų patikrinimai. Labai svarbu laiku ir visiškai išgydyti lėtinius uždegiminius genitalijų uždegimus, gerybinius navikus, gimdos kaklelio erozijas, venerines ligas ir pan. Reikia sudaryti tikslų nuo 18 metų moterų sąrašą, užvesti profilaktinio tikrinimo žurnalą dešimčiai metų. Moterys profilaktiškai dėl vėžio tikrinamos du kartus per metus.“<sup>52</sup> Septintojo 20 amžiaus dešimtmečio akušerė išreiškia viziją, kuri aktuali ir šiuolaikinei sveikatos priežiūros vadybai: „visi dirbantieji profilaktinį-gydomąjį darbą turi stengtis, kad kiekviena moteris išeitų iš gydymo įstaigos su šypsena, gera nuotaika, gavusi atsakymą į visus rūpimus jai klausimus.“<sup>53</sup>

Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos įstatymas, paskelbtas 1971 metais, akušerinę ir ginekologinę pagalbą mini dviejuose straipsniuose. 60 straipsnis „Motinystės skatinimas. Motinos ir vaiko sveikatos apsaugos garantijos“ nurodo kad „motinos ir vaiko sveikatos apsauga užtikrinama, organizuojant platų tinklą moterų konsultacijų, gimdymo namų, <...> teikiant moteriai nėštumo ir gimdymo atostogas, <...> perkeliant nėščias moteris į lengvesnį darbą ir kartu paliekant joms vidutinį atlyginimą“. 61 straipsnis „Medicinos pagalbos teikimas nėščioms moterims ir naujagimiams“ nurodo, kad „sveikatos apsaugos įstaigos užtikrina kiekvienai moteriai kvalifikuotą medicininių nėštumo eigos stebėjimą, stacionarinę medicinos pagalbą gimdymo metu ir gydymo bei profilaktikos pagalbą motinai ir naujagimiui“.<sup>54</sup>

Spėtina, kad šiuo laikotarpiu buvo reglamentuota ir nėštumo nutraukimo operacijos tvarka. Sveikatos spaudoje minima, kad didelė problema yra kriminaliniai abortai, iš ko galima spėti, kad nėštumo nutraukimas norinčioms nebuvo prieinamas. „Norint išvengti kriminalinių abortų, <...> akušerė kartu su gydytoju turi išanalizuoti abortų priežastis ir imtis priemonių, kad ateityje abortai nesikartotų. Reikia išaiškinti, kaip naudotis antikonceptinėmis priemonėmis.“<sup>55</sup> Manytina, kad būtent nepageidaujamo nėštumo nutraukimo palengvinimui ir kriminalinių abortų skaičiaus sumažinimui Lietuvos TSR Ministrų Taryba 1976 m. balandžio 5 d. priima nutarimą „panaikinti mokesčio ėmimą iš moterų už nėštumo dirbtiną nutraukimą ( abortą ).“<sup>56</sup>

Sovietmečio laikotarpio akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas pasižymėjo deklaratyvumu, komandiniu tonu ir partijos šūkių įgyvendinimo ryžtu. Visi tuometiniai teisės aktai akcentuodavo, kieno nurodymą jie įgyvendina. Tikėtina, kad be įžanginių šlovinimo liaupsių apskritai joks teisės aktas nebūtų galėjęs pasirodyti. Vienok atmetus šį tuomet laikytą svarbiu balastą, teisės aktuose galima įžvelgti tam tikro racionalumo ir naudos. Lietuvos TSR Sveikatos

---

<sup>52</sup> Palionienė, J., *supra* note 50, p. 56.

<sup>53</sup> *Ibid.*, p. 56.

<sup>54</sup> Kaupas, V., *supra* note 47, p. 32.

<sup>55</sup> Palionienė, J., *supra* note 53, p. 56.

<sup>56</sup> Kaupas, V., *supra* note 54, p. 33.

apsaugos ministerija pavieniais atvejais skelbdavo įsakymus, kaip ir dabar įprasta, tačiau žymiai dažniau įsakymams prilygusias metodines rekomendacijas. Manytina, kad daugybė metodinių rekomendacijų, eilinius gydytojus ir įstaigas pasiekdavusių iš centrinės ir vietinės ministerijų ir žinybų, laikytini šiuolaikinių diagnostikos ir gydymo protokolų pradmenimis. Lietuvos medicinos bibliotekos fondų archyvuose tebesaugoma šimtai metodinių nurodymų ir metodinių rekomendacijų, kaip elgtis vienos ar kitos patologijos atveju. Pateiksime keletą pavyzdžių, atitinkančių nagrinėjamą akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo temą. 1977 metais TSSR Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino profesoriaus M. Omarovo parašytas metodines rekomendacijas „Nėščiąjų anemijos diagnostikos, gydymo ir profilaktikos metodinės rekomendacijos“, kurias Lietuvoje perspausdino 300 egzempliorių tiražu ir išsiuntinėjo gydymo įstaigoms nemokamai.<sup>57</sup> Aštuoniolikos puslapių išsamus leidinys turėjo pagelbėti praktikos gydytojui. Metodinės rekomendacijos „Rizikos faktoriai nėštumo metu“ pirmą kartą paskelbtos 1981 metais ir laikytinos rizikingo nėštumo priežiūros strategijos teisinio reguliavimo užuomazga.<sup>58</sup> Rekomendacijose buvo įsakmiai nurodyta vertinti riziką vaisiui, kuri pasiūlyta trijų laipsnių: maža, vidutinė ir didelė. Buvo tiksliai nurodytas nėštumo priežiūros planas esant kiekvienam iš rizikos laipsnių, vaisiaus būklės stebėjimo metodai, nėščiąjų hospitalizacijos kriterijai ir rekomenduojama gimdymo pagalba. Tais pačiais 1981 metais paskelbtose metodinėse rekomendacijose „Vaisiaus ir naujagimio brandumo ir fizinio išsivystymo diagnostika“ buvo pirmą kartą nurodyta privalomai visoms nėščiosioms atlikti vaisiaus ultragarsinį tyrimą, siunčiant 20-24 nėštumo savaitę. Rekomendacijose buvo pateiktos ir indikacijos, kada privaloma papildomai nėščiąją nusiųsti vaisiaus echoskopijai, kada įtarti vaisiaus augimo sulėtėjimą ir pirmą kartą pateiktos ultragarsinių vaisiaus matavimų normos.<sup>59</sup> Pažymėtina, kad visus su akušerine ir ginekologine pagalba susijusius Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymus ir metodines rekomendacijas parengdavo žymūs to meto Lietuvos mokslininkai akušeriai ginekologai, pavyzdžiui, Docentas V. Svygrys, Profesorius V. Sadauskas ir kiti, o tvirtindavo Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministro pavaduotoja, garsi gydytoja akušerė ginekologė, docentė Olga Račkauskienė.<sup>60</sup> Atkreiptinas dėmesys, kad šiuo metu akušerijoje ir ginekologijoje metodinių

---

<sup>57</sup> Omarov, M. *Metodičeskije rekomendacii po diagnostike, lečeniju i profilaktike anemii beremennyh*, [Methodical guide to anaemia diagnostics, treatment and prophylaxis of pregnant women]. Moskva, Ministerstvo zdravoochranenija SSSR, 1977.

<sup>58</sup> Rizikos faktoriai nėštumo metu ( metodinės rekomendacijos ). Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministerija, Vilnius, 1981.

<sup>59</sup> Vaisiaus ir naujagimio brandumo ir fizinio išsivystymo diagnostika ( metodinės rekomendacijos ). Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministerija, Vilnius, 1981.

<sup>60</sup> *Ibid.*

rekomendacijų turime tik dvi: nėščiųjų besimptominės bakteriurijos ir nėščiųjų hipertenzijos diagnostikos ir gydymo metodikas.

Atsiradus galimybei vystyti privačiai veiklai, Lietuvoje atsirado ir draudimas teikti tam tikrą akušerinę ir ginekologinę pagalbą mokamai: TSRS Sveikatos apsaugos ministerijos 1987 m. kovo 4 d. patvirtinti „Gydytojų ir vidurinės grandies medicinos darbuotojų individualios darbinės veiklos nuostatai“ uždraudė visų specialybių gydytojams „taikyti invazines diagnostikos metodus, daryti chirurgines operacijas ir abortus, prižiūrėti ir gydyti nėščias moteris.“<sup>61</sup>

Apibendrinant pastebėtina, kad sovietiniu laikotarpiu, viena vertus, akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas pasižymėjo deklaratyvumu, aiškiais ir griežtomis nuorodomis, bekompromisiniu reikalavimu vykdyti teises nuostatas; tačiau kita vertus, praktikos gydytojui suteikdavo tam tikrą saugumo garantijų, jei viskas buvo vykdoma visiškai tiksliai pagal teises nuorodas.

### **1.3. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas Nepriklausomybės laikotarpiu (nuo 1990 metų)**

Nepriklausomybės laikotarpio akušerinės ir ginekologinės priežiūros teisinio reguliavimo pokyčiai taip pat turi ypatumų. „Naujomis sąlygomis ankstesnio laikotarpio ideologijos nulemtas teisinių santykių prigimties aiškinimas, kai buvo pateisinamas valstybės kišimasis asmens privataus gyvenimo sritis, tapo nesuderinamas. Todėl iškilo būtinybė asmens sveikatos priežiūros santykiams suteikti dispozityvumo pobūdį, t. y. pripažinti šiuos santykius esant ir civiliniais teisiniais santykiais, grindžiamais paslaugų teikėjo ir paslaugų gavėjo lygiateisiškumu, bei atitinkamai reformuoti sveikatos priežiūros srities organizavimą ir finansavimą, pagrįstą sveikatos draudimu“<sup>62</sup>. Kita vertus, pažymėtina, kad dauguma Sovietų sąjungos teisės aktų, reguliavusių asmens sveikatos priežiūrą ir konkrečiai akušerinę ir ginekologinę pagalbą, kuri laiką dar veikė ir atkūrus Lietuvoje Nepriklausomybę. Pavyzdžiui, vienas pirmųjų 1994 metais paskelbtų teisės aktų, teisiškai reglamentavęs nėštumo nutraukimo tvarką, savo preambulėje skelbia, kad „Lietuvos Respublikoje nebegalioja TSRS Sveikatos apsaugos ministerijos 1982 m. kovo 16 d. įsakymu Nr.234 patvirtinta nėštumo nutraukimo operacijų atlikimo tvarka.“<sup>63</sup> Spėtina, kad iki 1994 metų – galiojo. Tas pats pasakytina ir apie kitus akušerinę ir ginekologinę pagalbą reguliuojančius teisės aktus. Faktas, kad palyginus vėlai, tik 1996 metais paskelbti SAM įsakymai „Dėl akušerinės-

<sup>61</sup>Kaupas, V., *supra* note 54, p. 26.

<sup>62</sup>Juškevičius, J., *supra* note 39, p.627 – 648.

<sup>63</sup>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1994 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. 50 „Dėl nėštumo nutraukimo operacijos atlikimo tvarkos“. *Valstybės žinios*. 1994, Nr.18-299.

ginekologinės priežiūros moterų konsultacijose“ ir 1997 metais „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 11-2:1997 "Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. II dalis. Moterų konsultacija", leidžia daryti prielaidą, kad Nepriklausomoje Lietuvoje veikė dar Lietuvos TSR patvirtinta nėščiųjų priežiūros ir pagalbos ginekologinėms ligonėms teikimo tvarka.

Esama prielaidų teigti, kad pagrindiniai šiuolaikiniai akušerinę ir ginekologinę pagalbą reguliuojantys teisės aktai nebuvo sukurti be istoriškai patikrintų ir pasiteisusių praktikos taisyklių taikymo. Neabejotina, kad papildžius jas naujausiais mokslo įrodymais, turime pakankamai aiškius akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo dokumentus. Vienok, nuolatinis jų keitimas, tobulinimas ir reguliarūs papildymai perša mintį, kad akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas – neišbaigtas ir vis dar tebevykstantis istorinės raidos procesas. Šiuo požiūriu susivokti padeda sveikatos teisės teoretikų įžvalgos: J. Juškevičiaus teigimu, „Sveikatos priežiūros srities teisinis reguliavimas per pastaruosius dešimtmečius gerokai keitėsi: sovietinis statistinis sveikatos sistemos reguliavimas su savo įgimtomis ydomis nepriklausomybės metais neišvengiamai turėjo būti reformuojamas. Toks virsmas nebuvo paprastas, nes siekiant teisės efektyvumo, reikia pažinti tuos vykstančius socialinius procesus, kuriuose teisė turės funkcionuoti. Priešingu atveju mechanicistinis teisės normų taikymas situacijoje su miglotais kontūrais gali sukelti nenumatytų praktinių problemų. Sveikatos priežiūros srities reguliavimo raida ne visuomet atitinka sparčiai kintančius visuomeninius santykius šioje srityje – tai iliustruoja ir gausios specialiųjų įstatymų pataisos ar jų naujos redakcijos. Šiuo atveju Lietuvos situacija nėra išskirtinė, palyginti su kitomis postkomunistinėmis šalimis, o neretai savo sveikatos teisinio reguliavimo sistemingumu ji yra pranašesnė už daugelį jų“.<sup>64</sup> Pasitelkiant pavyzdžių, galima pastebėti ir kaip keitėsi akušerinės ir ginekologinės pagalbos įstatymą įgyvendinantieji teisės aktai - ministro įsakymai nuo 1996-ųjų metų. 1996 metais paskelbtas labai svarbus ir iki šiol pagrindinis ambulatorinę akušerinę ir ginekologinę pagalbą reglamentuojantis teisės aktas – LR SAM įsakymas „Dėl akušerinės – ginekologinės priežiūros moterų konsultacijose“<sup>65</sup>. Jame labai prieinama forma ir išsamiai apibrėžta ambulatorinės akušerinės priežiūros tvarka ir ambulatorinės ginekologinės priežiūros tvarka. Vienok ši nėščiųjų akušerinės priežiūros tvarka gyvavo tik tris metus, vėliau buvo panaikinta bei pakeista nauja kitu 1999 metų LR SAM įsakymu „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“. Įdomu pastebėti, kad buvo keičiamas ne visas teisės aktas, o tik atskiros jo dalys: pavyzdžiui, ambulatorinė nėščiųjų priežiūros tvarka buvo panaikinta, o ginekologinė – ne ir galioja toliau iki šios dienos. Tuo pat metu kurį laiką kartu veikė

<sup>64</sup> Juškevičius, J., *supra* note 39, p.627 – 648.

<sup>65</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. 117 „Dėl Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999-03-26 Nr. 28-811.

dar vienas ambulatorinę akušerinę ir ginekologinę pagalbą reguliavęs teisės aktas – LR SAM 1997 metų įsakymas „ Dėl Lietuvos medicinos normos MN 11-2:1997 "Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai. II dalis: Moterų konsultacija", kuris daug kur dubliavo aukščiau minėtąjį teisės aktą ir kuris buvo panaikintas 2003 metais nauju LR SAM įsakymu „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“<sup>66</sup>, kuris nuo to laiko įvairiai keistas dar tris kartus. Reikia tik įsivaizduoti teisinę painiavą, kai 2006 metais dar pasirodė nauji nėščiujų ambulatorinės priežiūros reikalavimai, patvirtinti LR SAM įsakymu „ Dėl nėščiujų sveikatos tikrinimų“<sup>67</sup> ir 2011 metų jo pakeitimai<sup>68</sup>. Manytina, kad praktikoje gana sudėtinga taikyti tokių kelių dubliuojančių vienas kitą teisės aktų nuostatas, nes ir akušerinę ambulatorinę pagalbą, ir ginekologinę ambulatorinę pagalbą reguliuoja lyg ir tie patys, tačiau skirtingai taikomi teisės aktai su daugybe pataisymų.

Apibendrinant galima teigti, kad šiuolaikinis akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas nesusiformavo tuščioje vietoje, pats savaime. Istorinės apžvalgos duomenys sudaro prielaidas teigti, kad dabartinis teisinis reglamentavimas yra ilgametės teisinės raidos, galbūt ne visais laikotarpiais tikrai teisinės, bet pakankamai reikšmingos, rezultatas.

---

<sup>66</sup> 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. *Valstybės žinios*. 2003-09-19, Nr. 89-4046.

<sup>67</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1135 „Dėl nėščiujų sveikatos tikrinimų“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 2 -103.

<sup>68</sup> *Supra* note 51.

## II. DABARTINIS AMBULATORINĖS AKUŠERINĖS IR GINEKOLOGINĖS PAGALBOS TEISINIS REGULIAVIMAS

### 2.1. Ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikiančių įstaigų organizacija pagal paslaugų lygius

#### 2.1.1. Pirminio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas

Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnis nusako įstaigų veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros paslaugų lygius bei LNSS priklausančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmenis: Sveikatos priežiūros paslaugų lygiai yra pirminis (pirminė sveikatos priežiūra); antrinis (antrinė sveikatos priežiūra) ir tretinis (tretinė sveikatos priežiūra).<sup>69</sup> Pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas Vyriausybė laiko prioritetine sritimi. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. Nutarimas Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ akcentavo, kad sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas reikia vykdyti 3 prioritetinėmis kryptimis, kurių „pirmoji kryptis – ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra“.<sup>70</sup> Tačiau pagrindiniu pirminio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo ypatumu laikytina tai, kad, neatsižvelgiant į medicininį išskirtinumą bei tikslinį kontingentą, akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo organizavimas yra pavaldus bendriems įstatymo lygmens sveikatos priežiūrą reguliuojantiems teisės aktams ir yra asmens sveikatos priežiūros dalis. Pavyzdžiui, Civilinio kodekso 6.725 straipsnio 2 dalyje apibrėžiama, kas laikoma asmens sveikatos priežiūros paslaugomis – tai „yra veikla, įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus, kuria stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę“.<sup>71</sup> Kaip matyti, akušerinė ir ginekologinė priežiūra neišskirta. Pažymėtina, kad teisės aktuose yra įtvirtinta galimybė pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros specialistą, tačiau fakto, kad moteris gali pasirinkti pageidaujamą gydytoją akušerį ginekologą, teisės aktai konkrečiai neįvardija. Pavyzdžiui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo

<sup>69</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Aktuali redakcija nuo 2010. 11. 27. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.

<sup>70</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003-03-21, Nr. 28-1147.

<sup>71</sup> Lietuvos Respublikos Civilinio Kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas. 2008 m. liepos 18 d. Nr. VIII-1864. Aktuali redakcija nuo 2010.07.15. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 74-2262 .

4 straipsnis apibrėžia teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą: „Pacientas teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą. Pacientas turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros specialistą”.<sup>72</sup> Tačiau pažymėtina, kad ši teisė turi apribojimų, nes Įstatymas negarantuoja, kad pacientas tikrai pasirinks norimą specialistą: tame pačiame 4 straipsnyje teigiama, kad „Sveikatos priežiūros specialisto pasirinkimo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos vadovas”.<sup>73</sup> Dar vienas paciento teisės pasirinkti norimą gydymo įstaigą ribojimo įrodymas yra Įstatymo teiginys, kad „Įgyvendinant teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą teisės aktų nustatyta tvarka gali būti ribojama.”<sup>74</sup> Apibendrinant galima teigti, kad pacienčių moterų galimybė pasirinkti norimą pirminės sveikatos priežiūros specialistą būtent akušerinei ir ginekologinei pagalbai gauti ne visada yra garantuota.

Konkrečių ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių visų trijų lygių ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą, nomenklatūrą nusako LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 39 straipsnis, kuris įvardija, kad pirminio lygio įstaigos - tai „pirminės sveikatos priežiūros centrai, poliklinikos, ambulatorijos, psichikos sveikatos centrai ir šeimos gydytojų kabinetai”.<sup>75</sup> Šiuose įstatymo teiginiuose išvelgti kokio nors akušerinės ir ginekologinės priežiūros išskirtinumo taip pat negalima. Mūsų nagrinėjamu klausimu pirminės ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimas sukoncentruotas pirminiuose sveikatos priežiūros centruose, poliklinikose, ambulatorijose ir šeimos gydytojų kabinetuose.

Vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymu, pirminės asmens sveikatos priežiūros organizacija pavesta savivaldybėms. „Savivaldybių vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Pirminės asmens sveikatos priežiūros organizavimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija”.<sup>76</sup> Kaip matyti, įstatymų lygmenyje ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reglamentavimas nėra aptartas. Pažymėtina, kad pirminio, kaip ir antrinio bei tretinio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės priežiūros teisinis reguliavimas remiasi išimtinai Sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Manytina, bendra teisinio reguliavimo problema ta, kad įsakymuose pateikiama informacija persipina, kartojasi, sąvokos nėra vieningai apibrėžtos, daugoka pataisų. Todėl teisės aktai nagrinėtini ne pavieniui, bet keliais visus tris lygius

---

<sup>72</sup> Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 2009 m. lapkričio 19 d. (Įsigaliojo nuo 2010.03.01). *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.

<sup>73</sup> *Ibid.*

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. Aktuali redakcija nuo 2011.12.31. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 66-1572.

<sup>76</sup> *Supra* note 69.

vienijančiais aspektais: darbo organizavimo tvarkos, pacientų kontingento, siuntimo konsultacijoms tvarkos, specialistų kvalifikacijos, teikiamų paslaugų apimties ir įstaigų aprūpinimo aspektais.

