

2025 m. liepos 3 d.

Priemonės „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros Modelius“ rezultatų vertinimas

Vertinimo užsakovas:



Vertintojai:

gooliver



Vilnius, 2025

Dokumento versijos

Data	Versija	Aprašymas	Rengėjas
2025-07-03	v.1.00	Parengtas Galutinės vertinimo ataskaitos projektas	UAB „Gooliver“, VšĮ „Lietuvos sveikatos mokslų universitetas“

Turinys

Turinys 3

Lentelių sąrašas	5
Paveikslų sąrašas	6
Dokumente naudojami sutrumpinimai ir sąvokos	7
1 Įvadas.....	9
2 Modelių vertinimo metodika.....	10
2.1 Vertinimo objektas	21
2.2 Modelių intervencijų logika	25
3 Pacientų sveikatos rodiklių tendencijų apžvalga	29
4 Modelių vertinimo analizė.....	34
4.1 Literatūros ir gerųjų Pacientų sveikatos priežiūros praktikų apžvalga.....	34
4.2 Modelių inovatyvumo ir įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui analizė.....	42
4.3 Modelių pasiektų rodiklių analizė.....	52
4.3.1. Modelio įgyvendinimo rodikliai.....	53
4.3.2. Pacientų pasitenkinimo rodikliai	53
4.3.3. Pacientų elgsenos rodikliai	54
4.3.4. Sveikatos priežiūros specialistų rodikliai	59
4.3.5. Objektyvūs pacientų būklės rodikliai.....	61
4.3.6. Veiksmingiausios taikytos intervencijos	67
4.3.7. Modelių pasiektų rodiklių apibendrinimas.....	68
4.4 Modelių taikymo ypatumų skirtingo dydžio savivaldybėse analizė.....	69
4.5 Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijų, elgsenos pokyčių ir reikalingų mokymų kryptių analizė 71	
4.5.1. Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų funkcijų analizė	71
4.5.2. Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų elgsenos pokyčių analizė.....	76
4.5.3. Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų silpniausių kompetencijų ir mokymų kryptių analizė	77
4.6 Modelių įgyvendinimo biudžeto apžvalga	79
5 Modeliai, kurie tinkamiausi įgyvendinti nacionaliniu lygiu.....	82
5.1 Išbandyti Modeliai, kurie geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu	82
5.2 Siūlomo kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio principai.....	86
5.3 Modelių kaštų-naudos analizė.....	93
6 Vertinimo išvados pagal vertinimo klausimus	100
7 Strateginiai siūlymai „žinok tai“ ir rekomendacijos „daryk tai“	105

Priedas Nr. 1. Literatūros sąrašas	117
Priedas Nr. 2. Struktūrizuota Projektų vykdytojų elektroninė apklausa.....	119
Priedas Nr. 3. Pusiau struktūruoti interviu su Projektų vykdytojais	122
Priedas Nr. 4. Išrinktų Modelių komponentų santrauka	125
Priedas Nr. 5. Nacionalinio IT sprendimo Pacientų sveikatos priežiūrai vizija	132
Priedas Nr. 6. Pacientų kodavimo sistemų pavyzdžiai	133
Priedas Nr. 7. Patikslinti Vykdytojų duomenys	136
Priedas Nr. 8. Interviu su Vykdytojais ir Modelių išbandyme dalyvavusiais specialistais įrodymai.....	136
Priedas Nr. 9. Įrodymai dėl kombinuoto Modelio grįžtamojo ryšio sesijos su medikų bendruomene	136
Priedas Nr. 10. Modelių pritaikymo nacionaliniu lygiu kaštų-naudos analizė	136
Priedas Nr. 11. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-004 Modelį	136
Priedas Nr. 12. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-0010 Modelį	136
Priedas Nr. 13. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal Kombinuotą Modelį.....	136
Priedas Nr. 14. Projektų metu parengtų metodinių gairių ir įrankių pavyzdžiai.....	136

Lentelių sąrašas

Lentelė 1. Techninės specifikacijos 9 punkto klausimų vertinimo nuorodos.....	10
Lentelė 2. Įgyvendintų Projektų apimtis	22
Lentelė 3. Į Projektų apimtį įtrauktos Pacientų galutinės diagnozės (pagal TLK-10-AM kodus)	24
Lentelė 4. Modelių konstravimo apimtyje naudotos tarptautinės gerosios praktikos	42
Lentelė 5. Projektuose įgyvendintų komponentų palyginimas ir vertinimas	49
Lentelė 6. Pacientų elgsenos rodiklių pokyčių apžvalga	56
Lentelė 7. Sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų rodiklių apžvalga	60
Lentelė 8. Pacientų būklės rodiklių apžvalga	62
Lentelė 9. Papildomų pacientų būklės rodiklių apžvalga	62
Lentelė 10. Su pacientų hospitalizacijomis susijusių rodiklių apžvalga.....	65
Lentelė 11. Modelių rodikliai ir su jais susijusios intervencijos, turėjusios didžiausią įtaką rezultatų pasiekimui	67
Lentelė 12. Pagal gyventojų skaičių suskirstytos savivaldybės, kuriose buvo įgyvendinti Modeliai.....	69
Lentelė 13. Daugiadalykių komandų sudėtis ir etatų skaičius tenkantis 100 pacientų per metus	74
Lentelė 14. Modelių biudžeto pasiskirstymas.....	81
Lentelė 15. Modelių vertinimo suvestinė	84
Lentelė 16. P-01-0004 Modelio kaštų-naudų apibendrinimas	95
Lentelė 17. P-01-0010 Modelio kaštų-naudų apibendrinimas	96
Lentelė 18. Kombinuoto Modelio kaštų-naudų apibendrinimas.....	97
Lentelė 19. Pagrindinių Modelio kaštų-naudos analizės rodiklių palyginimas	98
Lentelė 20. Vertinimo išvados pagal vertinimo klausimus.....	100
Lentelė 21. Strateginiai siūlymai „žinok tai“ ir rekomendacijos „daryk tai“	105
Lentelė 22. Duomenų užklausos lentelė dėl specialistų užimtumo Projektų apimtyje	119
Lentelė 23. Duomenų užklausos lentelė dėl veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo rodiklių.....	120
Lentelė 24. Pagal gyventojų skaičių suskirstytos savivaldybės, kuriose buvo įgyvendinti Modeliai.....	123
Lentelė 25. Išrinktų Modelių komponentų santrauka	125

Paveikslų sąrašas

Paveikslas 1. Intervencijų logika, taikyti metodai ir duomenų šaltiniai	26
Paveikslas 2. Modeliuose įgyvendintų CHRODIS komponentų apimtis.....	27
Paveikslas 3. Sergantys asmenys, pagal diagnozuotų ligų sk.	29
Paveikslas 4. Sergantys asmenys, kuriems ambulatorinėse ar stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo užregistruota bent viena diagnozė	31
Paveikslas 5. Metinis lovardienų skaičius per stacionaro pacientą, išvengiamų lovardienų skaičius per stacionaro pacientą, ir bendras stacionaro ligonių skaičius.	32
Paveikslas 6. Metinis mirusiųjų dėl susijusių lygų skaičius bei mirtys per 1000 Pacientų	33
Paveikslas 7. Modelių vertinimo metu nustatyti dauginėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros IT sprendimo poreikiai.....	132
Paveikslas 8. Ispanijoje taikomos pacientų kodavimo sistemos pavyzdys.....	133
Paveikslas 9. Nyderlanduose taikomos pacientų kodavimo sistemos pavyzdys.....	134
Paveikslas 10. Skandinavijos šalyse taikomos pacientų kodavimo sistemos pavyzdys	135

Dokumente naudojami sutrumpinimai ir sąvokos

Sutrumpinimai

Sutrumpinimas	Paiškinimas
3D RCT	Į pacientą orientuota intervencija, siekiant pagerinti dauginio ligotumo valdymą šeimos gydytojo institucijoje (angl. A patient-centered intervention to improve the management of multimorbidity in general practice)
AKS	Arterinis kraujo spaudimas
ASPJ	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga/-os
CCM	Lėtinių ligų priežiūros Modelis (angl. Wagner Chronic Care Management)
CHRODIS	Europos Komisijos Modelis „Dėl lėtinių ligų ir sveiko senėjimo visą gyvenimą“ (angl. European Union Joint Action on Chronic Diseases and promoting healthy ageing across the life-cycle)
CHRODIS+	CHRODIS PLUS Modelis: gerųjų praktikų taikymas sergantiems lėtinėmis ligomis (angl. CHRODIS PLUS: Implementing good practice for chronic diseases)
ESPBI IS	Elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema
FIN-D2D	2 tipo cukrinio diabeto prevencijos programa (angl. Type 2 Diabetes Prevention Programme 2003-2007)
Gooliver	UAB „Gooliver“
GMP	Greitoji medicinos pagalba
INCA	Integruotos priežiūros Modelis lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams (angl. Integrated Care Model for Chronically)
KMI	Kūno masės indeksas
LR	Lietuvos Respublika
LSMU	VšĮ „Lietuvos sveikatos mokslų universitetas“
MTL	Mažo tankio lipoproteinai
POTKU	Pacientas vairuotojo sėdynėje (angl. Putting the Patient in the Driver's Seat)
PRISMA	Integruota paslaugų valdymo programa senyvo amžiaus asmenims (angl. Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy)
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
PSP	Pirminės sveikatos priežiūra
PSPC	Pirminės sveikatos priežiūros centras
SAM	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
SELFIE	Integruotos priežiūros Modelių Pacientams diegimo, finansavimo ir vykdymo gairės (angl. Integrated Care Models for Multi-morbidity Delivery, Financing and Performance)
ŠKL	Širdies ir kraujagyslių ligos
ŠSD	Širdies susitraukimų dažnis

Sutrumpinimas	Paaiškinimas
VSB	Visuomenės sveikatos biuras
VUL	Vilniaus universiteto ligoninė

Paaiškinimai

Sąvoka	Paaiškinimas
Modeliai	Pagal Priemonę išbandyti inovatyvūs ir efektyvūs paslaugų teikimo Modeliai, sudantys prielaidas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis
Pacientai	Pacientai, sergantys dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (dauginėmis ligomis sergantys pacientai)
Priemonė, P	2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-K-616 „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros Modelius“
Projektai	Pagal Priemonę įgyvendinti projektai, kurių metu išbandyti Modeliai
Sutartis	Priemonės rezultatų vertinimo paslaugų pirkimo sutartis Nr. 2025-S-SAM-6 , pasirašyta 2025 m. sausio 14 d.
Techninė specifikacija	Atviro paslaugų viešojo pirkimo konkurso Nr. 738548 pirkimo sąlygų techninė specifikacija
Teikėjai	Paslaugų teikėjai, UAB „Gooliver“ ir VšĮ „Lietuvos sveikatos mokslų universitetas“, veikiantys jungtinės veiklos pagrindu
Užsakovas	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
Vertinimas	Priemonės rezultatų vertinimas

1 Įvadas

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM arba Užsakovas) ir UAB „Gooliver“ (toliau – Gooliver) bei VšĮ „Lietuvos sveikatos mokslų universitetas“ (toliau – LSMU), veikiančios kartu jungtinės veiklos pagrindu (toliau – Teikėjai), 2025 m. sausio 14 d. pasirašė paslaugų pirkimo sutartį Nr. 2025-S-SAM-6 (toliau – Sutartis) dėl 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonės Nr. 08.4.2-ESFA-K-616 „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros Modelius“ (toliau – Priemonė arba P) rezultatų vertinimo paslaugos (toliau – Vertinimas).

Vertinimo kontekstas

Įgyvendinus 2014–2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo Priemonės projektus (toliau – Projektai) išbandyti inovatyvūs ir efektyvūs paslaugų teikimo Modeliai (toliau – Modeliai), sudarantys prielaidas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – Pacientai).

Remiantis strateginio valdymo metodikos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2021 m. balandžio 28 d. nutarimu Nr. 292 „Dėl strateginio valdymo metodikos patvirtinimo“, V skyriaus trečiuoju skirsniu, kuriuo SAM pavesta pagal kompetenciją organizuoti vertinimų, už kuriuos ji atsakinga, procesą, galutinę vertinimo ataskaitą ir pasiūlymus dėl rekomendacijų įgyvendinimo teikti Lietuvos Respublikos (toliau – LR) Finansų ministerijai, viešinti vertinimo rezultatus ir užtikrinti, kad vertinimo ataskaitose pateiktos rekomendacijos ir susiję Vyriausybės sprendimai būtų įgyvendinami laiku.

Vertinimas rengiamas 2020-2023 m. įgyvendinus Projektus pagal Priemonę. Iš viso Projektus įgyvendino 14 Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ), bendradarbiaudamos su kitomis ASPĮ kaip partnerėmis (iš viso 55 ASPĮ). Vertinimo apimtyje svarbu išsiaiškinti, kuris iš 14 išbandytų Modelių yra geriausias, atsižvelgiant į Pacientų poreikius ir tinkamiausias įdiegti nacionaliniu mastu.

Vertinimo tikslas ir uždaviniai

Pagrindinis šios Sutarties tikslas – parengti Vertinimą 14-ai išbandytų Modelių ir nustatyti lėtinių neinfekcinių ligų valdymo Modelius, tinkamus įdiegti nacionaliniu mastu.

Pagrindiniai vertinimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti pagal Priemonę įgyvendintuose Projektuose išbandytus 14 Modelių;
2. Atrinkti 2 labiausiai pasiteisinsius (inovatyviausius, pagerinusius paslaugų prieinamumą ir kokybę), Modelius bei parengti 1 naują kombinuotą Modelį. Visi 3 Modeliai turi būti tinkami pritaikyti nacionaliniu lygiu.

Vertinimo klausimai pateikiami 2 skyriuje Modelių vertinimo metod.

2 Modelių vertinimo metodika

Siekiant įgyvendinti pagrindinį Sutarties vertinimo tikslą, analizė atlikta remiantis Techninėje specifikacijoje pateiktais vertinimo klausimais. Vertinimo metu nagrinėti klausimai susiję su Modelių inovatyvumu, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimu, pasiektais geriausiais rezultatais ir kt. Žemiau pateiktoje lentelėje detalizuoti visi vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai pagal Techninę specifikaciją ir pateiktos nuorodos į Galutinės vertinimo ataskaitos skyrius, kuriuose detalizuojama analizė.

Lentelė 1. Techninės specifikacijos 9 punkto klausimų vertinimo nuorodos

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizė detalizuojantys ataskaitos skyriai
Uždavinys 1: Išanalizuoti pagal Priemonę įgyvendintuose projektuose išbandytus 14 Modelių.	
1.1. Nustatyti, kuris iš taikytų Modelių yra inovatyviausias ir labiausiai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.1 Literatūros ir gerųjų Pacientų sveikatos priežiūros praktikų apžvalga. ▪ 4.2 Modelių inovatyvumo ir įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui analizė.
1.2. Išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.2 Modelių inovatyvumo ir įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui analizė ▪ 4.3 Modelių pasiektų rodiklių analizė.
1.3. Nustatyti Modelius, turėjusius didžiausią įtaką hospitalizacijų mažėjimui.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.3.5 4.3.5. Objektīvūs pacientų būklės rodikliai.
1.4. Nustatyti Modelių taikymo ypatumus: <ul style="list-style-type: none"> – savivaldybėse, kuriose yra iki 10 tūkst. gyventojų; – savivaldybėse, kuriose yra nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų; – savivaldybėse, kuriose yra daugiau kaip 21 tūkst. gyventojų. išskiriant Modelių taikymo panašumus ir skirtumus.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.4 Modelių taikymo ypatumų skirtingo dydžio savivaldybėse analizė.
1.5. Išanalizuoti Projektuose tiesiogiai Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijas, elgsenos pokyčius. Įvertinti šių specialistų silpniausias kompetencijas ir pasiūlyti atitinkamas mokymų kryptis.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4.5 Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijų, elgsenos pokyčių ir reikalingų mokymų kryptių analizė.
Uždavinys 2: Atrinkti 2 labiausiai pasiteisinusius (inovatyviausius, pagerinusius paslaugų prieinamumą ir kokybę), Modelius bei parengti 1 naują kombinuotą Modelį. Visi 3 Modeliai turi būti tinkami pritaikyti nacionaliniu lygiu.	
2.1. Nustatyti, kurie 2 išbandyti Modeliai geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5.1 Išbandyti Modeliai, kurie geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu. ▪

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
2.2. Įvertinti skirtingų išbandytų Modelių geriausius elementus ir pasiūlyti naują alternatyvą (naują kombinuotą Modelį).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5.2 Siūlomo kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio principai.
2.3. Parengti atrinktų 2 Modelių ir 1 kombinuoto Modelio kaštų-naudos analizę.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5.3 Siūlomas kombinuotas Pacientų sveikatos priežiūros Modelis formuotas remiantis literatūros ir gerųjų praktikų analize, išbandytų Modelių analize, interviu su Projektų vykdytojais ir identifikuojant labiausiai pasiteisinusius (inovatyviausius, pagerinusius paslaugų kokybę ir prieinamumą) Modelių elementus. <p>Apibrėžus pirminius kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio principus suorganizuota grupinė diskusija su medikų bendruomene, kurioje dalyvavo daugiau nei 30 medikų (neįskaitant Modelių vertinimo komandos). Į grupinę diskusiją buvo pakviesti atstovai iš Lietuvos šeimos gydytojų kolegijos, Lietuvos šeimos gydytojų profesinės sąjungos, Lietuvos išplėstinės slaugos praktikos asociacijos, Lietuvos slaugos specialistų organizacijos, Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos, Lietuvos kardiologų draugijos, Lietuvos endokrinologų draugijos, Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugijos, Lietuvos pulmonologų draugijos. Prieš grupinę diskusiją buvo pristatyti siūlomi kombinuoto Modelio komponentų elementai ir jų logika. Diskusijos metu išryškinti esminiai iššūkiai ir praktiniai aspektai, į kuriuos būtina atsižvelgti siekiant užtikrinti Modelio pritaikomumą praktikoje. Nesant galimybei dalyvauti kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio pristatyme ir diskusijoje, grįžtamasis ryšys iš medikų papildomai buvo renkamas raštu. Medikų bendruomenės išsakytos įžvalgos ir pasiūlymai įtraukti į galutinį principų sąrašą.</p> <p>I sekcija. Sergančių dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis pacientų priežiūra</p> <p>1 komponentė. Tęstinis, reguliarus ir visa apimantis (t. y. holistinis) paciento ištyrimas.</p> <p>Pirminis paciento ištyrimas apima fizinės būklės vertinimą, laboratorinius tyrimus, psichologinius tyrimus, įsitraukimo į socialinį gyvenimą vertinimą bei kitus vertinimus (skiepijimo, prevencinių programų, vaistų suderinamumo). Detalesni rodikliai vertinami priklausomai nuo ligų, kuriomis pacientas serga ir (arba) srities, pvz: pagal pulmonogines, kardiologines, cukrinio diabeto ar neurologines patologijas.</p>

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<p>Detalus pacientų ištyrimo tyrimų sąrašas ir dažnis pateikiamas Priedas Nr. 13. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal Kombinuotą Modelį.</p> <p>2 komponentė. Koordinuojanti daugiadalykė komanda.</p> <p>Daugiadalykė komandą sudaro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Šeimos gydytojo komandos nariai: šeimos gydytojas, bendrosios praktikos slaugytojas arba išplėstinės praktikos slaugytojas, atvejo vadybininkas, kineziterapeutas, gyvenamosios medicinos specialistas, psichologas, apylinkės administratorius, socialinis darbuotojas; ▪ Gydytojai specialistai: endokrinologas, kardiologas, pulmonologas, neurologas, reabilitologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, oftalmologas; ▪ Kiti sveikatos priežiūros specialistai: visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, slaugytojas diabetologas. <p>3 komponentė. Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus paskyrimas („atvejo vadybininkas“).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atvejo vadybininkas įtraukiamas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 9 d. įsakymą Nr. V-1259 dėl Atvejo vadybos paslaugų teikimo šeimos gydytojo komandoje reikalavimų aprašo patvirtinimo. ▪ Ilgalaikėje perspektyvoje Atvejo vadybininkas turi turėti aukštojo mokslo kvalifikaciją, įgytą baigus sveikatos mokslų krypties grupės studijas arba jai lygiavertę aukštojo mokslo kvalifikaciją ir turi būti baigęs ne trumpesnę nei 36 valandų kvalifikacijos tobulinimo programą socialinių emocinių kompetencijų ugdymo arba Pacientų priežiūros srityje pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 9 d. įsakymą Nr. V-1259.

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ilgalaikėje perspektyvoje rekomenduojama sukurti studijų programą, kuri ruošytų specialistus lėtinėmis ligomis sergančių Pacientų priežiūrai. ▪ Rekomenduojama, kad pereinamuoju laikotarpiu Pacientų atvejo vadybininkais būtų skiriami slaugytojai, siekiant išvengti funkcijų dubliavimo, resursų švaistymo, o pacientas gautų platesnę paslaugą „vieno kabineto“ principu, taip užtikrinant Pacientų saugumą ir paslaugų savalaikiškumą, tačiau atsižvelgiant į ribotus įstaigų resursus, pereinamuoju laikotarpiu atvejo vadybininkais gali dirbti ir socialinių mokslų krypties studijas baigę specialistai, sukaupę ne mažesnę nei kelerių metų darbo patirtį medicinos srityje. ▪ Atvejo vadybininko funkcijos turi būti aiškiai aprašytos įstaigos lygyje ir turi apimti ne tik organizacines funkcijas, bet ir lėtinių ligų stebėseną ir valdymą. <p>4 komponentė. Individualizuotas paciento sveikatos priežiūros planas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individualizuotą paciento sveikatos priežiūros planą sudaro šeimos gydytojo komanda pagal kompetencijas pagal poreikį pasitelkiant gydytojų specialistų rekomendacijas. ▪ Pacientas bei, esant poreikiui, jo šeimos nariai yra įtraukiami į individualizuoto paciento sveikatos priežiūros plano sudarymą, kad būtų atliepti pacientų poreikiai ir galimybės. ▪ Kiekvienam pacientui sudaromas ilgalaikis (ne trumpesnis kaip 12 mėn.) individualus jo sveikatos stebėjimo planas. Įtraukiami: <ul style="list-style-type: none"> – tiksliniai objektyvūs stebėjimo rodikliai; – būtinos profilaktinės ir prevencinės programos; – sveikos gyvensenos principai; – psichinės sveikatos komponentai. ▪ Individualus planas turi būti optimalus ir subalansuotas, kad skatintų pacientą rūpintis savo sveikata, o ne taptų našta. Svarbu, kad planas būtų įgyvendinamas organizuojant apsilankymus, tyrimus ir kt.

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individualizuotą paciento sveikatos priežiūros planą prižiūri atvejo vadybininkas. ▪ Individualizuotas planas peržiūrimas ir koreguojamas sveikatos būklei reikšmingai pasikeitus arba suėjus pradinio plano sudarymo terminui. Plano peržiūros metu vertinama, kurios individualizuoto plano dalys įgyvendintos (ne)tinkamai, analizuojamos to priežastys. <p>II sekcija. Konsultacinė sistema specialistams</p> <p>5 komponentė. Įrodymais pagrįstos praktikos įdiegimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rengiamos ir nuolat atnaujinamos paslaugų teikimo rekomendacijos pagal pacientų diagnozes yra prieinamos nacionalinėje platformoje, kuri tenkina Pacientų sveikatos priežiūros poreikius. ▪ Pagal rekomendacijas specialistams siunčiami pranešimai / priminimai / patarimai, sutaupantys medikų laiką ieškant informacijos pagal patvirtintus skirtingus standartizuotus pacientų kelius. Įrodymais pagrįstos praktikos diegimas suteikia galimybę plačiau įgalinti atvejo vadybininkus vertinti ir koreguoti individualizuotus Pacientų sveikatos priežiūros planus, jei vyksta pagal protokolus, priešingu atveju įtraukiami šeimos gydytojai ar, esant poreikiai, gydytojai specialistai. <p>6 komponentė. Daugiadalykės komandos narių mokymai, profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrai, gerinti, ugdymas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bendriniai Modelio taikymo mokymai apie naujo Pacientų priežiūros Modelio įgyvendinimą: supažindinimas su šeimos gydytojo komandos atsakomybių pasidalijimu, Modelio nauda. ▪ Technologijų taikymo mokymai: inovatyvių pacientų sveikatos stebėjimo priemonių taikymas kasdienėje praktikoje, nuotolinio stebėjimo programų naudojimas, duomenų analizė ir efektyvus duomenų panaudojimas, dirbtinio intelekto įrankių taikymas kuriant individualizuotus planus, tikrinant vaistų suderinamumą, analizuojant realaus laiko duomenis iš

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<p>nuotolinio stebėjimo įrankių, naudojant sprendimų palaikymo sistemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientų įtraukimo ir savipriežiūros skatinimo mokymai: <ul style="list-style-type: none"> – pacientų įtraukimo strategijos motyvacijai didinti, ypač vyresnio amžiaus ar socialinę atskirtį patiriančioms grupėms, pacientų apmokymas naudotis technologijomis bei perteikti informaciją suprantamai; – pacientų psichologinis pasirengimas, psichinė sveikata, socialinės pagalbos galimybės; – sveikos gyvensenos medicinos principai; – VSB ir pacientų organizacijų pasitelkimas papildomam pacientų ir jų artimųjų edukacijai apie ligas ir savipriežiūros priemones; – kritinės situacijos: iš medicinos darbuotojo pusės apie kylančias priežiūros problemas ir kaip padėti pacientui susitvarkyti su kylančiomis problemomis, nerimu ir kt. ▪ Atvejo vadybininkų mokymai: <ul style="list-style-type: none"> – Ne trumpesnė nei 24 valandų kvalifikacijos tobulinimo programa atvejo vadybininkų vadybinių kompetencijų ugdymui; ▪ Verta pažymėti, kad mokymų paketai, reikalingi komandoms ar atskiriems specialistams, galėtų būti formuojami prie ugdymo institucijų, privalomų ir / ar pasirenkamų profesinio tobulinimo kursų formatu. <p>7 komponentė. Konsultavimo sistemos, skirtos šeimos gydytojui-gydytojui specialistui konsultuotis, sukūrimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Šeimos gydytojo komandos konsiliumai kartą per mėnesį aptarti prižiūrimus pacientus, jų sveikatos pokyčius bei poreikį aptarti pacientų gydymą nuotolinio daugiadalykio konsiliumo metu. ▪ Nuotoliniai daugiadalykiai konsiliumai kartą per mėnesį, aptariami pacientai, dėl kurių reikalingos konsultacijos po pirminio šeimos gydytojų konsiliumo, įtraukiant specialistus pagal aptariamų pacientų indikacijas.

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esant poreikiui, šeimos gydytojas suteikia siuntimus Pacientams pas gydytojus specialistus. ▪ Siekiant užtikrinti tvarias konsultacijas, turi būti užtikrintas adekvatus gydytojų-gydytojų konsultacijų apmokėjimas. <p>III sekcija. Pagalba pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą.</p> <p>8 komponentė. Mokyti paslaugų teikėjus, kaip pagelbėti pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ VSB, vykdydamas savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną, vykdo funkcijas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymą Nr. V-448 „Dėl bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“. Šių funkcijų apimtyje VSB specialistai: <ul style="list-style-type: none"> – Vertintina pacientų ir jų šeimos narių, artimųjų poreikius, vykdo asmeninius susitikimus, pokalbius bei organizuoja grupinius aptarimus apie ligas, jų eigą paskaitų ir diskusijų principu; – Pagal šeimos gydytojo komandos sudarytą individualizuotą paciento sveikatos priežiūros planą detalizuoja paciento ir jo šeimos narių ar artimųjų įsitraukimo į sveikos gyvensenos gerinimo žingsnius bei periodiškai teikia grįžtamąjį ryšį dėl plano įgyvendinimo; – Tobulina pacientų artimųjų įtraukimo metodus. <p>Nors šiuo metu VSB teikia gyventojams panašias paslaugas, susijusias su visuomenės sveikatos stiprinimu, informacijos viešinimu apie sveikatingumą bei visuomenės sveikatos būklės analizę, svarbu nuosekliai stiprinti specialistų gebėjimus teikti personalizuotą pagalbą Pacientams ir jų šeimoms dėl savipriežiūros. Taip pat, svarbu didinti gyventojų informuotumą apie VSB veiklas, siekiant užtikrinti, kad pacientai ir jų artimieji būtų laiku ir tinkamai informuoti apie VSB vykdomas veiklas bei galimybę gauti pagalbą.</p>

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<p>9 komponentė. Suteikti galimybes pacientams ir jų šeimoms tobulinti savipriežiūrą.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Įtraukiant pacientus bei, esant poreikiui, pacientų artimuosius, į individualizuoto paciento sveikatos priežiūros plano sudarymą, suteikti informaciją apie: <ul style="list-style-type: none"> – Savipriežiūros svarbą sveikatos rodikliams ir gyvenimo kokybei; – Artimųjų įsitraukimo naudą ir galimą būtinumą/pareigą; – Papildomus savipriežiūros stiprinimo šaltinius (literatūra, organizacijos ir kt.). ▪ Sudaromi specializuoti informaciniai leidiniai, skrajutės, apjungiantys pagrindinę informaciją apie ligą (ligas), ligos eigą, kylančius sunkumus, kaip juos identifikuoti, kaip juos spręsti, kada būklės rodikliai rodo, kad reikalinga pagalba nedelsiant, o kada gydymą gali koreguoti pats pacientas. <p>10 komponentė. Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientas yra įtraukiamas į individualizuotą paciento sveikatos priežiūros plano rengimą. ▪ Bendras tyrimo ir stebėjimo planas sudaromas įvertinus paciento nusiskundimus, problemas iš medicininės pusės, įvertinami paciento lūkesčiai ir galimos problemos, bendru sutarimu nustatomi siekiami tikslai. ▪ Rezultatų vertinimas turi būti grindžiamas reguliariais medicinos personalo ir gydytojo aptarimais, periodiškai įtraukiant ir paciento šeimos narius ar kitus artimuosius. <p>IV sekcija. Esamos informacinės sistemos ir technologijos</p> <p>11 komponentė. Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą ir kompiuterizuotas klinikinis sekimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visi elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą bei kompiuterizuotas klinikinis pacientų sveikatos sekimas turėtų būti nacionalinio lygio platformoje kartu su nuolat vystomu gydymo rekomendacijų moduliu. Siekiant užtikrinti efektyvią paciento būklės ir gydymo plano įgyvendinimo stebėseną bei savalaikių ligos

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<p>valdymo sprendimų priėmimą, kartu su elektroninių įrašų sistema, turi būti įdiegta paciento ligos valdymo stebėsenos ir perspėjimo sistema, veikianti surenkamų (automatiškai per jungtis su laboratorinių tyrimų, objektyvaus, instrumentinio ištyrimo posistemėmis, per išmaniuosius įrenginius, ar įvedamų ranka) sveikatos ir gyvensenos rodiklių pagrindu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemos efektyvumą dar labiau padidintų renkama sveikatos duomenimis pagrįstas ir nuolatos vystomas (aktyviu taisyklėmis pagrįstų algoritmų diegimu ar dirbtiniu intelektu pagrįstu „self-learning“ principu) gydymo rekomendacijų pagalbos modulis. <p>12 komponentė. Keistis informacija (su paciento sutikimu) tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių, naudojant tinkamas elektronines informacines sistemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Šiuo metu vykdomas pagrindinių ESPBI IS formų atnaujinimas bei ESPBI IS laboratorinių tyrimų posistemės kūrimas leis medicinos specialistams matyti susistemintą aktualią informaciją apie Pacientus bei palengvins skirtingiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams su paciento tyrimais ir gydymu susijusios informacijos paiešką, užtikrinant, kad svarbi informacija nebūtų praleista. ▪ Užtikrinami pacientų sutikimai tiksliniams asmenims: įskaitant ir kitų įstaigų, su kuriomis sudarytos sutartys gydytojo-gydytojo konsultavimui ir konsiliumų vykdymui, jungtis prie ESPBI IS ir reikiamu laiku tikrinti tikslinius duomenis. ▪ Užtikrinamas sutikimas nuolatiniam nuotoliniam sveikatos duomenų teikimui ir analizei, duomenų panaudojimui nuolatinei sveikatos būklės stebėsenai bei sprendimų priėmimo algoritmų vystymui. ▪ Įvykdomi susitarimai tarp sveikatos priežiūros įstaigų, sudarant galimybę matyti vieniems kitų duomenis. <p>13 komponentė. Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas, kur įmanoma.</p>

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siekiant kokybiškiau analizuoti Pacientų būklę bei organizuoti jų priežiūrą nacionaliniu lygiu Pacientai koduojami ne tik pagal TLK kodus, bet ir pagal rizikos lygį pagal Ispanijoje plačiai taikomą „Sureguliuotos poliligtumo grupės“ kodavimo sistemos pavyzdį, pagal kurį priskyrimą rizikos grupėms lemia organų sistemų pažeidimų skaičių (1, 2–3, 4+) ir paslaugų naudojimo rodikliai: <ul style="list-style-type: none"> – konsultacijų su gydytojais skaičius; – hospitalizacijų tikimybė; – mirtingumo rizika; – receptų kiekis per metus. ▪ Pagal „Sureguliuotos poliligtumo grupės“ Modelį sunkiausių pacientų grupei priskiriami Pacientai, kurie atitinka bent 3 kriterijus: <ul style="list-style-type: none"> – Barthel indeksas ≤ 60; – gyvena vieni; – vartoja daugiau nei 5 skirtingus vaistus; – per 12 mėn. turėjo daugiau nei 3 hospitalizacijas; – Kiti (pagrįsti gydytojo sprendimu). <p>14 komponentė. Technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis / informaciją sveikatos priežiūros specialistams.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nacionaliniu lygiu turi būti naudojama lanksti nuotolinio pacientų stebėjimo platforma, kuri veiktų nepriklausomai nuo naudojamų informacijos rinkimo priemonių apimties (pradedant nuo aktyvumo apyrankių ir gliukomačių teikiamų duomenų), įrenginių gamintojų bei duomenų įvesties būdų. ▪ Siekiant užtikrinti tvarias nuotolines konsultacijas, turi būti užtikrintas adekvatus nuotolinių ir pakartotinių konsultacijų apmokėjimas gydytojams specialistams. ▪ Įgalinus nuotolinio stebėjimo sistemą ir siekiant užtikrinti sklandų informacinių technologijų naudojimą tiek tarp specialistų, tiek tarp pacientų, svarbu užtikrinti

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<p>nuolatinę pagalbą daugiadalykių komandų specialistams bei pacientams.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekomenduojama centralizuotai, nacionaliniu lygiu priskirti atsakingą specialistą ar komanda, kuri teiktų pagalbą medicinos specialistams ir pacientams pagal poreikį, reaguojant į kylančius iššūkius. Siekiant išvengti neefektyvaus informacinių technologijų specialistų darbo, šie specialistai nėra įtraukiami į kiekvienos formuojamos daugiadalykės komandos sudėtį. <p>V sekcija. Socialiniai ir visuomenės ištekliai.</p> <p>15 komponentė. Palengvinti paciento prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Išplėtojamas ESPBI IS Pacientų portalas, kuriame būtų talpinama bendrinė informacija apie Pacientų ligas ir savipriežiūra pacientams bei jų artimiesiems, paslaugų gavimo keliai, algoritmai, informacija apie vykdomus mokymus / Pacientus vienijančius renginius, naudingos nuorodos į pacientų asociacijas bei VSB. <p><i>Rekomenduojama komponentės netaikyti pilna apimtimi, dėl skirtingų savivaldybių ir (arba) sveikatos priežiūros įstaigų ypatybių bei regioninių apribojimų. Papildomos priemonės, kurios gali būti įgyvendinamos atskirose savivaldybėse, bet ne nacionaliniu lygiu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rengiami bendruomenės periodiniai susitikimai pagal tematikas, įtraukiant dalyvaujantį medicinos personalą ir kitus su tomis pačiomis problemomis susiduriančius pacientus. ▪ Socialinių grupių kūrimo skatinimas. <p>16 komponentė. Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, įskaitant paciento šeimą, kaimynus, draugus, nevyriausybinės pacientus atstovaujančias organizacijas.</p> <p><i>Rekomenduojama komponentės Modelyje netaikyti dėl skirtingų savivaldybių ir (arba) sveikatos priežiūros įstaigų ypatybių, regioninių apribojimų ir sudėtingo palaikymo, tačiau šios rekomendacijos gali būti įgyvendinamos kaip papildomos priemonės įgyvendinamos projektuose už Modelio ribų:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Socialinių grupių aktyvios veiklos skatinimas, siūlant:

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizę detalizuojantys ataskaitos skyriai
	<ul style="list-style-type: none"> - uždaras grupes socialiniuose tinkluose; - emocinės paramos liniją; - šeimos narių edukaciją apie paciento ligas, priežiūros specifiką ir galimus pokyčius; - socialinio tinklo „žemėlapi“ (apie pagalbą pacientui); - atmintines; - specifinės terapijos užsiėmimus; - pacientų forumus ir klubus; - savanorystę. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelių kaštų-naudos analizė.
<p>2.4. Parengti pasiūlytų Modelių paslaugų teikimo organizavimo aprašų projektus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Priedas Nr. 11. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-004 Modelį ▪ Priedas Nr. 12. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-0010 Modelį ▪ Priedas Nr. 13. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal Kombinuotą Modelį

Atsakymai į visus vertinimo uždavinius ir detalizuojančius klausimus yra pateikti 6 skyriuje „Vertinimo išvados pagal vertinimo klausimus“.

2.1 Vertinimo objektas

Vertinimas apima 14-oje Projektų išbandytų Modelių. Žemiau esančioje lentelėje pateikiami duomenys apie kiekvieną Projektą: pavadinimas, vykdytojas, partnerių įstaigas, priskiriami savivaldybių dydžiai (pagal Projekto vykdytojo ar partnerių savivaldybę(-es)), laikotarpis ir Projekte dalyvavusių Pacientų skaičius.

Lentelė 2. Įgyvendintų Projektų apimtis

Projektas	Pavadinimas	Vykdytojas	Partnerių įstaigos	Laikotarpis	Projekte dalyvavusių Pacientų skaičius
P-01-0001	Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas viešojoje įstaigoje Karoliniškių poliklinika ir viešojoje įstaigoje Lazdynų poliklinika	VšĮ „Karoliniškių poliklinika“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Lazdynų poliklinika“ 	2020-10-12 – 2022-12-31	210
P-01-0002	Kompleksinis efektyvių ir inovatyvių metodų taikymas Pacientų sveikatos priežiūroje	VšĮ „Naujosios Vilnios poliklinika“	Vykdyta be partnerių	2020-07-01 – 2021-06-30	210
P-01-0003	Tęstinė lėtinėmis ligomis sergančiųjų pacientų sveikatos priežiūra (TELELISPA)	LSMU ligoninė „Kauno klinikos“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UAB „Saulės šeimos medicinos centras“ ▪ VšĮ „Kaltinėnų pirminės sveikatos priežiūros centras“ (toliau – PSPC) ▪ VšĮ „Babtų šeimos medicinos centras“ ▪ UAB „ARS medica“ ▪ VšĮ „Kelmės rajono PSPC“ ▪ LSMU ligoninės Kauno klinikų „Šeimos medicinos klinika“ ▪ LSMU ▪ VšĮ „Šiaulių centro poliklinika“ 	2020-10-27 – 2023-06-30	385
P-01-0004	Inovatyvus paslaugų teikimas Pacientams Antakalnio ir Nemenčinės poliklinikose bei Veiverių PSPC	VšĮ „Antakalnio poliklinika“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Vilniaus rajono Nemenčinės poliklinika“ ▪ VšĮ „Veiverių PSPC“ 	2020-10-14 – 2023-07-14	1295
P-01-0005	Inovatyvios ir kompleksinės lėtinių ligų priežiūros Modelio išbandymas	VšĮ „Šeškinės poliklinika“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Vilniaus rajono centrinė poliklinika“ ▪ UAB „Reginos šeimos gydytojų centras“ 	2020-12-01 – 2023-03-01	218
P-01-0006	Inovatyvaus, efektyvaus ir kompleksinio Pacientų sveikatos priežiūros Modelio diegimas	VšĮ „Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centras“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Garliavos PSPC“ ▪ VšĮ „Pakaunės PSPC“ ▪ VšĮ „Lekėčių ambulatorija“ 	2020-10-16 – 2022-12-20	216

Projektas	Pavadinimas	Vykdytojas	Partnerių įstaigos	Laikotarpis	Projekte dalyvavusių Pacientų skaičius
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Kybartų PSPC“ 		
P-01-0008	Sveikatos priežiūros Modelio su integruota gyvenamosios medicinos intervencija taikymas pacientams, sergantiems 2 ir daugiau lėtinėmis ligomis	UAB „Medgintras“	Vykdyta be partnerių	2020-10-14 – 2023-04-30	541
P-01-0009	Integruotos sveikatos priežiūros Modelio pritaikymas Pacientų sveikatos priežiūrai pirminėje grandyje	VšĮ „Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Aukštadvario PSPC“ ▪ VšĮ „Druskininkų PSPC“ ▪ VšĮ „Pakruojo PSPC“ 	2020-09-23 – 2023-01-31	198
P-01-0010	Inovatyvaus ir efektyvaus holistinio Modelio taikymas Pacientų gydymui	UAB „InMedica“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UAB „Lyros šeimos centras“ ▪ VšĮ „Tilžės bendrosios praktikos gydytojų kabinetas“ ▪ UAB „Druskininkų šeimos klinika“ ▪ UAB „Dilina“ 	2020-09-23 – 2023-04-21	220
P-01-0012	Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros Modelius	MB „A. Navicko konsultacinė poliklinika“	Vykdyta be partnerių	2021-11-01 – 2023-12-31	206
P-01-0013	Pacientų, sergančių dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, sveikatos priežiūra, taikant inovatyvų ir efektyvų paslaugų teikimo Modelį.	VšĮ „Centro poliklinika“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Baisogalos PSPC“ 	2020-10-14 – 2023-12-31	220
P-01-0014	Pacientų sveikatos priežiūra: inovatyvaus ir efektyvaus Modelio diegimas	VšĮ „Kauno miesto poliklinika“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VšĮ „Birštono PSPC“ ▪ VšĮ „Žiežmarių PSPC“ 	2020-10-12 – 2023-10-31	242
P-01-0015	Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms	UAB „Signata“	Vykdyta be partnerių	2020-10-21 – 2023 06	250

Projektas	Pavadinimas	Vykdytojas	Partnerių įstaigos	Laikotarpis	Projekte dalyvavusių Pacientų skaičius
	gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvų ir efektyvų iNTEP Modelį				
P-01-0016	Inovatyvaus paslaugų teikimo Modelio diegimas Ukmergės PSPC ir VŠĮ Moters sveikatos centre	VŠĮ „Ukmergės pirminės sveikatos priežiūros centras“	■ VŠĮ „Moters sveikatos centras“	2020-10-12 – 2023-10-31	229

Žemiau esančioje lentelėje nurodoma, kokių diagnozių Pacientai buvo gydomi įgyvendinant skirtingus Modelius.

