

Chvála konsenzuální spolupráce aneb kvalita péče o těhotné ženy i její organizace získaly nový rozměr

Více než deset let práce si vyžádalo hledání shody na komplementaritě rolí registrujícího gynekologa, specializovaného pracoviště a porodnice v komplexní péči o těhotnou ženu. „Neprobíhalo to tak rychle, jak jsem si původně myslel,“ přiznal 22. ledna ve své přednášce v programu 70. doškolovacího semináře SSG ČR v Praze-Čestlicích **prof. MUDr. Marek Ľubušký, Ph.D., MHA**, vedoucí lékař Centra fetální medicíny Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc.

Teprve v lednu loňského roku došlo k revizi dvou původních doporučených postupů a jejich sloučení do jednoho nazvaného Zásady dispenzární péče v těhotenství. Pod číslem 1/2021 byl publikován ve Sbírce doporučených postupů vydávaných podle nového standardu České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) ČLS JEP jako konsenzuální stanovisko (v tomto konkrétním případě Sekce perinatologie a fetomaternalní medicíny ČGPS ČLS JEP, Sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP a Sekce ambulantních gynekologů ČGPS ČLS JEP) v elektronickém formátu pdf. Spolu s doporučenými postupy č. 3/2019 Sb. (Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče) a č. 4/2019 Sb. (Podrobné hodnocení morfolgie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství) tvoří základní rámec dispenzární prenatalní péče v ČR.

Současně byla ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) ČR vytvořena metodika organizace komplexní péče o těhotnou ženu v ČR, která její poskytování upravuje nejen z hlediska medicínského, ale i organizačního, legislativního a ekonomického, a následně došlo i k zakotvení některých úhradových parametrů v dohodách mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami v rámci dohodovacího řízení, potažmo v úhradové vyhlášce MZ ČR.

Spolupráce s VZP tím ovšem nekončí. Prof. Ľubušký oznámil dojednání spolupráce na administraci webu GynUltrazvuk.cz. Cílem je shromáždit na jednom místě vzájemně propojené, interaktivně vyhledatelné garantované informace odborné (v gesci Sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP) i organizační a legislativní (v gesci VZP).

DISPENZÁRNÍ PRENATÁLNÍ PÉČE

Hlavní část sdělení prof. Ľubuškého, připraveného společně s prof. MUDr. Marianem Kacerovským, Ph.D., se týkala nové zdravotní služby Zaevidování těhotné ženy do porodnice („check in“). Protože jsme však v Čestlicích vyslechli i diskusi následující po přednášce, máme možnost reflektovat i odpovědi na nejčastěji kladené otázky a začít tím, co „check in“ předchází.

Do gestačního týdne 40+6 by měla dispenzární prenatalní péče probíhat u registrujícího gynekologa, kterému je hrazena formou agregovaných („balíčkových“) plateb za ambulantní péči

o těhotné v odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví) v jednotlivých trimestrech. Nejpozději od gestačního týdne 41+0 by měla již prenatalní péče probíhat pouze v porodnici.

Dispenzární prenatalní péče může být po vzájemné dohodě poskytována i u neregistrujícího poskytovatele (např. v porodnici), kterému je hrazena prostřednictvím jednotlivých zdravotních výkonů. Prof. Ľubušký ale upozornil na to, že v takovém případě je tato výkonově vykázaná péče odečtena registrujícímu gynekologovi, protože podle platných právních předpisů nemůže být péče hrazena zdravotní pojišťovnou z veřejných prostředků dvakrát – tedy registrujícímu i neregistrujícímu poskytovateli současně (*pozn.: podle pravidel dispenzární péče sleduje pacienta s danou diagnózou vždy jen jeden poskytovatel, což se týká i těhotenství*).

Jak dále uvedl prof. Ľubušký, registrující gynekolog těhotnou ženu již při první návštěvě prenatalní poradny, během níž se hodnotí preexistující stav, zařadí do kategorie podle rizika, jehož míra se opakovaně hodnotí při každé další návštěvě (a analogicky také při zaevidování do porodnice).

Podle doporučení Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví se rozlišují dvě kategorie rizika (někdejší dělení na fyziologické, rizikové a patologické těhotenství se již neuzívá):

- Těhotné s nízkým rizikem (low risk pregnancy),
- Těhotné s definovaným konkrétním rizikem (risk pregnancy).