Pirminio lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugų teikimo ir darbo organizavimo tvarka reglamentuota keliuose teisės aktuose. Dar 1996 metais paskelbtas tebegaliojantis (nors keli priedai ir panaikinti) LR SAM įsakymas „Dėl akušerinės – ginekologinės priežiūros moterų konsultacijose“ nusako bendrus reikalavimus akušerinei ir ginekologinei priežiūrai, specialistams, apžiūrų tvarkai, pacientų dispanserizacijai.<sup>77</sup> Šiame įsakyme daug dėmesio skirta padėties analizei, ginekologinei priežiūrai ir ginekologinių ligų dispanserizacijai, nors kai kurių teiginių svarba jau kelia abejonių, be to, jis dar nekalba apie paslaugų lygius, nors iš įsakymo teiginių galima spėti, kad kalbama apie pirminio lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugas. Mat nuo 1996 metų keletą kartų keitėsi paslaugų klasifikacija, atsirado pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugos, skatinamosios paslaugos, naujos ištyrimo metodikos, o šiame įsakyme dar kalbama apie situacijas, apie kurias nekalbama jokiam vėliau patvirtintame teisės akte, pavyzdžiui, akušerių patronažus gimdyvių namuose, privalomus profilaktinius tikrinimus ir kita. Kadangi nėra nuorodų, kad šis įsakymas negalioja, taip pat nėra pagrindo ir teigti, kad vėliau paskelbti ministro įsakymai jį panaikino automatiškai. Pateiksime pavyzdžių. Pavyzdžiui, 1996 metų įsakyme galiojęs nėštumo rizikos vertinimas „be rizikos, maža, vidutinė, didelė rizika vaisiui“ 1999 metais buvo pakeistas į „maža ir didelė rizika“, tačiau įsakymo tekste jis liko. Nebuvo panaikintas ir formaliai tebegalioja teiginys „Nėščiosioms be rizikos ar su maža rizika jų ir vaisiaus sveikatai naudojami įprasti vaisiaus būklės tyrimo metodai - vaisiaus judesių skaičiavimas ir gimdos dugno aukščio matavimas. Šias nėščiąsias nėštumo metu gali prižiūrėti akušerė, konsultuojant gydytojui 3 kartus per nėštumo laikotarpį: po tyrimų, atliktų pirmą kartą apsilankius konsultacijoje, esant 28 savaitių ir 40 savaitių nėštumui. Visas nėščiąsias po 40 nėštumo savaitės prižiūri gydytojas.“ „Nustačius vidutinę ir didelę riziką, vaisius ir jo būklę turi būti intensyviai tiriama, panaudojant reikalingus šiuolaikinius tyrimo metodus (kardiotokografiją, ultragarsinį tyrimą ir kt.) perinatalinės patologijos kabinete arba stacionare“. Tuo tarpu „Nėščiųjų priežiūros reikalavimai“, patvirtinti 2011 metais, nėščiųjų be rizikos ( „be rizikos“, nes rizikos strategija dar kartą pasikeitė ) sekimą paveda akušerei, šeimos gydytojui arba akušeriui ginekologui, o nėščiųjų su rizika – tik akušeriui ginekologui, nepriklausomai nuo nėštumo dydžio.<sup>78</sup> 1996 metų įsakyme teigiama, kad „pagimdžiusią moterį po gimdymo per 3 paras namuose aplanko akušerė“, tačiau apie akušerės patronažą daugiau jokiam teisės akte nekalbama. Panašiai nutiko ir su ginekologine

---

<sup>77</sup> Supra note 77.

<sup>78</sup> *Ibid.*



priežiūra. 1996 metų įsakymas nurodo, kad „profilaktiniai ginekologiniai moterų sveikatos tikrinimai atliekami 2 kartus per metus nuo 16 m. amžiaus moterims, gyvenančioms ar dirbančioms konsultacijai priklausančioje teritorijoje“. Tačiau pacientų prisirašymo prie gydymo įstaigos tvarka tam prieštarauja, nes dirbančios toje teritorijoje, bet neprisirašiusios moterys turi už paslaugas mokėti, todėl kokių būdu šią nuorodą realizuoti civilizuotai, lieka neaišku. Be to, šiame įsakyme dar išlikusi nuoroda profilaktinius moterų tikrinimus atlikti „tiek konsultacijose, tiek įmonių specialiai pritaikytose patalpose“ jau prieštarauja teisės aktams, nes tokio tipo įstaigos, kaip minima, senai nėra<sup>79</sup>. Neatitikčių yra ir daugiau. Apibendrinant galima teigti, kad šis įsakymas realiai nebeatitinka tikrovės, yra pasenęs ir naikintinas, nors įsakyme išdėstytos ginekologinių ligų dispanserizacijos nuostatos yra neblogos ir galėtų pasitarnauti ateityje.

Dar vienas, vėlesnis teisės aktas jau kalba apie paslaugų lygius. Tai LR SAM 1999 metų Įsakymas „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“, reglamentuojantis reikalavimus įstaigoms, specialistams bei įrangai. Tačiau jo ypatumas tas, kad visas teisės aktas galioja, o nėščiųjų priežiūros priedas panaikintas. Įsakyme nustatyta, kad „Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūra Lietuvoje vykdoma trijų pagalbos lygių sistema. Pirminio lygio pagalba - tai ambulatorinė nėščiųjų priežiūra“.<sup>80</sup> Tačiau šis įsakymas, nurodantis, kad „pirminio lygio įstaigos - tai pirminę ambulatorinę nėščiųjų priežiūrą vykdančios įstaigos (moterų konsultacijos)“ ir „jos vadovaujasi LR SAM 1997 04 14 įsakymu Nr. 167 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN11-2:1997 „Moterų konsultacija“, jau prasilenkia su teisine tikrove, nes pastarasis įsakymas 2003 metais paskelbtas negaliojančiu.<sup>81</sup> Vadinasi, tebegaliojantis teisės aktas vadovaujasi negaliojančiu teisės aktu.

Pirminio lygio akušerijos ir ginekologijos profilio pacientų kontingento, siuntimo konsultacijoms (tiksliau, atvykimo, nes pirminio lygio pagalbos specifiška nereikalauja siuntimo) tvarką nusako LR SAM 2003 metų Įsakymas „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“, pažymėtina, reglamentuojantis tiek pirminio, tiek ir antrinio lygio ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teikimo tvarką. Kol 2008 metais buvo patvirtinti pakeitimai, net penkis metus ši tvarka nurodė, kad „pirminio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti bendrosios praktikos gydytojas, akušeris ginekologas pagal medicinos normoje MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ apibrėžtą kompetenciją, taip pat akušerė, bendruomenės slaugytoja pagal medicinos normose MN 40:1997

---

<sup>79</sup> *Supra* note 66.

<sup>80</sup> *Supra* note 65.

<sup>81</sup> *Supra* note 66.

„Akušerė (akušeris). Funkcijos, kompetencija, pareigos, teisės ir atsakomybė“ ir MN 57:1998 „Bendruomenės slaugytoja (slaugytojas). Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“ apibrėžtą kompetenciją.”<sup>82</sup> Visą tą laiką, manytina, buvo pažeista akušerių ginekologų teisė dirbti pagal akušerio ginekologo normą.

Pirminio lygio paslaugas teikiančių specialistų kvalifikacija ir galimybės teisės aktuose nurodyta pakankamai abstrakčiai. Pirminio lygio akušerinė ir ginekologinė pagalba priskirta šeimos gydytojo ir akušerio ginekologo kompetencijai pagal atitinkamas specialybės normas: „ pagal Lietuvos Respublikos medicinos normose MN 14:2005 „Šeimos gydytojas“, MN 64:2008 „Gydytojas akušeris ginekologas“ ir MN 40:2006 „Akušeris“ patvirtintas teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę“.<sup>83</sup> Toks modelis, tikėtasi, turėjo pagerinti moterims galimybę greičiau gauti pagalbą arčiausiai jos gyvenamosios vietos ir, reikalui esant, gauti siuntimą pas akušerį ginekologą tikslingai, nustatius preliminarią negalavimo priežastį. Ši praktika pradėta taikyti apie 1996 metus, nuo to laiko šeimos gydytojų skaičius nuolat auga ( Žr. lentelę ) , o akušerių ginekologų – mažėja ( žr. 1 lentelę ).<sup>84</sup>

1 lentelė

	2004m.	2005m.	2006m.	2007m.	2008m.	2009m	2010m.
Šeimos gydytojų praktikos skaičius metų pabaigoje	1665	1730	1792	1841	1822	1838	1849
Akušerijos ginekologijos gydytojų skaičius metų pabaigoje	778	777	800	777	744	716	703

Nėra tikslių statistinių duomenų apie moterų apsilankymus pas šeimos gydytojus, tačiau apsilankymų pas akušerius ginekologus pirmame lygyje mažėja. Ar tokios tendencijos susijusios su

<sup>82</sup> *Supra* note 66.

<sup>83</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-861 „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“. *Valstybės žinios*. 2008-09-16, Nr. 106-4055.

<sup>84</sup> *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m.* [interaktyvus]. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2011. [žiūrėta 2012-03-16]. [http://www.hi.lt/content/sveik\\_stat\\_leid.html](http://www.hi.lt/content/sveik_stat_leid.html).

didėjančiu moterų vizitų pas antrinio lygio akušerius ginekologus skaičiumi, ar dėl to, kad daugiau lankosi pas šeimos gydytojus, spręsti sunku ( Žr. 2 lentelę)<sup>85</sup>.

2 lentelė

	2004m.	2005m.	2006m.	2007m.	2008m.	2009m.	2010m.
Apsilankymų pas akušerį-ginekologą (pirminiame lygyje) kiekis	1037787	1006889	835240	826209	847568	802010	741536
Apsilankymų pas akušerį-ginekologą (antriniame lygyje) kiekis	300418	304220	280524	303328	334756	343637	335872

Tikėtina, kad šeimos gydytojai per tiek metų įgudo ir teikia vis daugiau šeimos gydytojo normos reglamentuotų pirminio lygio akušerinių ir ginekologinių paslaugų. Tačiau praktikoje tokių prielaidų mažoka. Pačių šeimos gydytojų požiūri į akušerinių – ginekologinių paslaugų priskyrimą šeimos medicinos institucijai nagrinėjusi L. Mozūraitė pastebėjo, kad šeimos gydytojai labai aukštai vertina tik trijų rūšių paslaugų priskyrimą šeimos gydytojo institucijai: moterų raštingumo ugdymą, dalyvavimą moterų piktybinių navikų prevencijoje ir profilaktinius tyrimus ( atitinkamai 96, 96 ir 78 proc.). Tuo tarpu ginekologinių paslaugų ir nėščiųjų stebėsenos priskyrimą vykdyti šeimos gydytojo institucijai šeimos gydytojai vertino skeptiškiau: teigiamai atitinkamai tik 64 ir 58 proc.<sup>86</sup> L. Mozūraitės tyrime taip pat nustatyta, kad , nors šeimos gydytojo norma numato žymiai daugiau, dažniausiai šeimos gydytojai sėkmingai teikia tik palyginti labai paprastas akušerines-ginekologines paslaugas: diagnozuoja klimakterinius simptomus ( 88 proc. ), palpuoja krūtis ( 94 proc.), kiek rečiau atlieka taip pat palyginti lengvą darbą - paima tepinėlių ( 74 proc. ), jį interpretuoja ( 78 proc. ), surenka akušerinę ( 78 proc. ) ir ginekologinę anamnezę ( 72 proc. ), stebi kontraceptikų vartojimą ( 72 proc. ) ir tik pakankamai nedidelė šeimos gydytojų dalis stebi nėščiąsias ( 60 proc. ) bei gydo ginekologines ligas ( 45,5 proc.).<sup>87</sup> Spėtina, kad šeimos gydytojai

<sup>85</sup> *Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas*. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, [interaktyvus]. Vilnius, 2009. [žiūrėta 2012-03-15]. [http://sic.hi.lt/php/spr1.php?dat\\_file=spr1.txt](http://sic.hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt).

<sup>86</sup> Mozūraitė, L., *supra* note 7, p. 40.

<sup>87</sup> Mozūraitė, L., *supra* note 7, p. 44.

akušerijos ir ginekologijos srityje dirbti neturi motyvacijos ir atlieka jiems priskirto „iešmininko vaidmenį“, ty duoda siuntimą akušerio ginekologo konsultacijai.

Tenka pripažinti, kad geriausiai teisės aktai reglamentuoja pirminio lygio įstaigoms reikalingo aprūpinimo klausimus. Reikalavimai asmens sveikatos priežiūros įstaigai, kurioje teikiamos pirminio lygio ambulatorinės akušerijos ir ginekologijos paslaugos, pavyzdžiui, patalpoms, medicinos prietaisams ir pagalbinėms tarnyboms yra šie: „ Patalpos: laukiamasis; pacienčių priėmimo kabinetas; procedūrų kabinetas – operacinė, patalpa sveikatos mokymui. Medicinos prietaisai: ginekologinė kėdė; kušetė; kraujospūdžio matavimo aparatas; stetoskopas vaisiaus tonams išklaudyti; mikroskopas; medicininės svarstyklės; ūgio matuoklė; ginekologinių instrumentų rinkiniai. Veikia tarnybos arba sudaromos sutartys su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl šių paslaugų teikimo: klinikinės laboratorijos (klinikinis kraujo ir šlapimo tyrimas, tepinėlis makšties florai nustatyti); patologijos (citopatologiniai tyrimai); medžiagų ir instrumentų sterilizavimo.“<sup>88</sup> Lieka neaišku, kam pirminio lygio paslaugas teikiančioje įstaigoje reikalinga operacinė, jei pirminio lygio apimtyje neleidžiama atlikti jokių operacijų. Pažymėtina, kad ir pati gydymo įstaiga jau nebevadinama moterų konsultacija, nors šis pavadinimas formaliai lyg ir galioja vadovaujantis ankstesniu nepanaikintu 1996 metų įsakymu. Lieka neaišku, ar tai vis dar moterų konsultacija, ar kokio kitokio pobūdžio įstaiga. Jei nėra akreditavimo, tai nėra ir tokio tipo ir pavadinimo kaip moterų konsultacija įstaigos. Du teisės aktai skirtingai įvardija įstaigą, kurioje teikiamos ambulatorinės pirmo lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugos. Ar turėtume manyti, kad moterų konsultacijos sąvoka panaikinta visiškai? Kadangi lieka prieštaravimų, spėtina, kad būtent šis pakeitimas leido įstaigoms steigti tiek moterų konsultacijas, tiek kitokio pavadinimo įstaigas - akušerijos ir ginekologijos skyrius, moterų klinikas, moters ir vaiko centrus ir pan.

Apibendrinant galima teigti, kad ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos medicininis išskirtinumas ir tai, kad ji yra skirta tikslinėms pacientų grupėms, nelemia jos išskirtinumo teisinio reguliavimo lygmeniu.

### **2.1.2. Antrinio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas**

Vadovaujantis LR Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 punktu, antrinio lygio sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldybės: „Savivaldybių vykdomosios institucijos taip pat įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą“. „Antrinės asmens sveikatos priežiūros mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija“.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> *Supra* note 66.

<sup>89</sup> *Supra* note 69.

Atsižvelgiant į tai, kad antrinio lygio pagalba jau yra specializuota ir iš esmės aukštesnio lygio, antrinio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės priežiūros teisinis reguliavimas nagrinėtini keliais aspektais, kurių išvengtume daugiau, nei pirminiame lygyje: darbo organizavimo tvarkos, pacientų kontingento, siuntimo konsultacijoms tvarkos, antrinio lygio paslaugas teikiančių specialistų kvalifikacijos, teikiamų paslaugų apimties ir įstaigų aprūpinimo aspektais.

Konsultacinės ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos organizavimas antrinio lygio įstaigose turi ypatumų. Pažymėtina, kad, nors akušerinės ir ginekologinės pagalbos moterims organizavimas yra neatsiejami tiek medicinine specifika ( konsultuojamos nėščios turinčios akušerinę ir ginekologinę patologiją ir nenėščios turinčios ginekologinę patologiją moterys), tiek specialisto profiliu (gydytojas akušeris ginekologas), tačiau teisės aktai nėščiosioms ir ginekologinio profilio pacientėms teikiamą antrinio lygio pagalbą reguliuoja atskirais skirtingais teisės aktais. Tiesa, yra ir bendrų, tuomet tenka suabejoti, ar tikslingi dar ir atskirai akušerinę ir ginekologinę pagalbą reguliuojantys teisės aktai, ar tai neįneša daugiau teisinės sumaišties. Pavyzdžiui, LR SA ministro įsakymas „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“ kalba tik apie akušerinę pagalbą: „Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūra Lietuvoje vykdoma trijų pagalbos lygių sistema. Antrinio lygio pagalba - tai konsultacinė ir stacionarinė akušerinė pagalba“.<sup>90</sup> Tačiau įvardijęs, kas yra antrinio lygio pagalba, šis įsakymas toliau nurodo, kad antrinio B lygio sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti ambulatorijos skyrius, kuriame teikiama atitinkamo lygio konsultacinė pagalba nėščiosioms, bet plačiau apie ambulatorinę konsultacinę pagalbą menkai beužsimena ir išsamiai išdėsto tik antrinio lygio stacionarinės akušerinės pagalbos teikimo reikalavimus.

Antrinio lygio akušerinės ir ginekologinės pagalbos reikalingų pacientų kontingento klausimus reguliuoja keli atskiri teisės aktai. Akušerinę priežiūrą reguliuojantis teisės aktas lakoniškesnis: „konsultacijai iš pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigos į antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigą siunčiamos nėščiosios visais didelės rizikos nėštumų atvejais“.<sup>91</sup> Rizikos faktoriai kas keli metai tikslinami, paskutinis sąrašas patvirtintas 2006 metais.<sup>92</sup> Tuo tarpu ginekologijos antrinio lygio paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus reguliuojantis SAM ministro įsakymas, lyginant su akušerinę pagalbą reguliuojančiu įsakymu, yra ne tik žymiai konkretesnis, bet ir išsamesnis. Pavyzdžiui, antrinio lygio ambulatorinei ginekologinei pagalbai priskirti konkretūs susirgimai ir

---

<sup>90</sup> *Supra* note 65.

<sup>91</sup> *Ibid.*

<sup>92</sup> *Supra* note 68.

būklės, nurodyti konkretūs ištyrimo metodai, gydymo būdai, būtinos tarnybos ir specialistai.<sup>93</sup> Dar vienas šias nuorodas atkartojantis teisės aktas nurodo, kad „Antrinio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikiantys specialistai konsultuoja ir gydo nėščiąsias, kurioms yra didelės rizikos nėštumas, ginekologinėmis ligomis sergančias moteris, teikia rekomendacijas dėl tolimesnės priežiūros ir gydymo pirminio lygio paslaugas teikiantiems specialistams”.<sup>94</sup>

Siuntimo antrinio lygio konsultacijoms tvarkos aspektu neaiškumų daugiau. „Konsultacijai siunčia gydytojai akušeriai-ginekologai, bendrosios praktikos gydytojai ar kiti asmenys, vykdantys pirminę ambulatorinę nėščiųjų priežiūrą”.<sup>95</sup> Papildomų kontraversišku minčių teisės aktuose kelia reikalavimas teikiant antrinio lygio paslaugas gydymo įstaigoje turėti gydytoją anesteziologą reanimatologą ir galimybę pacientėms suteikti bendrinę nejautrą. Tačiau teisės aktas, kuriame išvardinti antrinio lygio paslaugas galinčių teikti specialistų sąrašas, antrinio lygio paslaugas teikiančioms įstaigoms turėti gydytoją anesteziologą reanimatologą nenumato<sup>96</sup>. Tiesa, kaip išlyga yra leista įdarbinti ir anesteziologus reanimatologus: „Esant poreikiui, antrines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti ir kitų specialybių gydytojai“, kas reikštų, kad galima teikti visas antrinio lygio paslaugas ir įdarbinti anesteziologą reanimatologą. Tačiau vienas teisės aktas atlikti, pavyzdžiui, inciziją (2005 metų įsakyme 3, 15, 16 punktai) arba abraziją (1, 9, 18 punktai) leistų<sup>97</sup>, o kitas lygiavertis – ne, nes procedūrų „incizija“ ir „abrazija“ paprasčiausiai nėra antrinio lygio paslaugų sąrašė (2003 metų įsakymas)<sup>98</sup>. Dar daugiau, antrinio lygio paslaugoms teikti būtinos įrangos sąrašė nėra minima anesteziologinė reanimatologinė aparatūra, o be jos bendrinė nejautra neįmanoma.<sup>99</sup> Dėl tokios teisinės neatitikties lieka neaišku, kokias procedūras teikiant antrinio lygio paslaugas atlikti galima, o kokias - ne.

Įstaigų aprūpinimo aspektas taip pat prieštaringas. Ambulatorijos (konsultacijų) skyriaus įranga numatyta LR SAM 1997 04 14 įsakymu Nr. 167 patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN11-2:1997 „Moterų konsultacija”. Tačiau pastarąjį teisės aktą panaikinus 2003 metais, liko neaišku, kokia turi būti antrinio lygio konsultacines paslaugas teikiančio konsultacijų centro įranga, nes pakeitusiame buvusį teisės akte jau kalbama ne apie konsultacijų centro, bet apskritai apie

---

<sup>93</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 14 d. įsakymas Nr. V-870 „Dėl Ginekologijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005-11-19, Nr. 137-4945.

<sup>94</sup> *Supra* note 66.

<sup>95</sup> *Supra* note 65.

<sup>96</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 1 d. įsakymas Nr. 481. „Dėl ambulatorinės antrinės asmens sveikatos priežiūros.“ *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 98-4381.

<sup>97</sup> *Ibid.*

<sup>98</sup> *Supra* note 66.