Lentelė 3. Į Projektų apimtį įtrauktos Pacientų galutinės diagnozės (pagal TLK-10-AM kodus)

Projektas / Diagnozė	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
E10 – 1 tipo cukrinis diabetas				✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	
E11 – 2 tipo cukrinis diabetas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
E13 – kitas patikslintas cukrinis diabetas							✓	✓	✓	✓	✓		✓	
E14 – nepatikslintas cukrinis diabetas							✓	✓	✓	✓	✓		✓	
I11 – hipertenzinė širdies liga	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
I12 – hipertenzinė inkstų liga							✓	✓	✓	✓	✓		✓	
I13 – hipertenzinė širdies ir inkstų liga							✓	✓	✓	✓	✓		✓	
I15 – antrinė hipertenzija							✓	✓	✓	✓	✓		✓	
I48 – prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas		✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓			✓	
I50 – širdies nepakankamumas		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
I69 – cerebrovaskulinių (smegenų kraujagyslių) ligų pasekmės		✓						✓	✓	✓				

Projektas / Diagnozė	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
J44 – kita lėtinė obstrukcinė plaučių liga		✓	✓					✓	✓	✓	✓			
J45 – astma		✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓		
G20 – Parkinsono (Parkinson) liga								✓	✓	✓				
G40 – epilepsija								✓	✓	✓				
M05 – seropozityvus reumatoidinis artritas			✓					✓	✓	✓	✓			
M06 – kitas reumatoidinis artritas			✓					✓	✓	✓	✓			

2.2 Modelių intervencijų logika






Vertinimo metodika buvo grindžiama teorija grįsto vertinimo principu, siekiant atskleisti ne tik įgyvendintų intervencijų rezultatus, bet ir jų veikimo mechanizmus bei sąlygas, kuriomis jos veikia efektyviausiai. Intervencijų logika suformuota remiantis Europos Komisijos siūlomu Modeliu „Dėl lėtinių ligų ir sveiko senėjimo visą gyvenimą“ (angl. *European Union Joint Action on Chronic Diseases and promoting healthy ageing across the life-cycle*, toliau – **CHRODIS**), tarptautinėmis lėtinių ligų valdymo praktikomis bei ES investicijų logika, kurioje aiškiai susiejami įnašai (inputai), veiklos, pasiekti rezultatai ir ilgalaikis poveikis. Toks metodinis požiūris leido susieti gerąsias užsienio praktikas su Lietuvoje išbandytais sveikatos priežiūros Modeliais, identifikuoti esmines intervencijų sudedamąsias dalis (komponentes), vertinti Modelių veiksmingumą ir pritaikymą nacionaliniu lygiu. Vertinamas atliktas pasitelkiant kokybinius ir kiekybinius duomenis, įvairių šaltinių trianguliaciją bei ekspertinį vertinimą.

Paveikslas 1. Intervencijų logika, taikyti metodai ir duomenų šaltiniai

	 Intervencijų pagrindimas: Gerosios užsienio šalių praktikos	 Igyvendintos intervencijos: Modeliuose išbandytos CHRODIS komponentės	 Intervencijų rezultatai: Modelių pasiekti rezultatai	 Kombinuoto modelio konstravimas	 Intervencijų poveikis: Modelių pritaikomumas nacionaliniu lygiu
Metodai	<ul style="list-style-type: none"> Užsienio šalių ir gerųjų praktikų analizė. 	<ul style="list-style-type: none"> Atlikta pirminių šaltinių kokybinė analizė. Interviu su projektų vykdytojais ir Modelių išbandyme dalyvavusiais specialistais. Remiantis pirminių ir antrinių šaltinių analize atliktas ekspertinis vertinimas. 	<ul style="list-style-type: none"> Atlikta kiekybinė palyginamoji analizė. Interviu su projektų vykdytojais ir Modelių išbandyme dalyvavusiais specialistais. Remiantis pirminių ir antrinių šaltinių analize atliktas ekspertinis vertinimas. 	<ul style="list-style-type: none"> Grupinė diskusija su medicinos bendruomenės atstovais dėl siūlomo Modelio komponentių ir jų apimties. Remiantis pirminių ir antrinių šaltinių analize atliktas ekspertinis vertinimas. 	<ul style="list-style-type: none"> Remiantis pirminių ir antrinių šaltinių analize atliktas ekspertinis vertinimas. Kaštų-naudos analizė.
Šaltiniai	<ul style="list-style-type: none"> Mokslinė literatūra. 	<ul style="list-style-type: none"> Projektų vykdytojų parengti Modelių aprašymai. Projektų vykdytojų parengti Projektų pristatymai. Projektų vykdytojai ir Modelių išbandyme dalyvavę specialistai. 	<ul style="list-style-type: none"> Struktūruotos papildomų duomenų užklauskos Projektų vykdytojams. Tarpinės Projektų veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo ataskaitos. Galutinės Projektų veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo ataskaitos. Projektų vykdytojai ir Modelių išbandyme dalyvavę specialistai. 	<p>Medikų bendruomenės atstovai iš:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lietuvos šeimos gydytojų kolegijos ir profesinės sąjungos; Lietuvos išplėstinės slaugos praktikos asociacijos; Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos; Lietuvos kardiologų, endokrinologų, pulmonologų ir alergologų draugijų. 	<ul style="list-style-type: none"> Higienos institutas. Valstybinė ligonių kasa prie SAM. Oficialiosios statistikos portalas. Kiti viešai prieinami duomenys.

Žemiau esančiame paveiksle pateikiama Modeliuose išbandytų intervencijų apimtis pagal CHRODIS komponentes bei nurodyta, kurioje dalyje iš visų išbandytų Modelių buvo įgyvendintos konkrečios komponentės - intervencijos.

Paveikslas 2. Modeliuose įgyvendintų CHRODIS komponentių apimtis

				
I sekcija	II sekcija	III sekcija	IV sekcija	V sekcija
Sergančių dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis pacientų priežiūra	Konsultacinė sistema specialistams	Pagalba pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą	Esamos informacinės sistemos ir technologijos	Socialiniai ir visuomenės išteklių
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tęstinis, reguliarus ir visa apimantis (t. y. holistinis) paciento ištyrimas (100%) 2. Koordinuojanti daugiadalykė komanda (100%) 3. Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus paskyrimas („atvejo vadybininkas“) (100%) 4. Individualizuotas paciento sveikatos priežiūros planas (100%) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Įrodymais pagrįstos praktikos įdiegimas (43%) 6. Daugiadalykės komandos narių mokymai, profesinių žinių ir įgūdžių ugdytas (100%) 7. Konsultavimo sistemos, skirtos šeimos gydytojui-gydytojui specialistui konsultuotis, sukūrimas (64%) 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Mokyti paslaugų teikėjus, kaip pagelbėti pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus (50%) 9. Suteikti galimybes pacientams ir jų šeimoms tobulinti savipriežiūrą (93%) 10. Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo (71%) 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą ir kompiuterizuotas klinikinis sekimas (64%) 12. Keistis informacija tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių (50%) 13. Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas, kur įmanoma. (21%) 14. Technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis (93%) 	<ol style="list-style-type: none"> 15. Palengvinti paciento prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių (29%) 16. Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, įskaitant paciento šeimą, kaimynus, draugus, nevyriausybinės pacientus atstovaujančias organizacijas (36%)
<p>(%) Modelių dalis, kuri įgyvendino komponentę</p>				

Žemiau detalizuota, kaip buvo taikyti analizės metodai:

- Atlikta **mokslinių šaltinių ir gerųjų praktikų kokybinė analizė**, apimanti Modelių pagrindimuose pristatytus Pacientų sveikatos priežiūros Modelius ir jų veiklas pagal CHRODIS komponentes. Literatūros sąrašas pateikiamas Priedas Nr. 1. Literatūros sąrašas.
- Atlikta **pirminių šaltinių kokybinė analizė** siekiant nustatyti: kokios yra įgyvendintų Modelių veiklų apimtis, kokios įgyvendintų Modelių komponentės pasižymėjo didžiausiu inovatyvumu ir reikšme paslaugų kokybei bei prieinamumui, kokio dydžio savivaldybėse buvo įgyvendinti skirtingi Modeliai bei kurie Projektų vykdytojai ir Modeliuose dalyvavę specialistai gali iš praktinės pusės papasakoti apie tų pačių Modelių taikymo ypatumus skirtingo dydžio savivaldybėse, kokia buvo Modelius įgyvendinusių daugiadalykių komandų sudėtis.
- Atlikta **kiekybinė palyginamoji analizė nustatyti**: kurie Modeliai pasiekė geriausius rodiklius, koks buvo Modelių daugiadalykių komandų narių įsitraukimas bei kokia specialistų pacientams skirtų konsultacijų apimtis. Siekiant užtikrinti duomenų išsamumą ir tikslumą Projektų vykdytojų prašoma papildyti / patikslinti duomenis pagal Priedas Nr. 2. Struktūrizuota Projektų vykdytojų elektroninė apklausa.
- Atlikti **pusiau struktūruoti nuotoliniai interviu** su visų Projektų vykdytojų atstovais (iš viso 14 interviu) (interviu klausimynas pateiktas Priedas Nr. 3. Pusiau struktūruoti interviu su Projektų vykdytojais, interviu. Įrodymai pateikti Priedas Nr. 8. Interviu su Vykdytojais ir Modelių išbandyme dalyvavusiais specialistais įrodymai) siekiant išgryninti: kokios buvo inovatyviausios ir labiausiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą įtakančias Modelių komponentės bei kaip jos taikomos po projekto, kurie taikyti Modelių metodai, turėjo didžiausią įtaką pasiektiems rezultatams ir kurie rodikliai tai geriausiai atspindi, ar išbandant Modelius buvo stebėtos kontrolinės grupės ir kokie pastebėti skirtumai, kurie Modelių taikymo ypatumai pasireiškė skirtingo dydžio savivaldybėse, kokie pastebėti sveikatos priežiūros specialistų elgsenos pokyčiai, kokios Projektų metu tobulintos kompetencijos ir koks mokymų poreikis jas stiprinti.
- Remiantis pirminių ir antrinių šaltinių analize atliktas **ekspertinis vertinimas**: išrinkti inovatyviausi ir labiausiai paslaugų kokybę bei prieinamumą pagerinę Modeliai atsižvelgiant į gerąją praktiką, Pacientų poreikius bei kaip inovacijas pavyko taikyti praktiškai, ar inovacijos palengvino priežiūrą tiek pacientams, tiek specialistams ir ar inovacijos turi potencialą ilgalaikiam naudojimui. Išskirti Modeliai, pasiekę geriausių rezultatų, taip pat pateiktos patirtimi grįstos duomenų interpretacijos, įžvalgos bei identifikuotos galimos rodiklių spragos. Nustatyti Modelius tinkamus diegti nacionaliniu lygiu atsižvelgiant į Modelių inovatyvumą, paslaugų prieinamumą pacientams, paslaugų kokybę, orientaciją į šeimos gydytojo komandos kompetencijų stiprinimą ir efektyvų biudžeto panaudojimą.
- Suorganizuota **grupinė diskusija pristatyti siūlomą kombinuotą Modelį ir gauti grįžtamąjį ryšį dėl siūlomo Modelio komponentių ir jų apimties**. Grupinėje diskusijoje dalyvavo daugiau nei 30 medikų bendruomenės atstovų iš Lietuvos šeimos gydytojų kolegijos, šeimos gydytojų profesinės sąjungos, išplėstinės slaugos praktikos, pirminės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos, kardiologų, endokrinologų, pulmonologų ir alergologų draugijos bei Projektų vykdytojų atstovai (sesijos įrodymai pateikti Priedas Nr. 9. Įrodymai dėl kombinuoto Modelio grįžtamojo ryšio sesijos su medikų bendruomene).

3 Pacientų sveikatos rodiklių tendencijų apžvalga

Šiame skyriuje apžvelgiamos 2019–2024 m. laikotarpio Pacientų apimtys, dauginio ligotumo struktūra bei 2 lentelėje pateiktų lėtinių ligų nulemtų hospitalizacijų rodiklių tendencijos.

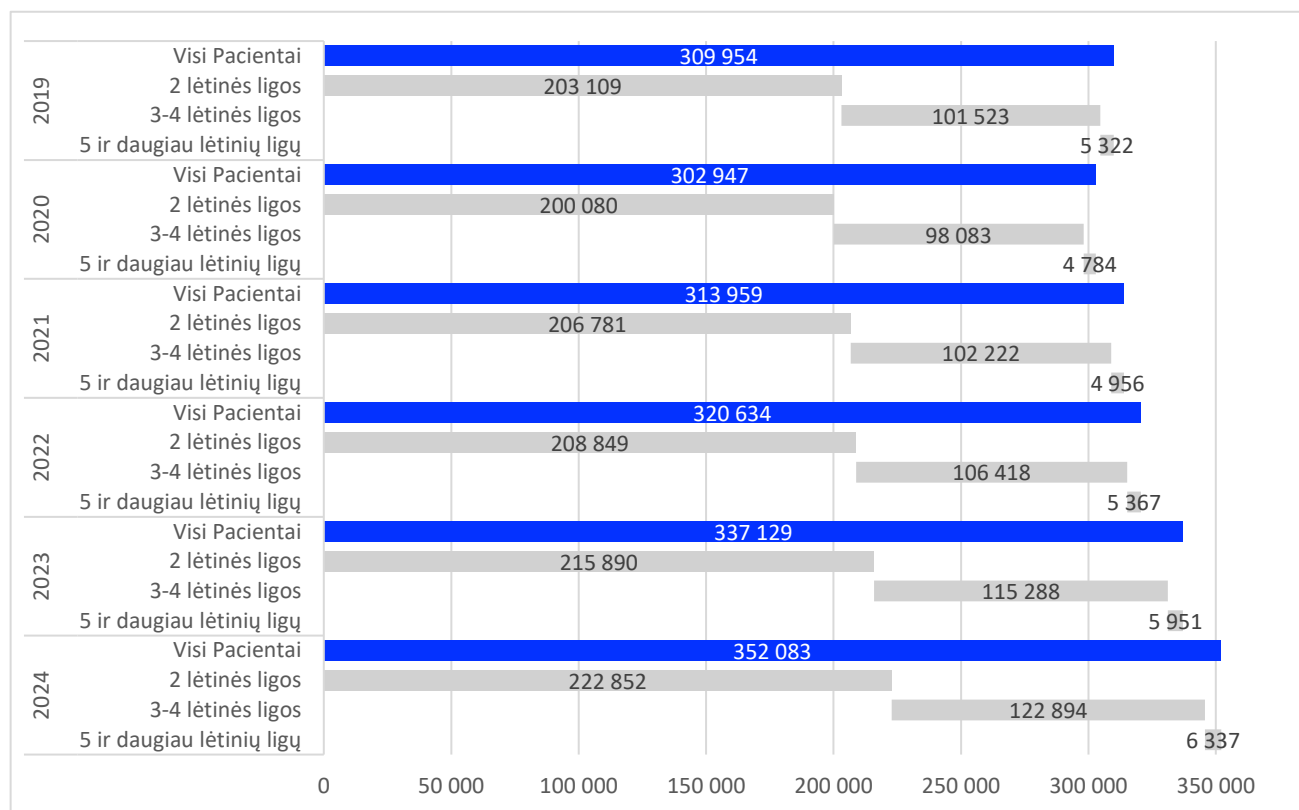
Pacientų kiekio ir pasiskirstymo pagal lėtinių ligų skaičių tendencijos

Nuo 2019 m. iki 2024 m. bendras Pacientų skaičius išaugo 12 proc. - nuo 309 954 iki 352 083 asmenų 2024 m. Tokie rezultatai iš dalies gali būti nulemti senstančios visuomenės tendencijų Lietuvoje. Remiantis Valstybės duomenų agentūros duomenimis, kad per paskutinius 30 m. Lietuvos populiacijos medianinis gyventojų amžius pailgėjo 11 metų (nuo 33 m. 1994 m. iki 44 m. 2024 m.), o vidutinė gyvenimo trukmė 8,86 m. (nuo 68,57 m. iki 77,43 m.). Papildomai vertinant ateities tendencijas Vyriausybės strateginės analizės centro vertinimas rodo, kad 2050 m. populiacijos medianinis vidurkis bus 51 m., o vidutinė gyvenimo trukmė sieks 80,3 m. kas galimai padidins populiacijos dalį priklausančią Pacientų grupei.

Apžvelgiant detalesnius Higienos instituto duomenis, diagnozių grupės (pvz., E10–E14 ar I11–I15) laikomos viena liga. Žemiau pateikiamos bendros tendencijos pagal ligų skaičių:

- sergančiųjų 2 lėtinėmis ligomis 2024 m. sudarė 63,3 proc. (per 5 metus išaugo 9,7 proc.);
- sergantys 3–4 lėtinėmis ligomis 2024 m. sudarė 34,9 proc. (per 5 metus išaugo 21,1 proc.);
- sergantys 5 ir daugiau lėtinėmis ligomis 2024 m. sudarė – 1,8 proc. (per 5 metus išaugo 19,1 proc.).

Paveikslas 3. Sergantys asmenys, pagal diagnozuotų ligų sk.



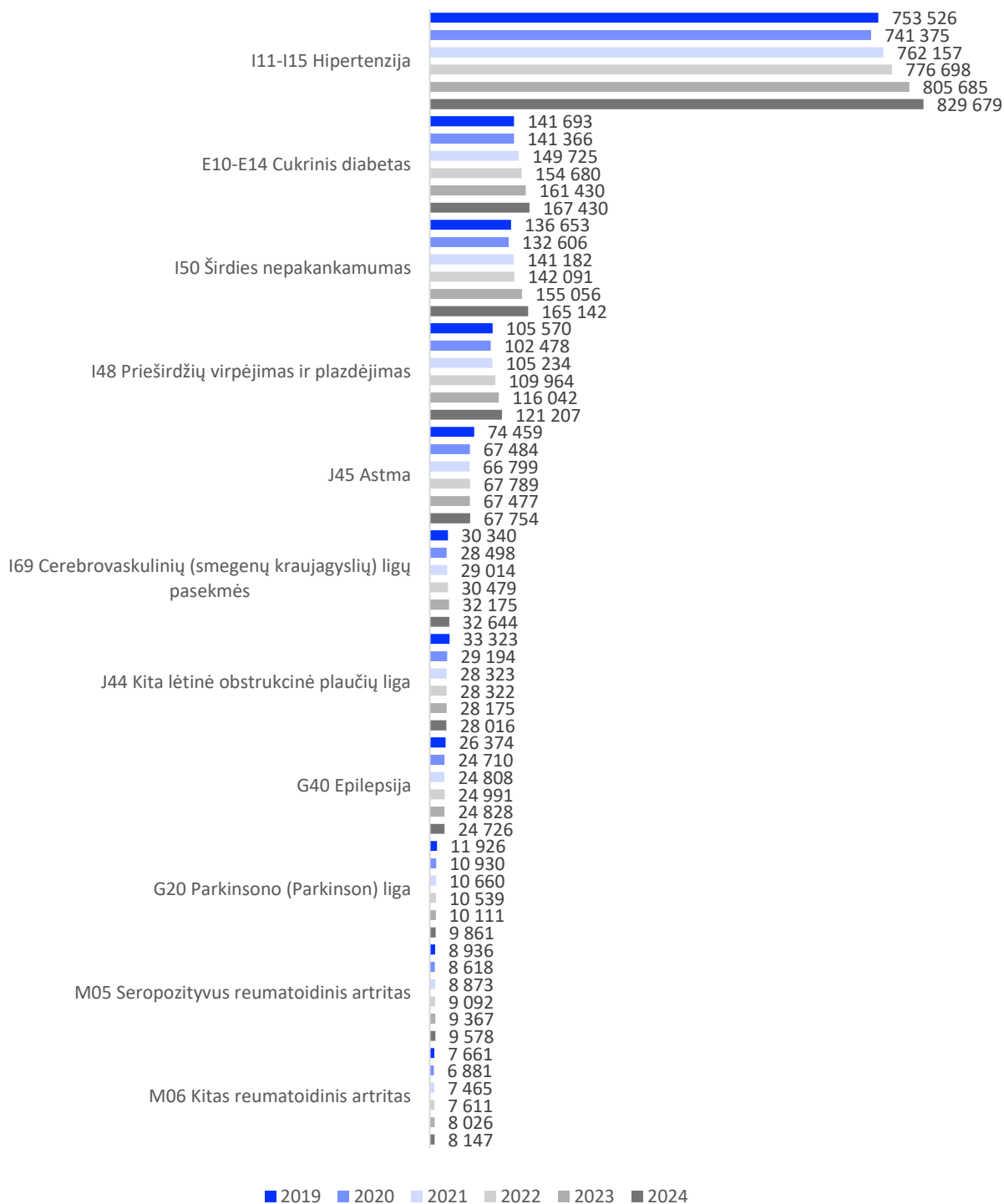
Šaltinis: Higienos institutas

Lėtinių ligų diagnozių tendencijos

Žemiau pateiktame grafike matomi duomenys apie sergančius asmenis, kuriems ambulatorinėse ar stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo užregistruota bent viena 2 lentelėje pateiktų diagnozių (įskaitant diagnozes, nustatytas ASPĮ bei nurodytas mirties liudijimuose (išskyrus 2024 m.), išskyrus siuntimuose nurodytas, bet nepatvirtintas diagnozes). Bendras atrinktų ligų bei jų grupių diagnozių pokytis 2024 m. sudarė 10 proc. (atitinkamai 133 723 pacientais daugiau nei 2019 m.).

Analizuojant duomenis, aiškiai išryškėja ligotumo pasiskirstymas pagal galutines diagnozes, kurio didžiausią dalį sudaro I11–I15 diagnozių grupei (hipertenzijai) priskiriamos ligos, kurios sudaro 57 proc. nuo visų diagnozių, įtrauktų į Modelių analizę (per 5 metus išaugo 10 proc.). Vertinant metinius pokyčius 2019–2024 m. laikotarpiu, pastebimas šių diagnozių dažnio augimas: širdies nepakankamumas – 17,3 proc., cukrinis diabetas – 15,4 proc., prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas – 12,9 proc., arterinė hipertenzija – 9,2 proc., cerebrovaskulinių ligų pasekmės – 7,1 proc., seropozityvus reumatoidinis artritas – 6,7 proc., kitas reumatoidinis artritas – 6,0 proc. Tuo pačiu laikotarpiu stebimas kai kurių ligų dažnio mažėjimas: parkinsono liga – 20,9 proc., kitos lėtinės obstrukcinės plaučių ligos – 18,9 proc., astma – 9,9 proc., epilepsija – 6,7 proc.

Paveikslas 4. Sergantys asmenys, kuriems ambulatorinėse ar stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose buvo užregistruota bent viena diagnozė



Šaltinis: Higienos institutas

Bendros hospitalizacijų tendencijos

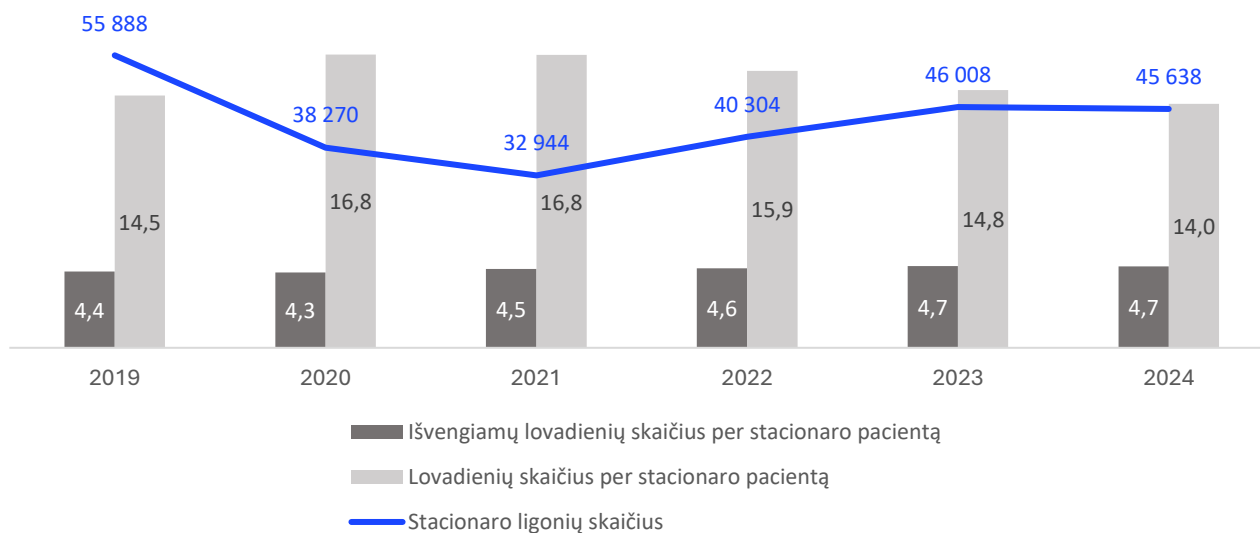
Analizuojant hospitalizacijų situaciją Lietuvoje remiamasi atrinktomis hospitalizacijomis, kurios įvyko Pacientams dėl 2 lentelėje pateiktų diagnozių. Hospitalizacijų duomenys išskaidyti į tris tipus: metinis lovdienų skaičius per stacionaro pacientą, išvengiamų lovdienų skaičius per stacionaro pacientą ir stacionaro ligonių skaičius.

Higienos institutas išvengiamas hospitalizacijas apibūdina kaip „hospitalizacijos dėl ambulatoriškai valdomų ligų arba ambulatorinei priežiūrai jautrių būklių, kurios gali būti išgydomos teikiant kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas pirminiame lygyje. Pacientų išvengiamos hospitalizacijos skaičiuojamos, jei jų priežastis patenka į nustatytą ligų sąrašą. Išvengiamos hospitalizacijos nustatomos pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-2893 patvirtintą metodiką.“

Nuo 2019 m. iki 2021 m. pastebėtas ženklus (41 proc.) stacionaro ligonių skaičiaus mažėjimas, galimai nulemtas COVID-19 pandemijos ir perkrautos sveikatos sistemos, tačiau iki 2024 m. pacientų kiekis stabilizavosi. Metinis išvengiamų lovdienų skaičius per stacionaro pacientą nuo 2019 m., augo 0,3 lovdienio nuo 4,3 iki 4,7 lovdienio per pacientą 2024 m. Lygiagrečiai matomas mažiau ženklus pokytis ir metiniame lovdienų skaičiuje per stacionaro pacientą -3,3 proc. arba -0,5 lovdienio per pacientą.

Metinis išvengiamų lovdienų skaičius per stacionaro pacientą nuo 2019 m., augo 0,3 lovdienio nuo 4,3 iki 4,7 lovdienio per pacientą 2024 m.

Paveikslas 5. Metinis lovdienų skaičius per stacionaro pacientą, išvengiamų lovdienų skaičius per stacionaro pacientą, ir bendras stacionaro ligonių skaičius.

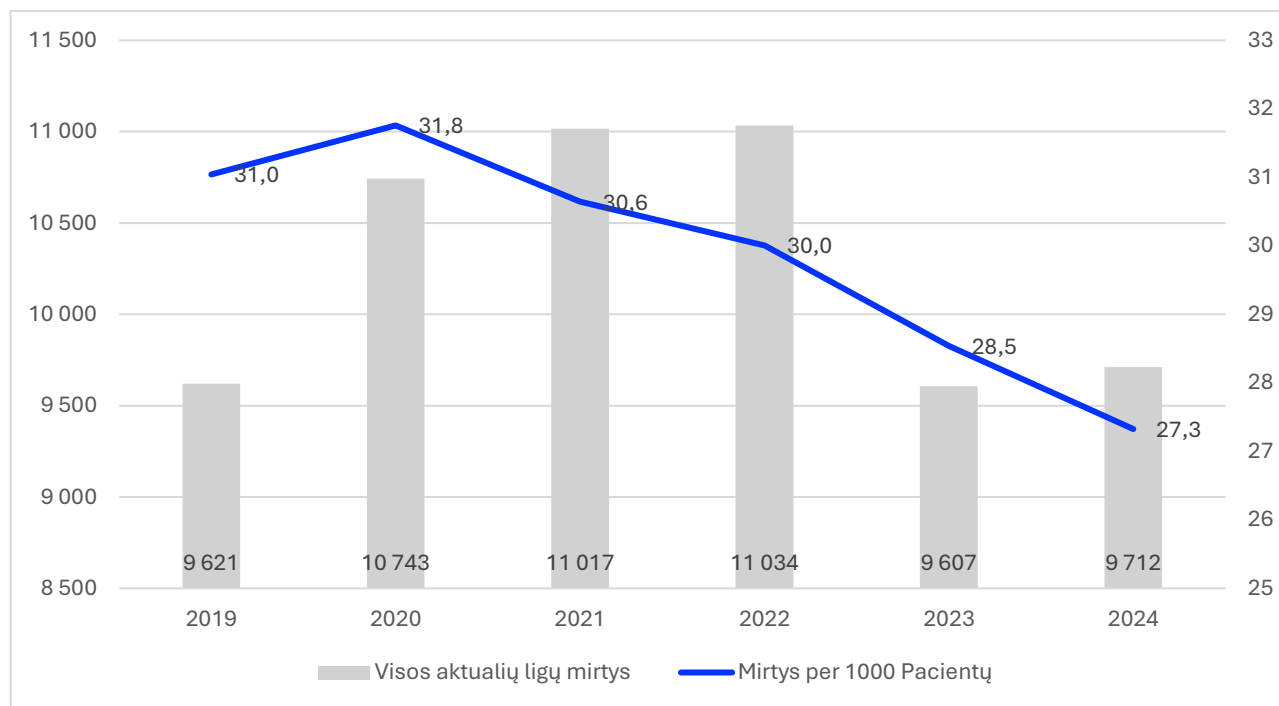


Šaltinis: Higienos institutas

Mirusiųjų dėl susijusių ligų skaičiaus dinamika

Analizuojant mirusiųjų dėl susijusių ligų skaičiaus pokyčius Lietuvoje nuo 2019 m. iki 2024 m., matomas aiškus augimas COVID-19 pandemijos laikotarpiu ir vėlesnis sumažėjimas. 2019 m. buvo registruota 9 621 mirtis dėl susijusių ligų. 2020 m. mirčių skaičius padidėjo iki 10 743, tai yra +11,6 proc. daugiau nei prieš metus. 2021 m. pasiektas aukščiausias rodiklis – 11 017 mirčių (+14,5 proc. lyginant su 2019 m.). 2022 m. mirtingumas išliko aukštas ir siekė 11 034 mirtis. Tik 2023 m. stebimas ryškesnis mažėjimas – mirčių skaičius sumažėjo iki 9 607 (–0,1 proc. mažiau nei 2019 m.). 2024 m. užfiksuotos 9 712 mirtys (+0,9 proc. daugiau nei 2019 m.), rodiklis grįžo į priešpandeminį lygį. Tikėtina, kad šį laikiną mirčių dėl susijusių ligų augimą 2020–2022 m. lėmė COVID-19 pandemijos įtaka, kai sveikatos sistema patyrė didelį krūvį, o sergamumas infekcinėmis ligomis ir jų komplikacijomis ženkliai išaugo. Bendra dinamika rodo, kad nepaisant laikinų šuolių pandemijos laikotarpiu, ilgesnėje perspektyvoje bendras metinis mirčių skaičius išlieka stabilus, o mirtys per 1000 Pacientų per 5 metus sumažėjo 12 proc. Atsižvelgiant į bendrą pacientų skaičiaus pokytį, šis mirtingumo mažėjimas gali būti siejamas su gerėjančia ligų prevencija, efektyvesne sveikatos priežiūra ir ankstyvesniu susijusių būklių valdymu.

Paveikslas 6. Metinis mirusiųjų dėl susijusių ligų skaičius bei mirtys per 1000 Pacientų



Šaltinis: Higienos institutas

4 Modelių vertinimo analizė

4.1 Literatūros ir gerųjų Pacientų sveikatos priežiūros praktikų apžvalga

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.1.1. nustatyti, kuris iš taikytų Modelių yra inovatyviausias ir labiausiai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.

Gerųjų Pacientų sveikatos priežiūros praktikų apžvalga yra paremta literatūra, kuri pateikta Galutinės vertinimo ataskaitos ***Klaida! Nerastas nuorodos šaltinis.*** Atsižvelgiant į dauginėmis ligomis sergančių asmenų sveikatos priežiūros sudėtingumą, tarptautiniu mastu sukurti ir taikomi įvairūs integruotos sveikatos priežiūros Modeliai, kurie padeda užtikrinti holistinį, į pacientą orientuotą požiūrį, didinti paslaugų efektyvumą ir prieinamumą. Modeliuose apibrėžiamos gairės padeda kurti inovatyvius, tvarius ir dauginėmis ligomis sergančių pacientų poreikiams pritaikytus sprendimus, padedančius spręsti fragmentuotos sveikatos priežiūros sukeltus iššūkius.

Igyvendinant Projektus, vykdytojai rėmėsi CHRODIS ir kitais, Europos Komisijos ar kitos kompetentingos tarptautinės organizacijos siūlomais Modeliais, skirtais pagerinti Pacientų sveikatos priežiūrą:

- CHRODIS PLUS: gerųjų praktikų taikymas sergantiems lėtinėmis ligomis (angl. CHRODIS PLUS: Implementing good practice for chronic diseases, toliau – [CHRODIS+](#)). Pilotiniai Modeliai taikyti 21 Europos šalyje, pvz., Italijoje, Ispanijoje, Airijoje, Belgijoje, Danijoje, Suomijoje ir kt.;
- Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – [PSO](#)) Dauginio ligotumo valdymo gairės (angl. World Health Organization Multimorbidity);
- Integruota paslaugų valdymo programa senyvo amžiaus asmenims (angl. Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy, toliau – [PRISMA](#)). Taikyta Kanadoje;
- Dauginio ligotumo ir Polifarmacijos klinikos gerosios praktikos (toliau – [PPK](#)). Taikytos Danijoje;
- Integruotos priežiūros Modelis lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams (angl. Integrated Care Model for Chronically, toliau – [INCA](#)). Taikyta Nyderlanduose;
- Integruotos priežiūros Modelių Pacientams diegimo, finansavimo ir vykdymo gairės (angl. Integrated Care Models for Multi-morbidity Delivery, Financing and Performance, toliau – [SELFIE](#)). Taikyta Austrijoje, Kroatijoje, Vokietijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose, Norvegijoje, Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje;
- Sėdinėje vairuojančio paciento Modelis (angl. Putting the Patient in the Driver's Seat, toliau – [POTKU](#)). Taikytas Suomijoje;
- Lėtinių ligų priežiūros Modelis (angl. Wagner Chronic Care Management, toliau – [CCM](#)). Taikyta Kanadoje;
- Atvejo vadybos Modelis – Bendrasis savipriežiūros Modelis (angl. Generic Model of Self-care);
- Atvejo vadybos Modelis – Visapusiškos priežiūros Modelis (angl. House of Care). Taikyta Jungtinėje Karalystėje;
- Į pacientą orientuota intervencija, siekiant pagerinti dauginio ligotumo valdymą šeimos gydytojo institucijoje (angl. A patient-centered intervention to improve the management of multimorbidity in general practice, toliau – [3D RCT](#)). Taikyta Jungtinėje Karalystėje;

- 2 tipo cukrinio diabeto prevencijos programa (angl. Type 2 Diabetes Prevention Programme 2003-2007, toliau – [FIN-D2D](#)). Taikytas Suomijoje.

Toliau šiame poskyryje analizuojamos Modelių inovatyvumo, kokybės bei prieinamumo Pacientams gerosios praktikos pagal CHRODIS išskirtas sekcijas ir komponentes, kurias Projektų vykdytojai įgyvendino Modeliuose pasirinkta apimtimi.

I sekcija. Sergančių dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis pacientų priežiūra

1 komponentė. Tęstinis, reguliarus ir visa apimantis (t. y. holistinis) paciento ištyrimas.

Mokslinės literatūros duomenimis holistinis paciento vertinimas yra laikomas vienu pagrindinių efektyvaus dauginio ligotumo vertinimo komponentų. Holistinis požiūris į dviem ir daugiau lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrą apima visapusišką asmens sveikatos būklės vertinimą, atsižvelgiant į fizinius, psichologinius, socialinius ir dvasinius aspektus. Mokslininkų rekomendacijose ir gerosios klinikinės praktikos pavyzdžiuose holistinis paciento vertinimas apibūdinamas kaip:

1. **Fizinės sveikatos vertinimas:** išsamus paciento fizinės būklės įvertinimas, įskaitant ligos istoriją, simptomus, laboratorinius ir instrumentinius tyrimus.
2. **Psichologinės būklės įvertinimas:** dėmesys paciento emocinei sveikatai, siekiant nustatyti galimus depresijos, nerimo ar streso požymius, kurie gali turėti įtakos ligos eigai ir gydymo efektyvumui.
3. **Socialinės aplinkos analizė:** paciento socialinių ryšių, šeimos, darbo ir gyvenimo sąlygų įvertinimas, siekiant suprasti, kaip šie veiksniai veikia paciento ligų kontrolės galimybes.
4. **Dvasinių poreikių nustatymas:** atsižvelgimas į paciento dvasinius įsitikinimus ir vertybes, kurie gali turėti įtakos jo sveikatai ir gerovei.
5. **Paciento švietimas ir įtraukimas:** paciento ir jo artimųjų mokymas apie ligą, jos valdymą ir prevenciją, siekiant skatinti aktyvų dalyvavimą gydymo procese.
6. **Daugiadisciplininis požiūris:** įtraukimas įvairių sričių specialistų (gydytojų, slaugytojų, psichologų, socialinių darbuotojų ir kt.) į paciento priežiūrą, siekiant užtikrinti visapusišką ir koordinuotą pagalbą.

CHRODIS, CHRODIS+, SELFIE, 3D RCT, INCA ir CCM Modeliuose holistinis paciento ištyrimas akcentuojamas dėl padidintame pacientų pasitenkinimo paslaugomis, jis taip pat padeda sukurti individualizuotą gydymo planą, kuris atitinka konkretaus paciento poreikius ir skatina geresnius sveikatos rezultatus bei gyvenimo kokybę. PSO Dauginio ligotumo valdymo gairėse akcentuojamas į pacientą orientuotų metodikų naudojimas (pvz., Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija, Lėtinųjų ligų priežiūros vertinimo klausimynas ir kt.).

2 komponentė. Koordinuojanti daugiadalykė komanda.

Remiantis gerosiomis praktikomis, rekomenduojama, atsižvelgus į holistinio vertinimo rezultatus, formuoti ir į paciento priežiūrą įtraukti daugiadalykė komandą. Daugiadalykė komanda apima skirtingų sričių specialistus (pvz., gydytojus, slaugytojus, socialinius darbuotojus, kineziterapeutus, psichologus ir kt.), bendradarbiaujančius tarpusavyje. Inovatyvumas daugiadalykės komandos kūrime pasireiškia glaudžiu tarpdisciplininio bendradarbiavimu, siekiant užtikrinti integruotą, visapusišką ir individualizuotą paciento priežiūrą. Daugiadalykės komandos suformavimas padeda gerinti specialistų tarpusavio komunikaciją, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų vientisumą bei efektyvumą.