V metodice organizace komplexní péče o těhotnou ženu v ČR lze najít výčet jednotlivých rizik včetně uvedení platných klinických protokolů jejich managementu.

I u rizikových těhotných provádí dispenzární prenatalní péči registrující gynekolog – s výjimkou pregestačního diabetu mellitu / gestačního diabetu mellitu se zvýšeným rizikem, dvojčetného monochoriálního a více než dvojčetného těhotenství (v uvedených případech probíhá péče v perinatologickém centru) a závažného onemocnění těhotné ženy.

„ROZŠÍŘENÁ“ PRENATÁLNÍ PÉČE

Pod toto neoficiální zjednodušující označení prof. Ľubušký zahrnul:

- Specializované zdravotní služby s ohledem na definované konkrétní riziko těhotné ženy – je nutná žádanka registrujícího gynekologa, protože tyto služby ovlivňují celkovou výši úhrady.
- Neobligatorní specializované screeningové zdravotní služby v I.–III. trimestru – přímo hrazené těhotnou ženou podle ceníku specializovaného zdravotnického zařízení, konkrétně:
 - › kombinovaný screening v I. trimestru těhotenství (v 11.–13. týdnu),
 - › podrobné hodnocení morfologie plodu ve II. trimestru těhotenství,
 - › ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve III. trimestru těhotenství (36.–37. týdnu).

Jak připomněl prof. Lubušský, přes svůj medicínsky nesporný význam nejsou tyto zdravotní služby obligatorní složkou dispensární prenatalní péče, a to ze dvou důvodů. Za prvé, ani jedna nemá zatím definovaný mechanismus úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. A za druhé, pouze podrobné hodnocení morfologie plodu ve II. trimestru těhotenství má v současnosti definovanou jednotnou metodiku (kombinovaný screening v I. trimestru těhotenství a ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve III. trimestru těhotenství nikoli).

KARDIOTOKOGRAFICKÝ NON-STRESS TEST OD 40. TÝDNE ZÁVISÍ POUZE NA ZVÁŽENÍ LÉKAŘE

Jak uvedl prof. Lubušský, v současné době neexistují důkazy o efektivitě screeningového provádění antepartálního fetálního kardiogramu ke zjišťování stavu plodu a neexistuje ani jednotný metodický postup pro jeho vyhodnocení a interpretaci.

Proto antepartální fetální kardiogram již není obligatorní součástí dispensární péče v těhotenství. V praxi to znamená, že:

- není-li antepartální kardiogram proveden, nejedná se o chybu postupu v prenatalní péči, a tak by to mělo být hodnoceno i v případném znaleckém posudku,
- je-li naopak antepartální kardiogram proveden, je jeho vyhodnocení indikujícím lékařem možno přezkoumat znalcem – se všemi důsledky z toho plynoucími.

ZAEVIDOVÁNÍ TĚHOTNÉ ŽENY DO PORODNICE

A nyní tedy již k nejdůležitější novince z přednášky prof. Lubušského – k nové zdravotní službě provozované porodnicí. Jejím účelem je především seznámení těhotné s prostředím porodnice a poskytnutí důležitých organizačních informací, získání informací o průběhu prenatalní péče, zařazení těhotné podle aktuálního stavu do skupiny s nízkým nebo s definovaným konkrétním rizikem (tedy totéž, co provádí registrující gynekolog po celou dobu těhotenství ve své ambulanci) a stanovení strategie ukončení těhotenství (spontánní vaginální porod, preindukce / indukce vaginálního porodu, císařský řez). Registrující gynekolog by měl těhotnou ženu do příslušné porodnice k zaevidování odeslat optimálně ve 36.–37. týdnu těhotenství.

Zaevidování těhotné ženy do porodnice a následná předporodní ambulantní péče v porodnici jsou porodnickému zdravotnickému zařízení hrazeny nově vytvořenou agregovanou platbou a nesmí to být, jak zdůraznil prof. Lubušský, zaměňováno s předáním do porodnice. Tzn. že těhotná žena je i po „check in“ nadále v péči registrujícího gynekologa, který jí stále poskytuje dispensární prenatalní péči podle agregované platby za třetí trimestr těhotenství.

K vlastnímu předání těhotné do ambulantní péče zdravotnického zařízení, které povede porod, by mělo dojít po vzájemné dohodě, nejpozději v týdnu 41+0, kdy má prenatalní péče probíhat již pouze v porodnici.

red