<sup>99</sup> *Ibid.*

sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias antrinio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas, o tai, tikėtina, nebūtinai yra ambulatorinės poliklinikoje veikiančios gydymo įstaigos. Tai patvirtina ir 2002 metų įakymas dėl reikalavimų asmens sveikatos priežiūros įstaigai, kurioje teikiamos antrinio lygio ambulatorinės akušerijos ir ginekologijos paslaugos, tačiau čia yra tik įvardinta, kur teikiamos paslaugos<sup>100</sup>: „savivaldos vykdomosios institucijos gali organizuoti ambulatorinę antrinę asmens sveikatos priežiūrą savivaldybių poliklinikose ir miestų ar rajonų savivaldybių ligoninių konsultacinėse poliklinikose“, tačiau nebuvo paaiškinta, kaip. Ir tik vėliau 2003 metais patvirtinti konkretūs reikalavimai patalpoms, prietaisams ir aptarnaujančioms tarnyboms. Teikiančios antrinio lygio akušerinę ir ginekologinę pagalbą įstaigos turi būti aprūpintos atitinkamomis patalpomis – tai yra patalpos, reikalingos pirminio lygio paslaugoms teikti, ir papildomai operacinė.<sup>101</sup> Būtinai medicinos prietaisai taip pat išvardinti – tai prietaisai, reikalingi pirminio lygio paslaugoms teikti; kolposkopas; prietaisas gimdos kaklelio operacijoms; komplektas vakuumaspiracijai; prietaisas vaisiaus širdies tonams registruoti; echoskopas. Antrinio lygio įstaigose turi veikti tarnybos arba sudaromos sutartys su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl šių paslaugų teikimo: klinikinės laboratorijos; biochemijos laboratorijos; mikrobiologijos laboratorijos; radiologijos; patologijos (citopatologiniai, biopsiniai tyrimai); medžiagų ir instrumentų sterilizavimo.<sup>102</sup> Iš to, kas pasakyta, galima daryti išvadą, kad reikalavimai antrinio lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikiančiai įstaigai teisės aktuose aptarti labai išsamiai. Be to, ir ambulatorinėje poliklinikoje, ir prie stacionarų įkurtuose ambulatoriniuose konsultaciniuose centruose reikalavimai akušerinės ir ginekologinės priežiūros įrangai yra tie patys.

Reikalavimai antrinio lygio akušerinės ir ginekologinės pagalbos paslaugų rūšims teisės aktuose aptarti taip pat gana išsamiai. Diagnostikos technologijos ir gydymo metodai, taikomi teikiant antrinio lygio akušerijos ir ginekologijos ambulatorines paslaugas, numatyti sekantys: kolposkopija; echoskopija; vaisiaus širdies tonų registravimas; amniocentezė (ligoninių konsultaciniuose padaliniuose); gimdos kaklelio biopsija; gimdos kaklelio elektrokoaguliacija, ekscizija, punkcija; gimdos kaklelio krioterapija; gimdos kaklelio lazerio terapija; diagnostinė gimdos gleivinės vakuumaspiracija; nėštumo iki 5 savaitės nutraukimas vakuumaspiracijos būdu; intrauterinės spiralės įdėjimas ir pašalinimas; makšties svetimkūnio pašalinimas.<sup>103</sup> Nuo 2010

---

<sup>100</sup> *Supra* note 96.

<sup>101</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 21 d. įsakymas Nr. V-246 „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. *Valstybės žinios*. 2004-04-29, Nr. 65-2294.

<sup>102</sup> *Supra* note 66.

<sup>103</sup> *Ibid.*

metų – ir diagnostinė histeroskopija.<sup>104</sup> Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad dar tebegalioja ir 1996 metų įsakymas, kuris apie kai kurias išvardintas procedūras nekalba, tačiau jo pataisų nėra.

Reikalavimų antrinio lygio akušerinę ir ginekologinę pagalbą teikiantiems specialistams klausimu teisinių neaiškumų kiek daugiau. Antrinio lygio specializuota akušerinė ir ginekologinė pagalba teikiama gydytojų akušerių ginekologų, dalyvaujant akušerei. „Antrinio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojas akušeris ginekologas ir akušeris pagal Lietuvos Respublikos medicinos normose MN 64:2008 „Gydytojas akušeris ginekologas“ ir MN 40:2006 „Akušeris“ patvirtintas teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę“<sup>105</sup>. Iš esmės toks pat reikalavimas, kaip ir pirminio lygio paslaugoms. Nors ir nurodyta, kad „Konsultacinę pagalbą teikia tik aukštos kvalifikacijos akušeriai-ginekologai“, tačiau jokie išskirtiniai reikalavimai akušeriui ginekologui šioje srityje nenumatyti. Manytina, kad bet kuris akušeris ginekologas, ir praktika tą patvirtina, gali teikti ir pirminio, ir antrinio lygio pagalbą, nors pastaroji laikoma aukštesne.<sup>106</sup> Iš kai kurių teisės aktų apskritai sudėtinga suprasti, kokio lygio paslaugų teikiančių specialistų kvalifikacijai ir kokie taikomi reikalavimai, nes paslaugos įvardijamos bendrai, kaip specializuotos, o lygiai nedetalizuojami: „Ambulatorines specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojai, prireikus su slaugytoju ar akušeriu, o paslaugas teikiantys specialistai turi turėti galiojančią medicinos praktikos licenciją, patvirtinančią, kad jis turi teisę verstis medicinos praktika pagal atitinkamo gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją“<sup>107</sup>. Iš tokių abstrakčių teiginių sunku susidaryti vaizdą, kokia vis dėlto turėtų būti išskirtinė profesinė akušerio ginekologo kvalifikacija, kuri atskirtų antrinio lygio paslaugas galinčio teikti akušerio ginekologo profesinę kvalifikaciją nuo, pavyzdžiui, pirminio ar tretinio. Apibendrinant teigtina, jog pripažinus akivaizdų teisinį faktą, kad antrinio lygio pagalba yra aukštesnio lygio pagalba, ir žinant, jog nėra svarbu

---

<sup>104</sup>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-1056 „Dėl LR SAM 2003 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-527 „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 148 -7633.

<sup>105</sup>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-861 „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“. *Valstybės žinios*. 2008-09-16, Nr. 106-4055.

<sup>106</sup>*Supra* note 65.

<sup>107</sup>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007-07-05, Nr. 74-2956.



specialisto profesinė kvalifikacija, norint teikti pirminio, antrinio ar net tretinio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas, tenka suabejoti, ar gali būti pavesta tos pačios profesinės kvalifikacijos akušeriams ginekologams teikti kokybiškai skirtingų lygių ir skirtingos apimties akušerinę ir ginekologinę pagalbą. Todėl darytina prielaida, jog šis aspektas reguliuotinas gydytojų profesinės kvalifikacijos diferencijavimo prasme.

### **2.1.3. Tretinio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas**

Už tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros organizavimą atsakingos savivaldybės ir Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 punktą numato, kad „Savivaldybių vykdomosioms institucijoms gali būti deleguota valstybės funkcija organizuoti tretinę asmens sveikatos priežiūrą. Sprendimą dėl tretinės asmens sveikatos priežiūros organizavimo priima Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi tretinės asmens sveikatos priežiūros poreikį tame regione. Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija“.<sup>108</sup> Tretinio lygio akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo analizei pritaikyti konkretesnius kriterijus yra pakankamai sudėtinga, nors pati tretinio lygio pagalba laikoma aukščiausio, kvalifikuočiausio lygio. Pacientų kontingento, siuntimo ir konsultavimo tretinio lygio gydymo įstaigose tvarkos, įstaigų aprūpinimo, dirbančio personalo kvalifikacijos kriterijai labai nekonkretūs ir daugumoje teisės aktų yra išdėstyti šalia antrinio lygio akušerinės ir ginekologinės pagalbos arba apibendrintai antrinio ir tretinio lygio pagalba laikoma specializuota pagalba<sup>109</sup>. Manytina, viena iš problemų galima laikyti tai, kad neretai tretinio lygio įstaigos įsikūrusios prie ligoninių esančiuose konsultaciniuose padaliniuose, kur po vienu stogu teikiama ir antrinio lygio pagalba. Pavyzdžiui, Respublikinės Klaipėdos, Panevėžio, Šiaulių ligoninės. Išimtimi galima būtų laikyti tik Vilniaus universiteto Santariškių klinikas ir Kauno medicinos universiteto klinikas, tačiau kita vertus pagal galiojančius teisės aktus ir šiose tretinio lygio pagalbą teikiančiose gydymo įstaigose galima teikti ir pirminio, ir antrinio lygio paslaugas, jei tai atliekama mokymo tikslais: „Tretinio LNSS sveikatos priežiūros paslaugų lygio įstaigos pirmine ir antrine sveikatos priežiūra gali verstis tik mokslo ir mokymo tikslais“.<sup>110</sup> Kita problema ta, kad poįstatyminiuose teisės aktuose yra atskirta akušerinė ir ginekologinė pagalba, o teisės aktų

---

<sup>108</sup> *Supra* note 69.

<sup>109</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007-07-05, Nr. 74-2956.

<sup>110</sup> *Supra* note 69.

tekstuose neretai sudėtinga suprasti, kas turima omenyje. Pavyzdžiui, vienas iš ministro įsakymų savo tekste pateikia prieštaringas nuorodas dėl tretinio lygio akušerinės pagalbos: įsakymo pradžioje nurodyta, kad „tretinio lygio pagalba - tai specializuota konsultacinė ir stacionarinė akušerinė bei neonatologinė pagalba“, o „tretinio lygio įstaigos - tai universitetinės ligoninės, teikiančios antrinio ir tretinio lygių akušerinę bei neonatologinę pagalbą ir vykdančios perinatologijos centrų funkcijas“, o kitoje vietoje, išvardindamas tretinio lygio konkrečias įstaigas, apskritai nenumato teisės teikti tretinio lygio pagalbos nėščiosioms jokioms kitoms įstaigoms, išskyrus išvardintas: „Tretinio lygio įstaigos - Vilniaus perinatologijos centras: Vilniaus m. universitetinės ligoninės Moterų klinika, Kauno perinatologijos centras: Kauno medicinos universiteto klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinika.“<sup>111</sup>

Akušerinio profilio pacienčių konsultavimo tretinio lygio gydymo įstaigose rekomendacijos yra pakankamai dviprasmiškos. Tenka tik stebėtis, kodėl tik dvi indikacijos siųsti tretinio lygio konsultacijai yra suformuluotos pakankamai aiškiai: „specializuotai konsultacijai į perinatologijos centrus siunčiamos šios moterys: planuojančios pastoti, neišnešiojusios 3 ir daugiau nėštumų iš eilės; taip pat nėščiosios per 12 nėštumo savaitių, esant medicininėms nėštumo nutraukimo indikacijoms“, tačiau iš kitų nuorodų lieka nelabai suprantama, kokiais kriterijais vadovaujamasi siunčiant pacientę tretinio lygio pagalbai, jei tokie patys kriterijai galioja ir antrinio lygio pagalbai – tai yra tie patys rizikingo nėštumo faktoriai: „Antrinio ir tretinio lygio pagalba organizuojama atsižvelgiant į perinatalinę riziką“.<sup>112</sup> Bandant analizuoti darbo organizavimo tvarką teikiant tretinio lygio akušerinę pagalbą taip pat kyla neaiškumų. „Tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti ambulatorijos skyrius, kuriame teikiama specializuota konsultacinė pagalba nėščiosioms“, o „konsultacinę pagalbą teikia profesoriai, docentai ir aukštos kvalifikacijos gydytojai: akušeriai-ginekologai“.<sup>113</sup> Lieka neaišku, kokiais kriterijais vadovaujamasi atrenkant „aukštos kvalifikacijos“ akušerius ginekologus, nes kvalifikacinės kategorijos yra panaikintos. Tas pats pasakytina ir apie tretinio lygio konsultacijų centro įrangą: „(konsultacijų) skyriaus įranga numatyta LR SAM 1997 04 14 įsakymu Nr. 167 patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN11-2:1997 „Moterų konsultacija“. Papildomai turi būti: - ultragarso aparatas su doplerio įranga, vaginaliniu davikliu ir priedais, skirtais daryti nuotraukas bei vaizdajuostes, amnioskopas“.<sup>114</sup> Minėtą 1997 metų įsakymą panaikinus 2003 metais, buvo numatyta tik įranga pirminio ir antrinio lygio pagalbai. Kadangi 1999 metų įsakymas tebesivadovauja „Moterų konsultacijos norma“, kurią pakeitė 2003 metų

---

<sup>111</sup> *Supra* note 65.

<sup>112</sup> *Ibid.*

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> *Ibid.*

įsakymas „ Dėl ambulatorinių Akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“, vadinasi, tretinio lygio paslaugas teikianti įstaiga taip pat vadovaujasi šiuo įsakymu, o tai reiškia, kad įrangai keliami reikalavimai yra tie patys, kaip ir antrinio lygio konsultacinei pagalbai teikti.<sup>115</sup> Atsižvelgiant į paminėtas aplinkybes darytina prielaida, kad teikiant tretinio lygio akušerinę konsultacinę pagalbą nėščiosioms nereikalinga nei ypatingesnė įranga, nei specialistai, galiausiai abejotina dėl įstaigų, nes, kaip minėta, ir teikiant antrinio lygio<sup>116</sup>, ir tretinio lygio pagalbą būtini „ aukštos kvalifikacijos akušeriai ginekologai“, o tretinio lygio pagalba gali būti teikiama ir antrinio lygio įstaigose: „ tretinio lygio įstaigos - tai universitetinės ligoninės, teikiančios antrinio A ir B bei tretinio lygių akušerinę ir neonatologinę pagalbą ir vykdančios perinatologijos centrų funkcijas“. Ten pat ir išvardintos tos įstaigos: „ Vilniaus gimdymo namai, Vilniaus universitetinės Raudonojo Kryžiaus ligoninės Akušerijos-ginekologijos ir Naujagimių skyriai, Kauno 2-osios klinikinės ligoninės Akušerijos-ginekologijos ir Naujagimių skyriai, Klaipėdos miesto ligoninės Akušerijos-ginekologijos klinika, Šiaulių respublikinės ligoninės Akušerijos ir ginekologijos klinika ir Panevėžio respublikinės ligoninės Akušerijos ir Naujagimių skyriai“. <sup>117</sup> Tačiau Vilniaus gimdymo namai ir Kauno 2-ji klinikinė ligoninė neteikia tretinio lygio konsultacinės pagalbos, todėl akivaizdu, kad įnešantis painedos teisės aktas yra pasenęs ir keistinas.

Kaip jau buvo užsiminta, tretinio lygio ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas atskirtas - vieni teisės aktai akušerijai, kiti ginekologijai. Jie nėra lygiaverčiai savo apimtimi ir teisinio reguliavimo esme. Ginekologijos tretinio lygio paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus nusakantis ministro įsakymas nenurodo, kokios yra tretinio lygio paslaugas teikiančios gydymo įstaigos ir kokie joms keliami reikalavimai, tačiau labai išsamiai nurodo ginekologinių susirgimų profilį, diagnostines technologijas ir metodus jiems gydyti, specialistus ir kitas būtinas sąlygas.<sup>118</sup>

#### **2.1.4. Pirminio, antrinio ir tretinio lygio ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų persidengimo teisinis vertinimas**

Teikiamų pirminiame, antriniame ir tretiniame lygyje akušerijos ir ginekologijos paslaugų apimties klausimai teisės aktuose aptarti neišsamiai. Pirminiame lygyje teikiamų akušerijos ir

---

<sup>115</sup> *Supra* note 66.

<sup>116</sup> *Supra* note 65.

<sup>117</sup> *Ibid.*

<sup>118</sup> *Supra* note 93.

ginekologijos profilio paslaugų mastą iš esmės nustato šeimos gydytojo norma. Paradoksalu, tačiau, kaip jau minėta, teikdamas pirminio lygio akušerinę ir ginekologinę pagalbą, gydytojas akušeris ginekologas vadovaujasi akušerio ginekologo norma, o šeimos gydytojas - šeimos gydytojo norma, ir tai yra visiškai skirtingi dalykai. Abi normos teisiškai laikytinos lygiavertėmis, tačiau medicinine prasme jų taikymas konkrečioje srityje kelia problemų. Pirminio lygio akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo kontekste įdomu panagrinėti teises paraleles tarp dviejų fenomenų: ambulatorinės (pirminio lygio) šeimos gydytojo paslaugos akušerijos ir ginekologijos srityje iš vienos pusės, ir tarsi lygiavertės ambulatorinės pirminio lygio akušerio ginekologo paslaugos iš kitos. Pastebėtina, kad ir šeimos gydytojas, ir akušeris ginekologas pirminiame lygyje teikia identiškas paslaugas, išsamų jų sąrašą pateikia šeimos gydytojo norma. Šių fenomenų esmė labai įdomi: šeimos gydytojas realizuoja savo normą pilnai, tačiau tik nedidele konkrečios specializacijos (akušerinė ir ginekologinė pagalba) dalimi, o akušeris ginekologas – tik nedidele dalimi to, ką leidžia akušerio ginekologo norma. Pateiksime pavyzdžių. Šeimos gydytojas turi „įtarti ikivėžines ir vėžines lytinių organų ligas“, o akušeris ginekologas pagal savo kompetenciją ir sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje dirba, reikalavimus turi mokėti prižiūrėti, diagnozuoti ir gydyti visus pagrindinių ginekologinių lokalizacijų gerybinius ir piktybinius navikus. Išvardintų būklių šeimos gydytojas gydyti negali, jo kompetencija leidžia tik įtarti. Tuo tarpu akušeris ginekologas pagal savo kompetenciją ne tik gali, bet ir privalo. Tačiau praktikoje, susidarius situacijai, kai akušeris ginekologas, turintis akušerio ginekologo licenciją, gydymo įstaigoje yra įdarbintas teikti tik pirminio lygio paslaugas, jo kompetencija gydyti aukščiau išvardintas būkles yra apribota. Kitaip tariant, nors kompetencija, kurią apibrėžia akušerio ginekologo norma, leidžia ir net įpareigoja, užimama pareigybė, leidžianti teikti tik pirminio lygio paslaugas, - ne (riboja normos punktas, reikalaujantis teikti tik pagal „sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje dirba, reikalavimus“). Tas pats pasakytina ir apie būkles, kurias šeimos gydytojas turi mokėti diagnozuoti, o akušeris ginekologas – ir diagnozuoti, ir gydyti. Kaip ir pirmu atveju, susidaro prielaidos sumenkinti akušerio ginekologo pareigybės instituciją, nes ne viskas, kas sugebama, leidžiama. Įvertinant paminėtas aplinkybes, akušerių ginekologų, dirbančių pirminiame lygyje, praktikoje pastebima tendencija vis dėlto atlikti žymiai daugiau paslaugų nei akušerijos ir ginekologijos srityje leidžia šeimos gydytojo norma ir pacienčių nesiuntinėti, t.y. iš esmės tiek, kiek leidžia akušerio ginekologo norma.

Kaip jau buvo pastebėta, vienu probleminių aspektų laikytinas gydytojų profesinės kvalifikacijos vienodumas teikiant pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Kitaip tariant, pakanka turėti akušerio ginekologo licenciją ir gali teikti nuo žemiausio iki aukščiausio lygio ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas, nes padidintos profesinės kvalifikacijos teisės aktai nereikalauja. Praktikoje gali susidaryti situacija, kai tas pats fizinis asmuo dirba poliklinikoje

pirminiame lygyje, taip pat konsultuoja antriniame lygyje ir dar konsultuoja tretiniame lygyje. Kokių abejonių gali kilti pacientei, kurią jos gydantis gydytojas nusiuntė konsultuoti „sau“ antriniame lygyje, o kilus klinikiams neaiškumams - vėl „sau“ tretiniame lygyje, lieka neaišku. Problematišku laikytinas ir antrinio bei tretinio lygio gydymo įstaigų darbo organizavimo teisinis reguliavimas. Juk jeigu, kaip minėta, tretinio lygio įstaigoje galima teikti antrinio lygio paslaugas, o konsultavimo indikacijų sąrašas nėra teisiškai sureguliuotas, kas galėtų paneigti, kad iš pirminio lygio atsiųstai pacientei bus suteikta ne antrinio lygio konsultacija už mažesnę TLK mokamą kainą, o tretinio lygio konsultacija už didesnę TLK mokamą kainą?

Tretinio lygio akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo problematiškumo išskirtiniu pavyzdžiu laikytinas genetinis konsultavimas. LR SAM 1999 įsakymas numato esant reikalui konsultuoti nėščias moteris ir ginekologines pacientes žmogaus genetikos centre.<sup>119</sup> Žmogaus genetikos centras įsikūręs VUL Santariškių klinikų konsultacijų centre. Įdomu pastebėti, kad Kauno zonos pacientės, kurioms reikalinga genetinė konsultacija, ją gauna ne Žmogaus genetikos centre, kaip rekomenduoja ministro įsakymas, bet Kauno medicinos universiteto klinikose, kuriose nėra Žmogaus genetikos centro, tik perinatalinių konsultacijų kabinetas. Jame „vykdoma chromosominių vaisiaus anomalijų patikros programa, apmokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų“.<sup>120</sup> Atkreiptinas dėmesys, kad, nors teisės aktai ir įpareigoja pacientes siųsti į tretinio lygio paslaugas teikiantį Žmogaus genetikos centrą, tačiau gydytojo genetiko konsultavimą galima gauti net ir poliklinikoje, teikiančioje pirminio ir antrinio lygio paslaugas, tiesa, jau tik antrinio lygio.<sup>121</sup> Viena vertus, genetiko, kaip antrinio lygio specialisto, konsultacija PSDF biudžetui kainuoja 51.6 lito, o tretinio lygio – 95,1 lito.<sup>122</sup> Tačiau kita vertus, jei pacientei priklauso pilnas genetinis ištyrimas, t.y. „Paveldimų ligų ir įgimtų anomalijų genetinė konsultacija (su visišku laboratoriniu ištyrimu)“, kas jau nėra antrinio, bet tretinio lygio paslauga, įkainuota 430,6 lito, tai genetinį konsultavimą reikėtų ir atlikti vieną kartą

---

<sup>119</sup> *Supra* note 65.