Daugiadalykės komandos formavimas akcentuojamas visuose Modeliuose (CHRODIS, CHRODIS+, INCA, POTKU ir kt.), kurių gerosiomis praktikomis remtasi įgyvendinant Projektus. Papildomai, PSO Dauginio ligotumo valdymo gaires, pabrėžiamas aiškus atsakomybių pasidalijimas tarp komandos narių. Pagal SELFIE gaires apžvelgtose praktikose, įgyvendinimo metu į šeimos gydytojo komandą įtraukti gyvensenos medicinos specialistai, konsultuojantys daugybinių ligų turinčius pacientus dėl žalingų įpročių atsisakymo.

3 komponentė. Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus paskyrimas („atvejo vadybininkas“).

Remiantis gerųjų praktikų pavyzdžiais, rekomenduojama kiekvienam pacientui priskirti atvejo vadybininką. Atvejo vadybininkas – vienas specialistas, dažnai slaugytojas ar socialinis darbuotojas, veikia kaip pagrindinis paciento kontaktinis asmuo. Jo užduotys apima individualaus plano vykdymo užtikrinimą, priminimus apie artėjančius vizitus, informacijos teikimą apie priimtus sprendimus ir konsultacijų suorganizavimą pas kelis specialistus. Inovatyvumas ir paslaugų kokybė šiuo atveju apibrėžiama per centralizuotą paciento priežiūros koordinavimą, glaudų ir proaktyvų ryšį su pacientu ir (arba) jo šeima.

Proaktyvus atvejo vadybininko darbas užtikrina, kad pacientas ir jo šeima būtų visapusiškai informuoti ir įtraukti į gydymo procesą – tai skatina pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema ir gerina gydymo rezultatų kokybę. Inovatyvūs Modeliai, tokie kaip CHRODIS+, SELFIE ir POTKU, pabrėžia, kad glaudus ryšys tarp paciento ir atvejo vadybininko leidžia greičiau identifikuoti paciento poreikius bei reaguoti į juos, taip užtikrinant individualizuotą priežiūrą. Paslaugų prieinamumas su atvejo vadybininko pagalba didinamas, padedant pacientui orientotis sveikatos priežiūros sistemoje, sumažinant perteklinius siuntimus pas skirtingus sveikatos priežiūros specialistus ir sutrumpinant laukimo laiką. INCA Modelyje atvejo vadybininkai ypač svarbūs socialiai pažeidžiamiems pacientams, kuriems dažnai kyla sunkumų pasiekiant kompleksines sveikatos ir socialines paslaugas.

4 komponentė. Individualizuotas paciento sveikatos priežiūros planas.

Kaip tęstinis holistinio Paciento sveikatos įvertinimo veiksmas yra individualizuoto sveikatos priežiūros plano parengimas. Individualizuotas sveikatos priežiūros planas pritaikomas konkrečiam Paciento poreikiams, atsižvelgiant į jo ligas, jų sunkumo laipsnį ir kontrolę, funkcines galimybes, psichosocialinę būklę ir asmeninius prioritetus. Toks planas siekia užtikrinti koordinuotą, efektyvią ir į pacientą orientuotą priežiūrą.

Remiantis Modelių gerosiomis praktikomis, CHRODIS+ Modelis pabrėžia, kad individualizuotas planas turi apimti ne tik klinikinius, bet ir psichosocialinius aspektus, siekiant visapusiškos priežiūros. PSO Dauginio ligotumo valdymo gairėse akcentuojama, kad planas turėtų apimti tiek klinikinį gydymą, tiek paciento kasdienės veiklos gerinimą, o SELFIE gairėse akcentuojamas pacientų individualizuotų tikslų nustatymas ir integravimas į gydymo procesą. Remiantis detaliu paciento būklės vertinimu ir atsižvelgiant į jo pageidavimus bei prioritetus, į planą įtraukiami siektini rodikliai (pvz., gyvenimo kokybės gerinimas, simptomų valdymas), paskirtas gydymas ir atsakomybių pasidalijimas tarp paciento ir sveikatos priežiūros komandos. Šių kriterijų taikymas padeda sukurti efektyvų ir pacientui pritaikytą sveikatos priežiūros planą, kuris gerina Pacientų gyvenimo kokybę ir sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą.

II sekcija. Konsultacinė sistema specialistams

5 komponentė. Įrodymais pagrįstos praktikos įdiegimas.

Įrodymais pagrįstos praktikos diegimas Pacientų sveikatos priežiūroje remiasi naujausiais moksliniais tyrimais, leidžiančiais siekti aukštos kokybės, nuoseklumo ir individualizuotos priežiūros. Tradicinės klinikinės gairės dažnai neatsižvelgia į ligų tarpusavio sąveikas ir galimus vaistų poveikio konfliktus, todėl būtina taikyti holistinį požiūrį, kuris derintų mokslinius įrodymus su individualiais paciento poreikiais ir prioritetais.

SELFIE gairėse įrodymais pagrįsta praktika integruota per sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo sistemą, kurioje analizuojami pacientų rezultatai ir grįžtamasis ryšys naudojamas tobulinti priežiūros Modelius. Gairės pabrėžia, kad moksliniai įrodymai turi būti nuolat peržiūrimi ir pritaikomi pagal paciento gyvenimo kokybę ir funkcinę būklę. INCA Modelyje įrodymais pagrįsta praktika derinama su technologiniais sprendimais, kurie leidžia realiuoju laiku stebėti paciento būklę ir adaptuoti gydymo planus. Tuo tarpu POTKU Modelyje įrodymais pagrįstos gairės naudojamos stiprinant pirminės sveikatos priežiūros specialistų gebėjimus valdyti daugybinio ligotumo atvejus, skatinant komandinį darbą ir pacientų įtraukimą į sprendimų priėmimą.

6 komponentė. Daugiadalykės komandos narių mokymai, profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrai, gerinti, ugdymas.

Remiantis gerųjų praktikų pavyzdžiais, daugiadalykės komandos narių mokymai turėtų apimti ne tik klinikinių žinių apie ligų sąveikas ir vaistų tarpusavio poveikį stiprinimą, bet ir komunikacijos įgūdžių ugdymą bei komandinio darbo stiprinimą.

CHRODIS ir CHRODIS+ Modeliai pabrėžia, kad nuoseklus ir sistemingas specialistų mokymas leidžia užtikrinti aukštesnę paslaugų kokybę ir pagerina pacientų sveikatos priežiūros rezultatus, temas turėtų būti orientuotos į pacientų įgalinimą ir jų įtraukimą į sprendimų priėmimą. SELFIE gairėse inovatyvumas pabrėžiamas per vertės pagrindu kuriamą sveikatos priežiūrą, kurioje mokymai apima ne tik klinikinius aspektus, bet ir pacientų gyvenimo kokybės gerinimo strategijas. Mokymuose akcentuojamas gebėjimas prisitaikyti prie sudėtingų paciento sveikatos būklės ir socialinių aplinkybių. INCA Modelyje daug dėmesio skiriama tarpdisciplininiais mokymams, kurie apima tiek medicininių, tiek socialinių paslaugų koordinavimą, leidžiant specialistams geriau suprasti paciento poreikius platesniame kontekste. POTKU Modelis išskiria praktinius mokymus, orientuotus į komandinio darbo stiprinimą pirminėje sveikatos priežiūroje, kurie padeda efektyviau valdyti daugybinio ligotumo atvejus ir mažina hospitalizacijų skaičių.

7 komponentė. Konsultavimo sistemos, skirtos šeimos gydytojui-gydytojui specialistui konsultuotis, sukūrimas.

Konsultavimo sistemų kūrimas, skirtas šeimos gydytojų ir specialistų bendradarbiavimui, laikomas inovatyviu sprendimu, suteikiančiu galimybę efektyviau koordinuoti daugybinio ligotumo pacientų priežiūrą. Šios sistemos suteikia galimybę šeimos gydytojams greitai ir sklandžiai pasikonsultuoti su įvairių sričių specialistais, taip sumažinant nereikalingų siuntimų skaičių ir užtikrinant pacientui prieinamą bei nuoseklią priežiūrą.

Remiantis gerųjų praktikų – CHRODIS, CHRODIS+, INCA, 3D RCT ir CCM Modeliais, kuriama konsultavimo sistema, leidžianti šeimos gydytojams konsultuotis su specialistais esant sudėtingiems atvejams. Šiuose Modeliuose akcentuojamas tarpdisciplininis bendradarbiavimas ir informacijos dalijimasis per saugias skaitmenines platformas, užtikrinant pacientų duomenų saugumą ir prieinamumą. POTKU Modelio atveju taip pat kuriama

konsultavimo sistema, tačiau šiuo atveju ji orientuota į paciento aktyvumo skatinimą, įgyvendinant sveikatos priežiūros planą.

III sekcija. Pagalba pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą

8 komponentė. Mokyti paslaugų teikėjus, kaip pagelbėti pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus.

Moksliniai tyrimai patvirtina, jog slaugos personalo įtraukimas į paciento kasdienį gyvenimą, rekomendacijų pritaikymas pagal individualius poreikius ir pacientų emocinė būklė gali turėti esminės įtakos jų gebėjimui tinkamai rūpintis savo sveikata. Mokant paslaugų teikėjus, kaip padėti pacientams ir jų šeimoms įsisavinti savipriežiūros įgūdžius, būtina atsižvelgti į paciento sveikatos raštingumą, psichosocialinę būklę ir asmeninius prioritetus. CHRODIS Modelyje pabrėžiama, kad paslaugų teikėjai turėtų gebėti pritaikyti savipriežiūros strategijas prie individualių paciento poreikių.

Inovatyvumas komponentėje pabrėžiamas per struktūruotas mokymo programas, kurios ne tik suteikia teorinių žinių, bet ir praktinius įgūdžius efektyviai savipriežiūros pagalbai. SELFIE gairėse pabrėžiamas paslaugų teikėjų mokymas orientuotas į holistinį paciento suvokimą ir gebėjimą atpažinti barjerus, trukdančius savipriežiūrai. INCA Modelyje pabrėžiama paslaugų teikėjų kompetencija ne tik mediciniame, bet ir socialiniame kontekste, padedant pacientams susidoroti su kasdieniais iššūkiais ir skatinant ilgalaikį savarankiškumą.

9 komponentė. Suteikti galimybes pacientams ir jų šeimoms tobulinti savipriežiūrą.

Moksliniai šaltiniai teigia, jog dauginėmis ligomis sergančiųjų savipriežiūra yra kompleksinis procesas, apimantis sveikatos priežiūros, gyvenimo būdo ir psichinės gerovės derinimą. Tyrimai rodo, kad individualius paciento poreikius atliepiančios dalinai struktūruotos sistemos, gali pagerinti pacientų savarankiškumą, fizinį aktyvumą ir gyvenimo kokybę. Paciento ir jo šeimos narių savipriežiūra skatinama, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus per individualius mokymus, grupines sesijas ar virtualius kursus.

Remiantis gerosiomis praktikomis, savipriežiūroje taip pat svarbu:

1. **Vaistų valdymas.** Literatūroje pabrėžiami specialūs mokymai, priemonių ar technologijų panaudojimas, leidžiantis sumažinti polifarmaciją ir pagerinti vaistų vartojimą pagal rekomendacijas.
2. **Gyvenimo būdo keitimas.** Keičiant gyvenimo būdo įpročius, akcentuojama Viduržemio jūros regiono dieta, vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas, reguliarus miegas ir socialinė veikla, gerinanti įvairių lėtinių ligų kontrolę.
3. **Streso valdymo metodai.** Pabrėžiama, kad tokie metodai kaip sąmoningumo praktika ir kvėpavimo pratimai, yra veiksmingi gerinant psichinę sveikatą.

Taikant bet kokius metodus pabrėžiama bendrų gydytojo ir paciento bendrai priimamų sprendimų svarba.

10 komponentė. Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo.

Taikant bet kokius metodus pabrėžiama bendrų gydytojo ir paciento bendrai priimamų sprendimų svarba. Bendro sprendimų priėmimo procesas užtikrina, kad paciento vertybės, tikslai, poreikiai ir pageidavimai būtų įtraukti į sveikatos priežiūros planą, taip skatinant jo įsitraukimą į sveikatos būklės gerinimą. CHRODIS ir CHRODIS+ Modeliai pabrėžia, kad bendras sprendimų priėmimas padeda sumažinti gydymo klaidas, pagerina sveikatos priežiūros plano laikymąsi ir stiprina paciento atsakomybę už savo sveikatą.

Inovatyvumas šioje komponentėje apibrėžiamas per struktūrizuotus sprendimų priėmimo Modelius ir technologijų integravimą, leidžiantį pacientams lengviau suprasti galimas gydymo alternatyvas ir jų pasekmes. Remiantis SELFIE gairėmis pacientas tampa aktyviu partneriu gydymo procese, o ne tik pasyviu paslaugų gavėju. POTKU Modelis parodė, kad pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą pagerina jų pasitenkinimą paslaugomis ir padidina gydymo efektyvumą. INCA Modelyje akcentuojama, kad bendras sprendimų priėmimas padeda gerinti paslaugų prieinamumą, nes pacientai aktyviau dalyvauja planuojant sveikatos priežiūros paslaugas, pritaikytas jų individualiems poreikiams.

IV sekcija. Esamos informacinės sistemos ir technologijos

11 komponentė. Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą ir kompiuterizuotas klinikinis sekimas.

Remiantis šaltiniais, elektroninių sveikatos įrašų sistemų tobulinimas, įskaitant naujus dauginio ligotumo duomenų elementus ir išsamesnį ilgalaikį stebėjimą, gali ženkliai pagerinti pacientų duomenų analizę ir sveikatos priežiūros sprendimų priėmimą. Sistemos suteikia galimybę sveikatos priežiūros specialistams lengviau pasiekti ir dalintis svarbia informacija apie paciento būklę, užtikrinant nuoseklią ir koordinuotą priežiūrą. Inovatyvumas elektroninių sveikatos įrašų naudojime pasireiškia per išmanias duomenų analizės priemones ir galimybę esant poreikiui visiems specialistams pasiekti informaciją apie pacientą.

CHRODIS ir CHRODIS+ Modeliai pabrėžia, kad integruoti elektroniniai įrašai padeda sumažinti informacijos dubliavimą, pagerina klinikinį sprendimų priėmimą ir užtikrina efektyvesnį pacientų priežiūros valdymą. Remiantis SELFIE gairėmis, akcentuojama, kad pažangios informacinės sistemos leidžia ne tik rinkti duomenis, bet ir juos analizuoti, identifikuojant rizikos veiksnius bei optimizuojant gydymo strategijas. INCA Modelyje aprašoma, kad elektroniniai įrašai padeda pagerinti paslaugų prieinamumą, nes leidžia skirtingiems specialistams dalintis informacija ir koordinuoti priežiūrą, ypač sudėtingais atvejais. POTKU Modelis parodė, kad centralizuotos elektroninės sistemos pagerina pacientų savipriežiūrą, suteikdamos jiems prieigą prie savo sveikatos duomenų ir suteikia galimybę aktyviau dalyvauti gydymo procese. Šios sistemos prisideda prie aukštesnės paslaugų kokybės ir padidina jų prieinamumą, ypač pacientams, turintiems sudėtingų sveikatos poreikių.

12 komponentė. Keistis informacija (su paciento sutikimu) tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių, naudojant tinkamas elektronines informacines sistemas.

Technologinės inovacijos ir informacinės sistemos gali žymiai pagerinti Pacientų sveikatos priežiūros rodiklius ir gyvenimo kokybę. Skirtingų sveikatos ir socialinių paslaugų teikėjų bendradarbiavimas, paremtas standartizuotomis duomenų mainų sistemomis, leidžia operatyviai atnaujinti individualizuotus paciento sveikatos priežiūros planus, sumažinti informacijos dubliavimą bei išvengti su tuo susijusių klaidų. Inovatyvumas šioje srityje siejamas su suderintomis informacinėmis sistemomis, leidžiančiomis saugiai ir operatyviai keistis paciento duomenimis tarp skirtingų šalių, susijusių su paciento sveikatos priežiūra. Naujausi moksliniai tyrimai išskiria keletą svarbiausių technologinių sprendimų šioje srityje:

1. **Informacinių technologijų naudojimas:** elektroninių sveikatos įrašų ir kompiuterizuotų klinikinį sekimo sistemų naudojimas leidžia keistis informacija tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių, užtikrinant paciento duomenų saugumą ir prieinamumą.
2. **Daugiadalykės priežiūros koordinavimo sistemos,** skirtos gydytojų komandų efektyvesniam bendradarbiavimui tarpusavyje ir su pacientais, sudarant individualizuotus gydymo planus, panaudojant skaitmenines priemones gydymo optimizavimui.

13 komponentė. Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas, kur įmanoma.

Remiantis CHRODIS Modelio aprašymu, ši komponentė naudojama, siekiant užtikrinti nuoseklų ir koordinuotą dauginėmis ligomis sergančių pacientų gydymą. Naudojant standartizuotas klasifikavimo sistemas, tokias kaip Tarptautinė funkcijų sutrikimų, negalios ir sveikatos klasifikacija, sudaroma galimybė tiksliai įvertinti ir dokumentuoti simptomus, diagnozes, gydymo planus bei pacientų savarankiškai pateiktus rezultatus. Toks vienodas duomenų kodavimas leidžia sveikatos priežiūros specialistams skirtingose institucijose efektyviau dalintis informacija ir užtikrinti tęstinę paciento priežiūrą.

Inovatyvumas šioje srityje pasireiškia per pažangių kodavimo sistemų integraciją, kurios leidžia apjungti ne tik medicininius, bet ir paciento savarankiškai pateiktus duomenis bei pageidavimus. CHRODIS+ Modelyje akcentuojama, kad standartizuotas kodavimas mažina informacijos praradimo riziką ir leidžia sveikatos priežiūros specialistams greičiau priimti pagrįstus klinikinius sprendimus. SELFIE gairėse pabrėžiama, kad unifikuoti kodavimo standartai padeda analizuoti pacientų duomenis didesniu mastu, siekiant nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą ir pritaikyti individualizuotus gydymo sprendimus.

14 komponentė. Technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis / informaciją sveikatos priežiūros specialistams.

Technologinės inovacijos ir informacinės sistemos gali žymiai pagerinti Pacientų sveikatos priežiūros rodiklius ir gyvenimo kokybę. Naujausi moksliniai tyrimai išskiria keletą svarbiausių technologinių sprendimų šioje srityje:

1. **Išmaniosios savipriežiūros technologijos**, apimančios fizinio aktyvumo ir miego stebėseną su mobiliąja aplikacija, padeda pacientams geriau valdyti savo ligas ir savarankiškai prižiūrėti sveikatą bei suteikiančios galimybę pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis specialistams.
2. **Integruotos telemedicinos ir klinikinių sprendimų siūlymo sistemos** leidžia efektyviau valdyti lėtines ligas, teikti personalizuotas gydymo rekomendacijas bei pagerinti prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų.
3. **Skaitmeninės platformos ir informacinės sistemos**, adaptuotos Pacientams, padeda gydytojams ir pacientams kartu kurti gydymo tikslus bei integruoti pacientų dalyvavimą gydymo procese.
4. **Telemedicinos sistemų taikymas** lėtinių ligų priežiūrai apimant tiek sveikatos rodiklių stebėjimą nuotolinėmis priemonėmis, tiek konsultavimą ir mokymą telekonsultacijų metu, padeda pagerinti pacientų sveikatos rodiklius.

Apžvelgiant į gerųjų praktikų pavyzdžius, matoma, kad CHRODIS ir CHRODIS+ Modeliai pabrėžia, kad nuotolinės stebėsenos technologijos mažina pacientų poreikį dažnai lankytis gydymo įstaigose, taip pagerinant paslaugų prieinamumą ir sumažinant sveikatos sistemos apkrovą. SELFIE gairėse akcentuojama išmaniųjų savipriežiūros technologijų, tokių kaip fizinio aktyvumo ir miego stebėseną per mobiliąsias aplikacijas, nauda pacientų ligų valdymui ir sveikatos priežiūrai. INCA Modelyje integruotos telemedicinos ir klinikinių sprendimų siūlymo sistemos leidžia efektyviau valdyti lėtines ligas ir teikti personalizuotas gydymo rekomendacijas.

V sekcija. Socialiniai ir visuomenės ištekliai

15 komponentė. Palengvinti paciento prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių.

Priežiūros koordinavimas šeimos narių ir sveikatos priežiūros specialistų tarpe gali padėti optimizuoti gydymą ir pagerinti pacientų savijautą, ypač užtikrinant jų prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių. Šie

ištekliai apima pacientų paramos grupes, psichologinę pagalbą, socialines paslaugas, transporto paslaugas ir bendruomenės veiklas, kurios prisideda prie pacientų psichologinės gerovės ir socialinės integracijos. Inovatyvumas šioje srityje pasireiškia per sveikatos priežiūros paslaugų integravimą su bendruomenės ir socialinėmis paslaugomis, kurios padeda pacientams lengviau pasiekti reikalingą paramą.

CHRODIS ir CHRODIS+ Modeliai pabrėžia bendruomenės ir psichosocialinių išteklių svarbą, siekiant pagerinti pacientų gyvenimo kokybę ir sumažinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikį. INCA Modelyje akcentuojamas tarpsektorinis bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, siekiant užtikrinti visapusišką paciento priežiūrą. SELFIE gairėse pabrėžiama, kad prieinamumo prie šių išteklių gerinimas prisideda prie sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo, mažina socialinę atskirtį ir skatina pacientų aktyvesnį dalyvavimą visuomenėje.

16 komponentė. Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, įskaitant paciento šeimą, kaimynus, draugus, nevyriausybinės pacientus atstovaujančias organizacijas.

Yra mokslinių duomenų, jog dauginėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir sveikatos priežiūros rodiklius gerina įvairūs socialiniai ir visuomenės ištekliai. Pacientams naudinga gauti ilgalaikę priežiūrą ir dalyvauti bendruomenės palaikymo programose, kurios suteikia tiek emocinę paramą, tiek praktinius sveikatos priežiūros įrankius. Naujausi tyrimai išskiria šiuos pagrindinius veiksnius, kurie atsispindi ir daugumoje Modelių (SELFIE, INCA, POTKU):

1. **Socialinė parama** iš artimųjų ir visuomenės yra susijusi su geresne gyvenimo kokybe ir sumažėjusiais depresijos simptomais Pacientams.
2. **Bendruomeninės iniciatyvos**, tokios kaip savipagalbos grupės ar senjorų centrai, padeda pacientams geriau valdyti savo ligas, suteikia emocinį palaikymą ir mažina socialinę izoliaciją.
3. **Virtualios praktikos bendruomenės (VCoP)**, kurios leidžia pacientams dalintis patirtimi, gali padėti sustiprinti jų įsitraukimą į ligos valdymą ir pagerinti jų gyvenimo kokybę.
4. **Nevyriausybinių organizacijų vaidmuo**, teikiant informaciją, paramą ir socialines paslaugas pacientams, ypač tiems, kurie susiduria su socialine atskirtimi ar ribotomis galimybėmis gauti sveikatos priežiūros paslaugas.

Apibendrinant mokslinių šaltinių ir gerųjų praktikų analizę, matoma, kad Pacientų sveikatos priežiūros Modeliai ir kitos gairės, akcentuoja:

- **Holistinį požiūrį į paciento sveikatą**, apimančį ne tik fizinę būklę, bet ir psichologinius, socialinius, dvasinius veiksnius bei paciento asmeninius tikslus, leidžiančius sudaryti visapusiškus individualizuotus paciento sveikatos priežiūros planus.
- **Daugiadalykės komandos svarbą**, užtikrinant įvairių specialistų bendradarbiavimą, integruotą ir koordinuotą sveikatos priežiūrą, sudarančią sąlygas sumažinti fragmentaciją sveikatos priežiūros sistemoje.
- **Paciento įgalinimą ir savarankiškumo skatinimą**, įtraukiant jį į gydymo procesą ir sprendimų priėmimą, suteikiant žinių ir stiprinant savipriežiūros gebėjimus bei ilgalaikę lėtinių ligų kontrolę.
- **Koordinuotą paciento sveikatos priežiūrą**, priskiriant pagrindinį atsakingą specialistą (atvejo vadybininką), užtikrinantį paciento ir specialistų bendradarbiavimą ir gydymo plano vykdymą.

- Nuolatinį sveikatos priežiūros kokybės gerinimą, pritaikant naujausių mokslinių tyrimų rekomendacijas praktikoje ir stiprinant specialistų kompetencijas.
- Informacinių technologijų ir elektroninių sistemų integraciją, skaitmenizuojant pacientų sveikatos duomenis, užtikrinant jų mainus tarp specialistų ir paciento bei įgalinant nuotolinę stebėseną ir konsultacijas.
- Socialinių ir bendruomeninių išteklių įtraukimą, integruojant šeimos, nevyriausybinių organizacijų ir bendruomenės paramą į paciento priežiūrą, siekiant mažinti socialinę atskirtį ir gerinti gyvenimo kokybę.

4.2 Modelių inovatyvumo ir įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui analizė

Susiję Techninės specifikacijos vertinimo uždaviniai:

9.1.1. nustatyti, kuris iš taikytų Modelių yra inovatyviausias ir labiausiai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis;

9.1.2. išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis).

Siekiant nustatyti Modelių inovatyvumą ir reikšmę sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui, analizuoti Modelių aprašai bei Projektų veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo ataskaitos, kuriose pristatomos Projektuose taikytos gerosios praktikos (žr. lentelę žemiau), aprašomos taikytos CHRODIS sekcijų komponentės, taikyti metodai ir jų įgyvendinimo būdai.

Lentelė 4. Modelių konstravimo apimtyje naudotos tarptautinės gerosios praktikos

	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
CHRODIS	✓	✓		✓	✓				✓					
CHRODIS+			✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
PSO Dauginio ligotumo valdymo gairės				✓	✓			✓						
PRISMA								✓						
Dauginio ligotumo ir polifarmacijos Modelis									✓					
INCA				✓	✓		✓		✓					
SELFIE							✓							
POTKU							✓		✓					
CCM											✓		✓	
Bendrasis savipriežiūros Modelis											✓			
Visapusiškos priežiūros Modelis											✓			
3D RCT					✓									

	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
FIN-D2D													✓	

Atliekant pirminių šaltinių apžvalgą analizuota, kokia apimtimi buvo įgyvendintas kiekvienas Modelis (žr. lentelę žemiau) bei atsižvelgiant į tarptautinę gerąją praktiką vertinta, kurie Modeliai pasižymi didžiausiu inovatyvumu bei reikšme paslaugų kokybei ir prieinamumui iš kiekvienos CHRODIS komponentės perspektyvos.

1 komponentė. Tęstinis, reguliarus ir visa apimantis (t. y. holistinis) paciento ištyrimas.

Visuose įgyvendintuose projektuose vienas iš pagrindinių elementų buvo holistinis paciento vertinimas. Daugelyje Projektų holistinis vertinimas buvo išsamus ir apėmė visas arba beveik visas moksliniuose tyrimuose rekomenduojamas dedamąsias. Keli Projektai išsiskyrė holistinio vertinimo apimtimi (P-01-0004; P-01-0005), inovatyvių technologijų (programėlės) panaudojimu (P-01-0010) ar naujo (apimančio standartizuotus instrumentus ir naujai išbandytus ar adaptuotus) holistinio Paciento ištyrimo instrumento sukūrimu (P-01-0003).

Atlikus interviu su projektų vykdytojais, išryškėjo šios komponentės išskirtinė svarba: vykdant pirminį holistinį ištyrimą nustatomos pagrindinės tolimesnės priežiūros kryptys, įtraukiami būtini PSP komandos nariai, numatomos būtinos gydytojų specialistų konsultacijos. Apibendrinant daugelio centrų patirtį, galima teigti, jog holistinis ištyrimas tampa pirmuoju individualizuoto priežiūros plano etapu, todėl itin svarbu, kad jis būtų atliekamas patyrusių ir kvalifikuotų PSP komandos narių. Tokia holistinio ištyrimo struktūra pasižymėjo P-01-003, P-01-0004 ir P-01-0010 Projektai.

2 komponentė. Koordinuojanti daugiadalykė komanda.

Visuose įgyvendintuose projektuose daugiadalykę komandą sudarė šeimos gydytojai, gydytojai specialistai bei kiti sveikatos priežiūros specialistai. Didele komandos apimtimi, pagal poreikį įtraukiant gydytojus specialistus išsiskyrė Projektai P-01-0003, P-01-009 ir P-01-0010 – vertinami, kaip užtikrinę geresnį paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Atlikus interviu, nustatyta, kad daugelyje įgyvendintų Modelių daugiadalykės komandos narių funkcijos nebuvo aiškiai apibrėžtos, persidengė ir keitėsi projektų įgyvendinimo eigoje. Beveik visuose projektuose komandų nariai dirbo antraeilėse pareigose ir projekto veiklos dažnai persidengė su įprastinės praktikos veiklomis. Nors daugelio Projektų vykdytojai pabrėžia, kad aiškus funkcijų pasidalinimas – yra vienas pagrindinių efektyvaus darbo komponentų, taip pat pripažįsta, kad funkcijų pasidalinimo ribų buvo ieškoma Modelių įgyvendinimo eigoje ir tai turėjo įtakos priemonių įgyvendinimo efektyvumui. Išskirtinumu pasižymėjo Modelis P-01-004, kur gyvensenos medicinos specialisto integravimas į daugiadalykę komandą, nurodomas, kaip viena pagrindinių inovacijų, padėjusių pasiekti rezultatų ir efektyviai veikiančių pasibaigus projektui. Atliekant interviu su Projektų vykdytojais, nustatytas informacinių technologijų specialisto būtinumas komandoje, tiek technologijų įdiegimui, tiek sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų konsultavimui bei kylančių problemų sprendimui, nors formaliai tokie specialistai projektuose nedirbo.

3 komponentė. Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus paskyrimas („atvejo vadybininkas“).

Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus – atvejo vadybininko - funkcijas daugelyje įgyvendintų Projektų atliko įstaigose dirbantys bendrosios praktikos slaugytojai ir / arba šeimos gydytojai. Ataskaitose pateikiamas skirtingas kontaktų su pacientu periodiškumas ir būdas. Funkcijų apibrėžtumui, individualių pacientų poreikių atliepimo mechanizmais ir inovatyvumu arba technologijų panaudojimu atliekant atvejo vadybininko funkcijas išsiskyrė Projektai P-01-0004, P-01-0010 ir P-01-0014.

Pagal interviu metu gautą informaciją, galima teigti, jog atvejo vadyba ne tik matoma, kaip pagrindinė Pacientų priežiūros komponentė, tačiau ir didžiausią potencialą teigiamiems pacientų sveikatos priežiūros rezultatams pasiekti turinti sritis. Pacientų atvejo vadyba užsiimančiam specialistui, šalia organizacinių ir vadybinių gebėjimų yra būtinos medicininės žinios, patirtis ir geri komunikacijos įgūdžiai bei psichologijos pagrindai. Aptariant įgyvendintus projektus, tik keliuose Modeliuose atvejo vadybininko funkcijos buvo priskirtos ne slaugytojui. Nors kai kuriuose Modeliuose medicininio išsilavinimo neturintys specialistai nepateisino atvejo vadybininkams keliamų lūkesčių, pvz., socialinis darbuotojas, atlikęs atvejo vadybininko funkcijas, atliko tik fragmentines funkcijas, kurioms turėjo reikalingas kompetencijas, Projektų dalyviai dalinosi patirtimi, kaip medicinos registratoriai, neturintys medicininio išsilavinimo, tačiau turintys ilgametę darbo pirminės sveikatos priežiūros (toliau – PSP) grandyje patirtį, gana efektyviai atlieka daugelį atvejo vadybininko funkcijų ir tokiu būdu prisideda prie slaugytojų trūkumo problemos sprendimo įstaigoje. Apibendrinat, efektyviausiu atvejo vadybininko įveiklinimu pasižymėjo P-01-0004, P-01-0010 Modeliai.

4 komponentė. Individualizuotas paciento sveikatos priežiūros planas.

Individualizuoti sveikatos priežiūros planai skyrėsi savo apimtimi, numatomų veikslių (tyrimų, intervencijų, konsultacijų, periodinių patikrinimų) spektru. Daugelyje Projektų buvo sudaromi individualizuoti sveikatos priežiūros planai, kurie apėmė gana platų lėtinių ligų ir būklių, kurias siekta kontroliuoti ar koreguoti, spektrą, bei atsakingų specialistų įtraukimą. Struktūrizuotu ir aiškiu tikslų pacientui ir specialistų komandai formulavimu ir įgyvendinimo kontrolės mechanizmais, inovatyvumu išsiskyrė P-01-0009 ir P-01-0013 Projektai.

Interviu su Projektų vykdytojais metu buvo akcentuojama plano individualumo svarba, parenkant priemones, ne tik pagal paciento diagnozes ir gydymo rekomendacijas, tačiau atsižvelgiant į paciento individualius poreikius ir galimybes. Daugelio Projektų vykdytojų pažymėta, jog kuo vyresnis, sunkesnės būklės pacientas, tuo mažiau paveikios diegiamos inovatyviomis technologijomis paremtos priemonės ir atvirkščiai – priimtinesnės ir geresnius sveikatos rezultatus ir pasitenkinimą paslaugomis lemiančios yra žmogiškaisiais resursais paremtos intervencijos. Todėl individualizuoto plano lankstumas, esant plačioms galimybėms parinkti reikalingas ir priimtinas priemones (kuo pasižymėjo P-01-004 Projektas), bei optimalumas, nesudarant papildomos naštos pacientui bei nešvaistant sveikatos priežiūros resursų, turėtų būti siekiamybė, diegiant Modelį nacionaliniu lygmeniu.

5 komponentė. Įrodymais pagrįstos praktikos įdiegimas.

Moksliniais įrodymais pagrįsta praktika buvo taikoma daugelyje Projektų skirtinga apimtimi. Didžiojoje dalyje Projektų buvo pasitelkiamos mokslinės ligų gydymo rekomendacijos, naudojamos mokslinės duomenų bazės (P-01-0004 Projektas), kaip priemonė siekiant pagerinti paslaugų kokybę. Projektas P-01-0003 išsiskyrė moksliniais įrodymais pagrįstų metodinių rekomendacijų rinkinio sukūrimu pirminės sveikatos priežiūros specialistams.

Interviu metu užtvirtinta, kad ši komponentė yra įprastinė sveikatos priežiūros praktikos dalis ir Pacientų sveikatos priežiūros Modelių kūrimo kontekste vertinama kaip žemesnio prioriteto.

6 komponentė. Daugiadalykės komandos narių mokymai, profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrai, gerinti, ugdymas.

Daugiadalykės komandos narių mokymai, kaip paslaugų kokybės gerinimo priemonė, skirtinga apimtimi buvo organizuojami visuose įgyvendintuose projektuose. Didžiausia apimtimi valandomis, plačia tiksline auditorija ir inovatyviomis mokymų temomis išsiskyrė Projektų P-01-0001 ir P-01-0003 organizuoti mokymai.

Apibendrinant interviu metu gautą informaciją, Projektų apimtyje organizuoti specializuoti, su įsigytos įrangos panaudojimu susiję, mokymai dažnai buvo pavėluoti, jau įsibėgėjus projektų veikloms. Daugelio projektų vykdytojai pripažįsta, jog tiksliniai ir savalaikiai mokymai padėjo arba būtų padėję efektyviau įgyvendinti numatytas veiklas, patirti mažiau streso darbuotojams ir pasiekti geresnių pacientų sveikatos rodiklių ilgalaikėje perspektyvoje. P-01-0003 projekto įgyvendinimo eigoje, turėdami ir panaudodami papildomus akademinis resursus, išskirtinai veiklas pradėjo nuo daugiakrypčių mokymų, kuriuos kartu teikė ir kitų projektų specialistams.

7 komponentė. Konsultavimo sistemos, skirtos šeimos gydytojui-gydytojui specialistui konsultuotis, sukūrimas.

Konsultacinės sistemos tiek PSP komandos viduje, tiek su gydytojais specialistais, skirtinga apimtimi buvo įdiegtos visuose projektuose. Pradiniai pirminės sveikatos priežiūros komandos konsiliumai, dalyvaujant keliems šeimos gydytojams P-01-0009 Projekte - resursų optimizavimo pavyzdys, išvengiant perteklinių specialistų konsultacijų ir gerinant paslaugų prieinamumą.

Apibendrinant interviu metu gautą papildomą informaciją ir diskusijas su medikų bendruomenės atstovais įžvalgas, galima teigti, jog Projektuose taikyta praktika ir įgyta patirtis, kuomet gydytojai specialistai buvo įdarbinti Projektuose ir teikė konsultacijas įtrauktiems pacientams, pritaikoma tik labai siauram projekto rėmuose esančių pacientų ratui ir paslaugų organizavimas buvo gana individualizuotas (pvz., nueinant fiziškai pasitarti, nes specialistas dirba tame pačiame pastate, paskambinant asmeniškai telefonu). Interviu metu P-01-0009 Projekto vykdytojai pabrėžė vidinių šeimos gydytojų konsiliumų vertę tiek paslaugų kokybės gerinimui, tiek specialistų konsultacijų optimizavimui. O P-01-0004 projekto metu šeimos gydytojų – gydytojų specialistų pasitarimų ir tikslinių konsultacijų pacientams vykdymas išsiskyrė efektyvumu ir sklandžiu organizavimu tiek pagrindinio centro, tiek mažesnės savivaldybės partnerio pacientams. Tiek Projektų vykdytojai, tiek specialistų organizacijų atstovai akcentuoja teisinės bazės korekcijos, adekvataus apmokėjimo sistemos už gydytojo - gydytojo konsultacijas, konsiliumus sukūrimo ir Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (toliau - **ESPBI IS**) funkcionalumų išplėtimo (duomenų pasikeitimo, vaizdų perdavimo, vaizdo konsultacijų įdiegimo) būtinumą. Šie pokyčiai galėtų prisidėti prie gydytojų specialistų įprastinių konsultacijų mažinimo, prieinamumo pagerinimo.

8 komponentė. Mokyti paslaugų teikėjus, kaip pagelbėti pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus.

Paslaugų teikėjų mokymai apie pacientų savipriežiūros stiprinimą buvo įtraukti į dalies Projektų bendrųjų mokymų specialistams programas. Keliuose projektuose pacientų individualizuotu savipriežiūros mokymu rūpinosi gyvensenos medicinos (P-01-0003) ar visuomenės sveikatos specialistai (P-01-0006).

9 komponentė. Suteikti galimybes pacientams ir jų šeimoms tobulinti savipriežiūrą.

Įgyvendinant projektus galimybės pacientams ir jų šeimos nariams tobulinti savipriežiūrą buvo suteikiamos pasitelkiant skirtingas priemones. Aktyviu daugiadalykės komandos įsitraukimu įgalinant pacientą ir artimuosius, teikiant palaikymą ir mokymus, panaudojant jau esamus informacinius resursus išsiskyrė P-01-0001, P-01-0010 ir P-01-0013 Projektai. Mokomojo leidinio apie lėtinių ligų savipriežiūrą, skirto pacientams sukūrimas - Projekto P-01-0003 išskirtinumas, o P-01-0015 projekte naudotos informacinės technologijos pacientų ir artimųjų mokymui. Bendradarbiavimas su Visuomenės sveikatos biuru (toliau - VSB) (kaip paslaugų optimizavimo ir prieinamumo gerinimo priemonė, savipriežiūros mokymui buvo pasitelktas P-01-0009 projekte.

10 komponentė. Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo.

Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo daugelyje Projektų buvo įtrauktas, kaip vienas iš individualizuoto priežiūros plano komponentų. P-01-0010, Projektų stiprybės - paslaugų kokybės rodikliai – aktyvus paciento įtraukimas ir skatinimas dalyvauti sprendimo priėmime bei mokslinėmis rekomendacijomis paremtų, į paciento poreikius orientuotos priežiūros gairių įdiegimas.

11 komponentė. Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą ir kompiuterizuotas klinikinis sekimas.

Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą buvo atliekami priklausomai nuo projekte dalyvaujančių įstaigų įprastoje klinikinėje praktikoje naudojamų informacinių sistemų ir ESPBI IS. Papildomos inovatyvios sistemos tam tikrų sveikatos rodiklių stebėjimui ir informacijos perdavimui buvo naudojamos projektuose P-01-0015 ir P-01-0010.

Pagal Projektų vykdytojų patirtį, nuotoliniam pacientų klinikiniam stebėjimui naudotos priemonės vertinamos nevienareikšmiškai. Inovatyvios technologijos matomos, kaip itin didelės galimybes turinčios priemonės, tiek sveikatos parametrų nuotoliniam stebėjimui, tiek intervencijų, konsultacijų planavimui ir rekomendacijų perdavimui, optimizuojant sveikatos priežiūros žmogiškuosius resursus. Tačiau pabrėžiama, jog klinikiniam stebėjimui skirtos priemonės ir jų intensyvus naudojimas kėlė stresą pacientams ir buvo pagrindine priežastimi, dėl ko pacientai atsisakė dalyvauti projektuose, patyrė per didelę naštą, dėl technologinio raštingumo trūkumo, įrangos veikimo netobulumų ir kitų priežasčių. Sveikatos priežiūros specialistai taip pat pažymėjo, kad buvo susidurta su technologinių naujovių žinių spragomis, kurių sprendimui komandose buvo reikalingi projektuose neįdarbinti informacinių technologijų specialistai. Galime daryti išvadą, jog kompiuterizuoto klinikinio sekimo priemonės turėtų būti diegiamos palaipsniui, pagal individualų poreikį ir realias pacientų galimybes jomis naudotis. Geriausiai PSP poreikius atliepiančia nuotolinio stebėjimo sistema pasižymėjo P-01-0010.

12 komponentė. Keistis informacija (su paciento sutikimu) tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių, naudojant tinkamas elektronines informacines sistemas.

Keitimuisi informacija tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų daugelyje Projektų buvo naudojama ESPBI IS, išnaudojant jos turimus funkcionalumus. Keliuose projektuose buvo naudojamos papildomos sistemos.

Inovatyvumu pasižymėjo išplėtooto pacientų portalo panaudojimas P-01-0004 Projekte panaudojimas, bei programėlės panaudojimas specialistų tarpusavio komunikavimui P-01-0006 ir P-01-0015 Projektuose.

13 komponentė. Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas, kur įmanoma.

Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas daugelyje įgyvendintų Projektų nesiskyrė nuo įprastoje klinikinėje praktikoje naudojamo kodavimo. P-01-0010 išsiskyrė paciento rizikos grupių nustatymu pagal programėlėje užpildytus klausimynus (įvertinus pacientų savipriežiūros resursus, ligų eigos, komplikacijų rizikos ir taikomo gydymo sudėtingumą) priskiriant pacientą vienai iš keturių grupių. P-01-0003 Projekte įdiegtas papildomas unifikuotas kodavimas identifikavus socialines problemas, kurios turi įtaką sveikatos būklei, gali būti laikomas inovatyviu, tačiau, kaip ir daugelyje Modelių buvo taikomas vangiai arba neturėjo klinikinės reikšmės. Interviu metu pabrėžiama unifikuoto kodavimo potenciali nauda planuojant individualizuotas paslaugas ir intervencijas. P-01-0010 Pro

14 komponentė. Technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis / informaciją sveikatos priežiūros specialistams.

Dalyje įgyvendintų Projektų buvo naudojamos technologijos sveikatos duomenų pateikimui nuotoliniu būdu. Inovatyvumu išsiskyrė P-01-0010 ir P-01-0015 Projektuose įdiegtų programėlių panaudojimas, kuomet pacientai ne tik teikė savo sveikatos rodiklius, bet ir gavo duomenimis paremtas individualizuotas rekomendacijas, numatomus tyrimus ar konsultacijas. Funkcionaliu pacientų portalo panaudojimu pasižymėjo Projektas P-01-0004. Nors technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis / informaciją sveikatos priežiūros specialistams yra vertingos ir efektyvios, šių sistemų izoliuotas veikimas kelia reikšmingų iššūkių, kaip pvz., darbų dubliavimas, kai sveikatos priežiūros specialistams tenka dirbti su keliomis skirtingomis platformomis ar duomenų įvedimo sistemomis, kurios nėra tarpusavyje susietos. Tai ne tik sumažina darbo efektyvumą, bet ir didina klaidų riziką, apsunkina paciento duomenų peržiūrą, bei trukdo vientisai pacientų sveikatos stebėsenai. Siekiant tvaraus inovatyvių sprendimų taikymo, būtina šiuos sprendimus integruoti į ESPBI IS, kad būtų išvengta sistemų fragmentacijos ir būtų kuriama skaitmeninė sveikatos priežiūros infrastruktūra, kuri būtų ilgalaikė, efektyvi ir patogi visiems vartotojams – tiek medikams, tiek pacientams.

15 komponentė. Palengvinti paciento prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių.

Paciento prieinamumo prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių palengvinimui didelis dėmesys buvo skirtas P-01-0006 Projekte. Nevyriausybinų organizacijų (Lietuvos raudonasis kryžius ir Lietuvos Caritas) bei bendruomenių įtraukimas į psichosocialinės pagalbos pacientui organizavimą ir teikimą, Psichosocialinės pagalbos, paramos grupių, stovyklų, virtualių paramos grupių kūrimas ir organizavimas - paslaugų prieinamumą ir kokybę gerinančios veiklos.

Interviu metu nustatyta, kad ši komponentė Projektuose buvo įgyvendinta formaliai ir ribota apimtimi, Pacientų sveikatos priežiūros Modelių kūrimo kontekste vertinama kaip žemesnio prioriteto.

16 komponentė. Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, įskaitant paciento šeimą, kaimynus, draugus, nevyriausybinės pacientus atstovaujančias organizacijas.

Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, kaip papildoma priemonė minimas dalyje įgyvendintų Projektų, nenurodant apimties ir konkrečių priemonių. Projekte P-01-0010 buvo bendradarbiaujama su pacientų asociacijomis ir LIONS klubo savanoriais.

Interviu metu nustatyta, kad ši komponentė Projektuose buvo įgyvendinta formaliai ir ribota apimtimi, Pacientų sveikatos priežiūros Modelių kūrimo kontekste vertinama kaip žemesnio prioriteto.

Žemiau pateiktos lentelės žymėjimų paaiškinimas:

- ✓ žymima, kad išbandytame Modelyje buvo įgyvendinta CHRODIS komponentė;
- ★ žymima, kad išbandyto Modelio komponentė išsiskiria iš kitų Modelių savo inovatyvumu, paslaugų kokybe ar prieinamumu pacientui.

Lentelė 5. Projektuose įgyvendintų komponentių palyginimas ir vertinimas

	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
<i>Įgyvendinta komponentių</i>	8	10	16	12	8	14	16	8	16	10	10	11	10	6
Bendras vertinimas	2★	0★	4★	8★	1★	2★	0★	3★	9★	0★	3★	0★	3★	0★
I sekcija. Sergančių dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis pacientų priežiūra:														
1 komponentė. Tęstinis, reguliarus ir visa apimantis (t. y. holistinis) paciento ištyrimas	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓	✓
2 komponentė. Koordinuojanti daugiadalykė komanda	✓	✓	★	★	✓	✓	✓	★	★	✓	✓	✓	✓	✓
3 komponentė. Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus paskyrimas („atvejo vadybininkas“)	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓	✓
4 komponentė. Individualizuotas paciento sveikatos priežiūros planas	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
II sekcija. Konsultacinė sistema specialistams														
5 komponentė. Įrodymais pagrįstos praktikos įdiegimas.			★	★		✓	✓		✓		✓			
6 komponentė. Daugiadalykės komandos narių mokymai, profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrai, gerinti, ugdymas	★	✓	★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7 komponentė. Konsultavimo sistemos, skirtos šeimos gydytojui-gydytojui specialistui konsultuotis, sukūrimas		✓	✓	★			✓	★	✓	✓		✓	✓	
III sekcija. Pagalba pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą														

	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
8 komponentė. Mokyti paslaugų teikėjus, kaip pagelbėti pacientui ir šeimai įsivinti ar pagerinti savipriežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus		✓	★			★	✓		✓	✓	✓			
9 komponentė. Suteikti galimybes pacientams ir jų šeimoms tobulinti savipriežiūrą	★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	★	★	✓	★	✓	★	
10 komponentė. Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo		✓	✓	✓		✓	✓	✓	★	✓	✓	✓		
IV sekcija. Esamos informacinės sistemos ir technologijos														
11 komponentė. Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą ir kompiuterizuotas klinikinis sekimas	✓		✓	✓	✓	✓	✓		★			✓	✓	
12 komponentė. Keisti informacija (su paciento sutikimu) tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių, naudojant tinkamas elektronines informacines sistemas (naujų elektroninių informacinių sistemų kūrimas negalimas / netinkamas)			✓	★		★	✓		✓			✓	★	
13 komponentė. Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas, kur įmanoma			✓				✓		★					
14 komponentė. Technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis / informaciją sveikatos priežiūros specialistams	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓		★	✓	✓	✓	★	✓
V sekcija														
15 komponentė. Palengvinti paciento prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių			✓			✓	✓		✓					

	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
16 komponentė. Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, įskaitant paciento šeimą, kaimynus, draugus, nevyriausybinės paciento atstovaujančias organizacijas			✓			✓	✓		★	✓				

Atlikus analizę, P-01-010 Modelis yra išrinktas kaip inovatyviausias ir labiausiai lemiantis sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams. Šis Modelis išsiskyrė, pažangia nuotolinio pacientų stebėjimo sistema, leidžiančia pacientams ne tik teikti duomenis, bet ir gauti duomenimis pagrįstas individualizuotas rekomendacijas, inovatyvios programėlės panaudojimu holistiniame paciento ištyrime ir technologijų panaudojimu atliekant atvejo vadybininko funkcijas. Modelis taip pat pasižymėjo aktyviu pacientų įtraukimu ir skatinimu dalyvauti sprendimų dėl gydymo priėmimo.

Įvykdžius interviu su Projektų vykdytojais išryškėja atskirų komponentų (1, 2, 3, 4, 7, 11, 14) išskirtinė svarba inovacijomis siekiant aukštesnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei prieinamumo. Pasiektų rezultatų spektras buvo gana platus: geresnis ryšys ir pastebėtas didesnis pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūros specialistais, pagerėjęs sveikatos raštingumas, didesnis įsitraukimas ir atsakingumas už savo sveikatą, bei pagerėję objektyvūs sveikatos rodikliai. Nors objektyvūs sveikatos rodikliai yra lengviau pamatuojami ir įvardijami, tačiau ekspertiniu vertinimu skirtingose projektuose vykdytos veiklos, leidžia pasiekti skirtingų rezultatų ir jų tvarumas ilgalaikėje lėtinių ligų priežiūroje yra nevienodas: pvz.: griežtas mitybos planas leidžia pacientui greitai sumažinti kūno svorį ir pagerinti glikemijos kontrolę, tačiau kardinalūs staigūs gyvenimo pokyčiai dažniausiai nėra ilgalaikiai. Todėl pacientų edukacijos priemonės, motyvuoti ir apgalvoti gyvenimo būdo pokyčiai neduoda greitų rezultatų, tačiau yra tvaresni ir naudingesni ilgalaikėje perspektyvoje.

4.3 Modelių pasiektų rodiklių analizė

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.1.2. išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis).

Siekiant įvertinti Modelių efektyvumą, Projektų finansavimo sąlygose buvo nustatyti 42 rodikliai, kurie turėjo atspindėti testuojamų Modelių poveikį Pacientų priežiūrai. Rodiklių duomenys buvo sekami remiantis pacientų ir gydytojų apklausomis bei sveikatos įstaigų elektroninių sveikatos sistemų duomenų bazėmis. Projekto vykdytojai buvo įpareigoti SAM teikti šių rodiklių reikšmes du kartus per Projekto laikotarpį, laikantis nustatytų terminų. Rodikliai buvo pateikiami tiek tarpinių, tiek galutinių ataskaitų metu, siekiant užtikrinti nuoseklią Projekto įgyvendinimo stebėseną ir objektyvų vertinimą.

Rodikliais buvo siekiama įvertinti Modelius, sudarančius prielaidas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Rodikliai atspindi kelis pagrindinius sveikatos priežiūros Modelių įgyvendinimo aspektus: pacientų būklę bei įpročius, specialistų kompetenciją ir darbą su Modeliu, šeimos narių įtraukimą į gydymo procesą bei bendrus įstaigų rodiklius.

Analizuojant pateiktus tarpinių bei galutinių Modelių išbandymo ataskaitų 6 priedus „Projekto veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo metu privalomų įvertinti rezultato ir proceso kriterijų sąrašas“ išryškėjo keletas pagrindinių iššūkių, kurie apsunkino Modelių palyginamumą:

- **Modelių įgyvendinimo trukmė:** Projektai buvo įgyvendinami nevienodą laikotarpį – nuo vienerių iki daugiau nei trejų metų. Dėl šios priežasties ilgesnės trukmės Modeliai turėjo daugiau galimybių pasiekti ilgalaikius pokyčius, tuo tarpu trumpesni Modeliai buvo vertinami remiantis mažiau išsamiais ar trumpalaikiais rezultatais, kas apsunkina poveikio palyginamumą.
- **Modelių apimties ir tikslinių pacientų grupės:** skirtinguose Modeliuose buvo taikomos nevienodos sveikatos priežiūros intervencijos, orientuotos į skirtingo amžiaus ir būklės sudėtingumo pacientų grupes, skirtingas lėtines ligas bei jų kombinacijas.
- **Sveikatos priežiūros įstaigų ir savivaldybių skirtumai:** Modeliai buvo įgyvendinami skirtingo dydžio savivaldybėse ir sveikatos priežiūros įstaigose, kurių infrastruktūra, specialistų prieinamumas bei paslaugų organizavimo principai ženkliai skyrėsi. Tai galėjo turėti įtakos Modelių veiksmingumui, nes kai kuriose įstaigose buvo sudarytos palankesnės sąlygos daugiadalykės priežiūros užtikrinimui ir paslaugų integracijai.
- **Rodiklių vertinimo ir matavimo metodologiniai skirtumai:** Nebuvo taikomas vieningas rodiklių apskaičiavimo ir vertinimo standartas, todėl skirtingi Modeliai pasirinko įvairius rodiklių matavimo metodus, skales ar interpretacinius vienetus. Dėl šių skirtumų identiški rodikliai gali būti interpretuojami skirtingai, kas riboja tiesioginį Modelių palyginamumą ir vertinimą vienodu kriterijumi.
- **Kontrolinių grupių nebuvimas:** Įgyvendinant Modelius nebuvo suformuotos kontrolinės grupės, kurios leistų objektyviai palyginti rodiklius tarp pacientų ir specialistų, dalyvavusių Modelio išbandyme ir taikiusių inovatyvias intervencijas, bei tų, kurie šiame procese nedalyvavo. Dėl to nėra galimybės patikimai įvertinti, ar būtent taikytos Modelio intervencijos turėjo tiesioginę įtaką stebimiems pokyčiams.

Siekiant įvertinti Modelių poveikį skirtingiems sveikatos priežiūros aspektams, 42 rodikliai išskaidyti į penkias grupes, kurios leidžia įvertinti Modelių efektyvumą tiek sveikatos priežiūros sistemos, tiek paciento perspektyvoje.

- **Modelio įgyvendinimo rodikliai (1–3, 5, 27, 36, 37, 41, 42):** įvertina, kaip efektyviai buvo įgyvendintas Modelis, apimant pacientų priežiūros planus, koordinavimą, vizitų dažnį ir šeimos narių įtraukimą.
- **Pacientų pasitenkinimo paslaugomis rodikliai (6–16):** matuoja paciento patirtį sveikatos priežiūros procese, įskaitant komunikacijos kokybę, informuotumą ir priežiūros koordinavimą.
- **Pacientų elgsenos rodikliai (17–26):** stebi pacientų gyvenimo pokyčius Modelio metu, tokius kaip fizinis aktyvumas, mityba ir žalingų įpročių mažinimas.
- **Sveikatos priežiūros specialistų rodikliai (28–32):** vertina specialistų kompetencijas, gebėjimą bendradarbiauti komandoje ir Modelio poveikį jų santykiui su pacientu.
- **Pacientų būklės rodikliai (4, 33–35, 38–40):** fiksuoja sveikatos būklės pokyčius, tokius kaip kraujospūdis ir kūno svorio pokyčiai, hospitalizacijų dažnumas bei paslaugų efektyvumas.

4.3.1. Modelio įgyvendinimo rodikliai

Kadangi Projektuose skyrėsi tiek numatytas intervencijos dizainas, tiek pacientų apimtis ir diagnozės, tiek procesų įgyvendinimas Projekto metu, skyrėsi ir Modelio įgyvendinimo rodikliai. Pavyzdžiui, Projekte dalyvavusių pacientų skaičius, svyravo nuo 91,6 iki 120 proc. nuo numatytojo, jų priežiūrą koordinavo atvejo vadybininkas 33,3–120 proc. atvejų. Vaistų vartojimo istorija buvo stebėta 86–100 proc. pacientų. Vaistų nesuderinamumas vertintas daugeliui pacientų (100 proc., išskyrus P-01-0002 vertinta 5,2 proc.). Apsilankymų pas šeimos gydytoją skaičius per metus svyravo nuo 3 iki 9 per Projekto trukmę, Projektų, pateikusių pokytį (2 Projektai), jis svyravo nuo –3,1 iki +3. Vizitų pas specialistus skaičius svyravo nuo 0,4 iki 5,7 per metus, o pokytis (2 Projektai) buvo nuo –1 iki +0,3 per metus. Šeimos gydytojų komandos narių nuotoliniu būdu suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius Projekto laikotarpiu svyravo nuo 438 (P-01-0003) iki 9 928 (P-01-0004). Projekto metu apmokytų sveikatos priežiūros specialistų skaičius svyravo nuo 25 iki 480 (P-01-0003), o vidutiniškai siekė 54.

4.3.2. Pacientų pasitenkinimo rodikliai

Vertinant pacientų pasitenkinimo rodiklius, absoliuti dauguma dalyvių nurodė, kad sveikatos priežiūros specialistai buvo susipažinę su sveikatos istorija ir žinojo apie jų sveikatos būklę (83,5–100 proc.), kartu aptarė vartojamus receptinius vaistinius preparatus (90–100 proc.), susisieki ir pranešė apie tyrimų rezultatus (79,5–100 proc.), teigė, kad žinojo į ką kreiptis iškilus klausimų (88,7–100 proc.), išskyrus P-01-0002, kur ši rodiklis siekė 59,9 proc.

Keliuose rodikliuose iš bendro labai pozityvaus konteksto išsiskyrė po 1 Projektą: pacientai, kurie jautėsi, kad yra išklausti (88–100 proc., išskyrus P-01-0009 (31,3 proc.)), kad specialistai suprantamai paaiškino dalykus (90–100 proc., P-01-0009 – 31,8 proc.), gerbė jų nuomonę (90–100 proc., P-01-0009 – 51,5 proc.), sutinka, kad pagerėjo jų jėgūdziai / žinios apie ligos kontrolę (75,1–100 proc., išskyrus P-01-0003 – 57,4 proc.). Pacientų nuomone, suteikta nebūtina / nereikalinga pagalba (0–9,6 proc., P-01-0003 – 16,1 proc., P-01-0001 – 18 proc.). Sveikatos priežiūros procesas vyko sklandžiai - sveikatos priežiūros koordinavimo sutrikimus pastebėjo 3–9,2 proc. Projektų dalyvių, išskyrus P-01-0009 – 22,2 proc., P-01-0012 – 44,5 proc., P-01-0002 – 49,5 proc. Pacientų, teigusių, kad dalyvaujant Modelio išbandyme pagerėjo jų gyvenimo kokybė, 5-uose Projektuose nurodė 80–94,9 proc., 3-uose Projektuose – 70–80 proc., 3-uose Projektuose – 59–61 proc., dvejuose – 37–40,1 proc. Apibendrinant, pacientų pasitenkinimas paslaugomis vertintinas gerai, tačiau nesant vertinimo dinamikoje, nei kontrolinės grupės, sunku vertinti Projektų įtaką šių rodiklių pokyčiui.

Papildomų interviu metu su Modelių vykdytojais gauta vertingų įžvalgų apie pacientų patirtį dalyvaujant Modelių išbandyme. Didžioji dalis vykdytojų išskyrė šias teigiamas pacientų patirtis:

- **Išaugęs dėmesys ir nuolatinis ryšys su atvejo vadybininkais:** pacientai išreiškė pasitenkinimą dėl dėmesio ir aktyvios priežiūros iš specialistų, kurie nuolat stebėjo jų sveikatos būklę. Taip pat reguliarius ryšys su atvejo vadybininkais suteikė pacientams jausmą, kad jų sveikata yra nuolat prižiūrima ir jie gali greitai gauti pagalbą, kai jos reikia.
- **Greitesnės ir išsamesnės konsultacijos:** pacientai džiaugėsi, kad turėjo galimybę greičiau gauti konsultacijas, o ilgesnių ir išsamesnių konsultacijų metu jie galėjo pasidalinti detalesne informacija apie savo būklę, kas padėjo geriau suprasti ligos eigą ir jos valdymą.
- **Technologijų naudojimo patogumas:** pacientai vertino galimybę naudoti technologijas, tokias kaip programėlės ir įrenginiai (gliukozės matuokliai, kraujospūdžio monitoriai), kurios leido jiems patogiai ir savarankiškai stebėti savo sveikatos rodiklius, taip suteikiant daugiau savikontrolės.

Neigiami pacientų atsiliepimai:

- **Technologinės problemos:** kai kurie pacientai susidūrė ir su sunkumais naudojantis programėlėmis ar įrenginiais. Ši tendencija ypač pastebėta tarp vyresnio amžiaus pacientų, kurių technologinis raštingumas buvo mažesnis.
- **Nuolatiniai priminimai ir sveikatos rodiklių sekimas:** pacientams nepatiko dažni priminimai apie vaistų vartojimą ir sveikatos duomenų sekimą. Dalis pacientų nurodė, kad tai per daug įpareigojantis ir įkylus procesas.
- **Motyvacijos stoka ir gyvenimo būdo pokyčių sunkumai:** kai kurie pacientai prarado motyvą keisti savo gyvenimo būdą arba nepastebėjo rezultatų, todėl nusprendė nutraukti dalyvavimą Projekte.

Papildomi interviu su Projektų vykdytojais parodė, kad išmaniosios technologijos turi svarbų vaidmenį pacientų sveikatos stebėjime, tačiau būtina užtikrinti, kad jos būtų pritaikytos pagal pacientų poreikius, ypač atsižvelgiant į vyresnio amžiaus pacientus. Pacientų motyvacija ir lūkesčių valdymas taip pat yra esminiai aspektai sėkmingai sveikatos priežiūrai. Nuolatinis ryšys su specialistais ir aiškūs, realistiški gydymo tikslai padeda užtikrinti pacientų motyvaciją ir tvarų paciento įsitraukimą.

4.3.3. Pacientų elgsenos rodikliai

Pacientų elgsenos rodiklių grupė yra vienintelė, kurioje daugelio Projektų vykdytojai pateikė keletą reikšmių per Projekto eigą, todėl galima analizuoti jų pokytį. Analizuojant pacientų elgsenos rodiklių pokyčius, akivaizdu, kad rezultatai tarp skirtingų Modelių reikšmingai varijuoja, o tai rodo, kad Modelių įgyvendinimo efektyvumas buvo nevienodas, o jų poveikis pacientų elgsenai priklausė nuo įvairių veiksnių, įskaitant taikytas intervencijas, dalyvavusių pacientų ypatumus ir įgyvendintų priemonių intensyvumą ar trukmę.

Rodikliai 25–26, nors priskiriami pacientų elgsenos rodiklių grupei, vertino galutinį Modelių poveikį, todėl jų pokyčiai projekto įgyvendinimo laikotarpiu nebuvo matuojami. Pacientų, teigusių, kad dalyvaujant išbandant Modelį pagerėjo jų sveikatos būklė, 4-uose Projektuose sudarė 83,3–98,15 proc. (atitinkamai, P-01-0006, P-01-0004, P-01-0013, P-01-0001), 3-uose Projektuose – 70–74,18 proc., 3-uose – 39,1–54,7 proc., ir 3-uose – 15–35,5 proc. Apibendrinant, dauguma Projektų pasiekė gerus ar labai gerus vertinimus, tačiau dalyje jų pacientų vertinimai išliko žemi, todėl bendras rezultatas yra nevienalytis. Pacientų, kurie teigė, kad jiems buvo suteiktos sveikatos stiprinimo žinios, 3-uose Projektuose sudarė 97–100 proc. (P-01-0006, P-01-0005 ir P-01-0013), 5-uose – 88,9–94,1 proc., 3-

uose – 75,3–86,1 proc., o 2-uose – 70–75,3 proc. Apibendrinant, žinių suteikimas daugelyje Projektų buvo įgyvendintas labai sėkmingai, tačiau keliuose fiksuoti kiek žemesni rodikliai rodo galimus skirtumus mokymų kokybėje ar pacientų įsitraukime.

Didžiausi vidutiniai pokyčiai fiksuojami 17-ajame rodiklyje, kuriuo vertintas pacientų fizinis aktyvumas. Palyginus su Modelio išbandymo pradžia, vidutiniškai 21,6 proc. padaugėjo pacientų, užsiimančių fizine veikla bent po 30 min. penkias dienas per savaitę ar dažniau. Vis dėlto, tarp Modelių išsiskyrė vienas atvejis, kai buvo užfiksuotas šio rodiklio sumažėjimas – P-01-0010 Projekte fiziškai aktyvių pacientų sumažėjo maždaug 10 proc. Nepaisant šio išimtinio atvejo, bendra tendencija rodo, kad dalyvavimas Projekte prisidėjo prie pacientų fizinio aktyvumo didėjimo. Tuo tarpu 18, 19 ir 20 rodikliai vertino pacientų mitybos įpročių pokyčius, susijusius su daržovių, vaisių vartojimu ir druskos kiekio mažinimu: 18 rodiklyje vidutiniškai 14,9 proc. padaugėjo pacientų, kurie bent kartą per dieną valgė daržoves, 19 rodiklyje pacientų, reguliariai vartojančių vaisius, skaičius išaugo 12,5 proc., 20 rodiklis, kuris matavo pacientų įprotį papildomai nedėti druskos į maistą, taip pat parodė teigiamą pokytį – šis įprotis pagerėjo 10,9 proc. pacientų. Bendros tendencijos rodo, kad Modeliai prisidėjo prie sveikesnių mitybos įpročių formavimo, nors pokyčių mastas tarp Modelių skiriasi.

21–24 rodikliai vertino pacientų žalingų įpročių pokyčius, susijusius su tabako ir alkoholio vartojimu. 21 rodiklyje vidutiniškai 6,6 proc. sumažėjo pacientų, rūkančių tabako gaminius, o 22 rodiklyje elektroninių cigarečių vartojimo pokytis siekė -0,7 proc. Vis dėlto svarbu pažymėti, kad pacientų, rūkančių elektronines cigaretes, pradinis skaičius buvo gerokai mažesnis nei tradicinių tabako gaminių vartotojų, todėl mažesnis pokytis gali būti susijęs su mažesne pradine reikšme. 23 ir 24 rodikliai analizavo alkoholio vartojimą ir jo pokyčius. 23 rodiklis parodė, kad pacientų, kasdien vartojančių alkoholinius gėrimus, sumažėjo vidutiniškai 3,8 proc., o 5 centruose (P-01-0001, P-01-0002, P-01-0005, P-01-0006, P-01-0010) tokių asmenų projekto pabaigoje nebuvo visai, o 24 rodiklis, kuriuo vertintas pacientų, vartojusių alkoholį bent kartą per savaitę ar dažniau, skaičius sumažėjo reikšmingiau – 10,6 proc., mažiausiai vartojančių tyrimo pabaigoje stebėta P-01-0004 ir P-01-0006, o didžiausias pokytis - P-01-0001, P-01-0016 ir P-01-0010.

Svarbu paminėti, jog didžiosios dalies Projektų įgyvendinimo laikotarpiai sutapo su COVID-19 pandemija bei tuo metu galiojusiais įvairios apimties socialinio gyvenimo ribojimais. Tyrimai rodo, jog bendros populiacijos elgsena sveikos gyvensenos atžvilgiu šiuo laikotarpiu pasižymėjo neigiamomis tendencijomis (sumažėjęs fizinis aktyvumas, pablogėję mitybos įpročiai, didesnis svorio prieaugis) bei galėjo turėti įtakos Projektuose dalyvavusių pacientų elgsenos rodikliams.

Žemiau pateiktų lentelių pateiktų spalvų skalės reikšmės

Geras rezultatas				Vidutinis rezultatas						Prastas rezultatas								

Lentelė 6. Pacientų elgsenos rodiklių pokyčių apžvalga

Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Vidurkis	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
17.	Pacientų, kurie užsiima aktyvia fizine veikla bent po 30 min. 5 dienas per savaitę ar dažniau, dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir Projekto pabaigoje (procentai)	% dalis, Projekto gale	62.6	67.1	58	72.3	68.5	73.9	84.3	63.6	57.6	15.1	41.1	64.9	77.9	70	61.5
		% pokytis	21.6	15.1	28	-	3.5	44.5	52.2	30	-	-10.1	3.7	-	9.6	50	10.9
18.	Pacientų, kurie bent kartą per dieną valgo daržoves (neįskaitant bulvių), dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir Projekto pabaigoje (procentai)	% dalis, Projekto gale	87.8	90	79	98.8	96.6	99.5	99.5	73.8	87.9	73.7	98.6	99.2	93.1	70	69.3
		% pokytis	14.9	8	29	-	2.6	8.7	26.5	11.1	-	-0.4	2.3	-	6.9	50	19.5
19.	Pacientų, kurie bent kartą per dieną valgo vaisius, dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir Projekto pabaigoje (procentai)	% dalis, Projekto gale	81.1	90	70	97.7	94.1	97.3	83.8	70.8	81.3	61.3	98.6	94.7	70.3	70	54.8
		% pokytis	12.5	7	20	-	1.1	21.6	60.5	14.4	-	-11.8	7	9	-8.3	50	-20.5

Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Vidurkis	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
20.	Pacientų, kurie papildomai nededa druskos į paruoštą maistą, dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir Projekto (procentai)	% dalis, projekto gale	66.7	72.1	67	24,5	52	89.5	94	66.7	29.3	78	91.8	24.6	77.9	70	54.8
		% pokytis	10.9	2.1	17	-	-9	22.6	21.4	6.3	-	5	-	-8.1	4.1	50	8.9
21.	Pacientų, rūkančių tabako gaminius, dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir projekto (procentai)	% dalis, projekto gale	12.5	10	16	3,9	14.9	13.3	6.5	12.8	12.1	12.6	11	11.5	15.2	15	11.7
		% pokytis	-6.6	-19	-14	-	-0.2	-7.3	-1.9	-1.4	-	0.8	1.6	-3.4	-2.7	-25	-7.1
22.	Pacientų, rūkančių elektronines cigaretes, dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir projekto (procentai)	% dalis, projekto gale	1.7	0	0	-	1.8	0	0	2.8	1	2.5	0.7	3.1	4.8	5	0.6
		% pokytis	-0.7	0	0	-	-0.2	-	-0.5	-0.9	-	0.8	0.7	1.3	0.7	-10	0
23.	Pacientų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien vartojo alkoholinius gėrimus, dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir projekto (procentai)	% dalis, projekto gale	2.8	0	0	-	0.2	0	0	0.6	4	0	0.7	6.9	2.8	20	1.4
		% pokytis	-3.8	0	-2	-	-0.8	-1.4	-1.4	-2.7	-	0	-0.9	-6.2	0	-30	0

Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Vidurkis	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
24.	Pacientų, kurie per paskutines 30 dienų vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau, dalis Modelio išbandymo pradžioje, išbandant Modelį ir projekto pabaigoje (procentai)	% dalis, projekto gale % pokytis	9.3	3.6	13.3	-	1.7	6.9	1.4	13.3	4	3.3	14.4	16	6.3	30	7.3
			-10.6	-13.4	-5.9	-	-2.3	-8.3	-9.3	-5.9	-	-10	2.9	-9.6	-4.7	-50	-10.5

4.3.4. Sveikatos priežiūros specialistų rodikliai

Susiję Techninės specifikacijos vertinimo uždaviniai:

9.1.2. išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis);

9.1.5. išanalizuoti projektuose tiesiogiai Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijas, elgsenos pokyčius. Įvertinti šių specialistų silpniausias kompetencijas ir pasiūlyti atitinkamas mokymų kryptis.

Projektų vykdymo metu buvo stebimi rodikliai, susiję su specialistų kompetencijų stiprinimu, dalyvavimu Modelio įgyvendinime ir veikla daugiadalykėje komandoje (5, 28–32 rodikliai). Šie rodikliai apėmė specialistų pasirengimą taikyti Modelį praktikoje, jų galimybes lengvai pasiekti informaciją iš kitų specialistų, aiškų savo vaidmens supratimą bei dalyvavimą individualizuotų paciento priežiūros planų sudaryme. Vienas iš reikšmingų rodiklių šioje grupėje - apmokytų sveikatos priežiūros specialistų skaičius (5 rodiklis), kuris vertina kiek specialistų paruošta taikyti išbandomąjį Modelį praktikoje.

Apibendrinant sveikatos priežiūros specialistų įsitraukimo rodikliai pasižymi teigiamais rezultatais taikant sveikatos priežiūros paslaugų Modelius. Apmokytų specialistų skaičius visuose 13-oje iš 14 Modelių svyravo tarp 25–81 specialisto, šiuo aspektu išsiskyrė P-01-0003, kur apmokyti 480 specialistai. Specialistų, teigusių, kad turi pakankamai kompetencijos ir įgūdžių taikant Modelį, rodikliai visuose projektuose svyravo nuo 91 proc. iki 100 proc. Specialistų, kurie galėjo lengvai pasiekti informaciją iš kitų specialistų, proporcija taip pat buvo aukšta, siekianti 75 proc. - 100 proc. tarp visų Modelių. Specialistų, kurie teigė, kad įdiegus Modelį, pagerėjo ryšys su pacientu, rodikliai svyravo nuo 63,7 proc. iki 100 proc. Didžiausią pagerėjimą nurodė P-01-0010 ir P-01-0015 (100 proc.), tuo tarpu žemiausia reikšmė užfiksuota P-01-0013 su 63,7 proc. Specialistų, kurie buvo susipažinę su savo vaidmeniu ir užduotimis Modelio daugiadalykės priežiūros komandoje, rodiklio reikšmės buvo itin aukštos ir vidutiniškai siekė 97 proc. Specialistų, teigusių, kad buvo įtraukti sudarant individualų personalizuotą sveikatos priežiūros planą, rodikliai svyravo nuo 62,5 proc. iki 100 proc., tačiau 10-tyje Modelių ši reikšmė viršijo 90 proc.

Lentelė 7. Sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų rodiklių apžvalga

Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Vidurkis	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
5.	Apmokytų sveikatos priežiūros specialistų skaičius (kaip taikyti išbandomą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo Modelį)	Apmokytų specialistų skaičius	87	63	47	480	80	39	42	39	56	41	-	55	81	-	25
28.	Sveikatos priežiūros specialistų, kurie teigė turintys pakankamai kompetencijos ir įgūdžių taikant Modelį, bei gali lengvai atlikti užduotis, kurias Modelis apibrėžia, skaičius (procentai)	Procentinė dalis	97	95.6	100	98	91	96.9	95.2	100	100	93	93	100	98	100	100
29.	Sveikatos priežiūros specialistų, kurie teigė galintys lengvai pasiekti informaciją iš kitų specialistų, skaičius (procentai)	Procentinė dalis	91	95.6	81	88	93	90.6	85.7	75	86.2	89	92.9	100	94	100	99.6
30.	Sveikatos priežiūros specialistų, kurie teigė, kad įdiegus Modelį, pagerėjo sveikatos priežiūros specialistų, kurie jaučia savo ryšį su pacientu, skaičius (procentas)	Procentinė dalis	90	95.6	68	98.7	91	90.6	88.1	81.3	89.6	100	92.9	63.7	94	100	99.6
31.	Sveikatos priežiūros specialistų, kurie žinojo apie savo vaidmenį ir užduotis Modelio daugiadalykės priežiūros komandoje, skaičius (procentai)	Procentinė dalis	97	95.6	100	99	91	96.9	97.6	96.9	93.1	93	100	100	94	100	100

Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Vidurkis	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
32.	Sveikatos priežiūros specialistų, kurie teigė, kad buvo įtraukti sudarant individualų personalizuotą sveikatos priežiūros planą, skaičius (procentai)	Procentinė dalis	91	95.6	100	99	93	93.8	92.8	62.5	86.2	93	100	72.8	83	100	100

4.3.5. Objektvūs pacientų būklės rodikliai

Susiję Techninės specifikacijos vertinimo uždaviniai:

9.1.2. išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis);

9.1.3. nustatyti Modelius, turėjusius didžiausią įtaką hospitalizacijų mažėjimui.

Vertinant žemiau pateiktus objektvius pacientų būklės rodiklius, intervencijos buvo gerai toleruojamos (nepageidaujamų reiškinių neregistruota ar registruoti pavieniai). Pacientų, kuriems pavyko sumažinti kūno masę bent 10 proc., dalis 7 Projektuose siekė 2–10 proc., 3 – 10–25 proc., o 2 Projektuose siekė 50 proc., kas suponuoja arba ypatingai didelį programos efektyvumą, arba metodinius netikslumus. Palyginimui, intensyvaus gyvenimo keitimo tyrimuose (pvz., DIADEM1, Look AHEAD ir kt. tyrimuose), tokio lygmens svorio sumažėjimo pasiekė iki 20–30 proc. tiriamųjų. Teigiami kraujospūdžio ir lipidogramos pokyčiai registruoti didelei daliai pacientų (nuo 30 iki 85 proc.), tačiau nesant standartizuoto sumažėjimo kriterijaus, sunku įvertinti šio sumažėjimo klinikinę reikšmę. Svorio, arterinio kraujo spaudimo (toliau – **AKS**), lipidogramos rodikliai – substratiniai rodikliai, kurių reikšmingumą turėtų patvirtinti baigčių – stacionarizavimo ar mirčių dėl susijusių ligų – rodikliai.

Lentelė 8. Pacientų būklės rodiklių apžvalga

Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Vidurkis	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
4.	Nepageidaujamų reiškinių, susijusių su medicininėmis klaidomis (t. y. vaistų tarpusavio sąveika), skaičius	Nepageidaujamų reiškinių skaičius	1,5	0	0	0	0	0	5	0	13	3	-	0	0	0	2
33.	Pacientų, kurių kūno masės indeksas sumažėjo lyginant su Modelio išbandymo pradžia, skaičius t. y. kūno masė sumažėjo 10 proc. ar daugiau	% dalis	16	8.6	9.5	9.1	23	18.3	50.5	4.6	4	4.7	-	10.9	2.1	50	-
34.	Teigiami pacientų kraujospūdžio pokyčiai, skaičius (procentai)	% dalis	57	63	30	-	-	85.3	73	33.3	47.2	66.2	-	65.6	33	70	-
35.	Teigiami pacientų lipidogramos pokyčiai, skaičius (procentai)	% dalis,	55	72	30	-	50	57.8	62.8	38.3	50.1	59.1	-	69.2	45	70	-

Siekiant tiksliau įvertinti Modelių įtaką, vykdytojų buvo prašoma pateikti papildomus duomenis apie pacientų rodiklius: pacientų dalyvavusių Modelių išbandyme dalį, kurių sistolinis kraujospūdis siekė tikslinę ribą (130/80 mmHg) projekto pradžioje ir pabaigoje, pacientų, kurių mažo tankio lipoproteinų (toliau – MTL) lygis pagal širdies ir kraujagyslių ligų (toliau – ŠKL) riziką buvo per didelis pradžioje bei tų, kurių MTL pasiekė tikslinę ribą arba sumažėjo bent 50 proc. Taip pat buvo prašoma pateikti duomenis apie pacientų dalį, kuriems projekto pradžioje buvo nustatytas KMI >25 ir kurių KMI sumažėjo 10 proc. ar daugiau projekto pabaigoje. Nors Projekto reikalavimuose nebuvo numatyta fiksuoti ar vertinti duomenis pagal minėtus pjūvius, 6 iš 14 įstaigų pateikė papildomus, pagal užklausas suformuotus duomenis, kurie leidžia tiksliau įvertinti įgyvendintų intervencijų efektyvumą.

Lentelė 9. Papildomų pacientų būklės rodiklių apžvalga

Nr.	Rodiklis	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0009	P-01-0008	P-01-0013	P-01-0014
1.1	Pacientų dalis (procentai), kuriems Projekto pradžioje buvo nustatytas KMI >25	88.3	-	95	-	89	85.24
1.2	Pacientų, kurių KMI >25, dalis (procentai), pasiekusių KMI sumažėjimą 10 ar daugiau proc. projekto pabaigoje	6.7	18.6	4	4.6	11	2.73
2.1	Pacientų dalis (procentai), kurių MTL pagal ŠKL riziką projekto pradžioje buvo per didelis	42.66	-	59	-	30	-
2.2	Pacientų dalis (procentai), kurių MTL pasiekė tikslinę ribą pagal ŠKL riziką arba sumažėjo bent 50 proc.	45.26	57.8	63	-	69	-
3.1	Pacientų dalis (procentai), kurių sistolinis kraujospūdis tikslinis (130/80 mmHg), Projekto pradžioje	-	-	36	-	48	70
3.2	Pacientų dalis (procentai), kurių sistolinis kraujospūdis tikslinis (130/80 mmHg), Projekto pabaigoje	55.2	85.3	31	33.3	53	79.13

Svarbu pastebėti, kad iš pateikusiųjų papildomus duomenis, absoliuti dauguma pacientų (85–95 proc.) turėjo antsvorio ar buvo nutukę. Svorio korekcijos intervencijų efektyvumas atitinkamuose projektuose svyravo nuo 4 iki 18,6 proc., o efektyvumu išsiskyrė P-01-0005 ir P-01-0013 (atitinkamai 18,6 ir 11 proc.). Trijuose centruose vertinta MTL koncentracija tyrimo pradžioje (nepriimtina koncentracija 30-60 proc.), o taikant projekte numatytas intervencijas, efektyviai lipidų kontrolę pagerinti pavyko 45–69 proc. pacientų, o geriausi rezultatai pasiekti P-01-0009 (63 proc.). P-01-0013 intervencijos pabaigoje registravo geriausią rezultatą (69 proc.), tačiau lyginant su tyrimo pradžia, šis rezultatas pablogėjo (buvo 70 proc. tyrimo pradžioje). Tikslinius AKS rodiklius intervencijos pabaigoje pasiekė 33,3–85 proc., geriausi rezultatai stebėti P-01-0005 ir P-01-0014. Pokytis, lyginant su rezultatais tyrimo pradžioje yra 5– 10 proc. ribose, paradoksaliai P-01-0009 stebėtas saikus rodiklio pablogėjimas (nuo 36 iki 31 proc.).