<sup>120</sup> Kauno medicinos universiteto klinikos. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-15]. <http://www.kmuk.lt/klinika2/index.php#12>.

<sup>121</sup> VšĮ Pylimo poliklinika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-15]. [https://registracija.pylimas.lt/gyd\\_grafikas.php](https://registracija.pylimas.lt/gyd_grafikas.php).

<sup>122</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-436 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008-05-13, Nr. 54-2029.

Žmogaus genetikos centre, o ne bet kurioje kitoje gydymo įstaigoje.<sup>123</sup> Tokią teisinę painiavą nedaug tepadedu išspręsti pagrindinis genetinį konsultavimą reglamentuojantis teisės aktas – ministro įsakymas 522 „Dėl Žmogaus genetikos paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, sąrašo ir jų bazinių kainų patvirtinimo“, nes šis teisės aktas nusako Žmogaus genetikos paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, sąrašą ir jų teikimo indikacijas, siuntimo dėl paveldimų ligų ir įgimtų anomalijų (su visišku laboratoriniu ištyrimu) bei vaisiaus chromosominių ligų rizikos biocheminių žymenų nustatymo pirmąjį nėštumo trimestrą tvarkos aprašą ir žmogaus genetikos paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas, tačiau nedetalizuoja, kokio lygio tai paslaugos.<sup>124</sup> Apibendrinant darytina prielaida, jog visų trijų organizacijos lygių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teisinis reguliavimas yra pakankamai painus ir, tikėtina, sudaro sąlygas piktnaudžiauti.

---

<sup>123</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 90-338.

<sup>124</sup> *Ibid.*

### III. AMBULATORINĖS AKUŠERINĖS IR GINEKOLOGINĖS PAGALBOS TIKSLINĖMS PACIENTŲ GRUPĖMS TEISINIS REGULIAVIMAS

#### 3.1. Ambulatorinės nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo ypatumai

##### 3.1.1. Nėščiųjų sveikatos priežiūrą reglamentuojantys teisės aktai

Nėščiųjų priežiūra atspindi ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės priežiūros akušerinį aspektą. Išskirtini du jo esminiai momentai – pirma, saugi, prieinama ir moksliskai pagrįsta medicininė pagalba nėščiajai ir jos vaisiui; antra, aiškus ir išsamus teisinis reguliavimas. Teisės aktuose, reglamentuojančiuose nėščiųjų sveikatos priežiūrą, vartojama tik „nėščiosios“ sąvoka, kuri iš esmės reiškia, kad turima omenyje nedaloma visuma – nėščioji ir jos būsimas kūdikis, vaisius. Medicininėje literatūroje vartojamos kelios sąvokos, susijusios su nėščiųjų priežiūra. Tai antenatalinė priežiūra, nėščiosios priežiūra, nėštumo priežiūra ir panašiai. LR Konstitucijos 19 straipsnis gina žmogaus teisę į gyvybę, o 38 straipsnis nustato, kad visuomenės ir valstybės pagrindas yra šeima, o Valstybė saugo ir globoja šeimą, motinystę, tėvystę ir vaikystę.<sup>125</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, kuris yra bene pagrindinis sveikatinimo veiklą reguliuojantis įstatymas, apie nėščiųjų priežiūrą kalba trijuose straipsniuose: 18 str. 2 dalyje numato, kad „Sveikatos priežiūros įstaigos privalo per nustatytą laiką tikrinti nėščiųjų, vaikų iki 16 metų, motinų, iki vaikui sukaks vieneri metai, ir kitų asmenų, kurių sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija, sveikatą“; 47 str. 2 dalies 7 punkte numato, kad valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai priskiriama nėščiųjų asmens sveikatos priežiūra; ir 48 str. 2 punkte numato, kad „Savivaldybių remiamai sveikatos priežiūrai priskiriama nėščiųjų sveikatos priežiūra“. Civilinio Kodekso 6.732 straipsnis nurodo esminį teisinio sveikatos priežiūros reguliavimo momentą – rūpestingumo laipsnį, neišskiriant nei vienos pacientų kategorijos. „Vykdymas 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.“<sup>126</sup> Kitaip tariant, sveikatos priežiūros profesionalo veikla pagal Civilinį kodeksą pirmiausia turi vadovautis rūpestingumo, atsakomybės ir profesinių standartų kriterijais. Mūsų nagrinėjamu aspektu suprantant, kad nėštumas nėra išskirtinė sveikatos būklė. Civilinio kodekso 6.725 straipsnis taip pat

<sup>125</sup>Lietuvos Respublikos Konstitucija ( 1992.10.25 ). Aktuali redakcija nuo 2006.04.25 *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.

<sup>126</sup>*Supra* note 71.

apibrėžia, kas yra sveikatos priežiūra, tačiau taip pat nėščiųjų neišskiria: „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“<sup>127</sup>. LR Ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas<sup>128</sup> bei LR Sveikatos draudimo įstatymas<sup>129</sup> pasisako nėščiųjų draudimo klausimu, o LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas nėščiųjų sveikatos priežiūros ypatumų neaptaria.<sup>130</sup>

Lietuvos poįstatyminiuose teisės aktuose pasirinkta sąvoka „nėščiųjų priežiūra“. Yra keli poįstatyminiai teisės aktai, konkrečiai reglamentuojantys nėščiųjų ambulatorinės priežiūros tvarką Lietuvoje. Pagrindinis - SAM 2006 metų įsakymas „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“<sup>131</sup> ir jo pataisymai<sup>132</sup>. Šie įsakymai gana išsamiai pateikia nuorodas, kaip teikti ambulatorinę priežiūrą nėštumo metu: nurodomas konkretus specialistas, pas kurį turi lankytis nėščioji, pateikiamos nuorodos, kaip dažnai ir koku nėštumo laikotarpiu turi būti atlikti reikiami tyrimai ir procedūros, kokie papildomi specialistai, be pagrindinio prižiūrintojo, dar privalo nėščiąją konsultuoti. Šiame teisės akte aptinkamos dvi sąvokos: nėščiųjų sveikatos priežiūra ir nėščiųjų sveikatos tikrinimai. Šioje vietoje trumpai stabtelint, pastebėtina, kad sąvokos „priežiūra“ vartojimas gali būti diskutuotinas. Ką reiškia prižiūrėti? Medicininis požiūris tai turėtų reikšti, kad nėščiajai sudaromos sąlygos lankytis pas norimą specialistą norimoje įstaigoje ir gauti jos sveikatos būklės ir vaisiaus būklės stebėjimo medicininės paslaugas. Viena vertus, priežiūra ir galimybė jaustis komfortabiliai nėštumo metu nėra tapatūs dalykai. Kita vertus, „prižiūrėti“ neįmanoma visą nėštumo laikotarpį, 40 savaičių, nuolatos diena iš dienos apskritai, o tik labai mažą nėštumo laikotarpį, tai yra tik tą, kurį nėščioji lankosi sveikatos priežiūros įstaigoje. Todėl manytina, jog SAM įsakymu patvirtinti nėščiųjų sveikatos tikrinimų reikalavimai, nors laikomi pagrindiniu nėščiųjų priežiūros teisinio reguliavimo dokumentu, tėra tik gairės, nuorodos, tik tam tikras planas arba karkasas, kuriuo rekomenduojama vadovautis. Šią prielaidą patvirtintų ir tas faktas, kad praktikoje egzistuoja dar keli lygiaverčiai (SAM priimti) teisės aktai, kurie tiesiogiai nereguliuoja nėščiųjų priežiūros, tačiau atskiri jų punktai turi teisinio reguliavimo požymių ir veikia lygiagrečiai su paminėtuoju aukščiau. Praktikos gydytojas (akušeris ginekologas ar šeimos gydytojas) arba akušerė, nelygu kur nėščioji

---

<sup>127</sup> *Supra* note 71.

<sup>128</sup> Lietuvos Respublikos Ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas. 2000 m. gruodžio 21 d., Nr. IX-110, Vilnius. Aktuali redakcija nuo 2011.01.01, *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 111-3574.

<sup>129</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo Įstatymas. 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343 Aktuali redakcija nuo 2010.12.04. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

<sup>130</sup> *Supra* note 72.

<sup>131</sup> *Supra* note 68.

<sup>132</sup> *Supra* note 51.



lankosi, vienu metu turi vadovautis dar bent septyniais teisės aktais<sup>133</sup>. Tai yra įsakymai dėl genetinių tyrimų<sup>134</sup>, ehoskopijos indikacijų<sup>135</sup>, toksoplazmozės diagnostikos<sup>136</sup>, nedarbingumo pažymėjimų taisyklių<sup>137</sup>, SAM metodikomis dėl bakteriurijos<sup>138</sup>, hipertenzijos ir kraujavimų<sup>139</sup>, imunoglobulino<sup>140</sup> su daugybe jų papildymų ir pataisymų. Praktikoje sveikatos priežiūros profesionalui tampa sunkoka susiorientuoti tokioje teisinių nuorodų gausybėje<sup>141</sup>. Idant išpildytų visus teisės aktuose numatytus reikalavimus, sveikatos priežiūros įstaigos priverstos pasitvirtinti papildomas tvarkas ir rekomendacijas, kur protokoluota nėščiujų būtino ištyrimo, lankymosi tvarka, skatinamųjų paslaugų suteikimo tvarka ir pan., su kuria nėščioji yra išsamiai ir pasirašytinai supažindinama. Taip, beje, rekomenduoja ir minėtos tarptautinės gairės<sup>142</sup>, ir SAM pozicija, kuri įsakymo tvarka rekomenduoja papildomai pasitvirtinti tokias rekomendacijas<sup>143</sup>. Dėl šios priežasties galima būtų daryti išvadą, kad pagrindiniai nėščiujų priežiūros teisiniai reikalavimai<sup>144</sup> tėra tik planas, minimumas, o reali nėščiosios priežiūra paliekama šią priežiūrą atliekančių specialistų

---

<sup>133</sup> Vasjanova, V., *Supra* note 2.

<sup>134</sup> *Supra* note 123.

<sup>135</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. 136 „Dėl ultragarsinių tyrimų skyrimo indikacijų“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 31-1181.

<sup>136</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-37 „Dėl toksoplazmozės epidemiologinės priežiūros, diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 11-459.

<sup>137</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-533/A1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklių, šių pažymėjimų blankų, taip pat sunkių ligų, kuriomis sergantiems vaikams iki 16 m. stacionare ar medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje slaugyti išduodamas pažymėjimas ne ilgiau kaip 120 kalendorinių dienų per kalendorinius metus, sąrašo bei ligų ir būklių, dėl kurių suteikiamos papildomos 14 kalendorinių dienų nėštumo ir gimdymo atostogos, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr.: 83 -3078.

<sup>138</sup> Nėščiujų besimptominės bakteriurijos diagnostikos ir gydymo metodika (2010 09 09). [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-12]. [http://www.sam.lt/go.php/diagno\\_asmens\\_sveikata2](http://www.sam.lt/go.php/diagno_asmens_sveikata2).

<sup>139</sup> Nėščiujų hipertenzijos diagnostikos ir gydymo metodika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-12]. [http://www.sam.lt/go.php/diagno\\_asmens\\_sveikata2](http://www.sam.lt/go.php/diagno_asmens_sveikata2)

<sup>140</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl Anti-D imunoglobulino, apmokamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, skyrimo indikacijų ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004-11-26, Nr. 26-6344.

<sup>141</sup> Vasjanova, V., *supra* note 10.

<sup>142</sup> *Supra* note 3.

<sup>143</sup> Lietuvos Respublikos 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“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 139-5519

<sup>144</sup> *Supra* note 51.

šeimos gydytojo<sup>145</sup>, gydytojo akušerio ginekologo<sup>146</sup> arba akušerės kompetencijoms.<sup>147</sup> Galima būtų diskutuoti, ar tikslinga būtų priimti vieną, bet ypač išsamų teisės aktą, reguliuojantį nėščiąjų ambulatorinę priežiūrą. Tikėtina, kad jis būtų didelės apimties ir dubliuotų kituose teisės aktuose išsakytus reikalavimus. Kita vertus, praktikos specialistui būtų labai paranku ir naudinga turėti visą reikalingą informaciją vienoje vietoje. Beje, tai būtų naudinga ir nėščiajai, ji, tikėtina, galėtų vis tik aiškiau nei dabar susipažinti su galiojančia nėštumo priežiūros tvarka, todėl neturėtų nepagrįstų baimių ir lūkesčių dėl savo sveikatos priežiūros nėštumo metu. Kadangi tarptautinės gairės numato suteikti ir garantuoti nėščiajai pilną komfortą ir saugumą nėštumo priežiūros laikotarpiu<sup>148</sup> bei atsakyti į visus įmanomus klausimus, aiškėja, kad vis tik informacijos sistemingumas ir aiškumas praktikoje būtų naudingas.<sup>149</sup>

### 3.1.2. Nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo probleminiai aspektai

Vertinant nėščiųjų priežiūros organizaciją Lietuvoje, vertėtų atsižvelgti į keletą aspektų: nėščiųjų galimybę prisirašyti prie norimos sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojo bei konkrečių sveikatos priežiūros specialistų, kuriems teisės aktais patikėta nėščiųjų sveikatos priežiūra, profesinę kompetenciją.<sup>150</sup>

Vertinant paciento prisirašymo klausimą, atkreiptinas dėmesys į kelis teisės aktus. Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnis numato, 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“<sup>151</sup>. Iš teisės aktų teiginių reikštų, kad bet kuri Lietuvos nėščioji turi teisę pasirinkti pageidaujamą sveikatos priežiūros įstaigą ir norimą specialistą – šeimos gydytoją arba akušerį ginekologą, nes

<sup>145</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 3-62.

<sup>146</sup> *Supra* note 1.

<sup>147</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 3 d. įsakymas Nr. V-245 „Dėl MN 40: 2006 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006.04.11, Nr.40 - 1446 .

<sup>148</sup> *Supra* note 3.

<sup>149</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

<sup>150</sup> *Ibid.*

<sup>151</sup> *Supra* note 69.

„Kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą PASPI“<sup>152</sup>. Tačiau tai nereiškia, kad konkreti nėščioji pateks pas jai patinkantį ir pageidaujama akušerį ginekologą – juk ji prisirašys prie šeimos gydytojo, ne prie akušerio ginekologo, nes taip numato gyventojų prisirašymo prie gydymo įstaigos tvarka, jau poįstatyminis aktas.<sup>153</sup> 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 gyvenamą vietą prisirašiusi prie įstaigos, kurioje nedirba jos norimas ginekologas, ji turi tris išeitis: mokamai lankytis pas norimą akušerį ginekologą kitoje įstaigoje (kas iš esmės prieštarauja jos teisei gauti nemokamas paslaugas), arba lankytis pas šeimos gydytoją ir gauti siuntimą konsultacijai pas norimą akušerį ginekologą ginekologą, 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, kuris aiškina, 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.“<sup>154</sup> Dar daugiau, „įgyvendinant teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisė gauti nemokamą sveikatos priežiūrą teisės aktų nustatyta tvarka gali būti ribojama“<sup>155</sup>.

Vertinant sveikatos priežiūros profesionalų, 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 metų 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 tuomet bendrosios praktikos gydytojo normą MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas: teisės, pareigos, atsakomybė“, bet ne pagal akušerio ginekologo normą. 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, buvo apsižiūrėta, ir nuo 2008 metų ši praktika

<sup>152</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. V-583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 96-3400.

<sup>153</sup> *Ibid.*

<sup>154</sup> *Supra* note 72.

<sup>155</sup> *Ibid.*

buvo pakeista, o šeimos gydytojo funkcijos prižiūrint nėščiąsias buvo reglamentuotos LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės. Pareigos. Kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“,<sup>156</sup> o akušerio ginekologo kompetencija įtvirtinta įsakymu „MN 64:2008 „Gydytojas akušeris ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“<sup>157</sup>.

Šeimos gydytojo norma išsamiai nusako kompetenciją akušerijos srityje, o būtent: „mokėti atlikti akušerinį ir ginekologinį tyrimą, išorinių ir vidinių lytinių organų (tepinėlio paėmimą iš makšties bei gimdos kaklelio; nėštumo diagnostiką – ištiriant ir atliekant nėštumo testus), nėščios moters (nustatant gimdymo rizikos laipsnį), surinkti 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“.<sup>158</sup> Šeimos gydytojai turi būti apsirūpinę ginekologiniu rinkiniu - vaginaliniais skėtikliais, vaginaliniais veidrodžiais, kornchangais (kas, mūsų nuomone, nėra labai svarbu ambulatoriškai prižiūrint nėščiąsias, o taip pat tiriant ginekologines pacientes), akušeriniu stetoskopu, akušeriniu skriestuvu, šepetėliais gimdos kaklelio tepinėliui paimti. Tačiau norma, nors numato suteikti pagalbą netikėtai prasidėjusio gimdymo atveju ir įpareigojanti atlikti pirmą naujagimio tualetą, nenurodo, kad šeimos gydytojas turėtų turėti gimdymo paketą ir spaustuką virkštelei. Kocherio spaustukai, žirkklės, pincetai, kurių galėtų prireikti priimant gimdymą ir atliekant naujagimio tualetą, yra chirurginiame rinkinyje, o, beje, nesterili vata – bendrame krepšyje.<sup>159</sup> 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, jis įpareigoja turėti kaip būtiną įrangą ir mikroskopą<sup>160</sup>. Netiesiogiai galima daryti išvadą, kad nėščioji, kuri lankosi pirminiame lygyje pas akušerį ginekologą, sveikatos mokymo (motinystės mokyklos) paslaugas privalėtų gauti, o lankydamosi pas šeimos gydytoją – ne. Atkreiptinas dėmesys, kad, neturint gimdymo paketo

---

<sup>156</sup> *Supra* note 145.

<sup>157</sup> *Supra* note 1.

<sup>158</sup> *Supra* note 145.

<sup>159</sup> *Ibid.*

<sup>160</sup> *Supra* note 66.

„netikėtai prasidėjusiam gimdymui priimti“ ir mikroskopo (pavyzdžiui, galimam vaisiaus vandenių tekėjimui nustatyti), akušerinė pagalba šeimos gydytojo kabinete keltų tam tikrų abejonių.

Tai, kas pasakyta apie šeimos gydytojo kompetenciją akušerijoje, rodo, kad tos pačios ar panašos apimties paslaugas turėtų teikti ir akušeris ginekologas, ir ne daugiau, nors akušerio ginekologo kompetencija ir norma leidžia daugiau. Tai neleidžia suteikti nėščiajai pilnaverčių paslaugų, o be to, paslaugos dar ir sudubliuojamos. Pavyzdžiui, jei nėščioji lankosi pas šeimos gydytoją, ji gauna siuntimą 4 kartus per nėštumą konsultuotis pas akušerį ginekologą (antrinio lygio, specialistą)<sup>161</sup>. Tuo lyg norima šeimos gydytoją apdrausti nuo galimos kompetencinės nesėkmės<sup>162</sup>. Tokiu būdu net normos atvejais sveika nėščioji įgyja teisę apsilankyti pas gydytoją ne 7, o 11 kartų. Tačiau jei nėščioji lankosi pas pirminio lygio akušerį ginekologą (šeimos gydytojo darbo apimtyje) tai 1 kartą ji gauna siuntimą echoskopijai, o 3 kartus per nėštumą ji jau negauna siuntimo pas akušerį ginekologą - antrinio lygio specialistą<sup>163</sup>, tuo lyg pritariant, kad pirminio lygio akušerio ginekologo kompetencijos užtenka, kaip užtenka ir 8 nėščiosios vizitų pas gydytoją. Pasitaiko, kad šeimos gydytojai siunčia nėščiąją antrinio lygio akušerio ginekologo konsultacijai 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 konsultacijai atvyksta tik su siuntimu ir forma F 113/a, be savo tipinės nėštumo formos F 111/a, kurioje yra nėštumo metu atlikti tyrimai, išsami anamnezė, nėštumo eigos duomenys, informacija apie buvusius gimdymus ir kiti svarbi informacija. Todėl tokia teisinė painiava neretai trikdo pačių specialistų darbą, o nėščiosios pasirenka geriau lankytis pas akušerį ginekologą, nei pas šeimos gydytoją, kad nebūtų siuntinėjamos.<sup>164</sup>

Specialistų, prižiūrinčių nėščiąsias, kompetencijos klausimas neatsiejamas ir nuo darbo sąlygų, kuriomis specialistas gali savo kompetenciją realizuoti, bei nuo drąsos, kuri būtina kompetenciją įgyvendinti. Tiesa, ir akušerio ginekologo, ir šeimos gydytojo, ir akušerės normos (kaip jau minėta, šiems trims specialistams leista prižiūrėti nėščiąsias), aiškiai išdėsto, kokios apimties paslaugas nėščiajai suteikti. 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<sup>165</sup>, 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.

---

<sup>161</sup> *Supra* note 51.

<sup>162</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

<sup>163</sup> *Supra* note 51.

<sup>164</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

<sup>165</sup> Mozūraitė, L., *supra* note 7.

šeimos gydytojų, 54,3 proc. naudojosi specializuotu ginekologijos kabinetu<sup>166</sup>. Nedidelių miestelių, kaimų ir privačių kabinetų šeimos gydytojai dažniau nurodė turintys sąlygas tirti ginekologiškai<sup>167</sup>. Nustatyta, kad Lietuvoje šeimos gydytojai apskritai nėra pakankamai pasirengę teikti paslaugas, susijusias su nėštumu ir gimdymu: tik 60 proc. šeimos gydytojų teikia nėščiųjų priežiūros paslaugas, o staiga prasidėjusį normalų gimdymą sugebėtų priimti tik ketvirtadalis<sup>168</sup>. Iš tų šeimos gydytojų, kurie prižiūri nėščiąsias, tik 44 proc. nesusiduria su akušerinės pagalbos problemomis, dažniau nesusiduria su problemomis tik siunčiant nėščiąsias būtinoms konsultacijoms ir apiforminant nėštumo atostogas (atitinkamai 51,5 ir 55 proc.)<sup>169</sup>.