Analizuojant hospitalizacijų rodiklių duomenis, nustatyta, kad ne visi projektų vykdytojai pateikė rodiklių reikšmes, o pateikti duomenys skyrėsi vertinimo pjūviais. Dėl šių neatitikimų rodiklių reikšmės buvo papildomai tikslinamos siunčiant duomenų užklausos Modelių vykdytojams. P-01-0008 ir P-01-0012 Modeliai neįtraukti į palyginimą kadangi 38–40 rodiklių nematavo ir neturėjo galimybės pateiktų jų reikšmių. Tuo tarpu Modelių P01-0001, P01-0003, P-01-0006 ir P-01-0010 vykdytojai nepateikė dalies rodiklių reikšmių arba negalėjo jų patikslinti. Taip pat kai kuriais atvejais rodiklių matavimo metodikos skyrėsi, todėl duomenys tarpusavyje nepalyginami. Pažymėtina jog vienas iš Modelių vykdytojų nurodė, kad, jų metodu, išvengtos hospitalizacijos buvo vertinamos remiantis fiksuotais kritinių aliarmų atvejais, kai, pasitelkus nuotolinio stebėjimo technologinius prietaisus ir specialistų įsikišimą, pavyko išvengti greitosios medicinos pagalbos iškvietimo. Nors šie duomenys nebuvo įtraukti į bendrąją išvengiamų hospitalizacijų analizę dėl taikytų skirtingų metodikų, šis pavyzdys rodo galimą technologijų potencialą užkirsti kelią hospitalizacijoms ir leidžia svarstyti jų platesnį taikymą nacionaliniu mastu. Atsižvelgiant į tai, į analizę įtraukti tik tie rodikliai, kurių duomenys patikslinti bei matavimo metodikos sutampa.

Pastebėta, kad skirtingi vykdytojai taikė skirtingus hospitalizacijų duomenų pateikimo metodus: kai kurie pateikė hospitalizacijų atvejų ir su jais susijusių lovardienų skaičių, kiti – pacientų skaičių ir jiems tenkantį lovardienų kiekį. Atsižvelgiant į šiuos skirtumus, hospitalizacijų vertinimui pasirinktas vieningas

analizės kriterijus – bendras lovdienių skaičius, kuris laikomas objektyviausiu rodikliu Modelių poveikiui hospitalizacijų mažinimui įvertinti. Kadangi projektą vykdžiusios organizacijos Modelius įgyvendino skirtingo dydžio pacientų grupėse ir per skirtingus laikotarpius, siekiant užtikrinti duomenų palyginamumą, apskaičiuotas lovdienių skaičius, tenkantis 100 pacientų per vienerius projekto įgyvendinimo metus. Ta pati metodika taikoma ir skubios medicininės pagalbos atvejams – skaičiuotas vidutinis skubios medicinos pagalbos atvejų skaičius, tenkantis 100 pacientų per metus. Toks duomenų apdorojimas leidžia išvengti metodologinių skirtumų ir užtikrina, kad Modelių poveikio analizė būtų kuo objektyvesnė ir palyginama tarp skirtingų projektų.

Lentelėje žemiau pateikta informacija apie pacientų hospitalizavimo, išvengiamų hospitalizacijų ir jų lovdienių skaičius, greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) skubių (I kategorijos) iškvietimų skaičius, tačiau nežinant hospitalizavimo priežasčių bei neturint galimybės palyginti su įprastinės priežiūros rodikliais Pacientų populiacijoje, šių rodiklių interpretavimas yra ribotas. Duomenis apie bendrą hospitalizacijų skaičių pateikusių projektų rezultatai svyravo nuo 0,8 (P-01-0004) iki 15,1 atvejo (P-01-0009) 100 projekto dalyvių per metus. Geriausi rezultatai registruoti P-01-0004, P-01-0015, P-01-0005, P-01-0013, P-01-0002, atitinkamai 0,8; 1,6; 2,0; 2,1; 2,1 hospitalizuotų pacientų. Vertinant bendrą lovdienių trukmę, P-01-0004 registruota 4,5 lovdienio per 100 pacientų metų bendra hospitalizavimo trukmė yra įspūdinga, ypač atsižvelgiant į santykinai didelę pacientų imtį ir yra išskirtinė, lyginant tiek su kitų projektų lovdienių trukme (svyravo nuo 10,9 iki 66,3), tiek su nacionaliniais duomenimis. Pagal Higienos instituto pateiktus duomenis, sergančiųjų 2 lėtinėmis ligomis, priklausomai nuo amžiaus, *hospitalizavimo atvejų skaičius* 100 pacientų tuo pačiu laikotarpiu atitinkamai siekė 6,5 atvejus amžiaus grupėje iki 64 m., 6,3 atvejo amžiaus grupėje tarp 65 ir 79 m. bei 8,1 atvejo amžiaus grupėje nuo 80 m. Sergančiųjų dviem lėtinėmis ligomis, priklausomai nuo amžiaus. Tuo tarpu *bendras* lovdienių skaičius 100 pacientų 2019–2024 metų laikotarpiu vidutiniškai siekė 53,1 lovdienio amžiaus grupėje iki 64 m., 73,0 lovdienius amžiaus grupėje tarp 65–79 m. ir 195,6 lovdienio amžiaus grupėje nuo 80 metų, o *išvengiamų hospitalizacijų* lovdienių skaičius per 100 pacientų siekė 29,9 lovdienio amžiaus grupėje iki 64 m., 24,4 lovdienio amžiaus grupėje tarp 65–79 m. ir 33,3 lovdienio amžiaus grupėje nuo 80 metų. Tuo pačiu laikotarpiu išvengiamų hospitalizavimo atvejų skaičius per 100 pacientų atitinkamai sudarė 2,9 atvejo amžiaus grupėje iki 64 m., 2,5 atvejo tarp 65–79 m. ir 3,8 atvejo nuo 80 metų.

Lentelė 10. Su pacientų hospitalizacijomis susijusių rodiklių apžvalga

Rodiklis	Matavimo vienetas	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016*
38. Pacientų, kurių sveikatos būklės pablogėjimo atveju buvo reikalinga hospitalizacija, skaičius ir hospitalizacijos trukmė (lovadieniai)	Hospitalizacijų atvejų skaičius projekto metu	16	4	135	21	10	23	62	38	14	29	10	0
	Hospitalizacijų atvejų skaičius 100 pacientų per metus	3.5	2.1	13.1	0.8	2.0	4.9	15.1	6.7	2.1	4.4	1.6	0.0
	Hospitalizacijų lovadienių skaičius projekto metu	-	28	135	117	187	-	75	376	223	261	70	0
	Hospitalizacijų lovadienių skaičius 100 pacientų per metus	-	14.5	13.1	4.5	38.1	-	18.2	66.2	32.9	39.2	10.9	0.0
39. Išvengiamųjų hospitalizacijų dėl konkrečių ligų, kurios nurodytos Aprašo 48.8.2 papunktyje, skaičius bei išvengiamųjų hospitalizacijų trukmė (lovadieniai)	Išvengiamų hospitalizacijų atvejų skaičius projekto metu	8	10	-	7	5	-	3	-	3	20	3	0
	Išvengiamų hospitalizacijų atvejų skaičius 100 pacientų per Modelio įgyvendinimo metus	1.8	5.2	-	0.3	1.0	-	0.7	-	0.4	3.0	0.5	0.0
	Išvengiamų hospitalizacijų lovadienių skaičius projekto metu	-	0	-	36	18	-	0	-	12	258	15	0
	Išvengiamųjų hospitalizacijų lovadienių skaičius 100 pacientų per Modelio įgyvendinimo metus	-	0.0	-	1.4	3.7	-	0.0	-	1.8	38.8	2.3	0.0
40. Skubios medicininės pagalbos atvejai (GMP skubių iškviemtų skaičius, susijęs su pacientui diagnozuota liga)	GMP atvejų skaičius	12	0	81	9	7	31	32	-	8	12	4	0
	Skubios medicinos pagalbos atvejai 100 pacientų per metus	2.6	0.0	7.9	0.3	1.4	6.6	7.8	-	1.2	1.8	0.6	0.0

*P-01-0016 hospitalizacijų ir SPS atvejų neregistruota, kas atsižvelgiant į projekto apimtį nerealistiška, todėl Modelio hospitalizacijų duomenys detaliau neanalizuojami.

Ne visų centrų atstovai teisingai suprato išvengiamųjų hospitalizacijų rodiklio apibrėžimą: vietoje išvengiamųjų hospitalizacijų (angl., *preventable hospitalisation*), t.y., hospitalizacijų dėl Aprašo 48.8.2 nurodytų ligų, buvo pateiktas potencialių hospitalizacijų, kurių galimai buvo išvengta projekto

vykdymo metu, skaičius. Dėl šios priežasties P-01-0006 ir P-01-0010 „išvengtų“ hospitalizacijų lovardienių skaičiaus reikšmės neįtrauktos į analizę. Įvertinus pateiktus duomenis, didžiausią išvengiamų hospitalizacijų lovardienių skaičių fiksavo P-01-0014 – 38,8 lovardienio 100 pacientų per metus, arba 99 proc. visų lovardienių. Žymiai mažesni rezultatai stebėti P-01-0005 (3,7 lovardienių, arba 9,7 proc.), P-01-0015 (2,3, arba 21 proc.), P-01-0013 (1,8, arba 5,5 proc.) ir P-01-0004 (1,4, arba 31 proc.). Likusiuose Modeliuose rodiklis buvo lygus nuliui arba negalėjo būti įvertintas. Toks platus išvengiamų hospitalizacijų proporcijos diapazonas (nuo 5,5 iki 98 proc.) sąlyginai panašioje pacientų populiacijoje leidžia įtarti esant metodologinių vertinimo skirtumų. GMP atvejų analizė parodė reikšmingus skirtumus tarp Modelių. Šios reikšmės varijavo tarp 0,0 ir 7,9 atvejo 100 pacientų per metus. Mažiausi rodikliai fiksuoti P-01-0002 (0,0 atvejo), P-01-0004 (0,3) ir P-01-0015 (0,6), kas gali rodyti efektyvų ambulatorinių paslaugų organizavimą ir pacientų stebėseną. Vidutinės reikšmės (1,2–2,6) stebėtos P-01-0013, P-01-0005, P-01-0014 ir P-01-0001, kur GMP poreikis išliko santykinai nedidelis. Tuo tarpu didžiausias GMP iškvietimų skaičius registruotas P-01-0003 (7,9), P-01-0009 (7,8) bei) P-01-0009 (6,6), kas galimai susiję su pacientų profilio ypatumais ar ribotu intervencijų efektyvumu.

Papildomomis duomenų užklausomis Modelių vykdytojų taip pat buvo prašyta pateikti išvengiamų hospitalizacijų atvejų bei lovardienių skaičius pagal pacientų ligotumo lygius. Vykdytojų buvo prašoma klasifikuoti pacientus pagal šiuos nustatytus sergamumo lygius:

- Sergantys 2 lėtinėmis ligomis (*angl. oligomorbidity*);
- Sergantys 3–4 lėtinėmis ligomis (*angl. multimorbidity*);
- Sergantys 5 ir daugiau lėtinių ligų (*angl. polimorbidity*).

Remiantis surinkta informacija, 3 Modelių vykdytojai, galėję pateikti duomenis, nurodė, kad išvengiamų hospitalizacijų atvejai registruoti tik tarp pacientų, sergančių dviem lėtinėmis ligomis – t. y. priklausančių oligomorbiškumo grupei. Pokalbių metu patikslinta, kad būtent tokie pacientai (sergantys 2 ligomis) sudarė absoliučią daugumą projekto dalyvių; kadangi nebuvo iš anksto registruojami šie rodikliai pagal ligų skaičius, duomenų apie multimorbidinių ir polimorbidinių pacientų stacionarizavimą nebuvo.

Taip pat, siekiant tiksliau įvertinti hospitalizacijų apimtį ir pobūdį, duomenų užklausoje prašyta pateikti ne tik bendrą hospitalizacijų lovardienių, bet ir hospitalizacijų atvejų skaičių. Ši informacija leido apskaičiuoti vidutinį lovardienių skaičių vienai hospitalizacijai, kuris yra svarbus rodiklis, atspindintis hospitalizacijos trukmę bei galimą pacientų sveikatos būklės sudėtingumą. Šiuos papildomus duomenis pateikė 6 iš 14 Modelių vykdytojų. Tarp jų vidutinė stacionarizavimo trukmė svyravo nuo 3,8 lovardienio iki 25 lovardienių, o vidurkis siekė 12,7 lovardienio. Šie skirtumai rodo reikšmingą variaciją tarp Modelių, kuri gali būti susijusi su pacientų profiliu, taikomomis intervencijomis ar sveikatos priežiūros organizavimo ypatumais.

Tuo tarpu iš Modelių, kuriuose buvo fiksuoti išvengiamų hospitalizacijų atvejai, 4 pateikė hospitalizacijų skaičių – šiuose Modeliuose vidutinis lovardienių skaičius per išvengiamą hospitalizacijos atvejį svyravo nuo 3,6 iki 8,9 lovardienio, o bendras vidurkis sudarė 5,4 lovardienio vienam atvejui.

4.3.6. Veiksmingiausios taikytos intervencijos

Interviu su Modelių vykdytojais metu nustatyta, kokios Modelyje taikytos intervencijos ar veiklos turėjo didžiausią įtaką pasiektiems rezultatams bei kurie rodikliai geriausiai atspindi šiuos pokyčius. Šie klausimai buvo pateikti siekiant nustatyti priežastinius ryšius tarp intervencijų ir rezultatų, ir įvertinti, kiek universalūs ar specifiniai buvo intervencijų poveikiai skirtinguose Modeliuose.

Objektyvūs pacientų sveikatos būklės rodikliai dažniausiai buvo laikomi pagrindiniu Modelių įgyvendinimo efektyvumo įrodymu. Pasak Projektų vykdytojų, dauguma jų Modelių sėkmę siejo su pagerėjusia kraujospūdžio kontrole, lipidų kiekio kraujyje rodiklių normalizavimu, KMI sumažėjimu bei pacientų sveikatos būklės pagerėjimo įvertinimu. Dalis vykdytojų taip pat pabrėžė pacientų žinių ir įgūdžių, susijusių su savo ligos kontrole, augimą. Šie pokyčiai buvo siejami su taikytomis personalizuotomis intervencijomis, tokios kaip nuosekli pacientų būklės stebėseną, sveikatingumo edukacija, individualūs sveikatos planai bei nuolatinis specialistų ryšys su pacientu. Nors taikytų intervencijų pobūdis ir intensyvumas tarp įstaigų skyrėsi, išryškėjo bendros tendencijos, rodančios, kad integruotas požiūris į pacientą, įtraukiant tiek technologinius sprendimus, tiek tarpprofesinį bendradarbiavimą, lėmė ryškiausius pokyčius.

Lentelė 11. Modelių rodikliai ir su jais susijusios intervencijos, turėjusios didžiausią įtaką rezultatų pasiekimui

Rodiklis	Modelių intervencijos
16. Pacientų, kurie sutinka, kad jų įgūdžiai / žinios apie savo ligos kontrolę pagerėjo, skaičius (procentai)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukaciniai užsiėmimai apie ligos valdymą. ▪ Asmeninės konsultacijos su slaugytojais ar atvejo vadybininkais. ▪ Suprantamai pateikta informacija. ▪ Pacientų įgalinimas priimti sprendimus dėl savo sveikatos.
25. Pacientų, teigusių, kad dalyvaujant išbandant Modelį, pagerėjo jų sveikatos būklė, skaičius (procentai)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompleksinė paciento priežiūra. ▪ Nuoseklus sveikatos rodiklių stebėjimas. ▪ Į pacientą orientuota komunikacija. ▪ Motyvuojantis specialistų palaikymas.
33. Pacientų, kurių kūno masės indeksas sumažėjo lyginant su Modelio išbandymo pradžia, skaičius, t. y. kūno masė sumažėjo 10 proc. ar daugiau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individualizuoti mitybos ir fizinio aktyvumo planai. ▪ Reguliarus kūno masės stebėjimas. ▪ Pacientų motyvavimas ir elgsenos keitimo palaikymas. ▪ Praktinės rekomendacijos apie gyvenimą.
34. Teigiami pacientų kraujospūdžio pokyčiai, skaičius (procentai)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atvejo vadybininko įtraukimas. ▪ Reguliarus kraujospūdžio matavimas ir sekimas. ▪ Pacientų mokymas apie savikontrolės svarbą. ▪ Individualūs stebėsenos planai.
35. Teigiami pacientų lipidogramos pokyčiai, skaičius (procentai)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gyvensenos korekcija (subbalansuota mityba, fizinis aktyvumas). ▪ Sveikatingumo konsultacijos. ▪ Komandinis gydymo planų sudarymas. ▪ Reguliarūs lipidų tyrimai ir atgalinis ryšys.

4.3.7. Modelių pasiektų rodiklių apibendrinimas

Skirtingose rodiklių grupėse pastebimos nevienodos tendencijos, atspindinčios tiek Modelių įgyvendinimo skirtumus, tiek jų poveikį pacientų priežiūrai, elgsenai ir sveikatos būklei. Geriausi bendri Modelių įvertinimai pasiekti P-01-0006 (32.3), P-01-0001 (32.1) ir P-01-0005 (32.1), kurie išsiskyrė reikšmingais pacientų pasitenkinimo ir elgsenos pokyčių rodikliais bei gerais sveikatos būklės rodikliais. Didžiausi pacientų elgsenos pokyčiai stebėti P-01-0005, P-01-0006, P-01-0013 Modeliuose, kur reikšmingai padidėjo fizinis aktyvumas ir pagerėjo mitybos įpročiai. Vidutiniškai tarp visų Modelių 21,6 proc. pacientų padidino fizinį aktyvumą, 14,9 proc. dažniau vartojo daržoves, o 12,5 proc. – vaisius. Tuo tarpu P-01-0010 buvo vienintelis Modelis, kuriame stebėtas fizinio aktyvumo mažėjimas.

Vertinant klinikinius rodiklius, iš pateikusiųjų patikslintą informaciją, geriausi rezultatai pasiekti P-01-0005. Apskritai, nors taikytos gana panašios intervencijos, stebėti gana skirtingi efektyvumo rezultatai, o kai kuriais atvejais po intervencijos rezultatai netgi prastesni negu prieš ją (P-01-0013 tikslinės lipidų kontrolės rodiklio sumažėjimas nuo 70 iki 69 proc., P-01-0009 tikslinės AKS kontrolės rodiklio pablogėjimas nuo 36 iki 31 proc.), todėl nesant kontrolinės grupės, nėra galimybės įvertinti, ar stebėti rezultatai nulemti vykdytos intervencijos efektyvumo, ar atsitiktinumo.

Lovadienių per paciento dalyvavimo tyrime metus skaičius svyravo nuo 0 iki 66. Nors hospitalizacijų skaičius ir trukmė laikytini vieni svarbiausių intervencijos efektyvumo vertinimo rodiklių, nesant kontrolinės grupės ir galimybių patikimai palyginti pacientų imtis skirtinguose centruose, sunku įvertinti šių rodiklių palyginamumą tarp projektų. Metodologiniai vertinimo skirtumai tarp projektų apsunkina išvengiamų hospitalizacijų palyginamumą. Vis dėlto, Projekto P-01-0004 registruota 4,5 lovadienio per 100 pacientų metų bendra ir 1,4 lovadienio dėl išvengiamų hospitalizacijų bendra stacionarizavimo trukmė yra išskirtinė tiek lyginant su kitų projektų rezultatais, tiek su nacionaline Pacientų stacionarizavimo statistika. Atsižvelgiant į tai, kad šiame projekte dalyvavo santykinai didelis pacientų skaičius, galima daryti išvadą, kad šis radinys yra sąlygotas ne atsitiktinumo, o Projekto metu vykdytų intervencijų, įskaitant ir naudotą kritinių aliarmų fiksavimo sistemą, poveikio.

Apibendrinant, laikytina, kad Modelių išbandymo laikotarpiu dalyvavusių pacientų elgsena bei sveikatos rodikliai pagerėjo ir tam daugiausiai įtakos turėjo taikytos personalizuotos intervencijomis, tokios kaip nuosekli pacientų būklės stebėseną, sveikatingumo edukacija, individualūs sveikatos planai bei nuolatinis specialistų ryšys su pacientu. Nors taikytų intervencijų pobūdis ir intensyvumas tarp įstaigų skyrėsi, išryškėjo bendros tendencijos, rodančios, kad integruotas požiūris į pacientą, įtraukiant tiek technologinius sprendimus, tiek tarpprofesinį bendradarbiavimą, lėmė ryškiausius pokyčius.

Vis dėlto, vertinant Modelių pritaikomumą bendrajai populiacijai, turi būti atsižvelgta į analizės patikimumą ribojančius veiksnius: dalyvavusių pacientų būklės sunkumo skirtumus, projektų vykdymo trukmės skirtumus, rodiklių vertinimo metodologinius skirtumus, resursų paskirstymo ilgalaikio ir trumpalaikio poveikio intervencijoms skirtumus. Be to, projekte dalyvavo atrinkta tiriamųjų populiacija (tikėtina, labiau motyvuoti, galimai sveikesni pacientai, kadangi atsisakiusieji nebuvo įtraukiami į tyrimą), tikėtina, aukštesnės nei vidutinės projekto vykdytojų kompetencijos bei motyvacija, ribota projektų trukmė ir kt.

4.4 Modelių taikymo ypatumų skirtingo dydžio savivaldybėse analizė

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.1.4. Nustatyti Modelių taikymo ypatumus:

- savivaldybėse, kuriose yra iki 10 tūkst. gyventojų;
- savivaldybėse, kuriose yra nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų;
- savivaldybėse, kuriose yra daugiau kaip 21 tūkst. gyventojų.

išskiriant Modelių taikymo panašumus ir skirtumus.

Remiantis Techninėje specifikacijoje detalizuotais uždavinių klausimais pagal sveikatos centruose privalomų teikti sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, savivaldybės pagal gyventojų skaičių išskiriamos į šiuos intervalus:

- **iki 10 tūkst. gyventojų.** Į intervalą iki 10 tūkst. gyventojų patenka 5 pačios mažiausios savivaldybės Lietuvoje, vienas Modelis buvo įgyvendintas tokio dydžio savivaldybėje;
- **nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų.** Į intervalą nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų patenka 16 nedidelių savivaldybių Lietuvoje, trys Modeliai buvo įgyvendinti tokio dydžio savivaldybėse;
- **nuo 21 tūkst. gyventojų.** Intervalas nuo 21 tūkst. gyventojų apima 39 savivaldybes, kurių gyventojų skaičius ženkliai skiriasi (svyruoja nuo 21 tūkst. iki 600 tūkst.). Visi Modeliai buvo įgyvendinti šio intervalo savivaldybėse.

Papildomai, atsižvelgiant į savivaldybių demografinę ir geografinę specifiką, didelės (nuo 21 tūkst. savivaldybės) išskiriamos į:

- **didžiąsias savivaldybes** – priskiriamos Vilniaus miesto, Kauno miesto, Klaipėdos miesto, Šiaulių miesto, Panevėžio miesto ir Alytaus miesto savivaldybės. 11 Modelių buvo įgyvendinti didžiosiose Lietuvos savivaldybėse;
- **žiedines savivaldybes** – kurių teritorija supa didmiestį, turinčios savo savivaldybę. Prie žiedinių savivaldybių priskiriamos Vilniaus rajono, Kauno rajono, Klaipėdos rajono, Šiaulių rajono, Panevėžio rajono ir Alytaus rajono savivaldybės. Nors Lietuvos žiedinėse savivaldybėse skaičiuojama daugiau nei 21 tūkst. gyventojų, sveikatos centruose privalomai teikiamų paslaugų sąrašas apibrėžtas savivaldybėms, kuriose gyventojų skaičius yra nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų. 5 Modeliai buvo įgyvendinti žiedinėse savivaldybėse;
- **kitas** nuo 21 tūkst. gyventojų savivaldybes, kurios nėra nei didžiosios, nei žiedinės.

Lentelė 12. Pagal gyventojų skaičių suskirstytos savivaldybės, kuriose buvo įgyvendinti Modeliai

Projektas	Savivaldybės:				
	iki 10 tūkst. gyventojų	nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų	nuo 21 tūkst. gyventojų:		
			didžiosios savivaldybės	žiedinės savivaldybės	kitos
P-01-0001			Vilniaus m.		
P-01-0002			Vilniaus m.		
P-01-0003		Šilalės r.	Kauno m., Šiaulių m.	Kauno r.	Kelmės r.
P-01-0004			Vilniaus m.	Vilniaus r.	Prienų r.
P-01-0005			Vilniaus m.	Vilniaus r.	Švenčionių r.
P-01-0006				Kauno r.	Šakių r., Vilkaviškio r.

Projektas	Savivaldybės:				
	iki 10 tūkst. gyventojų	nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų	nuo 21 tūkst. gyventojų:		
			didžiosios savivaldybės	žiedinės savivaldybės	kitos
P-01-0008			Kauno m.		
P-01-0009		Druskininkų r., Pakruojo r.	Vilniaus m.		Trakų r.
P-01-0010		Druskininkų r.	Šiaulių m.		Utenos r.
P-01-0012				Klaipėdos r.	
P-01-0013			Vilniaus m.		Radviliškio r.
P-01-0014	Birštono		Kauno m.		
P-01-0015			Kauno m.		
P-01-0016					Ukmergės r., Kaišiadorių r.

Skirtumai tarp Modelių įgyvendinimo skirtingo dydžio savivaldybėse nustatyti remiantis interviu su Projektų vykdytojais bei ekspertų įžvalgomis. Įžvalgos padeda suprasti, kaip savivaldybių dydis ir jų demografinės ypatybės galėjo lemti skirtingą Modelių taikymo patirtį. Pažymėtina, kad įgyvendintų Projektų skaičius mažesnėse savivaldybėse buvo ribotas (iki 10 tūkst. gyventojų turinčiose savivaldybėse buvo įgyvendintas tik vienas Projektas, o 10-21 tūkst. gyventojų turinčiose – trys Projektai). Interviu metu taip pat paaiškėjo, kad mažesniųjų savivaldybių ASPĮ (Projektų partnerių) įsitraukimo lygis buvo mažesnis nei pagrindinių Projekto vykdytojų, o kai kuriais atvejais Projektų vykdytojai akcentavo darbuotojų kaitą, įvykusią po Projektų įgyvendinimo laikotarpio. Dėl šių aplinkybių, nustatyti skirtumai tarp skirtingo dydžio savivaldybių gali atspindėti ne visą situacijos visumą. Nepaisant apribojimų, nustatyti keli esminiai skirtumai, susiję su komandų sudėtimi, pacientų įsitraukimu ir sveikatos raštingumu, technologijų taikymu bei paslaugų prieinamumu:

- **PSP komandos sudėtis ir funkcijos.** Nors PSP komandų struktūra daugelyje Modelių buvo panaši, praktinis funkcijų įgyvendinimas skyrėsi priklausomai nuo savivaldybės dydžio. Didžiosiose savivaldybėse komandos buvo gausesnės, jose dirbo daugiau skirtingų sričių specialistų, todėl funkcijų pasiskirstymas buvo nuoseklesnis, pastebėta didesnė specializacija. Tuo tarpu mažesnėse savivaldybėse, iki 21 tūkst. gyventojų, komandos dažniausiai buvo sudarytos iš bazinių specialistų, kuriems teko prisiimti platesnį funkcijų spektrą – komandos nariai turėjo derinti kelias funkcijas, kurios didino darbo krūvį.
- **Pacientų įsitraukimas ir sveikatos raštingumas.** Mažesnėse (iki 21 tūkst. gyventojų turinčiose) savivaldybėse pacientai glaudžiau bendravo su sveikatos priežiūros specialistais ir bendruomenėmis, todėl kai kuriose vietovėse tai skatino natūralesnį įsitraukimą. Visgi, įsitraukimo intensyvumas priklausė ir nuo kitų veiksnių – socialinės padėties, sezoniškumo (pvz., ūkininkų darbymečiai), atstumų iki ASPĮ bei transporto galimybių. Didesnėse savivaldybėse pacientai dažniau pasižymėjo aukštesniu sveikatos raštingumu, aktyviau naudodavosi skaitmeninėmis priemonėmis, o jų motyvacija dalyvauti buvo didesnė, ypač kai paslaugos tapo lengviau prieinamos ir specializuotos.
- **Technologijų diegimas ir naudojimas.** Technologijų taikymo sėkmė buvo susijusi su savivaldybių dydžiu. Didmiesčiuose ir didesnėse savivaldybėse technologijos buvo diegiamos greičiau, jų taikymas buvo nuoseklesnis, o darbuotojai – labiau pasiruošę naudotis inovatyviomis priemonėmis. Mažesnėse savivaldybėse technologijų naudojimas buvo ribotas dėl specialistų trūkumo, žemesnio technologinio raštingumo bei ribotų finansinių ir infrastruktūros išteklių. Taip pat pastebėta, kad vyresnio amžiaus

pacientams, ypačiai regionuose, buvo sudėtingiau naudoti technologiniais sprendimais. Beveik visais atvejais reikalingas išsamus pacientų apmokymas naudoti įrangą.

- **Paslaugų prieinamumas.** Skirtingo dydžio savivaldybėse paslaugų prieinamumas nulemtas teritorinių bei socialinių veiksnių. Mažesnėse savivaldybėse, paslaugų prieinamumą riboja didesni atstumai iki sveikatos priežiūros įstaigų, nepakankamas viešojo transporto tinklas ir mažesnis ASPĮ tankis. Dėl šių priežasčių daliai pacientų buvo sudėtingiau reguliariai naudoti sveikatos paslaugomis ir dalyvauti išbandomo Modelio veiklose. Didesnėse savivaldybėse, nors geografinis paslaugų prieinamumas buvo geresnis, iššūkių kilo dėl didesnio pacientų srauto ir didesnio sveikatos priežiūros specialistų užimtumo, kuris riboja individualizuotų paslaugų teikimo galimybes.

Išanalizavus pateiktus Projektų dokumentus bei apibendrinus interviu metu surinktą informaciją, galima daryti išvadą, jog komponentės 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14 gali būti vertinamos, kaip pagrindinės ir būtinos efektyviam Modelių veikimui, kurios gali būti įgyvendinamos įvairaus dydžio savivaldybėse. Sunkumai ar iššūkiai, susiję su papildomų (ne pagrindinių) komponentių (5, 8, 10, 13, 15, 16) įgyvendinimu yra siejami ne su savivaldybės dydžiu ar geografine vietoje, o su atskiromis specifinėmis atskirų savivaldybių ypatybėmis (pvz.: vyresnis tiek medikų bendruomenės, tiek gyventojų amžius ir su tuo susijęs ribotas imlumas medicinos naujovėms, žemesnis kompiuterinis raštingumas, didesniu gyventojų išsibarstymu ir su susisiekimu susijusiais iššūkiiais, didesniu visų sveikatos sektoriaus darbuotojų trūkumu) ir turimais resursais (pvz., socialinės pagalbos, paramos, VSB, bendruomenių aktyvumu). Todėl vertinama, kad visi projektai, pilna apimtimi gali būti įgyvendinami didžiosiose ir žiedinėse savivaldybėse. Mažose ir vidutinio dydžio savivaldybėse visi projektai gali būti įgyvendinami įdiegiant pagrindines komponentes: taikant standartizuotą holistinį ištyrimą, įtraukiant daugiadalykę komandą ir atvejo vadybininką, kaip jos lyderį, visapusei paciento priežiūrai ir sklandžiam komunikavimui, sudaryti individualizuotą sveikatos priežiūros planą (įtraukiant artimuosius), bei jo vykdymui pasitelkti reikalingas ir priimtinas informacines technologijas. Informacinių sistemų patobulinimai, efektyviam informacijos pasikeitimui, kaip ir daugiakrypčiai sveikatos priežiūros specialistų mokymai, taip pat yra būtinos priemonės visose savivaldybėse. Papildomos komponentės galėtų būti taikomos adaptuotai, pritaikant pagal konkrečios savivaldybės, gyventojų ir gydymo įstaigų galimybes: esant išvystytai bendruomenių, nevyriausybiinių organizacijų veiklai - gilesnis, detalus sveikos gyvensenos mokymas, fizinio aktyvumo, psichologinės gerovės ir tarpusavio pagalbos, sveiko maisto gamybos veiklos, galėtų būti organizuojamos kaip papildomos, priemonės (8, 15, 16 komponentės). Nesant tokių galimybių - integruojant į pirminės sveikatos priežiūros veiklą, atitinkamai stiprinant komandų sudėtį, numatant papildomus žmogiškuosius resursus ir finansavimą.

4.5 Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijų, elgsenos pokyčių ir reikalingų mokymų kryptį analizė

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.1.5. išanalizuoti Projektuose tiesiogiai Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijas, elgsenos pokyčius. Įvertinti šių specialistų silpniausias kompetencijas ir pasiūlyti atitinkamas mokymų kryptis.

4.5.1. Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų funkcijų analizė

Viena iš kertinių Modelių įgyvendinimo dalių – daugiadalykės komandos įtraukimas. Daugiadalykė komanda leidžia užtikrinti koordinuotą, tęstinę ir individualizuotą pacientų, sergančių dvejomis ir daugiau lėtinėmis ligomis, priežiūrą. Daugiadalykė komanda apjungia skirtingų sričių specialistus, siekiant ne tik stabilizuoti paciento fizinę būklę, bet ir skatinti savipriežiūrą bei organizuoti slaugos ir / ar socialinę paramą. Tokiu būdu išvengiama sveikatos priežiūros

paslaugų fragmentiškumo ir sustiprinamas specialistų tarpusavio bendradarbiavimas. Daugiadalykės komandos sudėtis ir specialistų atliekamos funkcijos priklauso nuo pasirinkto Modelio, jį vykdančios įstaigos galimybių bei pasirinktų dalyvių – pacientų, sveikatos būklės ir priežiūros poreikių (pateikta lentelėje žemiau).

Projektų vykdymo metu visose Modelius išbandžiusiose įstaigose buvo įvesta nauja pareigybė – atvejo vadybininkas, kuris veikė kaip tarpininkas ir koordinatorius tarp paciento ir kitų specialistų. Jo pagrindinė užduotis buvo užtikrinti, kad paciento priežiūra būtų nuosekli, koordinuota ir efektyvi.

Atvejo vadybininkas buvo pagrindinis paciento kontaktinis asmuo, atsakingas už sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, informacijos valdymą ir Modelio įgyvendinimo stebėseną. Jis koordinavo paciento vizitus pas specialistus, prižiūrėjo individualizuoto priežiūros plano vykdymą ir užtikrino, kad pacientui būtų suteiktos visos reikalingos medicininės, socialinės ir psichologinės paslaugos. Be to, atvejo vadybininkai stebėjo paciento būklės pokyčius, organizavo papildomas konsultacijas ir, esant poreikiui, lankė pacientus namuose. Daugumoje Modelių atvejo vadybininko funkcijos buvo priskirtos jau įstaigose dirbantiems specialistams. Dažniausiai šias funkcijas atliko bendruomenės slaugytojai, bendrosios praktikos slaugytojai. P-01-0015 atvejo vadybininko funkcijas atliko slaugytojas diabetologas, o P-01-0006 – sveikos gyvensenos specialistas. Mažiausiai dvejuose projektuose (P-01-0009 ir P-01-0014) įstaigos įdarbino naujus specialistus atvejo vadybininko pareigoms. Vykdamas interviu su Projektų vykdytojais pastebėtas teigiamas pokytis dėl darbo efektyvumo, kai atvejo vadybininko funkcijas vykdė slaugytojai, medicinos gydytojai, gyvensenos specialistai, gydytojai rezidentai. Projektuose, kuriuose atvejo vadybininkais buvo socialiniai darbuotojai, viešųjų pirkimų specialistai, medicinos psichologai ar registраторiai, pacientų kontrolė buvo minimaliai pagerėjusi, o gydytojai neįautė didelės naudos.

Įprastai daugiadalykėje komandoje dalyvavo šeimos gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas (šeimos gydytojo komanda), kurie sudarė pagrindinę komandos ašį, atsakingą už paciento priežiūros koordinavimą ir pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Įtraukti specialistai skyrėsi priklausomai nuo Modelio struktūros ir jį įgyvendinančios įstaigos ir Modelių išbandyme dalyvavusių pacientų diagnozių. Plačiausia specialistų komanda pasižymėjo P-01-0003 Projektas, įtraukęs net 16 skirtingų specialistų, plačių kompetencijų komandomis taip pat pasižymėjo ir P-01-0009 bei P-01-0010 Projektai. Dažniausiai komandoje dalyvavo gydytojas kardiologas ir gydytojas endokrinologas, siekiant užtikrinti optimalią lėtinių ligų – ypač cukrinio diabeto ir hipertenzijos – kontrolę. Taip pat dažnai buvo įtraukiami psichologai, kineziterapeutai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir gyvensenos medicinos specialistai, kurių vaidmuo buvo susijęs su paciento psichosocialinės būklės vertinimu, gyvenimo būdo koregavimu ir reabilitacija. Rečiau į Modelio įgyvendinimą buvo įtraukiami gydytojai pulmonologai, gydytojai neurologai, farmacininkai, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai, slaugytojai diabetologai, gydytojai oftalmologai, gydytojai psichiatrai, gydytojai nefrologai ir gydytojai reumatologai. Pavieniais atvejais dalyvavo gydytojai kraujagyslių chirurgai, gydytojai dietologai, gydytojai klinikiniai farmakologai, gydytojai dermatologai ir vidaus ligų gydytojai.

Be įprastų specialistų funkcijų, kai kuriuose Modeliuose buvo išskirtinių atvejų, kai specialistams buvo pavestos papildomos ar netipiškos funkcijos. Tai atspindi kiekvienos įstaigos organizacinę strategiją bei Modelio pritaikymą prie pacientų poreikių. Vienas iš pavyzdžių buvo P-01-0015, kuriame gydytojas endokrinologas buvo atsakingas už daugiadalykės komandos konsiliumų koordinavimą. Daugumoje Modelių buvo organizuojami daugiadalykės komandos konsiliumai, kuriuose dalyvavo šeimos gydytojai, gydytojai specialistai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai, siekiant aptarti sudėtingesnius pacientų atvejus ir priimti optimalius gydymo sprendimus. Įprastai už konsiliumų organizavimą kituose Modeliuose buvo atsakingi atvejo vadybininkai ar šeimos gydytojai. Išskirtinis atvejis buvo P-01-0009, kur buvo įvesta unikali pareigybė – atvejo vadybininkų koordinatorius. Tai buvo vienintelis Modelis, kuriame ši pareigybė buvo sukurta. Atvejo vadybininkų koordinatorius buvo atsakingas už atvejo

vadybininkų veiklos koordinavimą, užtikrindamas, kad jų veikla būtų efektyvi ir nuosekli viso Projekto metu. Taip pat jis organizavo šeimos gydytojų komandos konsiliumą, siekiant užtikrinti daugiadalykės komandos bendradarbiavimą ir sprendimų priėmimą dėl pacientų priežiūros. Kitas išsiskiriantis interviu metu nustatytas aspektas buvo gydytojų klinikinių farmakologų ir farmacininkų vaidmuo P-01-0005, P-01-0003, P-01-0010, P-01-0006 ir P-01-0014, kur jie buvo atsakingi už pacientų vartojamų vaistų ir papildų įvertinimą. Daugumoje Modelių vaistų sąveikos vertinimą atlikdavo šeimos gydytojai, tačiau šiuose Modeliuose farmacininkai papildomai vertino vaistų suderinamumą, teikė rekomendacijas dėl jų vartojimo ir galimų nepageidaujamų sąveikų su kitais preparatais ar paciento mityba. Kineziterapeutų įsitraukimas taip pat varijavo priklausomai nuo įstaigos – pavyzdžiui, P-01-0014, P-01-0004, ir P-01-0002 kineziterapeutai ne tik konsultavo pacientus dėl reabilitacijos, bet ir organizavo grupinius ar individualius užsiėmimus pacientams, siekiant pagerinti jų fizinę būklę ir sumažinti komplikacijų riziką.

Vertinant specialistų įtraukimą išbandant Modelius, vykdytojų papildomai buvo prašyta nurodyti, kiek etatų buvo skirta specialistams, tiesiogiai dirbantiems Modelių įgyvendinimo metu. Kadangi skirtinguose Modeliuose pacientų skaičius buvo nevienodas, etatų skaičius buvo normalizuotas 100 pacientų per Modelio įgyvendinimo metus, siekiant užtikrinti rodiklių palyginamumą tarp vykdytojų. Kadangi Modelius išbandančios įstaigos nebuvo įpareigos rinkti ir saugoti duomenis apie specialistų darbo laiką (etatus) projektuose, šią informaciją pateikė 10 iš 14 Projektų vykdytojų, kurie šiuos duomenis turėjo.

Etatų paskirstymas tarp specialistų skyrėsi gana reikšmingai ir priklausė nuo Modelio struktūros, prioritetų bei vietos sprendimų dėl daugiadalykės komandos sudėties. Didžiausia dalis resursų buvo skiriama šeimos gydytojo komandai – vidutiniškai 2,76 etato 100 pacientų per metus. Kai kuriuose Modeliuose šis rodiklis aukštesnis ir viršija 4,00 etatus 100 pacientų, pavyzdžiui, P-01-0006 (4,81), P-01-0014 (4,59) ir P-01-0010 (4,20). Gydytojų specialistų – endokrinologų, kardiologų, pulmonologų ir kt. – įtraukimas į Modelių įgyvendinimą buvo mažesnio masto ir siekė 0,32 etato 100 pacientų per metus. Tokia tendencija rodo, kad šių specialistų paslaugos buvo teikiamos ribotai, dažniausiai epizodiškai, atsižvelgiant į paciento poreikius. Tuo tarpu kitų specialistų įtraukimas į Modelių išbandymą buvo dar mažiau intensyvus ir apsiribojo pavienių specialistų, tokių kaip slaugytojo diabetologo ar visuomenės sveikatos priežiūros specialisto įtraukimu.

Lentelė 13. Daugiadalykių komandų sudėtis ir etatų skaičius tenkantis 100 pacientų per metus

Kodas	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0010	P-01-0013	P-01-0014	Vidurkis
Šeimos gydytojo komanda	0.81	2.51	2.40	0.91	2.91	4.81	2.54	4.20	1.89	4.59	2.76
Šeimos gydytojas	0.33	0.62	0.65	0.41	0.71	0.79	0.50	2.05	0.68	0.91	0.77
Bendrosios praktikos slaugytojas	0.33	0.87	1.20	0.18	1.08	0.79	0.50	0.80	0.75	1.12	0.76
Atvejo vadybininkas	-	0.71	0.00	0.14	0.62	0.23	-	1.18	-	1.14	0.57
Gyvensenos medicinos specialistas	-	-	0.13	0.05	-	0.93	0.79	-	-	-	0.47
Psichologas	-	-	0.09	0.06	0.22	0.60	0.31	-	0.23	0.83	0.33
Kineziterapeutas	0.07	0.25	0.06	0.04	0.22	0.93	0.19	0.09	-	-	0.23
Socialinis darbuotojas	0.08	0.06	0.26	0.03	0.06	0.55	0.25	0.09	0.23	0.60	0.22
Gydytojai specialistai	0.15	0.25	0.75	0.12	0.52	0.23	0.21	0.41	0.29	0.29	0.32
Gydytojas endokrinologas	0.09	0.06	0.13	0.05	0.23	0.12	0.11	0.09	0.29	-	0.13
Gydytojas kardiologas	0.02	0.06	0.13	0.06	0.23	0.12	0.11	-	-	0.21	0.12
Gydytojas pulmonologas	-	-	0.13	-	-	-	-	-	-	0.08	0.11
Gydytojas konsultantas	-	-	-	-	-	-	-	0.09	-	-	0.09
Gydytojas neurologas	-	0.06	0.06	-	-	-	-	0.14	-	-	0.09
Gydytojas reabilitologas	-	-	-	-	-	-	-	0.09	-	-	0.09
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas	-	0.06	-	-	0.06	-	-	-	-	-	0.06
Gydytojas oftalmologas	-	-	0.06	-	-	-	-	-	-	-	0.06
Gydytojas dermatologas	-	-	0.06	-	-	-	-	-	-	-	0.06
Gydytojas psichiatras	-	-	0.06	-	-	-	-	-	-	-	0.06
Gydytojas kraujagyslių chirurgas	-	-	0.06	-	-	-	-	-	-	-	0.06
Gydytojas dietologas	0.04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.04
Klinikinis farmakologas - gydytojas	-	-	0.03	-	-	-	-	-	-	-	0.03
Gydytojas nefrologas	-	-	-	0.01	-	-	-	-	-	-	0.01
Kiti specialistai	0.14	0.06	0.06				0.26		0.23		0.15

Kodas	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0010	P-01-0013	P-01-0014	Vidurkis
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas	0.04	0.06	-	-	-	-	0.26	-	0.23	-	0.15
Farmacininkas	-	-	0,05*	-	0,05*	-	-	0,05*	-	0,05*	0,05*
Slaugytojas diabetologas	0.10	-	0.06	-	-	-	-	-	-	-	0.08
Suma per Modelį	1.10	2.82	3.21	1.03	3.43	5.04	3.01	4.61	2.40	4.88	3.31

4.5.2. Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų elgsenos pokyčių analizė

Specialistų elgsenos pokytis, remiantis apibrėžta Modelių struktūra ir siektiniais tikslais, viena iš esminių sąlygų sėkmingam Modelių įgyvendinimui, leidžianti taikyti naujus darbo metodus, gerinti bendradarbiavimą ir orientuotis į pacientų poreikius. Šiame poskyryje analizuojami specialistų elgsenos pokyčiai, kurie išryškėjo Modelių įgyvendinimo metu: kaip keitėsi specialistų užimtumas, tarpusavio bendradarbiavimas, atsakomybės pasiskirstymas, komunikacija su pacientais bei požiūris į kompleksinių poreikių turinčius asmenis.

Remiantis interviu su Projektų vykdytojais, specialistų elgsenos pokyčiai identifikuoti įvairiose srityse:

- **Darbo laiko sąnaudos.** Modelių įgyvendinimas reikšmingai paveikė sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymą:
 - Projektų pradžioje daug dėmesio teko pacientų įtraukimui, supažindinimui su naujomis priemonėmis ir tvarka. Šiuo laikotarpiu konsultacijos dažnėjo, tapo ilgesnės ir sudėtingesnės – buvo vertinami sveikatos rodikliai, sudaromi individualizuoti paciento sveikatos priežiūros planai ir derinami su įvairiais specialistais.
 - Projekto įgyvendinimo eigoje, darbo organizavimas tapo efektyvesnis – dalis funkcijų buvo deleguota atvejo vadybininkams ir slaugytojams, įdiegti nuotolinės priežiūros sprendimai, kurie sumažino fizinių konsultacijų poreikį, atvykdami į kontaktines konsultacijas pacientai geriau pasiruošdavo, tad konsultacijų dažnis ir trukmė normalizavosi ir trumpėjo. Tokiu būdu šeimos gydytojai galėjo daugiau laiko skirti sudėtingesniems atvejams, nes rutininė stebėseną buvo perduota atvejo vadybininkams ir (arba) slaugytojams. Vis dėlto, pacientai, turintys mažesnį technologinį raštingumą ar didesnius sveikatos priežiūros poreikių, reikalavo nuoseklesnės sveikatos priežiūros ir daugiau specialistų laiko (ne tik susijusio su ligų gydymu, bet ir, pavyzdžiui, suvedant sveikatos rodiklius į dienykus).
 - Įgyvendinant kai kuriuos Projektus, buvo numatytas ir apmokamas papildomas sveikatos priežiūros specialistų darbas, siekiant užtikrinti sklandų Modelio įgyvendinimą, tačiau šeimos gydytojo komandos nariai, Projektuose dirbę papildomai, o ne pagrindinio darbo metu, dažniau jautė pervargimą jautėsi demotyvuoti.
- **Komandos bendradarbiavimas.** Modelio įgyvendinimas sustiprino daugiadalykės komandos narių bendravimo kultūrą. Komandos nariai pradėjo dažniau remtis vieni kitų kompetencijomis, buvo aiškiau paskirstytos funkcijos ir atsakomybės. Gydytojai aktyviau bendravo su slaugytojais ir atvejo vadybininkais, šie specialistai tapo labiau įgalinti, turėjo galimybę prisiimti daugiau savarankiškumo pacientų priežiūros procese. Elgsenos pokyčiai atsiskleidė ir komandos narių požiūryje į paciento poreikius – daugiau dėmesio buvo skiriama bendravimui su pacientais, įtraukimui ir individualiam prisitaikymui. Tačiau ne visose komandose pokyčiai vyko sklandžiai – kai kuriems šeimos gydytojams buvo sunku perduoti dalį atsakomybės, o funkcijų neapibrėžtumas kėlė įtampą ar funkcijų persidengimą.
- **Darbo organizavimas ir naudojamos metodikos:**
 - Komandų darbo organizavimas tapo lankstesnis ir orientuotas į komandinį sprendimų priėmimą. Pradžioje buvo laikomasi aiškaus funkcijų pasiskirstymo, bendradarbiavimas buvo formalus, tačiau vėliau daugėjo neformalaus bendravimo, sprendimai dažniau buvo priimami elektroninėje erdvėje, atsirado greitesni informacijos apskaitimo būdai. Pastebėta, kad efektyviausias darbas vyko ten, kur buvo organizuojami tarpdisciplininiai pasitarimai ir konsiliumai.
 - Aktyviau išbandomi inovatyvūs informacinių technologijų sprendimai, naudojami pacientų duomenys, leidžiantys remtis objektyviais pacientų būklės rodikliais dienykuose. Šie duomenys leido sutelkti daugiau dėmesio paciento klinicinei situacijai ir priimti tikslesnius gydymo sprendimus.

- Modelių išbandymo metu buvo taikomi pacientų segmentavimo ir priežiūros planavimo metodai, leidžiantys sukurti algoritmus skirtingoms pacientų grupėms, tad paslaugų planavimas tapo labiau struktūruotas.

Svarbu pažymėti, kad siekiant elgsenos pokyčių Modelių įgyvendinimo metu buvo susiduriama su iššūkiais, kurie ribojo specialistų galimybes taikyti naujus darbo metodus ar integruoti pokyčius į įprastinę klinikinę praktiką. Projektų vykdytojai interviu metu išskyrė šiuos esminius iššūkius:

- **Nepakankami žmogiškieji ir laiko ištekliai.** Mažesniuose miestuose ar rajonų ASPJ, kuriose buvo sudėtinga užtikrinti, kad visi būtini specialistai būtų nuolat prieinami. Dalis specialistų neturėjo galimybės skirti laiko išsamesnėms konsultacijoms ar tarpdisciplininiais susirinkimams, nes šie veiksmai nebuvo papildomai apmokami. Be to, kai kurių specialistų darbo krūvis buvo per didelis, todėl papildomos veiklos, numatytos Projekte, vertintos kaip nepritaikomos ilgalaikėje praktikoje.
- **Informacinių technologijų integracijos.** Naudojamos informacinės sistemos nebuvo tarpusavyje suderintos ar integruotos su ESPBI IS bei naudojamomis inovatyviomis priemonėmis, skirtomis nuotolinei pacientų stebėsenai. Tai apsunkino sklandų duomenų perdavimą ir analizę bei reikalavo daugiau rankinio darbo, ypač iš slaugytojų ar atvejo vadybininkų. Nepaisant bandymų taikyti nuotolinio stebėjimo įrankius, jų diegimo metu dažnai buvo susidurta su ribotu techniniu palaikymu ar sudėtingais naudotojo sąsajos sprendimais, netinkamais vyresnio amžiaus pacientams.
- **Funkcijų persidengimas.** Nors dėmesys buvo skiriamas funkcijų pasidalijimui daugiadalykėse komandose, funkcijų atskyrimas tarp atvejo vadybininkų, slaugytojų ir gydytojų nebuvo pakankamai apibrėžtas dalyje Projektų. Dėl neapibrėžtų pareigų pasitaikydavo užduočių dubliavimas, o tai kėlė neefektyvumą ir įtampą tarp daugiadalykės komandos narių.
- **Pacientų įsitraukimas ir motyvacija.** Specialistams trūko žinių ir laiko, reikalingo nuosekliai pacientų edukacijai. Dalis pacientų vengė naudoti technologinius sprendimus, o Projektui pareikalavus per didelio pacientų įsitraukimo (pvz., kasdien žymėti sveikatos būklės rodiklius), šie atsisakydavo dalyvauti.

Modelių įgyvendinimas lėmė specialistų elgsenos pokyčius, susijusius su darbo laiko pasiskirstymu, komandinio darbo stiprinimu ir naujų darbo metodų taikymu. Specialistai pradėjo aktyviau naudoti informacines technologijas ir kitas inovacijas, taikyti pacientų segmentavimo metodus, aktyviau bendradarbiauti tarpusavyje ir su pacientais. Nors kai kuriose daugiadalykėse komandose pasitaikė iššūkių dėl atsakomybių pasidalijimo ar funkcijų delegavimo, informacinių technologijų integracijų bei pacientų įsitraukimo, bendra patirtis rodo didėjančią bendrą komandinį darbą, leidžiantį pagerinti Pacientų sveikatos priežiūrą.

4.5.3. Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų silpniausių kompetencijų ir mokymų kryptų analizė

Modelių įgyvendinimo sėkmei užtikrinti reikalingi ne tik organizaciniai pokyčiai, bet ir specialistų kompetencijų ugdymas, siekiant užtikrinti kokybišką ir ilgalaikę Pacientų priežiūrą. Remiantis įgyvendintų Projektų ataskaitomis ir interviu su Projektų vykdytojais, šiame poskyryje analizuojamos kompetencijos, kurias specialistai ugdė ar stiprino Modelių įgyvendinimo metu, bei išskiriamos silpniausios specialistų kompetencijos, kurias būtina stiprinti ateityje, siekiant labiau užtikrintos sveikatos priežiūros Pacientams nacionaliniu lygiu.

Visi projektų vykdytojai įgyvendino 2 sekcijos 6 komponentę, pagal kurią įsipareigojo organizuoti mokymus specialistams apie Modelio taikymą praktikoje užtikrinant, kad Modelį įgyvendinantys specialistai turėtų reikiamas žinias ir gebėjimus, leidžiančius sklandžiai dirbti pagal naująją priežiūros sistemą. Dalis projektų, tokie kaip P-01-0005, P-01-0006, P-01-0009 ir P-01-0016, daugiausia dėmesio skyrė pagrindiniams mokymams, susijusiems su Modelio įgyvendinimu, komandinio darbo principais bei sveikatos priežiūros kokybės gerinimu. Šie mokymai buvo

bendriniai ir skirti visiems daugiadalykės komandos nariams, siekiant užtikrinti vieningą supratimą apie Modelio veikimo principus. Kituose projektuose mokymų spektras buvo platesnis ir labiau pritaikytas skirtingoms specialistų grupėms. Klinikiniai mokymai buvo akcentuojami P-01-0003 projekte, kur vyko kursai apie akių patologijų diagnostiką, dermatoskopijos taikymą pirminėje sveikatos priežiūroje bei kvėpavimo ligų valdymą. Gyvensenos medicinos ir pacientų savipriežiūros skatinimo mokymai buvo vykdomi P-01-0001 ir P-01-0008 projektuose, apimant tokias temas kaip fizinio aktyvumo svarba, mitybos planavimas, psichologinės gerovės palaikymas bei žalingų įpročių korekcija. Technologinių sprendimų ir nuotolinės priežiūros taikymo mokymai vyko P-01-0012 ir P-01-0014, kur nagrinėtos skaitmeninės priemonės pacientų stebėsenai bei duomenų valdymui.

Apibendrinus, Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų kompetencijos stiprintos šiose srityse:

- **Pacientų sveikatos priežiūra.** Specialistai išmoko vertinti pacientus holistiškai, sudaryti individualizuotus sveikatos planus bei koordinuoti ilgalaikę Pacientų priežiūrą. Mokymai padėjo įgyti žinių apie vaistų sąveikas, diagnostinių tyrimų interpretavimą, gyvensenos mediciną ir kt.
- **Komandinis darbas ir bendradarbiavimas.** Specialistai įsisavino naują komandinio darbo Modelį, kurio metu daugiau dėmesio skiriama atsakomybių pasidalijimui, užduočių delegavimui, konsiliumų organizavimui ir bendram sprendimų priėmimui, išmoko dirbti daugiadalykėje komandoje.
- **Vadybinės kompetencijos.** Kai kurie specialistai, ypač slaugytojai ir atvejo vadybininkai, ugdė lyderystės kompetencijas, įgijo žinių apie pacientų vadybą ir informacijos srautų koordinavimą. Buvo lavinami sveikatos priežiūros specialistų gebėjimai organizuoti daugiadalykių komandų darbą, struktūruoti veiklą, taikyti problemų sprendimo metodus holistiniu požiūriu.
- **Bendravimas su pacientais.** Komandos tobulino pacientų ugdymo, motyvavimo ir komunikavimo įgūdžius. Mokėsi efektyviau bendrauti su pacientais, perduoti informaciją apie sveikatos rodiklius, planuoti individualizuotą priežiūrą ir skatinti pacientų savarankišką įsitraukimą į gydymo procesą.
- **Informacinių technologijų naudojimas.** Specialistai mokėsi naudotis įvairiomis technologijomis, įskaitant mobiliąsias programėles ir platformas nuotolinei pacientų stebėsenai, išmaniuosius įrenginius, mokėsi teikti nuotolines konsultacijas ir kt.

Nors sveikatos priežiūros specialistams buvo suteikti mokymai specifinėmis temomis, Projektų vykdytojams reflektuojant interviu metu, kompetencijų trūkumas buvo įvardintas šiose srityse:

- **Informacinių technologijų naudojimas.** Kai kuriems specialistams, ypač dirbantiems regionuose ar mažiau su inovacijomis susiduriančiose įstaigose, trūko technologinio raštingumo, gebėjimų dirbti su inovatyviomis priemonėmis kasdieninėje praktikoje bei duomenų efektyvaus panaudojimo ir duomenų analizės žinių. Taip pat trūko informacinių technologijų specialistų, kurie galėtų užtikrinti inovatyvių priemonių integracijas su esamomis sveikatos priežiūros informacinėmis sistemomis.
- **Atvejo vadybininkų medicininės žinios.** Atvejo vadybininkai, neturintys medicininio išsilavinimo, neturėjo pakankamų medicininį žinių, reikalingų kokybiškai koordinuoti paciento priežiūrą ir perimti dalį funkcijų iš šeimos gydytojo. Tai ypač pasireiškė atliekant individualizuotų sveikatos planų sudarymą, sveikatos rodiklių interpretavimą, konsultuojant pacientus dėl savistabos ar sveikatos būklės pokyčių. Kai kuriais atvejais, atvejo vadybininkų pareigas vykdė socialiniai darbuotojai, kuriems trūko žinių apie lėtinių ligų eigą, priežiūros tęstinumą ir pacientų elgsenos keitimą. Be to, buvo išreikštas poreikis mokymams apie gyvensenos medicinos taikymą ir pacientų psichologinį pasirengimą. Tinkamai apmokyti ir medicininės žinias įgiję atvejo vadybininkai galėtų efektyviau atlikti savo funkcijas, prisideddami prie nuoseklesnės pacientų priežiūros ir gydytojų darbo krūvio mažinimo.

- **Pacientų įtraukimas.** Buvo jaučiamas poreikis įgyti žinių apie įvairias strategijas, skirtas pacientų motyvacijai didinti, ypač vyresnio amžiaus ar socialinę atskirtį patiriančioms grupėms. Specialistams stigo žinių apie elgsenos pokyčių valdymą, paciento pasiruošimą naudotis technologijomis, bei įgūdžių, kaip perteikti informaciją suprantamai.
- **Vadybinės kompetencijos.** Kai kuriems daugiadalykės komandos nariams trūko konfliktinių situacijų valdymo, efektyvaus bendradarbiavimo, funkcijų ar užduočių delegavimo įgūdžių daugiadalykės komandos viduje bei veiklų planavimo gebėjimų. Projektų vykdytojai pažymėjo, kad, siekiant efektyvaus Modelių įgyvendinimo būtina stiprinti specialistų gebėjimą suprasti įgyvendinamo Modelio tikslus ir numatomus rezultatus, gebėti planuoti veiklas ir vertinti jų poveikį. Tinkamas šių įgūdžių ugdymas padėtų sklandžiau integruoti naujus darbo metodus į įprastinę praktiką ir sustiprinti atsakomybių pasidalijimą.

Modelių įgyvendinimo metu sveikatos priežiūros specialistai stiprino klininkines, komunikacines, vadybines ir informacinių technologijų bei kitų inovacijų naudojimo kompetencijas, būtinas kokybiškai Pacientų priežiūrai. Tačiau interviu su Projektų vykdytojais atskleidė, kad daliai specialistų vis dar trūksta technologinio raštingumo, pacientų motyvavimo ir efektyvaus darbo daugiadalykėje komandoje įgūdžių. Siekiant sėkmingos Modelių plėtros nacionaliniu mastu, šios kompetencijų sritys turėtų būti prioritetinės tolesnių mokymų kryptys.

4.6 Modelių įgyvendinimo biudžeto apžvalga

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.2.1. nustatyti, kurie 2 išbandyti Modeliai geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu.

Efektyvus Modelių įgyvendinimo biudžeto paskirstymas ir panaudojimas yra vienas iš svarbių veiksnių, į kuriuos reikalinga atsižvelgti vertinant Modelių tinkamumą įgyvendinimui nacionaliniu lygiu. Kadangi kiekvienas Modelis buvo įgyvendintas skirtinga apimtimi, skirtingo dydžio pacientų grupėse ir su skirtingais ištekliais, svarbu įvertinti ne tik bendrą biudžetą, bet ir tai, kaip jis buvo paskirstytas tarp skirtingų veiklų bei kiek biudžeto išleista vienam pacientui per Modelio įgyvendinimo metus.

Didžiausia biudžeto dalis visuose Modeliuose skirta tiesioginiam Modelio vykdymui, kuris sudarė nuo 24 proc. iki 77 proc. bendros sumos. Tai apėmė paciento sveikatos priežiūros organizavimą, specialistų konsultacijas, tyrimus ir kitas paslaugas. Įrangai skirtos lėšos taip pat svyravo: kai kuriuose Modeliuose šios išlaidos siekė 10–16 proc. bendro biudžeto (P-01-0001, P-01-0009), o kituose – net 67 proc. (P-01-0013). Mokymams skirtos lėšos taip pat varijavo – jos sudarė nuo 1 proc. iki 8 proc. biudžeto, tačiau daugumoje Modelių buvo minimalios (1–3 proc.), išskyrus P-01-0002, kur šios išlaidos siekė 8 proc.. Netiesioginės ir kitos išlaidos sudarė 7–14 proc. bendro biudžeto, rodydamos papildomas administracines ir veiklos sąnaudas.

Analizuojant Modelių biudžeto paskirstymą, vienas svarbiausių kriterijų vertinant jų efektyvumą yra suma, išleista vienam pacientui per metus. Šis rodiklis leidžia objektyviai palyginti Modelius tarpusavyje ir kokia suma buvo skirta vienam pacientui. Modelių išlaidos vienam pacientui per metus reikšmingai skyrėsi – nuo 0.4 tūkst. Eur iki 2.5 tūkst. Eur. Mažiausios išlaidos vienam pacientui buvo fiksuotos P-01-0004 Modelyje (0.4 tūkst. Eur), kurio išbandyme dalyvavo beveik 5 kartus daugiau pacientų nei kituose Modeliuose. Sumą mažesnę nei 1 tūkst. Eur taip pat skyrė P-01-0001, P-01-0003, P-01-0008, , P-01-0012, P-01-0013 bei P-01-0014. Priešingai, P-01-0002 Modelis vienam pacientui skyrė 2.5 tūkst. Eur, kas gali reikšti didesnes investicijas į specializuotas paslaugas, naujas technologijas ar platesnį specialistų spektrą. Modelis P1-01-0009 taip pat viršijo 2 tūkst. Eur sumą ir siekė 2.1 tūkst. Eur. pacientui

per vienus Modelio veiklų įgyvendinimo metus Likę Modeliai išlaikė vidutinį išlaidų vienam pacientui lygį – tarp 1.2–1.7 tūkst. Eur, tarp kurių pateko P-01-0005, P-01-0006, P-01-0010, P-01-0014, P-01-0015

Vertinant Modelių tinkamumą nacionaliniam įgyvendinimui, svarbu ne tik jų pasiekti rezultatai, bet ir efektyvus biudžeto panaudojimas. Modeliai, kurie už mažesnes sąnaudas užtikrino kokybišką ir veiksmingą pacientų priežiūrą, gali būti prioretizuojami, siekiant maksimalios naudos platesnei pacientų grupei su turimais finansiniais ištekliais.

Lentelė 14. Modelių biudžeto pasiskirstymas

	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
Bendras biudžetas, tūkst. Eur	259.9	479.2	953.5	921.6	666.0	804.4	866.4	852.0	706.2	320.9	596.0	936.8	901.0	445.8
Biudžetas per pacientą per metus, tūkst. Eur	0.6	2.5	0.9	0.4	1.4	1.7	0.8	2.1	1.2	0.7	0.9	1.4	1.4	0.7
Modelio vykdymas, tūkst. Eur	195	292	736	560	411	538	578	637	271	235	141	559	496	258
% nuo bendros sumos	75%	61%	77%	61%	62%	67%	67%	75%	38%	73%	24%	60%	55%	58%
Mokymai, tūkst. Eur	2.9	38.8	23.7	17.2	13.9	27.3	8.6	5.0	20.8	4.2	10.0	4.8	25.3	8.4
% nuo bendros sumos	1%	8%	2%	2%	2%	3%	1%	1%	3%	1%	2%	1%	3%	2%
Įranga, tūkst. Eur	25.9	92.8	131.1	267.8	164.0	173.1	208.6	139.9	333.5	37.4	400.4	295.4	305.5	127.7
% nuo bendros sumos	10%	19%	14%	29%	25%	22%	24%	16%	47%	12%	67%	32%	34%	29%
Netiesioginės ir kitos išlaidos, tūkst. Eur	35.8	55.1	62.5	76.1	76.6	66.4	71.5	70.4	81.2	44.3	44.1	77.3	74.4	51.3
% nuo bendros sumos	14%	12%	7%	8%	12%	8%	8%	8%	12%	14%	7%	8%	8%	12%

5 Modeliai, kurie tinkamiausi įgyvendinti nacionaliniu lygiu

5.1 Išbandyti Modeliai, kurie geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.2.1. Nustatyti, kurie 2 išbandyti Modeliai geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu.

Remiantis įgyvendintų Modelių analizės rezultatais 2 labiausiai pasiteisinę ir tinkamiausi įgyvendinti Nacionaliniu lygiu Modeliai renkami remiantis šiais atrankos kriterijais:

- **Modelių inovatyvumas:** įgyvendintų Modelių inovatyvumas vertinamas atsižvelgiant į Literatūros ir gerųjų Pacientų sveikatos priežiūros praktikų apžvalgai įgyvendintų komponentų lygiu atliktą Modelių inovatyvumo ir įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui analizę. Atliekant vertinimą, atsižvelgiama ne tik į inovacijų naujumą bei kiekį, bet ir realų šių inovacijų poreikį, kaip inovacijas pavyko taikyti praktiškai, ar inovacijos palengvino priežiūrą tiek pacientams, tiek specialistams ir ar inovacijos turi potencialą ilgalaikiam naudojimui.
- **Paslaugų prieinamumas pacientams:** įgyvendintų Modelių paslaugų prieinamumas pacientams vertinamas pagal Modelių universalumą ir galimybę pritaikyti juos plačiam Pacientų spektrui, nepaisant diagnozių, amžiaus, technologinio raštingumo bei pagal Modelių lankstumą organizuoti paslaugas funkciškai atsižvelgiant į savivaldybių ypatybes. Vertinant atsižvelgiama į tai, ar Modeliai gali būti taikomi atokiose savivaldybėse, ar jie pritaikyti skirtingoms gyventojų grupėms, ir ar Modeliuose naudojamos alternatyvios paslaugų teikimo formos, tokios kaip nuotolinės konsultacijos, lankstus paslaugų planavimas ar kita.
- **Paslaugų kokybė:** įgyvendintų Modelių paslaugų kokybė vertinta atsižvelgiant į objektyvius sveikatos rodiklių pokyčius (pacientų dalis, kuriems pasiektas tikslinis AKS, pacientų dalis, kuriems pasiektas tikslinis MTL, pacientų, turinčių antsvorio dalis, kurių svoris sumažėjo bent 10 proc., mažiausias hospitalizacijų skaičius), subjektyvią pacientų patirtį pagal pasiektus pasitenkinimo rodiklius bei įstaigų surinktą kokybinį grįžtamąjį ryšį, ir sistemine Modelių komponentų kokybę – ar buvo taikomi nuoseklūs gydymo planai, ar priežiūra buvo gerai koordinuojama tarp specialistų, vertintas priemonių, moksliniais duomenimis turinčių įtakos sveikatos rodiklių ir gyvenimo kokybės gerėjimui, ankstyvam komplikacijų įtarimui ir nustatymui ilgalaikėje perspektyvoje (nepamatuojama projekto vykdymo laikotarpiu), įdiegimas ir naudojimas.
- **Orientacija į kompetencijų stiprinimą:** įgyvendintų Modelių orientacija į kompetencijų stiprinimą vertinta pagal tai, kokios pastangos Projektuose buvo skiriamos specialistų aktyviam mokymui bei profesinių gebėjimų stiprinimui. Tai apėmė tiek formalias mokymų programas, tiek praktinius mokymus, skirtus komandiniam darbui, tarpusavio komunikacijai, polifarmacijos valdymui bei pacientų įgalinimui. Aukščiausią vertinimą gavo Modeliai, kuriuose didelis dėmesys skiriamas komandinio „branduolio“ formavimui – ypač atvejo vadybininkų, šeimos gydytojų, slaugytojų ir kitų svarbių specialistų kompetencijų auginimui.
- **Efektyvus biudžeto panaudojimas:** įgyvendintų Modelių biudžeto panaudojimo efektyvumas buvo vertinamas kaip gebėjimas pasiekti reikšmingų rezultatų nenaudojant perteklinių lėšų ir taikant racionalius resursų valdymo sprendimus. Aukštesnis vertinimas suteiktas tiems, kurių struktūra būtų pakankamai ekonomiškai diegiant visos šalies mastu bei tiems, kurie sugebėjo pasiekti gerų rezultatų mažesniais kaštais.

Žemiau pateiktos lentelės žymėjimų paaiškinimas:

- 100% užpildytas apskritimas: **geriausiai** atrankos kriterijų atitinkantys Modeliai.
- ◐ 75% užpildytas apskritimas: **geriau nei vidutiniškai** atrankos kriterijus atitinkantys Modeliai.
- ◑ 50% užpildytas apskritimas: **vidutiniškai** atrankos kriterijus atitinkantys Modeliai.
- ◒ 25% užpildytas apskritimas: **iš dalies** atrankos kriterijus atitinkantys Modeliai.
- 0% užpildytas apskritimas: atrankos kriterijų **neatitinkantys** Modeliai.

Lentelė 15. Modelių vertinimo suvestinė

Vertinimo kriterijai	P-01-0001	P-01-0002	P-01-0003	P-01-0004	P-01-0005	P-01-0006	P-01-0008	P-01-0009	P-01-0010	P-01-0012	P-01-0013	P-01-0014	P-01-0015	P-01-0016
Modelių inovatyvumas														
Paslaugų prieinamumas pacientams														
Paslaugų kokybė														
Orientaciją į kompetencijų stiprinimą														
Efektyvus biudžeto panaudojimas														
Bendras vertinimas	 55 %	 40 %	 70 %	 90 %	 60 %	 40 %	 65 %	 60 %	 80 %	 60 %	 60 %	 55 %	 55 %	 55 %

Modelių inovatyvumu išsiskyrė P-01-0004 ir P-01-0010 Modeliai. Visi įgyvendinti Modeliai taikė inovatyvias priemones, siekiant efektyvinti Pacientų priežiūrą, tačiau vertinimo eigoje išryškėjo P-01-0004 ir P-01-0010 Modeliuose taikytų priemonių pranašumai ir didesnė vertė: atėjo vadybininko, gyvensenos specialisto, kaip priežiūros koordinatoriaus visapusišgalinimas, holistinis vertinimas ir individualizuoto plano, įtraukiant ir optimaliai panaudojant turimus resursus sudarymas, efektyvesnės nuotolinio pacientų sveikatos rodiklių stebėjimo, perdavimo ir savipriežiūros mokymo sistemos. Vertinant inovatyvumą, buvo atsižvelgiama ne tik į inovacijų gausą ar technologinį pranašumą, bet ir į jų tinkamumą skirtingomis lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, optimalaus panaudojimo galimybes individualiomis paciento sąlygomis, inovacijų įtaką komandos darbo krūviui ir įdiegtų inovacijų tvarumą pasibaigus Projektams.

Paslaugų prieinamumu išsiskyrė P-01-0004 ir P-01-0010 Modeliai. Paslaugų prieinamumo gerinimas buvo vienas pagrindinių uždavinių diegiant visus išbandytus Modelius. Atlikus išsamų vertinimą pranašesniais laikomi būtent šie Modeliai, nes juos įgyvendinant buvo sklandžiau įdiegtos atėjo vadybininko, gyvensenos specialisto pareigybės, išgrynintos jų funkcijos, eigoje sėkmingiau subalansuotas visos pirminės sveikatos priežiūros komandos darbas bei optimaliai organizuojamos specialistų konsultacijos (gydytojo – gydytojo aptarimai), pagal individualias paciento sąlygas.

Paslaugų kokybe išsiskyrė P-01-0004 Modelis dėl intervencijos metu registruoto išskirtinai mažo hospitalizacijų skaičiaus ir jų trukmės, kas suponuoja geriausią sveikatos priežiūros kontrolę, ir P-01-0005 dėl geriausio objektyvių sveikatos rodiklių pokyčio (nutukusių ar antsvorio turinčių pacientų, pasiekusių bet 10 proc. KMI sumažėjimą, tikslinį MTL, tikslinį AKS pasiekusių pacientų procentas).

Orientacija į šeimos gydytojo komandos kompetencijų stiprinimą išsiskyrė P-01-0003 Modelis. Visos komandos ir atskirų specialistų kompetencijų stiprinimas, savalaikiai mokymai – interviu metu buvo pabrėžiami beveik visų Projektų vykdytojų, nepriklausomai, kokios apimties mokymai buvo taikomi įgyvendinat jų Modelį. Pastebėta aiški sąsaja, jog išsamesnius mokymus projektų įgyvendinimo pradžioje turėję atvejo vadybininkai, patyrė mažiau iššūkių ir nurodė galintys koordinuoti daugiau Pacientų, nei tie, kurių mokymai buvo labiau techniniai, ar vėlavo dėl viešųjų pirkimų procedūrų ar kitų priežasčių. Projekto P-01-0003 vykdytojai pasižymėjo išskirtine orientacija į darbuotojų tiek specifinių, tiek bendrųjų kompetencijų stiprinimą, nes pasitelkiant akademinis resursus suformavo pilną specifinių mokymų bloką ir jį pritaikė vykdomo Projekto apimtyje ir už jo ribų.

Efektyviu biudžeto panaudojimu išsiskyrė P-01-0004 Modelis, kurio įgyvendinimui buvo skiriamos ženkliai mažesnės investicijos per pacientą ir Modelio išbandymo metus, tačiau nepaisant to įgyvendintas platus komponentų spektras, įgyvendinti pacientų poreikius atitinkantys sprendimai bei pasiekti geri rezultatai.

Apibendrinant rezultatus, P-01-0004 ir P-01-0010 išbandyti Modeliai geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu. Išrinktų Modelių santraukos pateiktos. Priedas Nr. 4. Išrinktų Modelių komponentų santrauka.

5.2 Siūlomo kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio principai

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.2.2. Įvertinti skirtingų išbandytų Modelių geriausius elementus ir pasiūlyti naują alternatyvą (naują kombinuotą Modelį).

Siūlomas kombinuotas Pacientų sveikatos priežiūros Modelis formuotas remiantis literatūros ir gerųjų praktikų analize, išbandytų Modelių analize, interviu su Projektų vykdytojais ir identifikuojant labiausiai pasiteisinusius (inovatyviausius, pagerinusius paslaugų kokybę ir prieinamumą) Modelių elementus.

Apibrėžus pirminius kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio principus suorganizuota grupinė diskusija su medikų bendruomene, kurioje dalyvavo daugiau nei 30 medikų (neįskaitant Modelių vertinimo komandos). Į grupinę diskusiją buvo pakviesti atstovai iš Lietuvos šeimos gydytojų kolegijos, Lietuvos šeimos gydytojų profesinės sąjungos, Lietuvos išplėstinės slaugos praktikos asociacijos, Lietuvos slaugos specialistų organizacijos, Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos, Lietuvos kardiologų draugijos, Lietuvos endokrinologų draugijos, Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugijos, Lietuvos pulmonologų draugijos. Prieš grupinę diskusiją buvo pristatyti siūlomi kombinuoto Modelio komponentų elementai ir jų logika. Diskusijos metu išryškinti esminiai iššūkiai ir praktiniai aspektai, į kuriuos būtina atsižvelgti siekiant užtikrinti Modelio pritaikomumą praktikoje. Nesant galimybei dalyvauti kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio pristatyme ir diskusijoje, grįžtamasis ryšys iš medikų papildomai buvo renkamas raštu. Medikų bendruomenės išsakytos įžvalgos ir pasiūlymai įtraukti į galutinį principų sąrašą.

I sekcija. Sergančių dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis pacientų priežiūra

1 komponentė. Tęstinis, reguliarus ir visa apimantis (t. y. holistinis) paciento ištyrimas.

Pirminis paciento ištyrimas apima fizinės būklės vertinimą, laboratorinius tyrimus, psichologinius tyrimus, įsitraukimo į socialinį gyvenimą vertinimą bei kitus vertinimus (skiepijimo, prevencinių programų, vaistų suderinamumo). Detalesni rodikliai vertinami priklausomai nuo ligų, kuriomis pacientas serga ir (arba) srities, pvz: pagal pulmonogines, kardiologines, cukrinio diabeto ar neurologines patologijas. Detalus pacientų ištyrimo tyrimų sąrašas ir dažnis pateikiamas Priedas Nr. 13. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal Kombinuotą Modelį.

2 komponentė. Koordinuojanti daugiadalykė komanda.

Daugiadalykę komandą sudaro:

- **Šeimos gydytojo komandos nariai:** šeimos gydytojas, bendrosios praktikos slaugytojas arba išplėstinės praktikos slaugytojas, atvejo vadybininkas, kineziterapeutas, gyvenamosios medicinos specialistas, psichologas, apylinkės administratorius, socialinis darbuotojas;
- **Gydytojai specialistai:** endokrinologas, kardiologas, pulmonologas, neurologas, reabilitologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, oftalmologas;
- **Kiti sveikatos priežiūros specialistai:** visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, slaugytojas diabetologas.

3 komponentė. Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus paskyrimas („atvejo vadybininkas“).

- Atvejo vadybininkas įtraukiamas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 9 d. įsakymą Nr. V-1259 dėl Atvejo vadybos paslaugų teikimo šeimos gydytojo komandoje reikalavimų aprašo patvirtinimo.

- Ilgalaikėje perspektyvoje Atvejo vadybininkas turi turėti aukštojo mokslo kvalifikaciją, įgytą baigus **sveikatos mokslų** kryptių grupės studijas arba jai lygiavertę aukštojo mokslo kvalifikaciją ir turi būti baigęs ne trumpesnę nei 36 valandų kvalifikacijos tobulinimo programą socialinių emocinių kompetencijų ugdymo arba Pacientų priežiūros srityje pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2024 m. gruodžio 9 d. įsakymą Nr. V-1259.
- Ilgalaikėje perspektyvoje rekomenduojama sukurti studijų programą, kuri ruošytų specialistus lėtinėmis ligomis sergančių Pacientų priežiūrai.
- Rekomenduojama, kad pereinamuoju laikotarpiu Pacientų atvejo vadybininkais būtų skiriami slaugytojai, siekiant išvengti funkcijų dubliavimo, resursų švaistymo, o pacientas gautų platesnę paslaugą „vieno kabineto“ principu, taip užtikrinant Pacientų saugumą ir paslaugų savalaikiškumą, tačiau atsižvelgiant į ribotus įstaigų resursus, pereinamuoju laikotarpiu atvejo vadybininkais gali dirbti ir socialinių mokslų kryptių studijas baigę specialistai, sukaupę ne mažesnę nei kelerių metų darbo patirtį medicinos srityje.
- Atvejo vadybininko funkcijos turi būti aiškiai aprašytos įstaigos lygyje ir turi apimti ne tik organizacines funkcijas, bet ir lėtinių ligų stebėseną ir valdymą.