Didžiosiose Vilniaus, Kauno ir kitų miestų poliklinikose skirtingų pirminio ir antrinio lygių paslaugų teikėjai yra atskirti, nors funkcionuoja toje pačioje gydymo įstaigoje vienu metu ir, pasitaiko, dubliuoja savo funkcijas. Šeimos gydytojai ir pirminio lygio komandos, kurioms priklauso akušeris ginekologas, finansuojami pagal prisirašiusių gyventojų skaičių<sup>170</sup>, o antrinio lygio akušeriai ginekologai gauna finansavimą už šeimos gydytojų ir kitų specialistų atsiųstų pacientų atliktas konsultacijas<sup>171</sup>. Atskiro savarankiško akušerių darbo finansuoti nenumatyta. Akivaizdu, kad šeimos gydytojas, geografiškai nutolęs nuo specialistų, imasi daugiau funkcijų, įskaitant ir akušerinę – ginekologinę priežiūrą. Tai patvirtino ir L.Mozūraitės tyrimas<sup>172</sup>. Tuo tarpu viešųjų įstaigų šeimos gydytojams patogiu netoliese turėti pirminiame lygyje dirbantį akušerį ginekologą, kurio paslaugomis ir naudojasi. Akušerių ginekologų konsultacijos reikalingos ir prie privačių šeimos kabinetų prisirašiusiems pacientėms, ir tai yra 4 konsultacijos pagal SAM rekomendaciją, įskaitant vaisiaus echoskopiją 18 – 20 savaitę.

Problema dar ir ta, kad niekur nėra aiškiai apibrėžta, ką laikyti „fiziologinio nėštumo priežiūros“ paslaugomis, o už nėščiosios 7 apsilankymus pas gydytoją ir 7 apsilankymus pas

---

<sup>166</sup> 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., 2005, Kaunas: Vitae Litera 2005, p. 61.

<sup>167</sup> *Ibid*, p. 63.

<sup>168</sup> Mozūraitė, L., *supra* note 7, p. 48.

<sup>169</sup> *Ibid*.

<sup>170</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr.143-5205.

<sup>171</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 1 d. įsakymas Nr. 481. „Dėl ambulatorinės antrinės asmens sveikatos priežiūros.“ *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 98-4381.

<sup>172</sup> Mozūraitė, L., *supra* note 7, p.48.

slaugytoją „fiziologinio nėštumo priežiūros“ apimtyje mokama papildomai<sup>173</sup>. Manytina, kad nėščiųjų sveikatos tikrinimų reikalavimuose apibrėžta „didelės rizikos nėštumo“ rizikos veiksnių strategija tik iš dalies ir netiesiogiai atsako į šį klausimą.<sup>174</sup> Galima daryti prielaidą, jei nėščioji neturi nei vieno iš išvardintų 37 didelės rizikos nėštumo faktorių, ji priklauso fiziologinio nėštumo grupei. Kita vertus, ar tikrai turinčios rizikos faktorių nėščiosios nėštumo eiga negali būti fiziologinė? Praktika rodo, kad gali.<sup>175</sup> Deja, nėra viskas taip aišku ir paprasta. Tik labai nedaugelį nėščiųjų jau pačioje nėštumo pradžioje galima priskirti didelės rizikos grupei. Paprastai tai nepalankios akušerinės anamnezės ir nepalankios nėščiosios būklės grupės. Dažniausiai padidėjusi rizika išaiškėja nėštumo eigoje, ir tuomet tampa neaišku, kur nėščioji turėtų lankytis. Formaliai, jei lankėsi pas šeimos gydytoją, turėtų pakeisti gydytoją ir pereiti pas antrinio lygio akušerį ginekologą - jis turi atitinkamos kvalifikacijos reikalaujančią licenciją<sup>176</sup>. Dar nieko tokio, jei toje pačioje gydymo įstaigoje. Jei lankėsi pas komandos ( ty pirminio lygio ) akušerį ginekologą, tai turėtų ir lankytis pas akušerį ginekologą, tačiau čia jau nebeaišku, pas pirminio ar antrinio lygio, nes nėščiųjų priežiūros reikalavimuose nurodoma „pas akušerį ginekologą“,<sup>177</sup> tačiau akušerio ginekologo normoje sveikatos paslaugų lygiai nekonkretizuoti<sup>178</sup>. Dar viena problema kyla, kai įstaigoje dirbantis akušeris ginekologas priklauso BPG komandai, bet nėra įdarbintas teikti antrinio lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugas. Formaliai, nėščioji turėtų toliau lankytis pas kitą tos pačios gydymo įstaigos akušerį ginekologą, galintį teikti antrinio lygio paslaugas, arba gauti siuntimą į kitą gydymo įstaigą. Jeigu praktikoje tokia tvarka veiktų, kai kurioms nėščiosioms kiltų ypač daug nepatogumų ir nerimo bei streso, susijusio su joms įprasto gydytojo pakeitimu.<sup>179</sup>

Lietuvoje neturime statistinių duomenų apie perinatalines išėtis naujagimiui ir motinai tais atvejais, kai nėščiąją prižiūri šeimos gydytojas, ar kai akušeris ginekologas ar kai akušerė.<sup>180</sup> Kai kuriose gydymo įstaigose teigiama, kad nėščiųjų priežiūra būtų pas akušerį ginekologą ir ilgametis įdirbis leidžia sumažinti perinatalinį mirtingumą, sumažinti planinių cezario pjūvių dažnį, pagerinti pirmosios nėščiųjų įskaitos rodiklius, pacientės mažiau siuntinėjamos, taikomas individualizuotas kiekvienos nėščiosios priėmimas, kas ir rekomenduojama tarptautinėse gairėse.<sup>181</sup>

---

<sup>173</sup> *Supra* note 66.

<sup>174</sup> *Supra* note 51.

<sup>175</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

<sup>176</sup> *Supra* note 51.

<sup>177</sup> *Ibid.*

<sup>178</sup> *Supra* note 1.

<sup>179</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

<sup>180</sup> *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla, 2009 m. duomenys* [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2011-06-12]. <http://www.lsic.lt>,

<sup>181</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

Pastebėtina, kad šiuo metu Lietuvoje egzistuoja labai įdomi praktika privačiose PASPĮ, kur praktikuoja šeimos gydytojai ir pacientai prie jų prisirašę. Daug kur įprasta samdytis gydytoją akušerį ginekologą ir kitus siauresnių specialybių gydytojus ir dalį funkcijų, įskaitant nėščiųjų priežiūrą, deleguoti jiems. Atkreiptinas dėmesys, kad tokios akušerio ginekologo paslaugos yra apmokestintos. Pavyzdžiui, viena Vilniuje dirbanti šeimos gydytojų klinika skelbiasi, 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 sąrašė - nėščiųjų priežiūra.<sup>182</sup> Įdomu, kad pagal sutartį su TLK pirminio lygio nėščiųjų priežiūra, įskaitant tyrimus, yra nemokama, tačiau įstaigos tinklalapyje informuojama, kad pirminė nėščiosios apžiūra pradedant dispanserizavimu, prisirašiusioms kainuoja 50 litų, o pakartotinos konsultacijos nėštumo metu kainuoja 25 litus. Neaišku, kokios apimties nemokamas paslaugas gaus nėščioji, ir belieka tikėtis, kad ji galės pasirinkti arba šeimos gydytoją ir lankytis nemokamai, ar akušerį ginekologą, už kurio paslaugas mokės. Net jeigu šeimos gydytojų kabinete akušeris ginekologas yra įdarbintas teikti mokamas paslaugas, bet 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<sup>183</sup>.

### 3.1.3. Nėščiųjų sveikatos priežiūros finansavimo teisinis reguliavimas

LR Konstitucijos 53 straipsnis nusako, kad „įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“<sup>184</sup>. LR Sveikatos sistemos įstatymo 47 straipsnis numato, kad nėščiųjų asmens sveikatos priežiūra yra nemokama: „Valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai priskiriama <...> nėščiųjų asmens sveikatos priežiūra.“<sup>185</sup> Papildomai tą patvirtina ir 48 straipsnis: „savivaldybės remia savo teritorijos nėščiųjų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų“<sup>186</sup>. 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

<sup>182</sup> Pilaitės šeimos sveikatos namai. [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-06-12]. [www.gyda.lt](http://www.gyda.lt).

<sup>183</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

<sup>184</sup> *Supra* note 125.

<sup>185</sup> *Supra* note 69.

<sup>186</sup> *Ibid.*



lėšų.<sup>187</sup> Įvertinant tą faktą, kad Lietuvoje gimstamumas nuo 16,5 1000-čiui gyventojų 1985 metais sumažėjo iki 10,9 1000-čiui gyventojų 2010 metais<sup>188</sup>, tokios svarbiausių įstatymų nuostatos teikia vilčių. Įstatyme taip pat pasakyta, kad „Valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros mastai numatomi įvertinus gyventojų demografinius, sveikatos ir aplinkos kokybės rodiklius bei jų kitimo tendencijas“<sup>189</sup>, kas, atsižvelgiant į blogėjančią Lietuvos demografinę situaciją, reikštų, kad nemokamai nėščiujų priežiūrai turėtų būti keliami ypatingi reikalavimai ir išlygos. Sveikatos sistemos įstatymo 18 straipsnis formaliai įpareigoja sveikatos priežiūros įstaigas „per nustatytą laiką tikrinti nėščiujų <...> sveikatą.“ Dar daugiau, 49 straipsnis nurodo, kad „Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra teikiama nemokamai, už šios priežiūros paslaugas iš paciento negali būti reikalaujama papildomo mokesčio.“<sup>190</sup> Atsižvelgiant į tai, kas pasakyta aukščiau, nėščiujų priežiūra iš tiesų turėtų būti išskirtinė. Deja, praktikoje ji neretai tampa išskirtinė neigiama šio žodžio prasme. Nedarbančios nėščiosios, nežiūrint jų įstatymu reglamentuotos teisės į nemokamą sveikatos priežiūrą, praktikoje 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 apžiūreta, nei įrašyta 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<sup>191</sup>. Tik sukakus 30 savaičių ji turi paimti iš 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 įgyvendinimo kai kurioms nėščiosioms tenka ir gerokai pasistengti.

Konkretus draustų nėščiujų 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“<sup>192</sup>. Gydymo įstaigos gauna apmokėjimą „už įrašytų į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių“, o papildomas mokėjimas skiriamas už suteiktas

<sup>187</sup> *Supra* note 69.

<sup>188</sup> *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m.* [interaktyvus]. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2011. [žiūrėta 2012-03-16]. [http://www.hi.lt/content/sveik\\_stat\\_leid.html](http://www.hi.lt/content/sveik_stat_leid.html).

<sup>189</sup> *Supra* note 69.

<sup>190</sup> *Ibid.*

<sup>191</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo Įstatymas. 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343 Aktuali redakcija nuo 2010.12.04. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.

<sup>192</sup> *Supra* note 170.

skatinamąsias PASP paslaugas. Nežiūrint akivaizdžios nėščiujų sveikatos priežiūros finansavimo pažangos, apmokėjimas nėra iki galo sutvarkytas. Pvz. Po to, kai 2006 metais buvo paskelbtas SAM įsakymas dėl būtinų ŽIV ir RPR tyrimų atlikimo, informacija apie tyrimų atlikimo finansavimą buvo patvirtinta tik po pusės metų. Tas pats pasakytina ir apie nėščiujų bakteriurijos tyrimų finansavimą: atitinkama SAM metodika, kuria įstaigos įpareigos privaloma tvarka atlikti šiuos tyrimus, paskelbta 2010 metų rugsėjo mėnesį, o apmokėjimas pradėtas nuo 2011 metų liepos 1 dienos<sup>193</sup>.

### **3.2. Ambulatorinė akušerinė ir ginekologinė nepilnamečių priežiūra**

#### **3.2.1. Ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos nepilnamečiams problema**

Kita tikslinė pacientų grupė, kurios ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės sveikatos priežiūros teisinis reguliavimas pasižymi tam tikru savitumu yra nepilnametės. Daugumos Europos valstybių, taip pat ir Lietuvos civilinėje teisėje, nepilnamečiu yra laikomas asmuo, kuriam mažiau nei 18 metų. Pilnametystė siejama su veiksniumu - galėjimu savo veiksmais įgyti civilines teises ir sukurti civilines pareigas, pavyzdžiui, sudarinėti ir vykdyti sutartis. Veiksnumą apsprendžia du kriterijai: žmogaus amžius ir psichinė būklė<sup>194</sup>. Todėl, nors teisiškai reglamentuojant nepilnamečio teises ir pareigas paprastai vadovujamasi formaliu amžiaus kriterijumi, nepilnamečio sąvoka sietina ir su tam tikrais socialiniais, dvasiniais doroviniais ir kitais bruožais.

Nepilnamečiai, su tam tikromis išimtimis, pvz. emancipacija, teisiškai yra laikomi vaikais. Reikia pastebėti, kad nacionalinėje teisėje (ir ratifikuotuose tarptautiniuose dokumentuose, ir įstatymuose bei juos įgyvendinančiuose teisės aktuose) *vaiko* ir *nepilnamečio* sąvokos vartojamos nesistemiškai. Lietuvoje ratifikuotoje Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijoje vaiku laikomas kiekvienas žmogus, neturintis 18-os metų<sup>195</sup>. Lietuvos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas atkartoja tą patį<sup>196</sup>. Ambulatorinėje akušerijoje ir ginekologijoje tam tikrą dalį pacienčių sudaro nepilnametės – mergaitės ir paauglės. Teikiant akušerinę ir ginekologinę sveikatos priežiūrą mergaitėms paauglėms pacientėms svarbu turėti pakankamai specialių paauglių ginekologijos žinių,

---

<sup>193</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 68-3256.

<sup>194</sup> *Supra* note 71.

<sup>195</sup> Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr.60-1501.

<sup>196</sup> Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas. 1996 m. kovo 14 d. Nr. I-1234 (aktuali redakcija nuo 2006.06.08). *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 33-807.

sudaryti palankias, draugiškas apžiūros sąlygas, nemoralizuoti<sup>197</sup>. Ne mažiau svarbu išmanyti ir paisyti atitinkamų teisės aktų nuostatų<sup>198</sup>. Mokslinėje literatūroje pripažįstama, kad įvairių šalių nepilnamečių sveikatos priežiūrą reguliuojanti teisinė bazė nevisiškai atitinka geros klinikinės praktikos rekomendacijas, paauglio žmogaus psichologiją, todėl praktikoje kyla nemažai jos taikymo sunkumų. Užsienio autoriai pastebi, kad paauglių ginekologijoje dažniau nei kitose asmens sveikatos priežiūros srityse susiduriama su teisės aktuose įtvirtintų normų bei nepilnametės pacientės interesų priešprieša. Iš kitos pusės, vaikų ir paauglių ginekologijoje situacijos, kai susikerta ne tik teisės aktų reikalavimai, bet tėvų ir nepilnametės pacientės interesai, yra labai dažnos<sup>199</sup>. Todėl teikiančiam akušerinę ir ginekologinę pagalbą gydytojui tokiais atvejais tenka nelengva užduotis atsižvelgiant į konkrečią klinikinę situaciją suderinti įvairius medicininius, etinius, psichologinius, socialinius ir teisinius aspektus<sup>200</sup>. Kai į gydytoją dėl skubios kontracepcijos, planinės hormoninės kontracepcijos, nėštumo, aborto ar išprievartavimo paauglės kreipiasi neatstovaujamos vieno iš tėvų (ar tėvių, globėjų) – tik keletas praktikoje pasitaikančių komplikuočių situacijų pavyzdžių<sup>201</sup>.

### **3.2.2. Nepilnamečių pacienčių teisės gauti konfidencialias ginekologines ir akušerines paslaugas įgyvendinimo problemos**

Nacionalinės teisės aktai įtvirtina išsamius paciento konfidencialumo, privataus gyvenimo apsaugos reikalavimus, kurių esmė – maksimalios sveikatos priežiūros specialistų pastangos paciento sveikatos paslapčiai išsaugoti, medicininės dokumentacijos gydymo įstaigose apsauga,<sup>202</sup> paciento anamnestinių duomenų, tyrimų ir gydymo duomenų apsauga, ir draudimas teikti informaciją be paciento sutikimo<sup>203</sup>. Tačiau paauglių ginekologijoje yra situacijų, kai konfidencialumo principo įgyvendinimas įgauna kiek kitokią prasmę. Jeigu tėvai besąlygiškai pripažintų paauglės teisę savarankiškai spręsti jos reprodukcinės sveikatos priežiūros klausimus, o paauglė tėvais pasitikėtų, tai konfidencialumo įgyvendinimo prieštaravimų nekiltų.<sup>204</sup> Tą patvirtina

---

<sup>197</sup> Vasjanova, V., *supra* note 12.

<sup>198</sup> Bourne, R., Ricci, HC. *Legal Issues in Pediatric and Adolescent Gynecology.*// Emans SJ, & Wilkins, 2005, 988-1001.

<sup>199</sup> Cook, RJ.; Erdman, JN.; Dickens, BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics.* 2007, 98(2): 182-187.

<sup>200</sup> *Ibid.*

<sup>201</sup> *Ibid.*

<sup>202</sup> *Supra* note 71.

<sup>203</sup> *Supra* note 72.

<sup>204</sup> Bourne, R., *supra* note 198.

pačių paauglių apklausos: dauguma jų tvirtina, kad konfidencialumo pažeidimo baimė joms trukdo kreiptis savalaikės pagalbos, diskutuoti jautriomis temomis – t.y. seksualumo, lytiniu keliu plintančių ligų, kontracepcijos, lyties suvokimo, seksualinės prievartos ir kitais. Deja, dauguma tėvų mano, kad konfidenciali pagalba skatina rizikingą seksualinį elgesį ir užkerta kelią tėvų pastangoms paauglę apsaugoti nuo tokios rizikos<sup>205</sup>. Kita vertus, reikia pripažinti, kad paauglių ginekologijos srityje visiškas konfidencialumo užtikrinimas, iš tiesų, gali turėti ir žalingų padarinių paauglės sveikatai, pavyzdžiui, esant nėštumui ar diagnozavus lytiniu keliu plintančią infekciją.<sup>206</sup> Įstatymas leidžia paauglei iki 16 metų kreiptis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, taigi ir ginekologinės pagalbos, pačiai, be tėvų, o gydytojas gali tokį paauglės interesą pripažinti, vis dėlto užsienio literatūroje pastebima, kad minėtais atvejais gydytojas gali likti ir kaltas, suteikęs paauglei pagalbą be tėvų žinios<sup>207</sup>. Be to, įvertinus Lietuvos teisės aktų leidimą nepilnamečių iki 16 metų atstovams susipažinti su įrašais medicinos dokumentuose<sup>208</sup>, paaiškėja, kad tikrojo konfidencialumo praktikoje tokiems pacientams užtikrinti nelabai įmanoma. Ne ką geresnė padėtis ir vyresnių kaip 16 metų merginų, besikreipiančių anoniminės pagalbos: anoniminę pagalbą jos gauna privačiose klinikose ir už ją moka, tačiau valstybinėse poliklinikose tiriamos pirmiausia fiksuojant medicininėje dokumentacijoje, kur asmens duomenys nurodyti, o tik nustačius sąrašo ligas gali gauti anoniminę pagalbą<sup>209</sup>.

Vadovaujantis teisės aktais, Lietuvoje reprodukcinės paauglių sveikatos ir akušerijos ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia akušeriai ginekologai ir šeimos gydytojai<sup>210</sup>. Šeimos gydytojo praktikoje nepilnamečių konfidencialumo klausimas taip pat išlieka komplikuotas. Apklausos rodo, kad tik 49,3 proc. šeimos gydytojų apskritai yra susipažinę su paauglių konfidencialumo apsaugos teisiniais reikalavimais<sup>211</sup>. Konsultuodami seksualiniais klausimais tik 70 proc. jų garantuoja paauglių konfidencialumą. Dar daugiau, kai kalbama apie lytiniu keliu plintančias infekcijas arba nėštumą, beveik tiek pat šeimos gydytojų pasisako, kad jie informuoja tėvus<sup>212</sup>. Todėl galima būtų teigti, kad tokia praktika iš esmės pažeidžia nepilnamečių

---

<sup>205</sup> Cook, RJ., *supra* note 199.

<sup>206</sup> *Ibid.*

<sup>207</sup> *Ibid.*

<sup>208</sup> *Supra* note 72.

<sup>209</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-164 „Dėl Ligų, kuriomis sergantys ne jaunesni kaip 16 metų pacientai turi teisę į sveikatos priežiūros paslaugas, neatskleidžiant asmens tapatybės, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.24-1151.

<sup>210</sup> *Supra* note 66.

<sup>211</sup> Lazarus, JV.; Jaruseviciene, L.; Liljestrand, J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008, 36(3): 303-309.

<sup>212</sup> *Ibid.*

konfidencialumą. Pastebėtina, kad konfidencialumo užtikrinimą riboja ir darbo organizacija, kai gydytojas kabinete dirba su slaugytoja arba akušere, taip pat palyginti lengva prieiga prie medicininės dokumentacijos sveikatos priežiūros įstaigos registratūrose<sup>213</sup>.