4 komponentė. Individualizuotas paciento sveikatos priežiūros planas.

- Individualizuotą paciento sveikatos priežiūros planą sudaro šeimos gydytojo komanda pagal kompetencijas pagal poreikį pasitelkiant gydytojų specialistų rekomendacijas.
- Pacientas bei, esant poreikiui, jo šeimos nariai yra įtraukiami į individualizuoto paciento sveikatos priežiūros plano sudarymą, kad būtų atliepti pacientų poreikiai ir galimybės.
- Kiekvienam pacientui sudaromas ilgalaikis (ne trumpesnis kaip 12 mėn.) individualus jo sveikatos stebėjimo planas. Įtraukiami:
 - tiksliniai objektyvūs stebėjimo rodikliai;
 - būtinos profilaktinės ir prevencinės programos;
 - sveikos gyvensenos principai;
 - psichinės sveikatos komponentai.
- Individualus planas turi būti optimalus ir subalansuotas, kad skatintų pacientą rūpintis savo sveikata, o ne taptų našta. Svarbu, kad planas būtų įgyvendinamas organizuojant apsilankymus, tyrimus ir kt.
- Individualizuotą paciento sveikatos priežiūros planą prižiūri atvejo vadybininkas.
- Individualizuotas planas peržiūrimas ir koreguojamas sveikatos būklei reikšmingai pasikeitus arba suėjus pradinio plano sudarymo terminui. Plano peržiūros metu vertinama, kurios individualizuoto plano dalys įgyvendintos (ne)tinkamai, analizuojamos to priežastys.

II sekcija. Konsultacinė sistema specialistams

5 komponentė. Įrodymais pagrįstos praktikos įdiegimas.

- Rengiamos ir nuolat atnaujinamos paslaugų teikimo rekomendacijos pagal pacientų diagnozes yra prieinamos nacionalinėje platformoje, kuri tenkina Pacientų sveikatos priežiūros poreikius.
- Pagal rekomendacijas specialistams siunčiami pranešimai / priminimai / patarimai, sutaupantys medikų laiką ieškant informacijos pagal patvirtintus skirtingus standartizuotus pacientų kelius. Įrodymais pagrįstos praktikos

diegimas suteikia galimybę plačiau įgalinti atvejo vadybininkus vertinti ir koreguoti individualizuotus Pacientų sveikatos priežiūros planus, jei vyksta pagal protokolus, priešingu atveju įtraukiami šeimos gydytojai ar, esant poreikiai, gydytojai specialistai.

6 komponentė. Daugiadalykės komandos narių mokymai, profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrai, gerinti, ugdymas.

- **Bendriniai Modelio taikymo mokymai** apie naujo Pacientų priežiūros Modelio įgyvendinimą: supažindinimas su šeimos gydytojo komandos atsakomybių pasidalijimu, Modelio nauda.
- **Technologijų taikymo mokymai:** inovatyvių pacientų sveikatos stebėjimo priemonių taikymas kasdienėje praktikoje, nuotolinio stebėjimo programų naudojimas, duomenų analizė ir efektyvus duomenų panaudojimas, dirbtinio intelekto įrankių taikymas kuriant individualizuotus planus, tikrinant vaistų suderinamumą, analizuojant realaus laiko duomenis iš nuotolinio stebėjimo įrankių, naudojant sprendimų palaikymo sistemas.
- **Pacientų įtraukimo ir savipriežiūros skatinimo mokymai:**
 - pacientų įtraukimo strategijos motyvacijai didinti, ypač vyresnio amžiaus ar socialinę atskirtį patiriančioms grupėms, pacientų apmokymas naudotis technologijomis bei perteikti informaciją suprantamai;
 - pacientų psichologinis pasirengimas, psichinė sveikata, socialinės pagalbos galimybės;
 - sveikos gyvensenos medicinos principai;
 - VSB ir pacientų organizacijų pasitelkimas papildomam pacientų ir jų artimųjų edukacijai apie ligas ir savipriežiūros priemones;
 - kritinės situacijos: iš medicinos darbuotojo pusės apie kylančias priežiūros problemas ir kaip padėti pacientui susitvarkyti su kylančiomis problemomis, nerimu ir kt.
- **Atvejo vadybininkų mokymai:**
 - Ne trumpesnė nei 24 valandų kvalifikacijos tobulinimo programa atvejo vadybininkų vadybinių kompetencijų ugdymui;
- Verta pažymėti, kad mokymų paketai, reikalingi komandoms ar atskiriems specialistams, galėtų būti formuojami prie ugdymo institucijų, privalomų ir / ar pasirenkamų profesinio tobulinimo kursų formatu.

7 komponentė. Konsultavimo sistemos, skirtos šeimos gydytojui-gydytojui specialistui konsultuotis, sukūrimas.

- Šeimos gydytojo komandos konsiliumai kartą per mėnesį aptarti prižiūrimus pacientus, jų sveikatos pokyčius bei poreikį aptarti pacientų gydymą nuotolinio daugiadalykio konsiliumo metu.
- Nuotoliniai daugiadalykiai konsiliumai kartą per mėnesį, aptariami pacientai, dėl kurių reikalingos konsultacijos po pirminio šeimos gydytojų konsiliumo, įtraukiant specialistus pagal aptariamų pacientų indikacijas.
- Esant poreikiui, šeimos gydytojas suteikia siuntimus Pacientams pas gydytojus specialistus.
- Siekiant užtikrinti tvarias konsultacijas, turi būti užtikrintas adekvatus gydytojų-gydytojų konsultacijų apmokėjimas.

III sekcija. Pagalba pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą.

8 komponentė. Mokyti paslaugų teikėjus, kaip pagelbėti pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus.

- VSB, vykdydamas savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną, vykdo funkcijas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 11 d. įsakymą Nr. V-448 „Dėl bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“. Šių funkcijų apimtyje VSB specialistai:
 - Vertintina pacientų ir jų šeimos narių, artimųjų poreikius, vykdo asmeninius susitikimus, pokalbius bei organizuoja grupinius aptarimus apie ligas, jų eigą paskaitų ir diskusijų principu;
 - Pagal šeimos gydytojo komandos sudarytą individualizuotą paciento sveikatos priežiūros planą detalizuoja paciento ir jo šeimos narių ar artimųjų įsitraukimo į sveikos gyvensenos gerinimo žingsnius bei periodiškai teikia grįžtamąjį ryšį dėl plano įgyvendinimo;
 - Tobulina pacientų artimųjų įtraukimo metodus.

Nors šiuo metu VSB teikia gyventojams panašias paslaugas, susijusias su visuomenės sveikatos stiprinimu, informacijos viešinimu apie sveikatingumą bei visuomenės sveikatos būklės analizę, svarbu nuosekliai stiprinti specialistų gebėjimus teikti personalizuotą pagalbą Pacientams ir jų šeimoms dėl savipriežiūros. Taip pat, svarbu didinti gyventojų informuotumą apie VSB veiklas, siekiant užtikrinti, kad pacientai ir jų artimieji būtų laiku ir tinkamai informuoti apie VSB vykdomas veiklas bei galimybę gauti pagalbą.

9 komponentė. Suteikti galimybes pacientams ir jų šeimoms tobulinti savipriežiūrą.

- Įtraukiant pacientus bei, esant poreikiui, pacientų artimuosius, į individualizuoto paciento sveikatos priežiūros plano sudarymą, suteikti informaciją apie:
 - Savipriežiūros svarbą sveikatos rodikliams ir gyvenimo kokybei;
 - Artimųjų įsitraukimo naudą ir galimą būtinumą/pareigą;
 - Papildomus savipriežiūros stiprinimo šaltinius (literatūra, organizacijos ir kt.).
- Sudaromi specializuoti informaciniai leidiniai, skrajutės, apjungiantys pagrindinę informaciją apie ligą (ligas), ligos eigą, kylančius sunkumus, kaip juos identifikuoti, kaip juos spręsti, kada būklės rodikliai rodo, kad reikalinga pagalba nedelsiant, o kada gydymą gali koreguoti pats pacientas.

10 komponentė. Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo.

- Pacientas yra įtraukiamas į individualizuotą paciento sveikatos priežiūros plano rengimą.
- Bendras tyrimo ir stebėjimo planas sudaromas įvertinus paciento nusiskundimus, problemas iš medicininės pusės, įvertinami paciento lūkesčiai ir galimos problemos, bendru sutarimu nustatomi siekiami tikslai.
- Rezultatų vertinimas turi būti grindžiamas reguliariais medicinos personalo ir gydytojo aptarimais, periodiškai įtraukiant ir paciento šeimos narius ar kitus artimuosius.

IV sekcija. Esamos informacinės sistemos ir technologijos

11 komponentė. Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą ir kompiuterizuotas klinikinis sekimas.

- Visi elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą bei kompiuterizuotas klinikinis pacientų sveikatos sekimas turėtų būti nacionalinio lygio platformoje kartu su nuolat vystomu gydymo rekomendacijų moduliu. Siekiant užtikrinti efektyvią paciento būklės ir gydymo plano įgyvendinimo stebėseną bei savalaikių ligos valdymo sprendimų priėmimą, kartu su elektroninių įrašų sistema, turi būti įdiegta paciento ligos valdymo stebėsenos ir perspėjimo sistema, veikianti surenkamų (automatiškai per jungtis su laboratorinių tyrimų, objektyvaus, instrumentinio

ištyrimo posistemėmis, per išmaniuosius įrenginius, ar įvedamą ranka) sveikatos ir gyvenimo rodiklių pagrindu.

- Sistemos efektyvumą dar labiau padidintų renkamais sveikatos duomenimis pagrįstas ir nuolatos vystomas (aktyviu taisyklėmis pagrįstų algoritmų diegimu ar dirbtiniu intelektu pagrįstu „self-learning“ principu) gydymo rekomendacijų pagalbos modulis.

12 komponentė. Keistos informacija (su paciento sutikimu) tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių, naudojant tinkamas elektronines informacines sistemas.

- Šiuo metu vykdomas pagrindinių ESPBI IS formų atnaujinimas bei ESPBI IS laboratorinių tyrimų posistemės kūrimas leis medicinos specialistams matyti susistemintą aktualią informaciją apie Pacientus bei palengvins skirtingiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams su paciento tyrimais ir gydymu susijusios informacijos paiešką, užtikrinant, kad svarbi informacija nebūtų praleista.
- Užtikrinami pacientų sutikimai tiksliniams asmenims: įskaitant ir kitų įstaigų, su kuriomis sudarytos sutartys gydytojo-gydytojo konsultavimui ir konsiliumų vykdymui, jungtis prie ESPBI IS ir reikiamu laiku tikrinti tikslinius duomenis.
- Užtikrinamas sutikimas nuolatiniam nuotoliniam sveikatos duomenų teikimui ir analizei, duomenų panaudojimui nuolatinei sveikatos būklės stebėsenai bei sprendimų priėmimo algoritmų vystymui.
- Įvykdomi susitarimai tarp sveikatos priežiūros įstaigų, sudarant galimybę matyti vieniems kitų duomenis.

13 komponentė. Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas, kur įmanoma.

- Siekiant kokybiškiau analizuoti Pacientų būklę bei organizuoti jų priežiūrą nacionaliniu lygiu Pacientai koduojami ne tik pagal TLK kodus, bet ir pagal rizikos lygį pagal Ispanijoje plačiai taikomą „Sureguliuotos poliligos grupės“ kodavimo sistemos pavyzdį, pagal kurį priskyrimą rizikos grupėms lemia organų sistemų pažeidimų skaičių (1, 2–3, 4+) ir paslaugų naudojimo rodikliai:
 - konsultacijų su gydytojais skaičius;
 - hospitalizacijų tikimybė;
 - mirtingumo rizika;
 - receptų kiekis per metus.
- Pagal „Sureguliuotos poliligos grupės“ Modelį sunkiausių pacientų grupei priskiriami Pacientai, kurie atitinka bent 3 kriterijus:
 - Barthel indeksas ≤ 60 ;
 - gyvena vieni;
 - vartoja daugiau nei 5 skirtingus vaistus;
 - per 12 mėn. turėjo daugiau nei 3 hospitalizacijas;
 - Kiti (pagrįsti gydytojo sprendimu).

14 komponentė. Technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis / informaciją sveikatos priežiūros specialistams.

- Nacionaliniu lygiu turi būti naudojama lanksti nuotolinio pacientų stebėjimo platforma, kuri veiktų nepriklausomai nuo naudojamų informacijos rinkimo priemonių apimties (pradedant nuo aktyvumo apyrančių ir gliukomačių teikiamų duomenų), įrenginių gamintojų bei duomenų įvesties būdų.
- Siekiant užtikrinti tvarias nuotolines konsultacijas, turi būti užtikrintas adekvatus nuotolinių ir pakartotinių konsultacijų apmokėjimas gydytojams specialistams.
- Įgalinus nuotolinio stebėjimo sistemą ir siekiant užtikrinti sklandų informacinių technologijų naudojimą tiek tarp specialistų, tiek tarp pacientų, svarbu užtikrinti nuolatinę pagalbą daugiadalykių komandų specialistams bei pacientams.
- Rekomenduojama centralizuotai, nacionaliniu lygiu priskirti atsakingą specialistą ar komanda, kuri teiktų pagalbą medicinos specialistams ir pacientams pagal poreikį, reaguojant į kylančius iššūkius. Siekiant išvengti neefektyvaus informacinių technologijų specialistų darbo, šie specialistai nėra įtraukiami į kiekvienos formuojamos daugiadalykės komandos sudėtį.

V sekcija. Socialiniai ir visuomenės ištekliai.

15 komponentė. Palengvinti paciento prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių.

- Išplėtojamas ESPBI IS Pacientų portalas, kuriame būtų talpinama bendrinė informacija apie Pacientų ligas ir savipriežiūra pacientams bei jų artimiesiems, paslaugų gavimo keliai, algoritmai, informacija apie vykdomus mokymus / Pacientus vienijančius renginius, naudingos nuorodos į pacientų asociacijas bei VSB.

Rekomenduojama komponentės netaikyti pilna apimtimi, dėl skirtingų savivaldybių ir (arba) sveikatos priežiūros įstaigų ypatybių bei regioninių apribojimų. Papildomos priemonės, kurios gali būti įgyvendinamos atskirose savivaldybėse, bet ne nacionaliniu lygiu:

- Rengiami bendruomenės periodiniai susitikimai pagal tematikas, įtraukiant dalyvaujantį medicinos personalą ir kitus su tomis pačiomis problemomis susiduriančius pacientus.
- Socialinių grupių kūrimo skatinimas.

16 komponentė. Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, įskaitant paciento šeimą, kaimynus, draugus, nevyriausybinės pacientus atstovaujančias organizacijas.

Rekomenduojama komponentės Modelyje netaikyti dėl skirtingų savivaldybių ir (arba) sveikatos priežiūros įstaigų ypatybių, regioninių apribojimų ir sudėtingo palaikymo, tačiau šios rekomendacijos gali būti įgyvendinamos kaip papildomos priemonės įgyvendinamos projektuose už Modelio ribų:

- Socialinių grupių aktyvios veiklos skatinimas, siūlant:
 - uždaras grupes socialiniuose tinkluose;
 - emocinės paramos liniją;
 - šeimos narių edukaciją apie paciento ligas, priežiūros specifiką ir galimus pokyčius;
 - socialinio tinklo „žemėlapi“ (apie pagalbą pacientui);
 - atmintines;
 - specifinės terapijos užsiėmimus;
 - pacientų forumus ir klubus;

- savanorystę.

5.3 Modelių kaštų-naudos analizė

Susijęs Techninės specifikacijos vertinimo uždavinys:

9.2.3. Parengti atrinktų 2 Modelių ir 1 kombinuoto Modelio kaštų-naudos analizę.

Šiame skyriuje pateikiama kaštų-naudos analizės santrauka, kuri atlikta pagal CPVA Investicinių projektų rengimo metodikos 9 priedo nuostatas. Analize siekiama nustatyti ar du išrinkti ir vienas sukombinuotas Modeliai yra pagrįsti ekonomiškai ir socialiai diegti nacionaliniu mastu bei nustatyti, kurio kaštų-naudos santykis yra geriausias.

Kaštų-naudos analizė atliekama šiems **analizės objektams**:

- 1. Modelis P-01-0004**, kurio santrauka pateikiama Priedas Nr. 4. Išrinktų Modelių komponentų santrauka, o daugiau informacijos Priedas Nr. 11. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-004 Modelį.
- 2. Modelis P-01-0010**, kurio santrauka pateikiama Priedas Nr. 4. Išrinktų Modelių komponentų santrauka, o daugiau informacijos Priedas Nr. 12. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-0010 Modelį.
- 3. Kombinuotas Modelis**, kurio santrauka pateikiama 5.2 Siūlomo kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio principai, o daugiau informacijos Priedas Nr. 13. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal Kombinuotą Modelį.

Bendrosios kaštų-naudos analizės **prielaidos**:

- Kaštai ir naudos skaičiuojami visai 3 lentelėje išvardintomis diagnozėmis pagal TLK-10-AM kodus sergančių Pacientų populiacijai;
- Išrinktų geriausių 2 Modelių sąnaudos skaičiuojamos atsispiriant nuo **faktinių projekto veiklų apimčių ir išlaidų, įvertinus infliaciją**;
- Yra žinoma, kad nacionalinio lygio IT plėtros projektai nebus vykdomi iki 2029 m., tačiau siekiant Modelių palyginamumo **15 metų laikotarpiu**, daroma prielaida, kad visų Modelių IT sprendimai yra įgyvendinami tuo pačiu metu ir jiems taikomas vienodas investicijų atsipirkimo laikotarpis.

Kaštų-naudos analizė apima šiuos kaštus:

- **Darbo užmokesčio** kaštai apima daugiadalykės komandos narių kaštus bei papildomus su IT palaikymu ir Modelių įgyvendinimo administravimu pirmaisiais keletu įgyvendinimo metų. Daugiadalykės komandos kaštai apskaičiuoti pagal Pacientų sveikatos priežiūrai reikalingų specialistų etatų poreikį ir Valstybinės ligonių kasos viešai pateiktą skirtingo lygio medicinos specialistų darbo užmokestį. Darbo užmokestis apima holistinį ir pakartotinį Pacientų ištyrimą, individualizuotų sveikatos priežiūros planų sudarymą, stebėjimą ir korekcijas, gydytojų-gydytojų konsultacijas bei šeimos gydytojų ir daugiadalykės komandos konsiliumus. Atkreipiamas dėmesys, kad vertinant Modelių P-01-0004 ir P-01-0010 pritaikymą nacionaliniu lygiu, daugiadalykės komandos etatų poreikis yra reikšmingai sumažintas lyginant su etatų skaičiumi per Pacientą Projektų įgyvendinimo metu (žr. Lentelė 13. Daugiadalykių komandų sudėtis ir etatų skaičius tenkantis 100 pacientų per metus), nes Lietuvos sveikatos priežiūros sistema nacionaliniu lygiu nebūtų pajėgi skirti tiek resursų. Kiti darbo užmokesčio kaštai apskaičiuoti pagal rinkos kainas.

- **Tyrimų** kaštai apskaičiuoti pagal Modelių apimtyje numatytų tyrimų dažnį ir valstybės ir savivaldybių remiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainyną Nr. 11-96-2, indeksuotą vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2024 m. balandžio 9 d. raštu Nr. (1.1.20-121)10-1315 ir Kainų komisijos generalinio direktoriaus 2024 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-(1.4E)-377.
- **Daugiadalykės komandos specialistų mokymų** kaštai apskaičiuoti pagal reikalingų apmokyti daugiadalykės komandos etatų skaičių bei faktinį konkrečių Modelius išbandžiusių Projektų mokymų krepšelį per apmokytą specialistą. Kombinuotame Modelyje mokymų kainos skaičiuojamos pagal panašių mokymų rinkos kainas.
- **Nuotolinio stebėjimo įrangos** kaštai apskaičiuoti pagal faktinį konkrečių Modelius išbandžiusių Projektų techninės įrangos krepšelį per Pacientą. Kombinuotame Modelyje techninės įrangos kaštai apskaičiuojami pagal reikalingos įrangos rinkos kainas, darant prielaidą, kad įranga naudosis tik 50 % Pacientų, nes dalis Pacientų jau turi reikiamą įrangą arba atsisakys naudotis technine įranga.

IT programinės įrangos įsigijimo, kūrimo ir palaikymo kaštai apskaičiuoti pagal faktines konkrečių Modelius išbandžiusių Projektų programinės įrangos išlaidas per Modelį, darant prielaidą, kad tokias išlaidas turėtų patirti kiekvienas sveikatos centras. Kombinuotame Modelyje daroma prielaida, kad būtų kuriamas / įsigyjamas nacionalinio lygio IT sprendimas, atitinkantis Pacientų sveikatos priežiūros poreikius (žr.

Priedas Nr. 5. Nacionalinio IT sprendimo Pacientų sveikatos priežiūrai vizija). Potencialūs nacionalinio IT sprendimo kaštai yra vertinti ekspertiniu būdu į poreikių ir galimų kaštų aptarimą įtraukus SAM, Valstybinės ligonių kasos ir Registrų centro IT atstovus. Atkreipiamas dėmesys, kad toks kaštų vertinimas yra preliminarus. Norint tiksliai įvertinti nacionalinio IT sprendimo kaštus reikėtų parengti detalų IT sprendimo veiklos Modelį, architektūrinę koncepciją bei parengti techninių bei funkcinų reikalavimų specifikacijas, o tai nėra šio vertinimo objektas.

- **Mokymų kaštai apskaičiuoti** pagal Modeliuose numatomų mokymų apimtį, reikalingų apmokėti specialistų kieki bei mokymų krepšelio kainą pagal išbandytus Modelius.
- Kiti kaštai apima kitas su Modelių įgyvendinimu susijusias išlaidas, pvz., Projektų metu parengtos metodinės medžiagos atnaujinimą ir adaptavimą, dalomosios medžiagos kaštus.

Kaštų-naudos analizė apima šias tiesiogines socialines-ekonomines naudas:

- **Papildomų gyvenimo metų** socialinė-ekonominė nauda apskaičiuota pagal mokslinius tyrimus prognozuojant dėl koordinuotos sveikatos priežiūros prailgėjusių gyvenimo trukmę bei pagal CVPA metodinių gairių komponentą - statistinė gyvenimo metų vertė.
- **Prarastų darbo dienų sumažėjimo** socialinė-ekonominė nauda apskaičiuota atsižvelgiant į šalies nedarbo lygį, vertinant, kuri Pacientų dalis yra darbingo amžiaus bei kiek prarastų darbo dienų galėtų sumažėti dėl geresnės sveikatos priežiūros pagal CVPA metodinių gairių komponentą - dėl ligos prarastos darbo dienos.
- **Transporto priemonių eksploatavimo sutaupymai, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimo** socialinė-ekonominė nauda apskaičiuota pagal tai, kad dėl nuotolinės sveikatos stebėsenos ir nuotolinių konsultacijų pacientai turės rečiau vykti į gydymo įstaigas, todėl skaičiuojami transporto priemonių eksploatavimo sutaupymai pagal skirtingų transporto priemonių naudojimo proporcijas bei CVPA metodinių gairių komponentą - sutaupytos kelionės išlaidos.
- **Laiko ir piniginių sąnaudų, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimo** socialinė-ekonominė nauda apskaičiuota pagal tai, kad dėl nuotolinės sveikatos stebėsenos ir nuotolinių konsultacijų pacientai turės rečiau vykti į gydymo įstaigas, todėl mažiau laiko turės praleisti vykstant į / iš konsultacijų bei konsultacijose, kurios nėra būtinos, o sutaupyto laiko vertė apskaičiuojama pagal CVPA metodinių gairių komponentą - laiko sąnaudų, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimas (ne darbo laiko vertė).
- **Hospitalizacijų lovadienių sumažėjimo** socialinė-ekonominė nauda apskaičiuota atsižvelgiant į tai, kokia Pacientų dalis yra hospitalizuojama, kiek vidutiniškai trunka hospitalizacija bei kiek kainuoja vienas hospitalizacijos lovadienis.
- **GMP iškvietimų sumažėjimo** socialinė-ekonominė nauda apskaičiuota atsižvelgiant į tai, kokia dalis GMP iškvietimų yra dėl Pacientų, kiek vidutiniškai gali kainuoti vienas GMP iškvietimas bei kiek GMP iškvietimų gali sumažėti dėl geresnės sveikatos priežiūros ir nuotolinės pacientų stebėsenos.
- **Išgelbėtų gyvybių** socialinė-ekonominė nauda apskaičiuota atsižvelgiant į polifarmacijos rizikas bei jų suvaldymo galimybes.

Nors projekto tiesioginė nauda yra pagrįsta ir apskaičiuota vadovaujantis CVPA metodinėmis gairėmis, svarbu pabrėžti, kad reikšminga dalis naudos slypi netiesioginiuose aspektuose. Pacientų įsitraukimas į savo sveikatos priežiūrą, savikontrolės gebėjimų stiprinimas, sveikatos raštingumo lygio kilimas ir aktyvesnis bendradarbiavimas su specialistais yra esminiai veiksniai, ilgainiui darantys teigiamą poveikį sveikatos sistemos veiksmingumui ir tvarumui. Nors šie pokyčiai sunkiai pamatuojami finansiniais rodikliais, jie kuria reikšmingą pridėtinę vertę tiek paciento gyvenimo kokybei, tiek sveikatos sistemos efektyvumui, mažinant ilgalaikes išlaidas bei gerinant sveikatos priežiūros rezultatų tvarumą.

Žemiau esančiose lentelėse pateikiami Modelių kaštų-naudos analizės apibendrinimai. Detalus Modelių kaštų-naudos vertinimas su prielaidomis ir kiekvienos eilutės detalizacija pateikiamas kaip atskiras dokumentas Priedas Nr. 10. Modelių pritaikymo nacionaliniu lygiu kaštų-naudos analizė.

Lentelė 16. P-01-0004 Modelio kaštų-naudų apibendrinimas

P-01-0004 Modelio kaštų-naudų apibendrinimas			
Pinigų srautų eilutė		Iš viso grynoji dabartinė vertė	Iš viso reali vertė
A.	Alternatyvos investicijos, iš viso	€ 74 204 380,00	€ 96 391 003,00
A.4.	Įranga, įrenginiai ir kitas ilgalaikis turtas	€ 5 904 807,28	€ 6 140 999,58
A.6.	Administravimas ir vykdymas	€ 134 301,81	€ 145 468,13
A.7.	Kitos paslaugos ir išlaidos	€ 26 176 934,28	€ 27 224 011,66
A.8.	Reinvesticijos	€ 41 988 336,14	€ 62 880 523,63
B.	Investicijų likutinė vertė	€ 3 409 879,08	€ 6 140 999,58
D.	Veiklos ir finansinės išlaidos, iš viso	€ 875 757 147,00	€ 1 270 787 926,00
D.1.	Veiklos išlaidos	€ 875 757 147,00	€ 1 270 787 926,00
D.1.2.	Darbo užmokesčio išlaidos	€ 690 769 581,45	€ 1 011 510 179,56
D.1.5.	Infrastruktūros būklės palaikymo išlaidos	€ 6 237 320,52	€ 8 597 399,41
D.1.6.	Kitos išlaidos	€ 178 750 244,56	€ 250 680 347,00
G.	Finansavimas, iš viso	€ 949 961 526,00	€ 1 367 178 929,00
G.2.	Viešųjų ir privačiųjų šaltinių lėšos	€ 949 961 526,00	€ 1 367 178 929,00
G.2.1.	Viešosios lėšos (valstybės, savivaldybės biudžetai, kiti viešųjų lėšų šaltiniai)	€ 949 961 525,93	€ 1 367 178 929,00
H.	Socialinio ekonominio (SE) poveikio finansinė išraiška	€ 3 792 383 017,00	€ 5 857 865 646,00
H.1.1.	Ilgesnių gyvenimo metų vertė	€ 2 564 661 379,12	€ 3 977 657 567,13
H.1.2.	Dėl ligos prarastų darbo dienų sumažėjimo vertė	€ 469 510 580,40	€ 721 881 221,39
H.1.3.	Transporto priemonių eksploatavimo sutaupymai, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimas	€ 114 909 200,07	€ 174 325 525,53
H.1.4.	Laiko sąnaudų, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimas	€ 243 408 166,43	€ 377 508 947,70
H.1.5.	Hospitalizacijų lovdienų sumažėjimas	€ 385 863 605,45	€ 585 382 856,73
H.1.6.	GMP iškvietimų sumažėjimas	€ 14 030 085,92	€ 21 109 527,14

Lentelė 17. P-01-0010 Modelio kaštų-naudų apibendrinimas

P-01-0010 Modelio kaštų-naudų apibendrinimas			
Pinigų srautų eilutė		Iš viso grynoji dabartinė vertė	Iš viso reali vertė
A.	Alternatyvos investicijos, iš viso	€ 219 982 467,00	€ 285 543 071,00
A.4.	Įranga, įrenginiai ir kitas ilgalaikis turtas	€ 12 197 969,22	€ 12 685 887,99
A.6.	Administravimas ir vykdymas	€ 134 301,81	€ 145 468,13
A.7.	Kitos paslaugos ir išlaidos	€ 82 491 590,64	€ 85 791 254,27
A.8.	Reinvesticijos	€ 125 158 605,17	€ 186 920 460,48
B.	Investicijų likutinė vertė	€ 7 044 023,29	€ 12 685 887,99
D.	Veiklos ir finansinės išlaidos, iš viso	€ 1 174 151 284,00	€ 1 711 788 022,00
D.1.	Veiklos išlaidos	€ 1 174 151 284,00	€ 1 711 788 022,00
D.1.2.	Darbo užmokesčio išlaidos	€ 1 076 622 393,63	€ 1 575 251 553,16
D.1.5.	Infrastruktūros būklės palaikymo išlaidos	€ 12 884 864,84	€ 17 760 243,18
D.1.6.	Kitos išlaidos	€ 84 644 025,84	€ 118 776 225,96
G.	Finansavimas, iš viso	€ 1 394 133 752,00	€ 1 997 331 094,00
G.2.	Viešųjų ir privačiųjų šaltinių lėšos	€ 1 394 133 752,00	€ 1 997 331 094,00
G.2.1.	Viešosios lėšos (valstybės, savivaldybės biudžetai, kiti viešųjų lėšų šaltiniai)	€ 1 394 133 751,68	€ 1 997 331 094,00
H.	Socialinio ekonominio (SE) poveikio finansinė išraiška	€ 4 006 517 959,00	€ 6 193 518 406,00
H.1.1.	Ilgesnių gyvenimo metų vertė	€ 2 564 661 379,12	€ 3 977 657 567,13
H.1.2.	Dėl ligos prarastų darbo dienų sumažėjimo vertė	€ 469 510 580,40	€ 721 881 221,39
H.1.3.	Transporto priemonių eksploatavimo sutaupymai, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimas	€ 114 909 200,07	€ 174 325 525,53
H.1.4.	Laiko sąnaudų, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimas	€ 243 408 166,43	€ 377 508 947,70
H.1.5.	Hospitalizacijų lovadienių sumažėjimas	€ 385 863 605,45	€ 585 382 856,73
H.1.6.	GMP iškvietimų sumažėjimas	€ 14 030 085,92	€ 21 109 527,14
H.1.7.	Išgelbėtos gyvybės	€ 214 134 941,21	€ 335 652 759,91

Lentelė 18. Kombinuoto Modelio kaštų-naudų apibendrinimas

Kombinuoto Modelio kaštų-naudų apibendrinimas			
Pinigų srautų eilutė		Iš viso grynoji dabartinė vertė	Iš viso reali vertė
A.	Alternatyvos investicijos, iš viso	€ 61 438 733,00	€ 80 224 154,00
A.4.	Įranga, įrenginiai ir kitas ilgalaikis turtas	€ 8 110 207,10	€ 8 600 000,00
A.6.	Administravimas ir vykdymas	€ 134 301,81	€ 145 468,13
A.7.	Kitos paslaugos ir išlaidos	€ 21 438 240,92	€ 23 187 601,37
A.8.	Reinvesticijos	€ 31 755 982,68	€ 48 291 084,46
B.	Investicijų likutinė vertė	€ -	€ -
D.	Veiklos ir finansinės išlaidos, iš viso	€ 882 757 291,00	€ 1 273 656 168,00
D.1.	Veiklos išlaidos	€ 882 757 291,00	€ 1 273 656 168,00
D.1.2.	Darbo užmokesčio išlaidos	€ 472 617 719,58	€ 688 070 721,60
D.1.5.	Infrastruktūros būklės palaikymo išlaidos	€ 26 819 810,46	€ 37 765 000,00
D.1.6.	Kitos išlaidos	€ 383 319 760,65	€ 547 820 446,07
G.	Finansavimas, iš viso	€ 944 196 021,00	€ 1 353 880 319,00
G.2.	Viešųjų ir privačiųjų šaltinių lėšos	€ 944 196 021,00	€ 1 353 880 319,00
G.2.1.	Viešosios lėšos (valstybės, savivaldybės biudžetai, kiti viešųjų lėšų šaltiniai)	€ 944 196 021,24	€ 1 353 880 319,00
H.	Socialinio ekonominio (SE) poveikio finansinė išraiška	€ 4 084 665 953,00	€ 6 457 783 010,00
H.1.1.	Ilgesnių gyvenimo metų vertė	€ 2 448 664 762,15	€ 3 878 524 256,84
H.1.2.	Dėl ligos prarastų darbo dienų sumažėjimo vertė	€ 434 977 230,91	€ 683 808 203,57
H.1.3.	Transporto priemonių eksploatavimo sutaupymai, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimas	€ 105 473 595,04	€ 163 922 770,98
H.1.4.	Laiko sąnaudų, patiriamų siekiant gauti sveikatos priežiūros paslaugas, sumažėjimas	€ 226 732 728,33	€ 359 124 277,20
H.1.5.	Hospitalizacijų lovadienių sumažėjimas	€ 354 178 965,97	€ 550 450 541,69
H.1.6.	GMP iškvietimų sumažėjimas	€ 12 804 772,34	€ 19 758 618,92
H.1.7.	Išgelbėtos gyvybės	€ 501 833 898,54	€ 802 194 341,20

Žemiau pateikiamas Modelių kaštų-naudos palyginimai pagal:

- Ekonominė grynąją dabartinę vertę (EGDV), kuri apskaičiuota sudedant diskontuotus ekonominius grynuosius pinigų srautus per projekto ataskaitinį laikotarpį. Ji parodo projekto naudą visuomenei, skaičiuojant šios dienos pinigų verte.

- Ekonominę vidinę grąžos normą (EVGN), kuri yra diskonto norma, kuriai esant diskontuota investicijų ekonominė vertė lygi diskontuotai grynujų pinigų srautų vertei, t.y., diskonto norma, kurią pritaikius ekonominė grynoji dabartinė vertė lygi nuliui.
- Ekonominį naudos ir kaštų santykį (ENIS), kuris atskleidžia, kiek kartų Modelio sukuriama ekonominė nauda viršija jam įgyvendinti reikalingas ekonomines išlaidas.
- Finansinę grynąją dabartinę vertę (FGDV).

Lentelė 19. Pagrindinių Modelio kaštų-naudos analizės rodiklių palyginimas

Vertinami Modeliai	EGDV	EVGN	ENIS	FGDV(I)
Modelis pagal P-01-0004	€ 3 020 747 585,00	928,91%	4,91	-€ 1 367 178 929,00
Modelis pagal P-01-0010	€ 2 875 337 960,28	312,74%	3,54	-€ 1 997 331 094,00
Kombinuotas Modelis	€ 3 335 239 523,14	604,12%	5,45	-€ 1 353 880 319,00

Remiantis atliktos kaštų-naudos analizės rezultatais, nacionaliniam diegimui rekomenduojama pasirinkti Kombinuotą Modelį, kuris pasižymi geriausiu ekonominiu pagrįstumu ir socialine nauda. Šis Modelis pasižymi aukščiausia ekonomine grynąja dabartine verte, kuri siekia daugiau nei 3,3 mlrd. eurų, o tai rodo, kad ilguoju laikotarpiu Modelio diegimas generuotų didžiausią ekonominę naudą visuomenei. Be to, Kombinuoto Modelio ekonominis naudos ir kaštų santykis yra aukščiausias iš visų vertintų alternatyvų ir siekia 5,45, kas reiškia, kad kiekvienas investuotas euras sukuria daugiau nei penkis eurus socialinės-ekonominės vertės. Palyginimui, kiti vertinti Modeliai pasižymėjo mažesniu efektyvumu: P-01-0004 Modelio naudos ir kaštų santykis siekia 4,91, o P-01-0010 – tik 3,54.

Svarbu pažymėti, kad Kombinuotas Modelis ne tik užtikrina didžiausią ekonominį efektyvumą, bet ir yra finansiškai racionalesnis pasirinkimas. Jo įgyvendinimo sąnaudos yra subalansuotos, o finansinė grynoji dabartinė vertė yra mažesnė nei P-01-0010 Modelio, kas rodo mažesnę viešųjų investicijų poreikį. Be to, Kombinuotas Modelis jungia geriausias abiejų vertintų Modelių praktikas – jame integruojami holistinio paciento ištyrimo principai, nuoseklus daugiadalykės komandos darbas su aiškiai apibrėžtomis atvejo vadybos funkcijomis, nuotolinės pacientų stebėsenos sprendimai ir nacionalinio lygmens IT infrastruktūra, orientuota į Pacientų priežiūros poreikius.

Socialinė-ekonominė nauda taip pat yra reikšmingai didesnė nei kituose Modeliuose. Be tiesioginių sveikatos rezultatų, tokių kaip ilgesni pacientų gyvenimo metai ar sumažėjęs hospitalizacijų ir greitosios medicinos pagalbos iškvietimų skaičius, Kombinuotas Modelis kuria papildomą vertę per pacientų savikontrolės įgūdžių stiprinimą, sveikatos raštingumo didinimą ir paciento aktyvų įsitraukimą į sveikatos priežiūros procesus. Šie netiesioginiai aspektai ilgainiui prisideda prie sveikatos sistemos tvarumo didinimo ir leidžia efektyviau naudoti esamus resursus.

Atsižvelgiant į išvardintus ekonominius ir socialinius aspektus, Kombinuotas Modelis yra racionaliausias pasirinkimas nacionaliniam įgyvendinimui, siekiant užtikrinti ilgalaikę naudą tiek pacientams, tiek sveikatos priežiūros sistemai.

6 Vertinimo išvados pagal vertinimo klausimus

Žemiau pateiktoje lentelėje aprašytos išvados pagal kiekvieną vertinimo uždavinius detalizuojantį klausimą.