Tikslinga išskirti ir švietėjiško akušerinės ir ginekologinės nepilnamečių sveikatos priežiūros darbo probleminius aspektus. Literatūroje nurodoma, kad būtent paauglių nėštumų, abortų, gimdymų ir lytiniu keliu plintančių infekcijų atvejais švietėjiška veikla, kurios tikslas yra pakeisti paauglių rizikingą elgseną, yra išimtinai svarbi. Lietuvos teisės aktai taip pat numato būtiną švietėjišką darbą, netgi įvardija, kur tam gauti lėšų, tačiau susidaro įspūdis, kad tai deklaratyvios nuostatos. Lietuvoje 1995 m. ratifikuota Vaiko teisių konvencija įpareigoja „plėtoti švietimą ir paslaugas sveikatos priežiūros, tėvų konsultavimo ir šeimos planavimo srityje“ (24 str. 1 d.),<sup>214</sup> Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnis numato iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokėti prevencinę medicinos pagalbą ir „informacines paslaugas ligų profilaktikos klausimais“, o 32 straipsnis nusako visuomenės sveikatos ugdymo ir stiprinimo svarbą (sveikatos propagandą visuomenės informavimo priemonėse; sveikatos žinių populiarinimą; sveikatos mokymą; asmenų konsultavimą sveikatos saugos ir stiprinimo, tarp jų ir šeimos planavimo klausimais)<sup>215</sup>, tačiau lieka neaišku, kas tą turėtų daryti. Jeigu gydytojams teisės aktai numatyti priemonės, kaip tai atliekama teikiant prevencines ir skatinamąsias paslaugas („Skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, apskaitomos atskirai ir apmokamos papildomai, taip siekiant aktyvesnės veiklos atskirose pirminės sveikatos priežiūros srityse“)<sup>216</sup>, veikla, manytina, būtų kur kas labiau matoma ir efektyvi.

### **3.2.3. Nepilnamečių teisės gauti gydymo ir nėštumo priežiūros paslaugas aptarimas**

Lietuvos teisės aktai rekomenduoja gauti tėvų pritarimą ištyrimui ir gydymui<sup>217</sup>, tačiau leidžia atsižvelgti į nepilnamečio interesus ir supratimo laipsnį<sup>218</sup>. Ar gali ir kaip turėtų vertinti akušeris ginekologas, neturintis specialių žinių, nepilnametės paauglės iki 16 metų supratimą ir interesus, lieka neaišku. Juk paauglės diagnozė gali varijuoti nuo kliniškai paprastesnės iki labai sudėtingos, ir čia amžius iki 16 ar virš 16 metų yra gana reikšmingas. Pavyzdžiui, vulvovaginitas, kontaktinis vulvos dermatitas, dismenorėja yra pakankamai gerai suprantamos būklės netgi 11-12 metų paauglėms, tuo tarpu lyties diferenciacijos sutrikimai, lytinių organų vystymosi anomalijos,

<sup>213</sup> Jaruševičienė, L., *supra* note 166.

<sup>214</sup> *Supra* note 195.

<sup>215</sup> *Supra* note 129.

<sup>216</sup> *Supra* note 170.

<sup>217</sup> *Supra* note 72.

<sup>218</sup> *Supra* note 71.

lytinių chromosomų ligos, piktybiniai navikai, gimdos priedų apsisukimas, suvokiamas sunkiau ir šešiolikmetėms<sup>219</sup>. Todėl jaunesnės, o ir sukakusios 16 metų merginos apsisprendimas dėl gydymo gali būti pakankamai komplikuoatas<sup>220</sup>. Neretai praktikoje pasitaiko, kad informuotą sutikimą dėl gydymo pasirašo mama, o paauglė nesutinka. Teisiškai viskas lyg ir teisinga: mama atsakinga, tačiau prieš paauglės valią tirti ir gydyti negalima<sup>221, 222</sup>.

Neatitikimų kyla ir dėl teisės į nemokamas paslaugas. Nepilnametėms garantuojama nemokama ambulatorinė akušerinė ir ginekologinė sveikatos priežiūra<sup>223, 224</sup>, tačiau negarantuojami nemokami nėštumo nutraukimai, kai kurių tyrimų, pavyzdžiui, lytinių hormonų, atlikimas<sup>225</sup>. Taip pat lieka neaišku, kur paauglės gali gauti nemokamas sveikatos švietimo paslaugas, kurias numato įstatymai ir kiti teisės aktai<sup>226</sup>. Literatūroje pateikiama duomenų, kad švietėjiška veikla patikimai sumažina paauglių nėštumų rizikos veiksnius<sup>227</sup>. Lietuvoje tokia veikla nėra iki galo teisiškai apibrėžta. Pavyzdžiui, akušerio ginekologo norma nurodo, kad gydytojas akušeris ginekologas privalo pagal savo kompetenciją „rekomenduoti ir organizuoti profilaktikos priemones“ bei „išmanyti sveikatos mokymo, sveikos gyvensenos, racionalios mitybos principus“<sup>228</sup>. Tam paantrina šeimos gydytojo norma: šeimos gydytojas „turi mokėti ir atlikti ligų profilaktiką, bendrųjų rizikos veiksnių mažinimą; sveikos gyvensenos principus ir sveikatos mokymo metodikas; užkrečiamųjų ligų profilaktiką“<sup>229</sup>. Tačiau vargu ar tai įveikiama gydytojų kompetencijai ir darbo krūviui.

Yra tam tikrų teisinių ypatumų ir dėl nėštumo bei gimdymo. Apsispręsti dėl aborto ar gimdymo teisiškai gali paauglė, sukakusi 16 metų<sup>230</sup>. Tačiau įvertinant tai, kad ji neturi savarankiško pajamų šaltinio, sprendimas atlikti abortą labai dažnai yra įtakotas paauglės tėvų, besibaiminančių gėdos ir aplinkinių pasmerkimo<sup>231</sup>. Todėl manytina, kad net ir šešiolika metų sukakusios nepilnametės pageidavimas nutraukti nėštumą nėra vien jos sprendimas. Pastebėtina ir tai, kad teisės aktai nurodo 16-18 metų paauglėms turėti tėvų ar globėjų pritarimą abortui, tačiau norint nešioti nėštumą, toks pritarimas nereikalingas<sup>232</sup>.

---

<sup>219</sup> Apter, D. Adolescent Health Care. Sultan, C. (ed): *Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence – Based Clinical Practice*. Basel: Karger, 2004, vol 7, p. 252-261.

<sup>220</sup> Bourne, R., *Supra* note 198.

<sup>221</sup> *Supra* note 71.

<sup>222</sup> *Supra* note 72.

<sup>223</sup> *Supra* note 66.

<sup>224</sup> *Supra* note 191.

<sup>225</sup> *Supra* note 170.

<sup>226</sup> *Supra* note 69.

<sup>227</sup> Apter, D., *supra* note 219.

<sup>228</sup> *Supra* note 1.

<sup>229</sup> *Supra* note 145.

<sup>230</sup> *Supra* note 63.

Paauglių nėštumo priežiūra taip pat turi tam tikrą tiek medicininių, tiek teisinių ypatumų. Literatūroje pateikiami duomenys, kad kuo geresnė, intensyvesnė, kokybiškesnė paauglės nėštumo priežiūra, tuo geresnės perinatalinės išeitys<sup>233</sup>. Todėl paauglė nėštumo metu turi gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios maksimaliai atitiktų jos medicininius, psichosocialinius ir mitybos poreikius. Vadovaujantis SAM įsakymu, paauglės iki 18 metų nėštumas priskiriamas didelės rizikos nėštumui, kurį turėtų sekti akušeris ginekologas<sup>234</sup>. Kaip elgtis rajone gyvenančiai nėščiai paauglei, kuri turi galimybę kreiptis tik pas šeimos gydytoją, teisiškai lieka neaišku.

#### IV. ATSKIRŲ AMBULATORINIŲ AKUŠERIJOS IR GINEKOLOGIJOS PASLAUGŲ TEIKIMO TEISINIS REGULIAVIMAS

##### 4.1. Skatinamosios ir prevencinės paslaugos

Skatinamųjų ir prevencinių programų paslaugų organizavimas vykdomas pirminiame lygyje yra iš esmės šeimos gydytojo institucijos apimtyje. Tačiau ambulatorinė akušerinė ir ginekologinė pagalba, kurios dalis pirminiame lygyje persidengia su šeimos gydytojo kompetencija, iš dalies įgyja teisę atlikti šeimos gydytojo institucijai priskirtas skatinamąsias ir prevencines paslaugas, už kurias įstaigos ir jas atlikę darbuotojai gauna papildomą apmokėjimą. Iš 35 skatinamųjų paslaugų akušeris ginekologas ir akušerė gali atlikti 11, o iš šešių prevencinių programų – tik vieną.<sup>235</sup> Skatinamosios paslaugos teikiant ambulatorinę akušerinę ir ginekologinę pagalbą apima tik akušeriją. 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“<sup>236</sup>. „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“, bet neapibrėžta, kas yra

---

<sup>231</sup> Cook, RJ., *supra* note 199.

<sup>232</sup> *Supra* note 63.

<sup>233</sup> Apter, D., *supra* note 219.

<sup>234</sup> *Supra* note 1.

<sup>235</sup> Vilniaus teritorinė ligonių kasa. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-04-11].

[http://www.vilniaustlk.lt/failai/gyventojams/doc/kainos/skatinamosios\\_paslaugos.pdf](http://www.vilniaustlk.lt/failai/gyventojams/doc/kainos/skatinamosios_paslaugos.pdf);

<sup>236</sup> *Ibid.*

fiziologinis nėštumas, fiziologinio ar patologinio nėštumo atveju apmokama, vadinasi, apmokama už visas nėščiąsias. Nuo 2007 m. imta mokėti už nėščiosios kraujo ištyrimą dėl sifilio ir ŽIV bei kraujo grupės ir Rh antikūnių nustatymą. Nuo 2011 metų liepos 1 dienos mokama ir už besimptomės bakteriurijos tyrimus. Pavyzdžiui, kai už fiziologinę 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 (sifilio) iki 14.1 (ŽIV) lito, kiekvienos nėščiosios priežiūra nėštumo metu skatinama apie 200 litų kiekvienai sveikai nėščiajai.<sup>237</sup>

Pagal gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programą gydymo įstaigoms mokama už informacijos dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos teikimo paslaugą 5 litai, o už gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimą ir rezultatų įverinimą 13,1 lito.<sup>238</sup> Problematišku laikytinas šios programos nuolatinis teisinis tobulinimas ir daugybiniai pakeitimai bei papildymai: nuo 2004 metų, kai programa buvo paskelbta pirmą kartą, buvo paskelbta net 11 jos pakeitimų ir papildymų. Pastebėtina, kad dar vieną prevencinę „Informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografiją“ programą leista išimtinai vykdyti tik šeimos gydytojams<sup>239</sup>. Kyla abejonių, kodėl gydytojai akušeriai ginekologai, kurių profesinė norma numato apžiūrėti, tirti ir gydyti krūtų ligas, negali nusiųsti moterį profilaktinei mamografijai. Manytina, ši teisės aktų nuostata yra neteisinga ir keistina.

#### 4.2. Nėštumo nutraukimo teisinis reguliavimas

Nėštumo nutraukimas yra viena problematiškiausių ir daugiausiai diskusijų kelianti akušerijos ir ginekologijos, iš esmės skirtos saugoti motiną ir kūdikį, sričių. Išsamiausiai teisės doktrinoje negimusios gyvybės teisinio statuso problemą nagrinėjęs J. Juškevičius pripažino, kad „šiuolaikinės teisės teorijoje ir praktikoje negimusios gyvybės statusas yra neaiškus ir prieštaringas, o problema seniai išėjo iš profesinių bendruomenių rėmų“. Ne tik Lietuvos, bet ir daugumos šalių teisės problema ta, kad „negimusio vaiko statusas įstatymų leidyboje ir viešame diskurse buvo

---

<sup>237</sup> *Supra* note 235.

<sup>238</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. Valstybės žinios, 2004-07-03, Nr. 104-3856.

<sup>239</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 "Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo". *Valstybės žinios*. 2005, Nr.117-4249.



apeitas, suteikiant pirmenybę kitiems aspektams, pradedant kova su pagrindiniais abortais ir baigiant moters teisių klausimais, o pats abortas ir aborto legalizavimas vertintas arba kaip „mažesnis blogis“, arba kaip konstitucinė moters teisė“.<sup>240</sup> Pažymėtina, kad J. Juškevičius išvelgia ir daugiau esminių nėštumo nutraukimo teisinio reguliavimo neatitikčių, pavyzdžiui, vertindamas nėštumo nutraukimo tvarką kaip prieštaraujančią Konstitucijos 19 str. Pasiremdami J. Juškevičiaus išvalgomis galime tik stebėtis, kad „nors Konstitucijos 18 str. nusako, kad „žmogaus teisės ir laisvės yra prigimtinės“, o 19 str. įtvirtina, kad „žmogaus teisę į gyvybę saugo įstatymas,“ tačiau aborto praktiką reguliuojančio įstatymo nėra, kaip nėra ir aborto teisinio apibrėžimo.“<sup>241</sup> Lietuvos teisės paradoksas tas, kad ji stokoja įstatymų negimusios gyvybės apsaugai, o poįstatyminai aktai deklaruoja tik taip vadinamą „techninę“ pusę. Tą patvirtina nėštumo nutraukimo tvarką reglamentuojantis 1994 metų Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Nėštumo nutraukimo operacijos atlikimo tvarkos“.<sup>242</sup> Įsakymas paskelbtas siekiant mažinti nėštumo nutraukimo operacijų ir su jomis susijusių komplikacijų skaičių, ir tai vertintina kaip gera intencija: įsakymo taikymo laikotarpiu nėštumo nutraukimų Lietuvoje statistiškai mažėja. Nėštumo nutraukimo operacijos tvarka vertintina kaip išsamiai parengtas teisės aktas. Jis galioja nepakeistas jau 18 metų ir nepasižymi gausiomis pataisomis ir papildymais, ko nepasakytina apskritai apie ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teisinį reguliavimą. Įsakymas konkrečiai įvardija nėštumo dydį (tai yra iki 12 savaičių), kada galima nutraukti nėštumą, ir visas būtinas saugumo sąlygas bei kontraindikacijas, siuntimo ir ištyrimo tvarką. Tiksliai reglamentuota, kokio dydžio nėštumą galima nutraukti stacionare, o kokį ambulatorinėmis sąlygomis. Kai kurias šio įsakymo nuorodas, manytina, galima laikyti bandymu apsaugoti gyvybę, pavyzdžiui, nurodymą prieš išduodant siuntimą pirmam nėštumo nutraukimui pasikalbėti su moterų konsultacijos vedėju ir psichologu arba nėštumo nutraukimą apmokestinti. Tikėtina, kad minėtos nuostatos padeda ar teoriškai turėtų padėti moteriai įgyvendinti ne savo teisę nutraukti nėštumą, bet pareigą išsaugoti užsimezgsią gyvybę. Tačiau įsakyme abejonių kelia kai kurių moters susirgimų, kurių atvejais rekomenduojama nėštumą nutraukti pagal medicinines indikacijas (šiais atvejais nėštumas nutraukiamas neatsižvelgiant į nėštumo dydį), parinkimas. Pirmiausia, jų pernelyg daug, net 16 ligų grupių ir virš 89 ligų. Pavyzdžiui, sunkiai suvokiama priežastis nutraukti jau didelį nėštumą yra moters organizmo fiziologinis nebrandumas (mažiau 13 metų) ar vėlyvas amžius (virš 49 metų), tireotoksikozė, abiejų sutuoktinių cukrinis diabetas, reumatas, lėtinės kepenų ligos, sunki nėštumo toksikozė. Probleminiu aspektu laikytume ir reikalavimą sumokėti už nėštumo nutraukimą pagal

<sup>240</sup> Juškevičius, J. Kai kurie teisės į gyvybę prenataliniu laikotarpiu probleminiai aspektai. *Sveikatos mokslai*. 2007, Nr. 2, p. 764-773.

<sup>241</sup> Juškevičius, J., *supra* note 240.

<sup>242</sup> *Supra* note 63.

SAM patvirtintus įkainius. Kita vertus, galbūt ši nuostata tarnauja kaip gyvybę sauganti abortų prevencija. Tačiau lieka neaišku, kodėl už nėštumo nutraukimą su vietine nejautra reikia mokėti 60 litų, o su visiška – 100 litų<sup>243</sup> ir kodėl nėštumo nutraukimo kaina valstybinėse įstaigose nuolat didinama: šiuo metu ji siekia 135 litus taikant vietinę nejautrą ir 211 litų taikant visišką nejautrą.<sup>244</sup>

Nėštumo nutraukimo teisinio reguliavimo aspektu svarbi akušerio ginekologo normos nuoroda, leidžianti gydytojui neatlikti nėštumo nutraukimo operacijos, jei tai prieštarauja jo įsitikinimams.<sup>245</sup> Kaip jau minėta J. Juškevičiaus išvalgoje, „ne mažiau svarbūs šie mąstysenos pokyčiai ir pačiai medikų bendruomenei. Legalaus aborto atveju didžioji medikų dalis, sekdamą Hipokrato tradicija, atsiriboja nuo aborto, nes naujaisi mokslo duomenys neleidžia suabejoti pradėtos gyvybės žmogišku tapatumu“.<sup>246</sup> Medikų bendruomenė jau atsižvelgia į gyvybės prenataliniame laikotarpyje statusą, todėl tikėtina, kad nedarantis nėštumo nutraukimo medikas atkalbės nuo šio žingsnio moterį. Be to, dienos chirurgijos ir dienos epizodo paslaugų sąrašė nėštumo nutraukimo operacija neapibrėžta, vadinasi, laikytina tik stacionarine paslauga.<sup>247</sup> Tačiau dar du skirtingi teisės aktai nedaug teįneša aiškumo, nes aptaria nėštumo virš 5 savaičių nutraukimo sąlygas, tačiau vienas iš jų leidžia operaciją atlikti tik stacionare,<sup>248</sup> o kitas – nedraudžia ir ambulatorinėmis sąlygomis, nes įvardija kaip antrinio lygio paslaugą, kuri, kaip jau buvo aptarta anksčiau, gali būti atlikta antrinio lygio tiek stacionarinėje, tiek ambulatorinėje įstaigoje.<sup>249</sup>

### **4.3. Ambulatorinių operacijų, manipuliacijų ir dienos chirurgijos paslaugų teisinis reguliavimas**

Akušerijos ir ginekologijos profilio dienos chirurgijos paslaugų teikimo tvarka šiuo metu laikytina viena iš problematiškiausių sričių. Vyriausybės programoje minima, kad ambulatorinė sveikatos priežiūra – prioritetinga sritis ir kad būtina „Atskirti pirminio ir antrinio lygio

---

<sup>243</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 21 d. įsakymas Nr.164 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainyno ir vieno balo kainos patvirtinimo.“ *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 47-1232.

<sup>244</sup>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. V-493 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 "Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos" pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr.: 64-2424.

<sup>245</sup> *Supra* note 1.

<sup>246</sup> Juškevičius, J., *supra* note 240.

<sup>247</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. V-668 „Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009-08-31, Nr. 104-4363.

<sup>248</sup> *Supra* note 63.

<sup>249</sup> *Supra* note 93..

ambulatorines paslaugas, skatinti steigti ambulatorinius diagnostikos centrus <...> įvesti apmokėjamą ir už realiai suteiktas paslaugas. Siekti, kad daugelis visų sveikatos problemų būtų išspręsta ambulatorijų lygiu, aktyviai šia kryptimi dirbančius sveikatos priežiūros subjektus skatinti finansiškai”.<sup>250</sup> Tačiau šiuo metu tik dvi poliklinikos Lietuvoje pacientams gali pasiūlyti ambulatorines dienos chirurgijos (įskaitant ginekologijos profilio) paslaugas<sup>251</sup>. Daugumoje gydymo įstaigų dienos chirurgijos paslaugos atliekamos stacionaro sąlygomis, ir tam yra paaiškinančių priežasčių. Jeigu sveikatos priežiūros įstaigos įstengia sudaryti poliklinikoje atitinkamas dienos chirurgijos sąlygas ir tuomet sudaryti sutartį su TLK dėl tokių paslaugų teikimo, dienos chirurgijos paslaugos gali būti atliktos poliklinikoje (Vilniaus Antakalnio ir Centro poliklinikų patirtis). Jeigu ne – dienos chirurgijos paslaugos poliklinikoje negali būti teikiamos. Praktika būtų labai teisinga, tačiau giliau pažvelgus matyti problemų. Pateiksime pavyzdžių.

Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimai, šių paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašas bei apmokėjimo tvarkos aprašas buvo patvirtintas 2009 metais.<sup>252</sup> Dienos chirurgijos paslaugų principinis bruožas tas, kad tai planinė akušerijos-ginekologijos (ir kitų profilių) veikla, kurios metu taikoma vietinė, regioninė ar bendroji nejautra, užtikrinama paciento priežiūra iki 24 valandų ir galimybė suteikti chirurgijos paslaugas, naudojant šiuolaikines technologijas ir neatitraukiant jo nuo įprastos socialinės aplinkos. Prireikus paciento priežiūra gali būti pratęsiama iki 48 valandų. Jas gali teikti gydymo įstaigos, atitinkančiose bendruosius medicinos įstaigoms taikomus higienos reikalavimus ir teikiančiose ne žemesnio kaip antrinio lygio stacionarines paslaugas.<sup>253</sup> Atkreiptinas dėmesys, kad šiame teisės akte pažymėta, jog būtent stacionarines, o ne ambulatorines. Tačiau ten pat pažymėta, kad „Ši nuostata netaikoma ASPĮ, atliekančioms tik I–II grupėms priskirtas Dienos chirurgijos operacijas arba procedūras”. Todėl manytina, kad kai kurias operacijas atlikti ambulatoriškai vis dėlto leidžiama. Vadovaujantis šiuo teisės aktu, pirmos grupės procedūroms priskirtos ginekologinės operacijos yra gimdos kaklelio diliatacija arba incizija ir plėvės incizija, už kurias mokama 184 litai, o antros grupės – gimdos kaklelio konizacija, vulvos naviko pašalinimas, Bartolinio liaukos cistos pašalinimas, polipektomija, ekscizija, gimdos frakcinė abraziija, lytinių lūpų plastika, cistos pašalinimas, gimdos abraziija, už kuriuos mokama 551 litas<sup>254</sup>.

---

<sup>250</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimas Nr. 1020 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006-10-21, Nr. 112-4273 ; Eil. Nr. 289 - punktas 6.13.

<sup>251</sup> VšĮ Antakalnio poliklinika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-16].

[http://www.antakpol.lt/index.php?3515435694#Dienos\\_chirurgija](http://www.antakpol.lt/index.php?3515435694#Dienos_chirurgija).

<sup>252</sup> *Supra* note 247.

<sup>253</sup> *Ibid.*

<sup>254</sup> *Supra* note 247.

Ambulatorinėms gydymo įstaigoms tai dideli pinigai. Jeigu atsižvelgtume į kito galiojančio teisės akto, reglamentuojančio antrinio lygio ambulatorinių paslaugų teikimą, nuorodas, tai pamatysime, kad už jau pažįstamas procedūras „ekscizija, incizija, polipektomija” mokama žymiai mažiau: jei šios procedūros atliekamos teikiant antrinio lygio akušerio ginekologo konsultaciją, mokama 74,8 lito, o jei ambulatoriškai teikiant tretinio lygio akušerio ginekologo konsultaciją – 100,8 lito.<sup>255</sup> Kaip jau minėta aukščiau, nėra tiksliai įvardyta, kaip turėtų skirtis antrinio lygio paslaugas teikiančioje gydymo įstaigoje atlikta dienos chirurgijos paslauga nuo tretinio, nes specialūs reikalavimai gydytojų kvalifikacijai nėra numatyti, o įstaigų įranga yra ta pati. Akivaizdu, kad ambulatorinėms gydymo įstaigoms apsimokėtų investuoti į įrangą ir paciento saugą, sudaryti sutartį su TLK ir už tas pačias dienos chirurgijos operacijas gauti didesnę apmokėjimą. Tačiau, ar minėtos procedūros ir operacijos, turinčios tą patį pavadinimą ir atitinkamai tokį patį TLK susirgimo kodą,<sup>256</sup> tačiau atliekamos stacionare, valstybei nekainuos daugiau?

Atskirai pažymėtina, kad 2008 metais nuspręsta mažiau rizikingas manipuliacijas, nereikalaujančias didesnės kaip antros kategorijos anestezijos, priskirti ne dienos chirurgijos, bet dienos epizodo kategorijai. Tikėtasi, kad daugiau manipuliacijų galėtų būti atlikti ne stacionarinės, o būtent ambulatorinės gydymo įstaigos, tuo siekiant sutaupyti pinigų ir pacientų laiko. Tačiau šis projektas vis dar tebeturi bandomojo projekto programos statusą. Skirtumas nuo dienos chirurgijos iš esmės yra tik paciento stebėjimo laikas ir anestezijos būdas: „Ambulatorinė dienos epizodo asmens sveikatos priežiūros paslauga – gydomoji sveikatos priežiūros veikla, kurios metu gali būti taikoma vietinė anestezija, užtikrinama paciento priežiūra iki 8 valandų bei galimybė suteikti sveikatos priežiūros paslaugas, neatitraukiant jo nuo įprastos socialinės aplinkos“.<sup>257</sup> Labai išsamus ministro įsakymas reglamentuoja pacientų atranką, siuntimo tvarką, stebėjimo sąlygas ir reikalavimus personalui, tačiau projektą leista įgyvendinti tik penkioms Vilniaus ir Kauno poliklinikoms, iš jų projektą įgyvendina tik dvi. Projektas patogus pacientui pasirinkimo požiūriu, tačiau diskutuotina, ar jis patogus gydymo įstaigai. Pateiksime pavyzdžių. Vadovaujantis Projektu,

---

<sup>255</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-436 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008-05-13, Nr. 54-2029.

<sup>256</sup> *Supra* note 93.

<sup>257</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. spalio 27 d. įsakymas Nr. V-1040 „Dėl ambulatorinių dienos epizodo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bandomojo projekto programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008-11-08, Nr. 128-4909.

gimdos kaklelio diatermokoaguliacija, lazerio terapija, punkcija ir gimdos kaklelio kriodestrukcija įvertinta 90 litų. Genitalijų srities papilomų, polipų, kondilomų pašalinimas, su histologiniu ištyrimu, gimdos kaklelio polipektomija su histologiniu ištyrimu, gimdos kaklelio polipektomija su histologiniu ištyrimu ir gimdos gleivinės diagnostinė vakuumaspiracija -153 litais. Žinant, kad tos pačios procedūros, kaip antrinio lygio paslaugos, gydymo įstaigai apmokamos 74.8 lito, akivaizdu, kad poliklinikoms atlikti tą pačią procedūrą dienos epizodo sąlygomis apsimoka labiau. Kita vertus, tenka suabejoti, ar pacientė rinksis pakankamai sudėtingą ginekologinę operaciją atlikti taikant vietinę anesteziją, kai yra galimybė atlikti taikant bendrinę anesteziją, tačiau pasirinkimo galimybė išlaikyta. Be to, dienos epizodo programoje, nors leista teikti akušerijos ir ginekologijos paslaugas, nieko nekalbama apie nėščiųjų gydymą, ir nėščiosios turi gydytis dienos stacionaro skyriuose prie stacionarų, o ne poliklinikose. Todėl manytina, kad ambulatorinio dienos epizodo teisinis reguliavimas ambulatorinės akušerijos ir ginekologijos pagalbos teikimo sąlygų ir prieinamumo pacientėms neišsprendžia ir nepagerina.

#### **4.4. Būtinios pagalbos teikimo teisinis reguliavimas**

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo 19 str. būtinajai medicinos pagalbai priskiria pirmąją ir institucinę skubią medicinos pagalbą<sup>258</sup>. Taip pat nurodo, kad būtinios medicinos pagalbos mastą ir teikimo tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 str. nurodo sveikatos priežiūros įstaigų pareigą užtikrinti būtinąją pagalbą.<sup>259</sup> Medicinos praktikos įstatymas 10 str. nurodo, kad „gydytojo pareiga - teikti būtinąją pagalbą“.<sup>260</sup> Tačiau atskirai įstatymų lygmens teisės aktai akušerinės ir ginekologinės pagalbos neišskiria. Poįstatyminių aktų lygmeniu būtinąją pagalbą reguliuoja du Sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Jie nustato pacientų patekimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl būtinios medicinos pagalbos ir būtinios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarką bei mastą, taip pat susirgimų kategorijas, pagal kurias vertinama, kaip greitai pagalba turi būti suteikta. Įsakymas nustato, kad Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (teikiančiose ambulatorines ir/ar stacionarines paslaugas) teikiama skubioji medicinos pagalba yra kvalifikuota asmens sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikia gydytojas arba gydytojas kartu su kitais asmens sveikatos priežiūros

---

<sup>258</sup> *Supra* note 69.

<sup>259</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. Aktuali redakcija nuo 2011.12.31 *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 66-1572.

<sup>260</sup> Lietuvos respublikos medicinos praktikos įstatymas. 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I- 1555. (Aktuali redakcija nuo 2011.12.31). *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 66-1572.

specialistais. Skubioji medicinos pagalba – tai tokia medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant (1 kategorija), arba neatidėliotinai (2, 3 kategorijos), kai dėl ūmių klinikinių būklių, nurodytų šios tvarkos Skubios medicinos pagalbos masto lentelės 4 skiltyje, gresia pavojus paciento ir/ar aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams. Būtinoji (pirmoji ir skubioji) medicinos pagalba asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiama visiems pacientams. Būtinoji medicinos pagalba teikiama etapais: pirmiausia suteikiama pirmoji medicinos pagalba, po to – skubioji institucinė pagalba. Kai kuriais atvejais tai gali būti vykdoma vienu metu. Būdinga, kad kreipiantis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl skubiosios medicinos pagalbos gydytojo siuntimas neprivalomas. Kiekviena asmens sveikatos priežiūros įstaiga pagal kompetenciją privalo užtikrinti (suteikti ir organizuoti) būtinąją medicinos pagalbą. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo aspektu svarbu pažymėti, kad, vadovaujantis įsakymu, tik labai nedaug būklių ir tai tik netiesiogiai galima pritaikyti akušerinėms ir ginekologinėms ligonėms, pavyzdžiui, hipertenzinė krizė, vidutiniškai sunkus nukraujavimas dėl bet kokios priežasties, nenustojamas (ilgiau kaip 30 min.) vėmimas, ūmus pilvo skausmas. Pažymėtina, kad „gimdyvei gimdymo metu teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos nepriskiriamos skubiajai medicinos pagalbai, tačiau asmens sveikatos priežiūros įstaiga turi suteikti gimdyvei reikalingą medicinos pagalbą“.<sup>261</sup>

Būtiniosios pagalbos teisinio reguliavimo ypatumas tas, kad vos praėjus keturiems mėnesiams nuo įsakymo įsigaliojimo, paskelbtas labai išsamus jo pakeitimas, pridėjęs dar vieną, ketvirtąją būtiniosios pagalbos teikimo vertinimo kategoriją, tačiau vėl neatsižvelgęs į akušerinę ir ginekologinę pagalbą. Vis dėlto, teiginys, kad „nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė (forma Nr. 113) prilyginama siuntimui tirti, konsultuoti, gydyti (forma Nr. 028a)“ leidžia daryti prielaidą, kad, nors ir nėra tiesiogiai įvardijama, tačiau teikiant būtinąją pagalbą į nėštumą atsižvelgiama.<sup>262</sup> Būtiniosios akušerinės ir ginekologinės pagalbos požiūriu neįnešė teigiamų pataisų ir dar vienas ministro įsakymas, todėl teigtina, kad būtinoji akušerinė ir ginekologinė pagalba nėra išsamiai teisiškai reglamentuota.<sup>263</sup>

---

<sup>261</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. : V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004-04-16, Nr. 55-1915.

<sup>262</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 26 d. įsakymas Nr. V-608 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-04-08 įsakymo Nr. : V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2004- Nr. 134-4882

<sup>263</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-637 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymo Nr. V-208 "Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2007-08-11, Nr. 88-3497

## 4.5. Kiti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės priežiūros teisinio reguliavimo probleminiai aspektai

### 4.5.1. Medicininės dokumentacijos pildymo teisinis reguliavimas

Praktiniame gydytojos darbe pastebėta, kad esama teisės aktais reglamentuota nėščiųjų medicininė dokumentacija seniai neatitinka nei geros akušerinės praktikos rekomendacijų, nei pasikeitusių teisinių sąlygų, nei nėščiosios, nei ją prižiūrinčio specialisto poreikių<sup>264</sup>. Nėščiosios asmens sveikatos istorijoje „Nėštumo eigos įrašai“ F 025-111/a tebėra jau seniai geros akušerinės priežiūros reikalavimų neatitinkančios grafos apie kaulinio dubens matavimus, o taip pat būtinybę tirti gimdos kaklelį 6 kartus per nėštumą<sup>265</sup>. Dokumente „Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė“ F 113/a, o tai yra pagrindinės 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<sup>266</sup>. Ambulatorinio vizito metu (kuris, beje, taip pat neaišku, kiek turėtų trukti, nes nuo 1994 metų galiojęs reikalavimas konsultacijai skirti 15 minučių SAM Įsakymu buvo anuluotas 2001 metais, o naujo nepaskelbta)<sup>267</sup>, per kurį reikia kokybiškai atlikti nėščiosios apžiūrą, išsamiai pasikalbėti su nėščiaja, atsakyti į jos užduodamus klausimus ir užpildyti bent keturių dokumentų grafas (F111/a, F113/a, F25/a ir „Nėščiųjų stebėjimo žurnalo“ F 075/a), dažnai tampa sunki užduotis<sup>268</sup>. Akušerės vis dar pildo 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. Pastebėtina, kad visų teisės aktais reglamentuotų ir 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, Nėštumo eigos įrašai F 111/a ir žurnalas F 075/a. Dviejuose rimtuose teisės aktuose galima išvelgti tam tikrą teisinę priešpriešą. Pavyzdžiui, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 14 straipsnis draudžia teikti sveikatos priežiūros paslaugas be

---

<sup>264</sup> *Supra* note 51.

<sup>265</sup> *Supra* note 3.

<sup>266</sup> *Supra* note 51.

<sup>267</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. 173 „Dėl sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvių“. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 93-1234

<sup>268</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

paciento sutikimo<sup>269</sup>, nors tiesa ir nedetalizuoja, ar tas sutikimas turėtų būti raštiškas. Tačiau kitas, 16 straipsnis vis dėlto duoda paaiškinimą, 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 atsakytų į visus paciento klausimus, susijusius su šia informacija.“<sup>270</sup> Kitaip tariant, nors ir reikalinga „gauti informacija pagrįstą sutikimą“, pacientui dėl asmens sveikatos teikimo paslaugų pasirašyti nebūtina. Tačiau kaip užtikrinti paciento įsisąmoninimą, kad jam 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“,<sup>271</sup> tai yra sutikimas teikti paslaugas turi būti apiformintas raštu. Prižiūrint nėsčiasias tai reikštų, kad moteris turėtų duoti raštišką sutikimą dėl visų jai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, o konkrečiai – taip pat ir dėl skatinamųjų paslaugų. Laikantis įstatymo, tačiau ir įvertinant tai, kas pasakyta, nėsčiosios dokumentacija gali tapti susirašinėjimų lauku, kai nėsčioji pasirašo, jog yra pilnai informuota apie ištyrimo planą, atliktas skatinamąsias paslaugas, informuota apie 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 tai ir daugiau parašų nėsštumo metu<sup>272</sup>.

#### **4.5.2. Pacienčių sveikatos priežiūros ir socialinių bei teisinių klausimų sprendimo sąsajos**

Neretai praktiniame darbe kyla ne tik medicininių, bet ir socialinių, teisinių, psichologinių konsultavimo problemų. Sveikatos priežiūros profesionalas be medicininių žinių privalo turėti ir teisinių žinių. Dažniausiai nėsčiosios nežino savo teisių, susijusių su darbu, santykiais su darbdaviu, draustumu, priklausančiomis socialinėmis garantijomis ar socialinėmis išmokomis<sup>273</sup>. LR

---

<sup>269</sup> *Supra* note 72.

<sup>270</sup> *Ibid.*

<sup>271</sup> *Supra* note 71.

<sup>272</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.

<sup>273</sup> Vasjanova, V., *supra* note 2.



Konstitucijos 39 straipsnis garantuoja dirbančioms motinoms mokamas atostogas iki gimdymo ir po jo, palankias darbo sąlygas ir kitas lengvatas<sup>274</sup>. Gana paini teisinė situacija susidaro, 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<sup>275</sup>. 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<sup>276</sup>. Lieka neaišku, ar lieka teisiškai apsaugotos 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<sup>277</sup>. Nors teisės aktai tarsi ir neprieštaruoja, kad moteris atostogomis pasinaudotų vėliau, tačiau gauti išmokos 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 už 126 dienas netenka. Tiesa, jei moteris pagimdo 22-30 nėštumo savaitę, tai jai išmokama visa priklausanti išmoka už 126 dienas<sup>278</sup>.

Keletas pastabų dėl nėščiųjų draustumo. Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnis nusako, kas yra draudžiamieji ir apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu. Šiame įstatyme yra nuostata, kad draudžiamos yra „moterys, 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“<sup>279</sup>. Tačiau kitas lygiavertis teisės aktas tvirtina kitaip: „suėjus 30 ir daugiau nėštumo savaičių“<sup>280</sup>. Šią nuostatą paantrina ir atitinkamas SAM Įsakymas, pagal kurį teisė į nėštumo ir gimdymo atostogas nėščiosioms suteikta suėjus ne 28, bet 30 savaičių ir daugiau<sup>281</sup>, todėl 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), auginantis vaiką iki 8 metų, taip pat viena iš tėvų (įtėvių), auginanti du ir daugiau nepilnamečių vaikų“<sup>282</sup>. Jeigu taip nėra, nėščiosios turi apsidrausti, „užsiregistravę 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

---

<sup>274</sup> *Supra* note 125.

<sup>275</sup> *Supra* note 128.

<sup>276</sup> *Ibid.*

<sup>277</sup> *Ibid.*

<sup>278</sup> *Ibid.*

<sup>279</sup> *Supra* note 129.

<sup>280</sup> *Supra* note 128.

<sup>281</sup> *Supra* note 137.

<sup>282</sup> *Supra* note 129.

metu<sup>283</sup>. Kol ji to neatliko, nemokama priežiūra, nemokami tyrimai ir vizitai jai nepriklauso. Todėl apibendrinant teigtina, kad ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas teikiantis specialistas, norėdamas tikrai pagelbėti savo pacientėms, privalo turėti ne tik specialybės, bet ir teisinių žinių.

---

<sup>283</sup> *Supra* note 129.

## IŠVADOS

1. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo momentai ikikarinėje Lietuvoje pasižymėjo socialiniu selektyvumu ir neatsižvelgimu į medicinos mokslo žinias. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas sovietmečio laikotarpiu pasižymėjo deklaratyvumu, įsakmiais nuorodomis, griežta pagalbos ir atskaitomybės hierarchija. Akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisiniam reguliavimui Nepriklausomybės laikotarpiu (nuo 1990 metų) būdingas nuolatinis atsižvelgimas į įrodymais pagrįstos medicinos reikalavimus, socialines ir moterų sveikatos pokyčių tendencijas ir su tuo susijusi teisinio reguliavimo kaita.

2. Dabartinis ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas pasižymi organizaciniu paslaugų gradavimu lygiais, pagalbą teikiant pirminiame, antriniame ir tretiniame lygyje. Visų trijų lygių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teisiniam reguliavimui būdingas teisės aktų dubliavimas ir kai kurių nuostatų neapibrėžtumas, sąlygojantis pirminio, antrinio ir tretinio lygio ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų dubliavimą bei pacientų „siuntinėjimą“: neaiškiai atskirta šeimos gydytojo ir gydytojo akušerio ginekologo kompetencija pirminiame lygyje, ribojanti profesinę kompetenciją galimybė akušeriui ginekologui dirbti pirminiame lygyje šeimos gydytojo normos apimtyje, labai panaši antrinio ir tretinio lygio akušerinės ir ginekologinės pagalbos reglamentacija.

3. Ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo tikslinėms pacientų grupėms teisinio reguliavimo ypatumais laikytini gerai teisiškai sutvarkyta nėščiųjų sveikatos priežiūros tvarka ir nepakankamai gerai reglamentuota nepilnamečių konsultavimo reprodukcinės sistemos klausimais tvarka. Išskirtini nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo probleminiai aspektai liečia tik nėščiųjų sveikatos priežiūros dokumentaciją ir draustumo klausimus.

4. Atskirų ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teisiniam reguliavimui būdingas konkretumas ir išbaigtumas. Probleminiais aspektais laikytini: skatinamųjų ir prevencinių paslaugų netolygumas pirminiame lygyje tarp šeimos gydytojo ir akušerio ginekologo institucijų krūties vėžio prevencijos klausimu; nėštumo nutraukimo tvarka; nesutvarkyta dienos epizodo bei dienos chirurgijos veikla; nepakankamai išsamiai reglamentuota būtiniosios pagalbos teikimo tvarka esant akušerinės ir ginekologinės pagalbos indikacijoms.

## PASIŪLYMAI

1. Siūlytina keisti ir tobulinti šiuolaikinės medicinos mokslo reikalavimų neatitinkančią medicininę dokumentaciją, kuri naudojama teikiant ambulatorines akušerijos ir ginekologijos paslaugas. Nėščiosios priežiūros formą F111/a „Nėštumo eigos įrašai“ reikėtų papildyti nėščiosios ištyrimo protokolu, pasirašytinai teikiamos informacijos ir skatinamųjų paslaugų grafomis; šioje formoje reikėtų panaikinti kai kurias nepildomas grafas – dubens matavimų, gimdos kaklelio privalomo vertinimo keletą kartų per nėštumą grafas. Nėščiosios kortelė F113/a, atiduodama nėščiajai, yra neišsami ir tobulintina. Kortelėje būtina įtraukti daugiau informacijos apie nėštumo eigą, nėščiosios mitybą, maisto priedus, režimą ir pavojingus simptomus, pateikti informaciją apie lankymosi gydymo įstaigoje tvarką, nuorodas, kur kreiptis pavojaus atveju, papildyti informacija apie gydytojo ar akušerės darbo laiką, tyrimų pridavimo dažnį ir laiką bei vietą. Forma F075/a, skirta pakartotinai pažymėti jau esančią kitose formose informaciją apie nėštumą, naikintina, nes jos pildymas neturi prasmės.
2. Siekiant išvengti neaiškumo ir dubliavimo būtina aiškiau reglamentuoti pirminio ir antrinio lygio akušerinę ir ginekologinę pagalbą bei panaikinti akušerių ginekologų pareigybės padalijimą į du lygius. Pirminiame lygyje tobulinant darbą, siūloma siekti, kad visi šeimos gydytojai dirbtų jiems priskirtą darbą akušerijos ir ginekologijos srityje, o akušeriai ginekologai palaiapsniui taptų gydytojais konsultantais; tobulinant tretinio, kaip aukščiausio lygio, ambulatorinę akušerinę ir ginekologinę pagalbą, siūlytina įvesti gydytojams akušeriams ginekologams privalomai įgyjamą papildomą profesinę kvalifikaciją ir tuo paremtą sertifikavimą, leidžiantį teikti aukščiausio lygio paslaugas.

## LITERATŪRA

### Monografijos ir straipsnių rinkiniai

1. Bodiažina, V.; Žmakin, K. *Akušerstvo* [ Obstetrics ]. Moskva: 1979.
2. Bourne, R, Ricci, HC. *Legal Issues in Pediatric and Adolescent Gynecology*.// Emans SJ, & Vilkins, 2005, 988-1001.
3. *Geros akušerinės praktikos gairės/ Pregnancy and Delivery Guidelines of Quality Care*. Sud. Nadišauskienė R, Babill Stray-Pedersen. Kaunas: Vitae litera, 2005, p.8-9.
4. Dowswell, T, Caroli, G, Duley, L, *et al.* *Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy*. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration June 8, 2010.
5. Mozūraitė, L., *Akušerinės-ginekologinės pagalbos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje įvertinimas*. Magistro diplominis darbas. Kaunas: 2009. Prieiga iš MRU bibliotekos.

### Straipsniai iš knygų, mokslo darbų rinkinių ir konferencijų medžiagos

6. Apter, D. Adolescent Health Care. Sultan, C. (ed): *Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence – Based Clinical Practice*. Basel: Karger, 2004, vol 7, p. 252-261
7. 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.*, 2005, Kaunas: Vitae Litera 2005, p. 60-5.
8. Juškevičius, J. *Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai*. Kn. *Regnum est, Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui*. Mykolo Romerio universitetas 2009, p.627 – 648.
9. Hatem, M, Sandall, J, Dekane, D, *et al.* *Midwife – led versus other models of care for childbearing women*. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration: October 8, 2008.
10. Laufer, MN.; Goldstein, DP. *Pediatric & Adolescent Gynecology*. Fifth Editon, Lippincott Williams, 2009, p.
11. Randakevičienė, J.; Jaruševičienė, L. *Nėščiųjų sveikatos priežiūra. Šeimos medicinos pagrindai*. Valius, L (sud.). *Trečias pataisytas ir papildytas leidimas*. Kauno medicinos universitetas. Kaunas: Vitae Litera, 2009, p.

### Moksliniai straipsniai

12. Aniulienė, R.; Nadišauskienė, R.; Blaževičienė, A. Paslaugų kokybė pacienčių ir medikų požiūriu universitetinės ligoninės moterų konsultacijoje. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2006, 9(3):170-177.
13. Cook, R.J.; Erdman, J.N.; Dickens, B.M. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2007, 98(2): 182-187.
14. Juškevičius, J. Kai kurie nepilnamečių įtraukimo į klinikinius vaistinių preparatų tyrimus teisiniai aspektai. *Sveikatos mokslai*. 2009, 6, : 2733-2737.
15. Juškevičius, J. Kai kurie teisės į gyvybę prenataliniu laikotarpiu probleminiai aspektai. *Sveikatos mokslai*. 2007, 17( 2): 764-774.
16. Lazarus, J.V.; Jaruseviciene, L.; Liljestrand, J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008, 36(3): 303-309.
17. 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): 652-659.
18. Vasjanova, V. Ambulatorinėje grandyje dirbantis akušeris ginekologas: teisės, pareigos ir atsakomybė. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2008, 3(1): 5.
19. Vasjanova, V.; Kairys, J.; Panasenkienė, O. Ambulatorinės nėščiųjų sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas ir praktika. *Sveikatos mokslai*. 2011, 21(6): 104-114.
20. Vasjanova, V.; Špokienė, I.; Denafaitė, G. Nepilnamečių akušerinės ir ginekologinės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo aspektai. *Lietuvos akušerija ir ginekologija*. 2011, 14(4): 297-306.

### **Elektroniniai leidiniai**

21. *Adolescent sexual and reproductive health* , *WHO Library*. [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-09-12]. <http://apps.who.int/rhl/adolescent/en/index.html>
22. *Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman: NICE Guideline (CG 62 )*. [interaktyvus]. London, 2008. [žiūrėta 2011-06-12]. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG62guideline.pdf>
23. Gaidelytė R.; Garbuvienė M.; Madeikytė N. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2009 m.* [interaktyvus]. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius 2010, p. 17-23, 85. [žiūrėta 2012-03-15]. [http://sic.hi.lt/html/leid\\_tur.htm](http://sic.hi.lt/html/leid_tur.htm)

24. Kauno medicinos universiteto klinikos. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-15]. <http://www.kmuk.lt/klinika2/index.php#12>.
25. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla, 2009 m. duomenys* [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2011-06-12]. <http://www.lsic.lt>.
26. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2010 m.* [interaktyvus]. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2011. [žiūrėta 2012-03-16]. [http://www.hi.lt/content/sveik\\_stat\\_leid.html](http://www.hi.lt/content/sveik_stat_leid.html)
27. Nėščiujų besimptominės bakteriurijos diagnostikos ir gydymo metodika (2010 09 09). [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-12]. [http://www.sam.lt/go.php/diagno\\_asmens\\_sveikata2](http://www.sam.lt/go.php/diagno_asmens_sveikata2).
28. Nėščiujų hipertenzijos diagnostikos ir gydymo metodika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-12]. [http://www.sam.lt/go.php/diagno\\_asmens\\_sveikata2](http://www.sam.lt/go.php/diagno_asmens_sveikata2)
29. Pilaitės šeimos sveikatos namai. [interaktyvus]. [žiūrėta 2011-06-12]. [www.gyda.lt](http://www.gyda.lt) .
30. Sveikatos statistika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-15]. [http://sic.hi.lt/html/sv\\_statistika.htm](http://sic.hi.lt/html/sv_statistika.htm).
31. Vilniaus teritorinė ligonių kasa. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-04-11]. [http://www.vilniaustlk.lt/failai/gyventojams/doc/kainos/skatinamosios\\_paslaugos.pdf](http://www.vilniaustlk.lt/failai/gyventojams/doc/kainos/skatinamosios_paslaugos.pdf)
32. *Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas.* Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, [interaktyvus]. Vilnius , 2009. [žiūrėta 2012-03-15]. [http://sic.hi.lt/php/spr1.php?dat\\_file=spr1.txt](http://sic.hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt),
33. VšĮ Pylimo poliklinika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-15]. [https://registracija.pylimas.lt/gyd\\_grafikas.php](https://registracija.pylimas.lt/gyd_grafikas.php),
34. VšĮ Pylimo poliklinika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-16]. <http://www.pylimas.lt/documents/DCH%20I%20VI%2020110415.pdf>,
35. VšĮ Antakalnio poliklinika. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-03-16]. [http://www.antakpol.lt/index.php?3515435694#Dienos\\_chirurgija](http://www.antakpol.lt/index.php?3515435694#Dienos_chirurgija)

### **Lietuvos Respublikos teisės aktai**

36. Lietuvos Respublikos Konstitucija ( 1992.10.25 ). Aktuali redakcija nuo 2006.04.25 *Valstybės žinios*. 1992, Nr. 33-1014.
37. Lietuvos Respublikos Civilinio Kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo Įstatymas. 2008 m. liepos 18 d. Nr. VIII-1864. Aktuali redakcija nuo 2010.07.15. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 74-2262.

38. Lietuvos Respublikos Ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymas. 2000 m. gruodžio 21 d., Nr. IX-110, Vilnius. Aktuali redakcija nuo 2011.01.01, *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 111-3574.
39. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo Įstatymas. 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343 Aktuali redakcija nuo 2010.12.04. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 55-1287.
40. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552. Aktuali redakcija nuo 2010. 11. 27. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.
41. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 2009 m. lapkričio 19 d.( Įsigaliojo nuo 2010.03.01). *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.
42. Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas. 1996 m. kovo 14 d. Nr. I-1234 (aktuali redakcija nuo 2006.06.08). *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 33-807.
43. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. (Aktuali redakcija nuo 2011.12.31). *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 66-1572.
44. Lietuvos respublikos medicinos praktikos įstatymas. 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1555. (Aktuali redakcija nuo 2011.12.31). *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 66-1572.
45. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1994 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. 50 „Dėl nėštumo nutraukimo operacijos atlikimo tvarkos“. *Valstybės žinios*. 1994, Nr.18-299.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 21 d. įsakymas Nr.164 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainyno ir vieno balo kainos patvirtinimo“.
47. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. 248 „Dėl akušerinės – ginekologinės priežiūros moterų konsultacijose“. *Valstybės žinios*. 1996, Nr.: 47 -1131
48. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. 117 „Dėl Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999-03-26 Nr.28-811.
49. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“ *Valstybės žinios*.. 1999.08.04, Nr.: 67-2175
50. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. 173 „Dėl sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvių“. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 93-1234.



51. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. V-583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 96-3400.
52. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. 136 „Dėl ultragarsinių tyrimų skyrimo indikacijų“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 31-1181.
53. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 1 d. įsakymas Nr. 481. „Dėl ambulatorinės antrinės asmens sveikatos priežiūros.“ *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 98-4381.
54. 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. *Valstybės žinios*. 2003-09-19, Nr. 89-4046.
55. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. : V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004-04-16, Nr. 55-1915.
56. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 21 d. įsakymas Nr. V-246 „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. *Valstybės žinios*. 2004-04-29, Nr. 65-2294.
57. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004-07-03, Nr. 104-3856.
58. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 26 d. įsakymas Nr. V-608 „ Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-04-08 įsakymo Nr. : V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 134-4882.
59. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl Anti-D imunoglobulino, apmokamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, skyrimo indikacijų ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004-11-26, Nr. 26-6344.
60. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 90-338.

61. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-533/A1-189 „Dėl nedarbingumo pažymėjimų bei nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimų išdavimo taisyklių, šių pažymėjimų blankų, taip pat sunkių ligų, kuriomis sergantiesiems vaikams iki 16 m. stacionare ar medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigoje slaugyti išduodamas pažymėjimas ne ilgiau kaip 120 kalendorinių dienų per kalendorinius metus, sąrašo bei ligų ir būklių, dėl kurių suteikiamos papildomos 14 kalendorinių dienų nėštumo ir gimdymo atostogos, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr.83 -3078.

62. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 "Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo". *Valstybės žinios*. 2005, Nr.117-4249.

63. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 14 d. įsakymas Nr. V-870 „Dėl Ginekologijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005-11-19, Nr. 137-4945 .

64. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr.143-5205.

65. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 3-62.

66. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 3 d. įsakymas Nr. V-245 „Dėl MN 40: 2006 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006.04.11, Nr.40 – 1446.

67. Lietuvos Respublikos 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”. *Valstybės žinios*. 2008, Nr.139-5519.

68. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 2 -103.

69. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-37 „Dėl toksoplazmozės epidemiologinės priežiūros, diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 11-459.

70. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007-07-05, Nr. 74-2956.

71. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-637 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymo Nr. V-208 "Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos ir Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo pakeitimo". *Valstybės žinios*. 2007-08-11, Nr. 88-3497.
72. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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“. *Valstybės žinios*. 2008 Nr.35 -1250.
73. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-436 „ Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008-05-13, Nr. 54-2029.
74. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. V-466, priedas. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 59-2244.
75. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. V-493 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 "Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos" pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr.: 64-2424.
76. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-861 „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“. *Valstybės žinios*. 2008-09-16, Nr. 106-4055.
77. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. spalio 27 d. įsakymas Nr. V-1040 „Dėl ambulatorinių dienos epizodo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bandomojo projekto programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008-11-08, Nr. 128-4909.
78. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. V-668 „ Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009-08-31, Nr. 104-4363.
79. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-164 „Dėl Ligu, kuriomis sergantys ne jaunesni kaip 16 metų pacientai turi teisę į sveikatos priežiūros paslaugas, neatskleidžiant asmens tapatybės, sąrašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.24-1151.
80. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-1056 „Dėl LR SAM 2003 m. rugsėjo 9 d. įsakymo Nr. V-527 „ Dėl ambulatorinių akušerijos

ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.: 148 -7633.

81. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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. *Valstybės žinios*. 2011, Nr.: 68-3256.

82. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. 681. „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymo Nr. V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“ pakeitimo. *Valstybės žinios*. 2011, 89 – 4287.

83. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „ Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003-03-21, Nr. 28-1147.

84. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimas Nr. 1020 „ Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006-10-21, Nr. 112-4273 ; Eil. Nr. 289 - punktas 6.13.

### **Tarptautinės sutartys**

85. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr.60-1501.

### **Kiti dokumentai**

86. Kriaučeliūnas, Z. Lietuvos KP rūpinimasis motinos ir vaiko sveikatos apsauga 1940-1941 m. „*Sveikatos apsauga*“. 1970, Nr. 5, p 49-50.

87. Akušerinės-ginekologinės pagalbos organizacija TSRS ( Metodiniai nurodymai ). Kaunas, 1971, p. 11.

88. Medicinos felčerių atestacijos nuostatai. Patvirtinta LTSR Sveikatos apsaugos ministro 1963 m. birželio 18 d.

89. Neniškis, J. Akušerių-ginekologų darbas felčerių-akušerių punktuose. „*Sveikatos apsauga*“. 1969, Nr. 3, p 53-54

90. Palionienė, J. Patronažinės akušerės darbas. „*Sveikatos apsauga*“. 1970 Nr. 5, p. 55-56.

91. Motinystės ir vaikystės apsauga: normatyvinių aktų rinkinys, sudaryt. V. Kaupas. Vilnius, 1989

92. Omarov, M. Metodičeskije rekomendacii po diagnostike, lečeniju i profilaktike anemii beremennyh, [Methodical guide to anaemia diagnostics, treatment and prophylaxis of pregnant women]. Moskva, Ministerstvo zdravoochranenija SSSR, 1977 (rusų kalba)
93. Rizikos faktoriai nėštumo metu (metodinės rekomendacijos). Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministerija, Vilnius, 1981.
94. Vaisiaus ir naujagimio brandumo ir fizinio išsivystymo diagnostika (metodinės rekomendacijos). Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos ministerija, Vilnius, 1981.
95. Micelmacheris, V. Sveikatos apsauga Lietuvoje 1918-1919 metais. Vilnius, Valstybinė politinės ir mokslinės literatūros leidykla, 1959.
96. Lietuvos Valstybės Konstitucija (1922 m. rugpjūčio 1 d.). Publikavimas: Vyriausybės žinios, 1922-08-06, Nr.100-799 Prieiga internete: [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)
97. Medicinos praktikos teisių Lietuvoje įstatymas. Publikavimas: Vyriausybės žinios, 1921-02-04, Nr. 56-532. Prieiga internete: [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)
98. Micelmacheris, V. Antiliaudinis medicinos pagalbos pobūdis buržuazinėje Lietuvoje. Valstybinė politinės ir mokslinės literatūros leidykla, Vilnius, 1950.
99. Medicinos, veterinarijos, farmacijos ir odontologijos praktikos teisių įstatymas. Publikavimas: Vyriausybės žinios, 1925-04-23, Nr. 190-1291. Prieiga internete: [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)
100. Ligonių kasų įstatymas. Publikavimas: Vyriausybės žinios, 1926-05-27, Nr. 227-1476. Prieiga internete: [http://www3.lrs.lt/pls/inter\\_archyvas/dokpaieska\\_arch.forma\\_1](http://www3.lrs.lt/pls/inter_archyvas/dokpaieska_arch.forma_1)
101. Prezidento A. Smetonos kalba gydytojų suvažiavime, pasakyta 1937 m. kovo 21 d. (1937 m. „Medicina“, Nr 4 ). „Sveikatos apsauga“. 1969, Nr. 3 p. 45-47.

## SANTRAUKA

**Reikšminiai žodžiai:** ambulatorinė akušerinė ir ginekologinė pagalba, teisinis reguliavimas, probleminiai aspektai, nėščiujų priežiūra.

Magistro baigiamajame darbe analizuojamas ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinis reguliavimas Lietuvoje istoriniu ir šiuolaikinės teisės aspektu. Ambulatorinės akušerijos ir ginekologijos profilio paslaugos yra išskirtinės tiek savo specifiniu kontingentu - tai moterys ir mergaitės, tiek savo paslaugų apimtimi – profilaktine sveikatos priežiūra, nėščiujų ir pagimdžiusiujų sveikatos priežiūra, ligų diagnostika ir gydymu. Ambulatorinėje akušerijos ir ginekologijos sveikatos priežiūroje pažymėtini keletas probleminių aspektų. Tai priežiūros organizavimas trijų lygių sistema ir jos sąlygotas paslaugų persidengimas, nėščiujų, nepilnamečių reprodukcinės sveikatos priežiūra, atskirų ambulatorinių paslaugų - skatinamųjų ir prevencinių, nėštumo nutraukimo, ambulatorines dienos chirurgijos bei būtiniosios pagalbos - teisinio reguliavimo ypatumai. Darbo tikslas yra išanalizuoti ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo ypatumus, pateikti išvalgų dėl probleminių praktinių aspektų. Pirmoje darbo dalyje atskleidžiami istoriniai ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisinio reguliavimo aspektai nuo prieškario iki šių dienų. Antroje didžiausias dėmesys skiriamas organizaciniams dabartinio teisinio reguliavimo ypatumams – pirminio, antrinio ir tretinio lygio ambulatorinei akušerinei ir ginekologinei pagalbai. Trečiojoje nagrinėjami teisinio reguliavimo ypatumai teikiant ambulatorinę akušerinę ir ginekologinę pagalbą tikslinėms pacienčių grupėms, nėščiosioms ir paauglėms. Ketvirtoje išskiriami kai kurie probleminiai teisinio reguliavimo aspektai teikiant atskiras akušerijos ir ginekologijos paslaugas: skatinamąsias ir prevencines paslaugas, nėštumo nutraukimą, ambulatorines dienos chirurgijos paslaugas bei būtinąją pagalbą.

Įvertinus teisinio reguliavimo ypatumus darytina išvada, kad ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos moterims teisinio reguliavimo Lietuvoje istorinė raida iki Nepriklausomybės atspindėjo ne mokslo žinias, o socialinę santvarką. Dabartinis ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teisiniam reguliavimui būdinga orientacija į mokslo žinias ir su tuo susijusi teisės aktų kaita, dubliavimas bei kai kurių nuostatų neapibrėžtumas, neaiškiai atskirta šeimos gydytojo ir gydytojo akušerio ginekologo kompetencija pirminiame lygyje; ambulatorinės akušerinės ir ginekologinės pagalbos teikimo tikslinėms pacientų grupėms teisinio reguliavimo ypatumais laikytini gerai teisiškai sutvarkyta nėščiujų sveikatos priežiūra ir nepakankamai gerai reglamentuota nepilnamečių konsultavimo reprodukcinės sistemos klausimais tvarka; atskirų ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos paslaugų teisiniam reguliavimui būdingas konkretumas ir išbaigtumas. Problemiais aspektais laikytini skatinamųjų ir prevencinių paslaugų netolygumas pirminiame lygyje tarp šeimos gydytojo ir akušerio ginekologo institucijų krūties

vėžio prevencijos klausimu, nėštumo nutraukimo apmokestinimas, nesutvarkyta dienos epizodo bei dienos chirurgijos veikla, nepakankamai išsamiai reglamentuota būtiniosios pagalbos teikimo tvarka.

## SUMMARY

**Key words:** Obstetrics and gynecology care, problem aspects, health care for pregnant women.

The Master Thesis analyses legal regulation of the obstetrics and gynecology outpatient care in Lithuania from the historical perspective and the current law developments. Services of the obstetrics and gynecology outpatient profile are unique both with regard to the specific target group (women and girls) and to the range of services: preventive health care, health care for pregnant women/women who gave birth, disease diagnostics and treatment. Several problem aspects should be highlighted in the obstetrics and gynecology outpatient health care: organisation of health care by applying a three-level system and the resulting overlap of services; reproductive health care for pregnant women and adolescents; peculiarities of various out-patient services (promotional and preventive services, termination of pregnancy, out-patient (one-day) surgery and emergency health care. The aim of the Thesis is to analyse peculiarities of legal regulation of the obstetrics and gynecology outpatient care, and to provide the insights to relevant practical aspects. The 1st chapter reveals historical aspects of legal regulation of the obstetrics and gynecology outpatient care from the pre-war period to the current days. The focus in the 2nd chapter is given to the organisation of the current legal regulation, i.e. to the primary, secondary and tertiary level of the obstetrics and gynecology outpatient care. The 3rd chapter analyses peculiarities of legal regulation in providing the obstetrics and gynecology outpatient services to target patient groups: pregnant women and adolescents. The 4th chapter highlights relevant problem aspects of legal regulation in providing different obstetrics and gynecology services: promotional and preventive measures, termination of pregnancy, out-patient surgery services and the emergency medical care.

After evaluating peculiarities of legal regulation the conclusion was made that before the restoration of Lithuania's Independence the historical development of legal regulation of the obstetrics and gynecology outpatient care in the country reflected the social order rather than scientific knowledge. The current legal regulation of the obstetrics and gynecology outpatient care is directed toward the scientific knowledge and relevant amendments to the regulatory enactments. Yet, the above regulation contains overlaps and not clearly defined provisions; there is no distinction between the competence of a family doctor and an obstetrician-gynaecologist in the primary level. Peculiarities of legal regulation in providing the obstetrics and gynecology outpatient

services to target patient groups include: legally sound health care for pregnant women; insufficiently regulated procedure of consultations for adolescents on the reproductive system; specific character and clearly defined legal regulation of various outpatient services. The problem aspects include: inconsistency of promotional and preventive services (in the primary level) between a family doctor and the obstetrics and gynecology institutions on breast cancer prevention; pregnancy termination costs; not fully arranged day episode and day-surgery activity, insufficiently regulated procedure for provision of the emergency care.