Lentelė 20. Vertinimo išvados pagal vertinimo klausimus

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizės išvados
1. Išanalizuoti pagal Priemonę įgyvendintuose projektuose išbandytus 14 Modelių.	
<p>1.1. Nustatyti, kuris iš taikytų Modelių yra inovatyviausias ir labiausiai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.</p>	<p>Visi įgyvendinti Modeliai taikė inovatyvias priemones, siekiant efektyvinti Pacientų priežiūrą. Vertinimo eigoje išryškėjo kai kurių inovacijų taikymo pranašumai ir didesnė vertė: atvejo vadybininko, kaip priežiūros koordinatoriaus, visapusiškas įgalinimas, holistinis vertinimas ir individualizuoto plano sudarymas, nuotolinio pacientų sveikatos rodiklių stebėjimo sistemos bei pacientų portalo naudojimas. Vertinant inovatyvumą, buvo atsižvelgiama ne tik į inovacijų gausą ar technologinį pranašumą, bet ir į jų tinkamumą skirtingomis lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, optimalaus panaudojimo galimybes individualiomis paciento sąlygomis, inovacijų įtaką komandos darbo krūviui ir įdiegtų inovacijų tvarumą pasibaigus Projektams.</p> <p>P-01-010 Modelis yra išrinktas kaip inovatyviausias ir labiausiai darantis įtaką sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams. Šis Modelis išsiskyrė, pažangia nuotolinio pacientų stebėjimo sistema, leidžiančia pacientams ne tik teikti duomenis, bet ir gauti duomenimis pagrįstas individualizuotas rekomendacijas, inovatyvios programėlės panaudojimu holistiniame paciento ištyrime ir technologijų panaudojimu atliekant atvejo vadybininko funkcijas. Modelį įgyvendino plačios apimties daugiadalykė komanda, pasižymėjo aktyviu pacientų įtraukimu ir skatinimu dalyvauti sprendimų priėmimo dėl gydymo.</p>
<p>1.2. Išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis).</p>	<p>Apibendrinant, laikytina, kad Modelių išbandymo laikotarpiu dalyvavusių pacientų elgsena bei sveikatos rodikliai pagerėjo daugelyje išbandytų Modelių. Vis dėlto, vertinant Modelių palyginamumą ir pritaikomumą nacionaliniu lygiu, būtina atsižvelgti į šį vertinimą ribojančius veiksnius: dalyvavusių pacientų būklės sunkumo, Projektų vykdymo trukmės, rodiklių vertinimo metodologinius, resursų paskirstymo ilgalaikio ir trumpalaikio poveikio intervencijoms skirtumus, ir kitus nekontroliuojamus veiksnius kurie galėjo turėti įtakos galutiniams Modelių efektyvumo rodikliams.</p> <p>Objektyvūs pacientų sveikatos būklės rodikliai dažniausiai buvo laikomi pagrindiniu Modelių įgyvendinimo efektyvumo įrodymu. Pasak Projektų vykdytojų, dauguma jų Modelių sėkmę siejo su pagerėjusia kraujospūdžio kontrole, lipidų kiekio kraujyje rodiklių normalizavimu, KMI sumažėjimu bei pacientų sveikatos būklės pagerėjimo įvertinimu. Dalis vykdytojų taip pat pabrėžė pacientų žinių ir įgūdžių, susijusių su savo ligos kontrole, augimą. Šie pokyčiai buvo siejami su taikytomis</p>

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizės išvados
	<p>personalizuotomis intervencijomis, tokiomis kaip nuosekli pacientų būklės stebėseną, sveikatingumo edukacija, individualūs sveikatos planai bei nuolatinis specialistų ryšys su pacientu. Nors taikytų intervencijų pobūdis ir intensyvumas tarp įstaigų skyrėsi, išryškėjo bendros tendencijos, rodančios, kad integruotas požiūris į pacientą, įtraukiant tiek technologinius sprendimus, tiek tarpprofesinį bendradarbiavimą, lėmė ryškiausius pokyčius.</p> <p>Vertinant objektyvių sveikatos priežiūros rodiklių pokyčius (reikšmingas svorio sumažėjimas tikslinėje grupėje, AKS, lipidų kontrolės tikslų pasiekimas intervencijos pabaigoje), geriausi rezultatai pasiekti P-01-0005. Svarbu paminėti, kad nepriklausomai nuo panašių taikytų intervencinių procedūrų, stebėti gana skirtingi efektyvumo rezultatai, o kai kuriais atvejais po intervencijos rezultatai netgi prastesni negu prieš ją, todėl nesant kontrolinės grupės, nėra galimybės įvertinti, ar reikšmingas rodiklių pagerėjimas nėra sąlygotas atsitiktinumo.</p>
<p>1.3. Nustatyti Modelius, turėjusius didžiausią įtaką hospitalizacijų mažėjimui.</p>	<p>Vertinant galutines Projektų veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo ataskaitas bei vykdytojų pateiktus duomenų patikslinimus, Projektas P-01-0004 išsiskyrė tiek mažiausiu bendru hospitalizacijų, tiek lovardienų skaičiumi 100 pacientų per Modelio įgyvendinimo metus - (atitinkamai 0,8 ir 4,5), vidutinė lovardienio trukmė - 5,6 dienos, bei mažu išvengiamų hospitalizacijų ir jų lovardienų skaičiumi 100 pacientų per Modelio įgyvendinimo metus (atitinkamai 0,27 atvejų, 1,4 lovardienų), išvengiamosios hospitalizacijos sudarė 33 proc. nuo bendro hospitalizacijų skaičiaus. Nors buvo centrų, pateikusių mažesnius išvengiamų hospitalizacijų skaičius (P-01-0016 Modelyje nebuvo registruota nei vienos hospitalizacijos ar kreipimosi į GMP; P-01-0002 ir P-01-0009 išvengiamų hospitalizacijų rodikliai buvo lygūs 0), tačiau tai siejama su galimai neteisinga skaičiavimo ar duomenų pateikimo metodologija (pvz., bendras hospitalizacijų lovardienų skaičius 100 pacientų per Modelio įgyvendinimo metus P-01-0002 ir P-01-0009 buvo kur kas aukštesnis nei P-01-0004).</p> <p>Svarbu pabrėžti ribojančius veiksnius: pirma, projektų trukmė galėjo neleisti spėti atsiskleisti ypač ilgalaikiam priežiūros programų efektyvumui; antra, nesant palyginamos kontrolinės grupės, taip pat neturint galimybės suvienodinti skirtingų projektų dalyvių pagal klinikinę ir demografinę informaciją, šių rodiklių palyginamumas abejotinas, ir nėra galimybės objektyviai įvertinti Modelio intervencijų įtakos hospitalizacijų skaičiui, lyginant su tos pačios rūšies populiacija (pvz., amžius, gyvenimo būdas, medicininės indikacijos), gaunančia įprastinę sveikatos priežiūrą. Vis dėlto, atsižvelgiant į tai, kad Projekte P-01-0004 dalyvavo santykinai didelis pacientų skaičius, o rezultatai reikšmingai skiriasi tiek lyginant su nacionaline statistika, tiek su kitų Modelių rezultatais, darytina išvada, kad šis radinys yra sąlygotas ne atsitiktinumo, o Projekto metu vykdytų intervencijų, įskaitant ir naudotą kritinių aliarmų fiksavimo sistemą, poveikio.</p>
<p>1.4. Nustatyti Modelių taikymo ypatumus:</p> <ul style="list-style-type: none"> – savivaldybėse, kuriose yra iki 10 tūkst. gyventojų; 	<p>Skirtumai tarp Modelių įgyvendinimo skirtingo dydžio savivaldybėse nustatyti remiantis interviu su Projektų vykdytojais ir ekspertų įžvalgomis. Didžiosiose savivaldybėse komandos buvo gausesnės, labiau specializuotos, todėl funkcijos paskirstytos efektyviau, technologijos diegtos sparčiau ir taikytos nuosekliau. Pacientai didžiosiose savivaldybėse dažniau pasižymėjo aukštesniu sveikatos raštingumu ir aktyviau dalyvavo veiklose, ypač kai paslaugos tapo labiau pritaikytos jų poreikiams.</p>

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizės išvados
<ul style="list-style-type: none"> – savivaldybėse, kuriose yra nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų; – savivaldybėse, kuriose yra daugiau kaip 21 tūkst. gyventojų. <p>išskiriant Modelių taikymo panašumus ir skirtumus.</p>	<p>Mažesnėse savivaldybėse komandos buvo mažesnės, jų nariai turėjo atlikti platesnį funkcijų spektrą, technologijų diegimą ribojo žmogiškieji išteklių ir žemas technologinis raštingumas, o pacientų dalyvavimą – socialiniai ir geografiniai barjerai, nors mažesnėse savivaldybėse pacientai turėjo galimybę glaudžiau bendrauti su specialistais.</p> <p>Vertinama, kad visi projektai, pilna apimtimi gali būti įgyvendinami didžiosiose ir žiedinėse savivaldybėse. Mažose ir vidutinio dydžio savivaldybėse visi projektai gali būti įgyvendinami įdiegiant pagrindines komponentes: taikant standartizuotą holistinį ištyrimą, įtraukiant daugiadalykę komandą ir atvejo vadybininką, kaip jos lyderį, visapusei paciento priežiūrai ir sklandžiam komunikavimui, sudaryti individualizuotą sveikatos priežiūros planą (įtraukiant artimuosius), bei jo vykdymui pasitelkti reikalingas ir priimtinas informacines technologijas. Informacinių sistemų patobulinimai, efektyviam informacijos pasikeitimui, kaip ir daugiakrypčiai sveikatos priežiūros specialistų mokymai, taip pat yra būtinos priemonės visose savivaldybėse. Papildomos komponentės galėtų būti taikomos adaptuotai, pritaikant pagal konkrečios savivaldybės, gyventojų ir gydymo įstaigų galimybes.</p>
<p>1.5. Išanalizuoti projektuose tiesiogiai Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijas, elgsenos pokyčius. Įvertinti šių specialistų silpniausias kompetencijas ir pasiūlyti atitinkamas mokymų kryptis.</p>	<p>Modelių įgyvendinimo metu kertiniu elementu tapo daugiadalykės komandos formavimas, užtikrinantis koordinuotą ir individualizuotą priežiūrą Pacientams. Komandų sudėtis ir funkcijos kito priklausomai nuo įstaigos galimybių bei pacientų poreikių, tačiau pagrindą dažniausiai sudarė šeimos gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas, kurie buvo atsakingi už paciento priežiūros koordinavimą ir pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.</p> <p>Visose įstaigose įvesta atvejo vadybininko funkcija, dažniausiai ji patikėta jau dirbantiems specialistams (slaugytojams, gyvenamosios specialistams). Atvejo vadybininkų esminės funkcijos apėmė pacientų vizitų koordinavimą, informacijos teikimą, individualizuotų planų vykdymo užtikrinimą. P-01-0009, įvesta nauja pareigybė – atvejo vadybininkų koordinatorius, padėjęs užtikrinti atvejo vadybininkų efektyvią veiklą.</p> <p>Specialistų įsitraukimas ir darbo krūvis labai skyrėsi – iš ribotai rinktų ir papildomai Projektų vykdytojų pateiktų duomenų matyti, kad daugiausia konsultacijų atliko atvejo vadybininkai (vid. 5,42 konsultacijų pacientui per Modelio išbandymo metus), bendrosios praktikos slaugytojai (vid. 4,05 konsultacijų pacientui per Modelio išbandymo metus) bei šeimos gydytojai (vid. 4,28 konsultacijų pacientui per Modelio išbandymo metus).</p> <p>Remiantis interviu su Projektų vykdytojais nustatyta, kad Modelių įgyvendinimas lėmė specialistų elgsenos pokyčius, susijusius su darbo laiko pasiskirstymu, komandinio darbo stiprinimu ir naujų darbo metodų taikymu. Specialistai pradėjo aktyviau naudoti informacines technologijas ir kitas inovacijas, taikyti pacientų segmentavimo metodus, aktyviau bendradarbiauti tarpusavyje ir su pacientais. Nors kai kuriose daugiadalykėse komandose pasitaikė iššūkių dėl atsakomybių pasidalijimo ar funkcijų delegavimo, informacinių technologijų integracijų bei pacientų įsitraukimo, bendra patirtis rodo didėjančią bendrą komandinį darbą, leidžiantį pagerinti Pacientų sveikatos priežiūrą.</p>

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizės išvados
	<p>Modelių įgyvendinimo metu sveikatos priežiūros specialistai stiprina klininkines, komunikacines, vadybines ir informacinių technologijų bei kitų inovacijų naudojimo kompetencijas, būtinas kokybiškai Pacientų priežiūrai, tačiau interviu su Projektų vykdytojais atskleidė, kad daliai specialistų vis dar trūksta technologinio raštingumo, pacientų motyvavimo, efektyvaus darbo daugiadalykėje komandoje įgūdžių bei vadybinių kompetencijų.</p>
<p>2. Atrinkti 2 labiausiai pasiteisinsius (inovatyviausius, pagerinusius paslaugų prieinamumą ir kokybę), Modelius bei parengti 1 naują kombinuotą Modelį. Visi 3 Modeliai turi būti tinkami pritaikyti nacionaliniu lygiu.</p>	
<p>2.1. Nustatyti, kurie 2 išbandyti Modeliai geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu</p>	<p>Remiantis įgyvendintų Modelių analizės rezultatais 2 labiausiai pasiteisinę ir tinkamiausi įgyvendinti Nacionaliniu lygiu Modeliai renkami remiantis šiais atrankos kriterijais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inovatyvumas: vertintas pagal literatūros analizę, praktinį taikymą ir poveikį paslaugų kokybei bei prieinamumui. Atsižvelgta į realų inovacijų poreikį, jų pritaikomumą ir ilgalaikį potencialą. ▪ Paslaugų prieinamumas: įvertinta, kiek Modeliai pritaikomi įvairioms pacientų grupėms (nepaisant diagnozių, amžiaus, technologinio raštingumo), ar tinka ir atokiose savivaldybėse, ar naudojamos lanksčios, alternatyvios paslaugų formos (pvz., nuotolinės konsultacijos). ▪ Paslaugų kokybė: analizuoti objektyvūs sveikatos rodikliai, pacientų patirtis, grįžtamasis ryšys ir priežiūros sistemingumas bei ilgalaikės naudos potencialas. ▪ Kompetencijų stiprinimas: vertinta, kiek dėmesio skirta specialistų mokymams, komandiniam darbui, polifarmacijos valdymui ir pacientų įgalinimui. ▪ Budžeto efektyvumas: atsižvelgta į rezultatus, pasiektus racionaliai naudojant išteklius. <p>Apibendrinant rezultatus, P-01-0004 ir P-01-0010 išbandyti Modeliai geriausiai atitinka Pacientų poreikius ir labiausiai tinkami diegti nacionaliniu lygiu.</p>
<p>2.2. Įvertinti skirtingų išbandytų Modelių geriausius elementus ir pasiūlyti naują alternatyvą (naują kombinuotą Modelį).</p>	<p>Siūlomas kombinuotas Pacientų sveikatos priežiūros Modelis formuotas remiantis literatūros ir gerųjų praktikų analize, išbandytų Modelių analize, interviu su Projektų vykdytojais ir identifikuojant labiausiai pasiteisinsius (inovatyviausius, pagerinusius paslaugų kokybę ir prieinamumą) Modelių elementus. Apibrėžus pirminius kombinuoto Pacientų sveikatos priežiūros Modelio principus suorganizuota grupinė diskusija su medikų bendruomene, kurioje dalyvavo daugiau nei 30 medikų (neįskaitant Modelių vertinimo komandos). Į grupinę diskusiją buvo pakviesti atstovai iš Lietuvos šeimos gydytojų kolegijos, Lietuvos šeimos gydytojų profesinės sąjungos, Lietuvos išplėstinės slaugos praktikos asociacijos, Lietuvos slaugos specialistų organizacijos, Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos, Lietuvos kardiologų draugijos, Lietuvos endokrinologų draugijos, Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugijos, Lietuvos pulmonologų draugijos.</p>

Vertinimo uždaviniai ir detalizuojantys klausimai	Analizės išvados
	<p>Siūlomas Modelis remiasi holistiniu požiūriu – pacientas reguliariai ir visapusiškai vertinamas, stebint pagrindinius sveikatos rodiklius, psichinę būklę, socialinį įsitraukimą, funkcinius gebėjimus. Priėžiūra pritaikoma individualiai, atsižvelgiant į konkrečias diagnozes. Prie paciento sveikatos stebėsenos prisideda šeimos gydytojo komanda ir specialistai, o atvejo vadybininkas koordinuoja plano vykdymą, užtikrindamas sklandų paslaugų teikimą. Modelyje numatytos konsultacijų grandys tarp šeimos gydytojų ir specialistų, siekiant laiku priimti klinikinius sprendimus. Siūloma organizuoti kvalifikacijos tobulinimo mokymus orientuotus į bendrąsias Modelio taikymo žinias, darbo su pacientais kompetencijų kėlimą, IT raštingumą bei atvejo vadybininkų vadybinių kompetencijų ugdymą. Skiriamas dėmesys pacientų bei jų artimųjų įtraukimui į sveikatos planavimo procesus, savipriežiūros ugdymą ir informavimą, skatinami bendri sprendimai tarp gydytojo ir paciento. Įgyvendinant naująjį Modelį rekomenduojama plėsti ESPBI IS / sukurti / įsigyti nacionalinio lygio Pacientų sveikatos priežiūros poreikius tenkinantį IT sprendimą (aukšto lygio vizija pateikta</p> <p>Priedas Nr. 5. Nacionalinio IT sprendimo Pacientų sveikatos priežiūrai vizija). Siūloma sukurti bendrus sveikatos duomenų standartus bei koduoti pacientų būklę pagal rizikos lygį.</p>
<p>2.3. Parengti atrinktų 2 Modelių ir 1 kombinuoto Modelio kaštų-naudos analizę.</p>	<p>Remiantis atliktos kaštų-naudos analizės rezultatais, nacionaliniam diegimui rekomenduojama pasirinkti Kombinuotą Modelį, kuris pasižymi geriausiu ekonominiu pagrįstumu ir socialine nauda. Šis Modelis pasižymi aukščiausia ekonomine grynąja dabartine verte, kuri siekia daugiau nei 3,3 mlrd. eurų, o tai rodo, kad ilguoju laikotarpiu Modelio diegimas generuotų didžiausią ekonominę naudą visuomenei. Be to, Kombinuoto Modelio ekonominis naudos ir kaštų santykis yra aukščiausias iš visų vertintų alternatyvų ir siekia 5,45, kas reiškia, kad kiekvienas investuotas euras sukuria daugiau nei penkis eurus socialinės-ekonominės vertės. Palyginimui, kiti vertinti Modeliai pasižymėjo mažesniu efektyvumu: P-01-0004 Modelio naudos ir kaštų santykis siekia 4,91, o P-01-0010 – tik 3,54.</p>
<p>2.4. Parengti pasiūlytų Modelių paslaugų teikimo organizavimo aprašų Projektus.</p>	<p>Modelių paslaugų teikimo organizavimo aprašų projektai pateikti atskirais dokumentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priedas Nr. 11. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-004 Modelį; ▪ Priedas Nr. 12. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-0010 Modelį; ▪ Priedas Nr. 13. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal Kombinuotą Modelį.

7 Strateginiai siūlymai „žinok tai“ ir rekomendacijos „daryk tai“

Siekiant užtikrinti kokybišką ir nuoseklų inovatyvių sveikatos priežiūros Modelių taikymą nacionaliniu mastu, būtina stiprinti tiek praktinius, tiek sisteminius jų įgyvendinimo pagrindus. Šiuolaikinė pacientų priežiūra, ypač kai kalbame apie lėtinėmis ligomis sergančius Pacientus, reikalauja ne tik klinikinės kompetencijos, bet ir koordinuotos veiklos, efektyvios informacijos valdymo infrastruktūros bei vienodų vertinimo principų. Šios rekomendacijos skirtos tam, kad Modelių diegimas būtų tvarus, duomenimis pagrįstas ir prisidėtų prie veiksmingos sveikatos politikos formavimo.

Lentelė 21. Strateginiai siūlymai „žinok tai“ ir rekomendacijos „daryk tai“

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
Siūlymai „žinok tai“ dėl ateityje vykdomų išbandomųjų projektų ir susijusių duomenų rinkimo				
1.	Prieš pradėdant projektų įgyvendinimą buvo parengtas „Projekto veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo metu privalomų įvertinti rezultato ir proceso kriterijų sąrašas“, kuris suteikė bendrą struktūrą planuojant ir vertinant veiklas. Vis dėlto projekto eigoje paaiškėjo, kad vien kriterijų išvardijimas ne visais atvejais užtikrino vienodą jų taikymo praktiką. Projektų vykdytojai galėjo pasirinkti skirtingus rodiklių matavimo ir pateikimo būdus – skirtingą matavimo laiką, rodiklių matavimo sąlygas, rodiklių apskaičiavimo būdus, duomenų formatus ir vienetus. Dėl šios įvairovės, net ir tų pačių rodiklių pavadinimai kartais slėpė skirtingą turinį, o tai riboja galimybę daryti tiesioginius palyginimus tarp projektų.	Duomenų rinkimo standartai ir protokolai. Svarbu suprasti, kad duomenų rinkimo, registravimo ir pateikimo praktika tiesiogiai veikia galimybę vertinti intervencijų poveikį ir palyginti rezultatus tarp projektų. Net ir taikant bendrus kriterijus, jų įgyvendinimas praktikoje gali labai skirtis, jei nėra aiškiai apibrėžtos metodikos. Kai duomenys teikiami tik galutiniu etapu, be pradinių ar tarpinių reikšmių, prarandama galimybė tiksliai įvertinti pokyčių dinamiką, pradinės Pacientų charakteristikas ar proceso eigą. Todėl būtina turėti omenyje, kad vertinimo patikimumas priklauso ne tik nuo to, ką matuojame, bet ir nuo to, kaip, kada ir kiek kartų tai daroma. Vieninga duomenų rinkimo logika – su aiškiomis gairėmis dėl vertinimo laiko, dažnumo, formos ir pateikimo formato – yra esminė sąlyga siekiant užtikrinti vertinamų Modelių rezultatų patikimumą, palyginamumą ir analitinę vertę.	1.2, 1.3	SAM
2.	Vykdytojams buvo keliamas reikalavimas teikti agreguotus duomenis pagal „Projekto veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo metu privalomų įvertinti rezultato ir proceso kriterijų sąrašą“, pateikiant informaciją Modelio	Duomenų rinkimo ir valdymo platforma. Svarbu žinoti, kad siekiant efektyvesnio projektų rezultatų vertinimo ir ilgalaikės naudos, būtina numatyti centralizuotą duomenų rinkimo ir valdymo sprendimą - vieną bendrą platformą, kurioje visi projektų	1.2, 1.3	SAM

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
	<p>lygiu MS Word formato dokumentuose kaip tarpinę ir galutinę ataskaitas. Kadangi vykdytojai nebuvo įpareigoti naudoti vienodų elektroninių šablonų ar duomenų kaupimo įrankių, jie pasirinko įvairius būdus duomenims rinkti: nuo Excel lentelių iki vidinių ar partnerių IT sistemų ar popierinių formų. Tokia įvairovė leido prisitaikyti prie įstaigų turimų išteklių, bet tuo pačiu ribojo duomenų tikrinimo (validacijos), kontrolės, analizės ir prieinamumo galimybes. Kai kuriais atvejais, ypač kai duomenys buvo saugomi išorinėse sistemose, nebuvo užtikrintas ilgalaikis jų prieinamumas po projekto pabaigos. Tai apribojo galimybes tęsti analizes, stebėti ilgalaikius poveikio pokyčius ar naudoti duomenis planuojant ateities sprendimus.</p>	<p>vykdytojai teiktų duomenis pagal iš anksto suderintus ir vienodus šablonus, o tai leistų užtikrinti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vienodą rodiklių struktūrą ir formatą, apribojant interpretavimo laisvę bei duomenų formavimo įvairovę; ▪ automatines duomenų tikrinimo (validavimo) taisykles, mažinančias klaidų riziką; ▪ analitines galimybes pjauti duomenis pagal laiką, teritoriją, Pacientų grupes ir kitus kriterijus, leidžiančias atlikti gilumines įžvalgas tiek lokaliu, tiek nacionaliniu lygmeniu; ▪ kontrolės mechanizmus, kurie padėtų stebėti, ar duomenys teikiami pilnai ir laiku (pvz., pradinis, tarpinis, galutinis rodiklis); ▪ ilgalaikį duomenų prieinamumą, kuris išlieka ir pasibaigus projektui, leidžiant atlikti retrospektyvines analizes ar kurti tęstinius vertinimo ciklus. <p>Toks centralizuotas sprendimas sustiprintų duomenų analitinę vertę, leistų objektyviau įvertinti intervencijų poveikį, sumažintų administracinę naštą tiek vykdytojams, tiek vertintojams bei padėtų kurti įrodymais grįstą sveikatos politiką.</p>		
3.	<p>Modelių išbandyme galėjo dalyvauti labai įvairi Pacientų populiacija – galėjo skirtis amžius, lėtinių ligų deriniai, funkcinė ir klinikinė būklė, taip pat socialinė bei demografinė situacija. Tokie skirtumai galėjo turėti tiesioginės įtakos ne tik pradiniam sveikatos rodikliams, bet ir jų pokyčiui taikant tą pačią intervenciją. Skirtingose įstaigose galėjo dominuoti skirtingo rizikos lygio Pacientai bei skirtingo sudėtingumo atvejai, turintys įtakos apibendrintiems rodikliams, tačiau nebuvo keliamas reikalavimas sistemingai rinkti Pacientų charakteristikų duomenis, todėl nebuvo galima įvertinti, kiek rezultatai</p>	<p>Pacientų lygio duomenų rinkimas.</p> <p>Svarbu žinoti, kad net tarp Pacientų, sergančių dviem ar daugiau lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės sudėtingumas gali labai skirtis – priklausomai nuo ligų derinių, kontrolės lygio, funkcinio savarankiškumo ar socialinių aplinkybių. Tokie skirtumai gali turėti įtakos tam, kaip Pacientai reaguoja į taikytą priežiūros Modelį. Nors Modelių palyginimas nacionaliniu mastu buvo įmanomas remiantis bendrais rezultatais, turėjimas papildomos informacijos apie Pacientų pradinę būklę galėtų reikšmingai sustiprinti analizės kokybę. Pavyzdžiui, struktūrizuoti duomenys apie amžių, lytį, TLK kodus ar</p>	1.2, 1.3	SAM

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
	priklausė nuo pačių Modelių, o kiek – nuo Pacientų skirtumų.	funkcinį pajėgumą leistų geriau suprasti kontekstą, kuriame pasiekti rezultatai, ir padėtų objektyviau interpretuoti tarp Modelinius skirtumus. Todėl ateityje būtų naudinga apsvarstyti galimybę rinkti tam tikrus Pacientų duomenis vienodu formatu, kad vertinimas galėtų būti ne tik bendras, bet ir labiau informuotas, kontekstinis. Tokia praktika padėtų ne tik vertinant, bet ir planuojant tolesnį Modelių taikymą skirtingoms Pacientų grupėms.		
4.	Modelių išbandymo metu nebuvo numatytas reikalavimas taikyti ar stebėti kontrolines pacientų grupes – t. y. pacientus, kurie gautų įprastinę priežiūrą be intervencijos. Dėl šios priežasties nebuvo galimybės patikimai palyginti rezultatų su alternatyviu scenarijumi, kai tos pačios populiacijos Pacientai tose pačiose Modelius išbandžiusiose ASPĮ gauna įprastą priežiūrą.	<p>Pacientų kontrolinių grupių stebėjimas.</p> <p>Vertinant intervencijų poveikį pacientų sveikatai, papildomą analitinę vertę gali suteikti galimybė turėti palyginimo pagrindą – pavyzdžiui, stebėti pacientų grupę, kuriai taikytas Modelis, lygindami ją su panašia pacientų grupe toje pačioje įstaigoje, kuri tuo pačiu laikotarpiu gavo įprastinę priežiūrą. Tokie lyginimo būdai padeda geriau suprasti, kiek pastebimi pokyčiai gali būti siejami su konkrečia intervencija, o kiek – su natūraliais sveikatos svyravimais, sezoniškumu, paciento motyvacija ar kitais bendrais kontekstiniais veiksniais. Todėl planuojant būsimus pilotinius Modelius verta apsvarstyti galimybę sistemingai rinkti informaciją ne tik apie dalyvavusius pacientus, bet ir apie analogiškus pacientus toje pačioje įstaigoje, kuriems intervencija nebuvo taikyta.</p>	1.2, 1.3	SAM
Rekomendacijos „daryk tai“ dėl centralizuoto/-ų nacionalinio/-ių IT spendimo/-ų efektyvesnei Pacientų priežiūrai				
5.	Projektų metu naudotų atskirų IT sprendimų analizė parodė, kad nors kai kurios inovacijos – kaip Pacientų galimybė nuotoliniu būdu teikti sveikatos duomenis bei gauti individualizuotas rekomendacijas – yra vertingos ir efektyvios, šių sistemų izoliuotas veikimas kelia iššūkių. Vienas pagrindinių iššūkių – darbų dubliavimas, kai sveikatos priežiūros specialistams tenka dirbti su keliomis skirtingomis platformomis ar duomenų įvedimo	<p>IT sprendimų integracija.</p> <p>Siekiant ilgalaikio skaitmeninių sveikatos priežiūros sprendimų poveikio ir praktinio taikymo, rekomenduojama užtikrinti, kad visi pacientų priežiūros sprendimai būtų integruojami į ESPBI IS arba sąveikautų su ja pagal nustatytus techninius standartus ir užtikrintų:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vientisą duomenų vaizdą gydytojui – nepriklausomai nuo to, kur ir kaip duomenys surinkti; 	1.1, 1.5	SAM, Registru centras

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
	<p>sistemomis, kurios nėra tarpusavyje susietos. Tai ne tik sumažina darbo efektyvumą, bet ir didina klaidų riziką, apsunkina Paciento duomenų peržiūrą, bei trukdo vientisai Pacientų sveikatos stebėsenai, duomenų pasidalijimą tarp skirtingų specialistų ir įstaigų.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vieningą informacijos logiką pacientui – kad jis turėtų nuoseklią patirtį skirtingose įstaigose; ▪ galimybę analizuoti duomenis nacionaliniu lygiu, neprarandant informacijos tarp sistemų ar projektų. <p>Tvari skaitmeninė infrastruktūra turėtų būti ne vieno konkretaus sprendimo rezultatas, bet nuosekliai kuriama ekosistema, kurioje kiekvienas sprendimas „kalba ta pačia kalba“ ir stiprina bendrą sveikatos priežiūros sistemą.</p>		
6.	<p>Pacientai dažnai gydomi kelių specialistų, skiriančių vaistus pagal savo sritį, tačiau neturinčių galimybės įvertinti viso gydymo suderinamumo. Dėl to kyla rizika dėl vaistų tarpusavio nesuderinamumo, dubliavimo ar nepageidaujamų sąveikų. Kai kurie Modeliai šią riziką sprendė įtraukdami farmacininkų konsultacijas į holistinį paciento ištyrimą. Šiuo metu struktūrizuoti duomenys apie paskirtus vaistus yra tik E.recepto sistemoje, kurioje yra duomenys tik apie E. receptu išduodamus kompensuojamus vaistus, tačiau joje veikia ir automatizuota vaistų suderinamumo patikra. Visgi, nemaža dalis vaistų / maisto papildų pacientų vartojama be receptų, su popieriniais receptais – šie duomenys gydytojams dažnai nežinomi arba fiksuojami nestruktūrizuotai, todėl negali būti analizuojami ar tikrinami automatiškai. Dėl informacijos išskaidymo ir nepakankamo matomumo, kiekvieno vizito metu vaistų vartojimas aiškinamasi iš naujo, o tai neefektyvu ir didina pacientų saugumo rizikas.</p>	<p>Vaistų suderinamumo tikrinimo galimybių plėtra.</p> <p>Rekomenduojama plėsti E. recepto sistemos funkcionalumą, kad ji taptų visaverčiu vaistų valdymo įrankiu gydytojams, ypač dirbantiems su Pacientais.</p> <p>Rekomenduojamos prioritetinės tobulinimo kryptys:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Išplėsti galimų įvesti vaistų sąrašą, kad būtų galima registruoti ne tik kompensuojamus, bet ir visus kitus receptinius, nereceptinius bei paciento vartojamus vaistus ir papildus. ▪ Sudaryti galimybę gydytojams struktūrizuotai suvesti visus Paciento vartojamus vaistus – įskaitant tuos, kurie paskirti kitų specialistų ar vartojami paciento iniciatyva. ▪ Įgalinti automatinę vaistų suderinamumo tikrinimo funkciją, kuri įspėtų apie tarpusavio sąveikas, dubliavimą ar pavojingas kombinacijas. <p>Papildomai siūlomos tobulinimo kryptys:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integruoti vaistų duomenis su Paciento ligos istorija ir sveikatos planu, kad visi sprendimai būtų matomi vientisame klinikiniam kontekste. 	1.5	SAM, Registrų centras

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tobulinti vaistų suderinamumo patikrą atsižvelgiant į Pacientų ligas, amžių ar kitus parametrus. <p>Ši E. recepto sistemos plėtra leistų kurti pilnesnį vaizdą apie paciento vartojamus preparatus, padidintų gydymo saugumą, sumažintų poreikį papildomoms specialistų (pvz., farmacininkų) konsultacijoms vien tik suderinamumo tikslais, sutrumpintų laiką, skiriamą rankiniam tikrinimui, ir leistų gydytojams daugiau dėmesio skirti sprendimams, kurie tiesiogiai kuria pridėtinę vertę paciento priežiūrai.</p>		
7.	<p>Lietuvoje šiuo metu kuriamas nacionalinis Telemedicinos paslaugų sprendimas, kuriuo siekiama sudaryti galimybes teikti nuotolines sveikatos priežiūros paslaugas. Šiuo metu sprendimas vystomas ribotiems naudojimo atvejams, tačiau po 2026 m. yra galimybės įveikinti sprendimą platesniam naudojimui. Modelių išbandymo praktika rodo, kad daugiadalykiai konsiliumai yra dažnai taikoma intervencijos forma, reikalaujanti kelių sričių specialistų įsitraukimo, koordinavimo ir sprendimų dokumentavimo. Kadangi tokie konsiliumai svarbūs ne tik klinikinei priežiūrai, bet ir atsakomybės pasidalijimui bei tęstinumui užtikrinti, efektyvu būtų šią praktiką paremti nuotoliniais sprendimais – užtikrinant galimybę tiek bendrauti realiu laiku, tiek struktūrizuotai fiksuoti jų išvadas ir susieti su paciento dokumentacija.</p>	<p>Nuotolinių konsultacijų ir konsiliumų įgalinimas.</p> <p>Plėtojant telemedicinos sprendimą, rekomenduojama numatyti galimybes, kurios leistų efektyviai naudoti nuotolines konsultacijas ne tik individualiems vizitams, bet ir daugiadalykiams konsiliumams bei tarpprofesinėms diskusijoms.</p> <p>Svarbiausi funkcionalumo aspektai, kuriuos vertėtų užtikrinti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsiliumo režimas, leidžiantis vienoje sesijoje dalyvauti keliems gydytojams ar specialistams (pvz., šeimos gydytojui, kardiologui, psichologui) ir, jei reikia, pacientui; ▪ Prieiga prie paciento sveikatos informacijos konsultacijos metu – įskaitant tyrimus, ligos istoriją, gydymo planus ir vaistus; ▪ Galimybė struktūrizuotai registruoti bendras konsiliumo išvadas, kurios automatiškai atsispindėtų paciento dokumentacijoje ir būtų prieinamos visai komandai; ▪ Konsultacijos tarp gydytojų funkcija, kai vienas specialistas nuotoliniu būdu kreipiasi dėl ekspertinės nuomonės. <p>Toks funkcionalumas leistų ne tik operatyviau spręsti sudėtingus klinikinius atvejus, bet ir mažintų pacientų siuntinėjimą tarp įstaigų,</p>	1.5, 2.2	SAM, Registrų centras

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
		skatintų bendradarbiavimą tarp specialistų bei užtikrintų sprendimų skaidrumą ir tęstinumą.		
8.	<p>Reguliari pacientų sveikatos rodiklių stebėseną (pvz., kraujospūdžio, glikemijos, pulso, svorio ar fizinio aktyvumo) yra vienas iš pagrindinių sėkmingo lėtinių ligų valdymo elementų. Nuotolinė stebėseną suteikia galimybę medikams greitai pastebėti reikšmingus sveikatos būklės pokyčius ir laiku reaguoti, taip užkertant kelią komplikacijoms ar hospitalizacijai. Modelių išbandymo metu daugelis Vykdytojų taikė įvairius lokalius technologinius sprendimus, leidžiančius pacientams perduoti savarankiškai registruotus duomenis apie gyvybinius rodiklius ir aktyvumą. Šios praktikos pasiteisino gerinant prevencinį reagavimą. Tačiau visi naudoti sprendimai buvo atskiri, fragmentiški ir neintegruoti į ESPBI IS, todėl Pacientų sveikatos duomenys nebuvo prijungti prie paciento sveikatos istorijos.</p>	<p>Nuotolinės pacientų stebėsenos įgalinimas.</p> <p>Siekiant užtikrinti, kad pacientų sveikatos rodiklių stebėseną būtų ne tik tęstinė, bet ir kliniškai naudinga, rekomenduojama įdiegti nacionalinio lygmens nuotolinės stebėsenos sprendimą, kuris būtų integruotas su paciento sveikatos istorija bei prieinamas visoms sveikatos priežiūros grandims. Šio sprendimo reikia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medikams, kad galėtų realiu laiku stebėti rodiklių pokyčius ir greitai reaguoti į rizikingus atvejus; ▪ pacientams, kad turėtų aiškų mechanizmą perduoti savo sveikatos duomenis ir būti įtraukti į priežiūros procesą; ▪ sveikatos politikos formuotojams, kad galėtų remtis realiais duomenimis vertinant intervencijų efektyvumą, sprendžiant dėl prevencijos ir priežiūros paslaugų tobulinimo. <p>Kadangi tokiame sprendime reikia spręsti duomenų srauto, apimties, saugumo ir integracijos klausimus, pirmiausia rekomenduojama atlikti pilotinį vertinimą nacionaliniu lygiu, kurio metu būtų:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ įvertinta, koks technologinis Modelis tinkamiausias Lietuvos kontekste (pvz., ESPBI IS plėtra, atskiro sprendimo įsigijimas, debesų kompiuterijos (cloud) pagrindu veikiančios platformos ir kt.); ▪ išbandytas duomenų surinkimo, analizavimo, įspėjimų ir integracijos su paciento istorija mechanizmas realiomis sąlygomis. 	1.2, 2.2	SAM, Registru centras

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
		Tik pilotu pagrįstas sprendimas leistų pasirinkti optimalų technologinį kelią, atitinkantį sveikatos priežiūros sektoriaus specifiką ir duomenų kiekio valdymo iššūkius, bei užtikrinti sprendimo mastelį visai sistemai.		
9.	Nors gydymo gairės, algoritmai ir metodiniai dokumentai Lietuvoje egzistuoja, jie išskaidyti skirtinguose šaltiniuose, nėra sistemingai susieti su klinicine praktika ir nepritaikyti greitam taikymui gydytojo darbo metu. Pacientų priežiūroje galimų sveikatos scenarijų yra labai daug – jie priklauso nuo lėtinių ligų derinių, paciento amžiaus, funkcinės būklės, gretutinių būklių, gydymo istorijos ir kitų veiksnių. Šiuo metu sveikatos priežiūros sprendimai priimami remiantis gydytojo asmenine patirtimi ir žiniomis, naudojantis atskiromis, neintegruotomis metodinėmis priemonėmis (PDF, tarptautinėmis svetainėmis, vidiniais protokolais, duomenų bazėmis). Esant dideliame informacijos kiekiui ir laiko apribojimams, sudėtinga užtikrinti, kad kiekvieno paciento klinikinė situacija būtų įvertinta pilnai atsižvelgiant į jo lėtinių ligų kombinacijas.	<p>Žinių bazės ir rekomendacijų gydymui platformos suteikimas specialistams.</p> <p>Rekomenduojama sukurti nacionaliniu lygiu veikiančią, centralizuotą žinių bazę, kuri padėtų gydytojams priimti sprendimus remiantis patvirtintais klinikiniais algoritmais, pacientų keliais ir aktualia, nuolat atnaujinama informacija.</p> <p>Rekomenduojama, kad platforma turėtų:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ būti grįsta patvirtintais pacientų keliais ir algoritmais, sudarytais nacionaliniu lygiu, ir padėti užtikrinti vienodą priežiūros kokybę visoje sistemoje; ▪ teikti personalizuotas klininkines rekomendacijas, pagrįstas paciento duomenimis, diagnozėmis, ligų deriniais, amžiumi ir kitais veiksniais; ▪ veikti kaip aktyvus sprendimų palaikymo įrankis, t. y. sufleris, kuris primena, ką svarbu įvertinti konkrečiu ligos eigos momentu, padeda išvengti praleistų veiksmų ar nereikalingo dubliavimo. <p>Papildomai siūloma žinių bazės ir rekomendacijų platformą sieti su individualizuoto sveikatos priežiūros plano sudarymu, padedant formuoti planus pagal standartizuotas rekomendacijas ir automatiškai teikiant pasiūlymus dėl plano korekcijos, jei keičiasi paciento būklė.</p> <p>Kadangi sprendimas dėl platformos apima duomenų srautų, sprendimų logikos ir integracijos klausimus, rekomenduojama atlikti galimų IT sprendimų analizę, kurios apimtyje turėtų būti išanalizuoti</p>	2.2	SAM, Registrų centras

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
		užsienio šalyse naudojami sprendimai, įvertinti, įsigyti jau egzistuojantį sprendimą, ar tobulinti ESPBI IS, ar kurti naują atskirą platformą.		
10.	Šiuo metu pacientams nėra galimybės vienoje platformoje nuosekliai ir patogiai matyti savo gydymo eigą, aktyviai dalyvauti sveikatos planų vykdyme ar bendrauti su daugiadalyke komanda. Egzistuojantis Pacientų portalas (ESPBI IS) apriboja prieigą tik iki bazinių funkcijų – pavyzdžiui, išrašytų vaistų ar laboratorinių tyrimų atsakymų peržiūros. Specifinės su Pacientų sveikatos priežiūra susijusios funkcijos išbandant Modelius buvo taikomos fragmentiškai – per atskirus pilotinius sprendimus ar pavienes įstaigų sistemas, kurios tarpusavyje nėra suderintos. Be to, nemaža dalis informacijos vis buvo fiksuojama popieriuje (pvz., pildomi popieriniai planai ar dienynai), o tai riboja galimybę kaupti, analizuoti ir panaudoti duomenis ilgalaikėms įžvalgoms ar koordinuotai priežiūrai. Informacija apie paciento sveikatos būklę dažnai išbarstyta tarp skirtingų šaltinių – gydymo įstaigų IS, popierinių kortelių, e.receptų, atskirų užrašų ar pacientų atmintines. Dėl to nei pacientas, nei gydytojas neturi visapusiško, aiškaus ir nuoseklaus ligos bei gydymo vaizdo, o sprendimų priėmimas tampa lėtesnis, mažiau informuotas ir priklausomas nuo fragmentiškos informacijos.	<p>Pacientų portalo plėtra.</p> <p>Rekomenduojama plėsti ESPBI IS Paciento portalą sukuriant pacientui draugišką versiją, kuri veiktų kaip išsamus savipriežiūros informacijos šaltinis, sveikatos planų įgyvendinimo priemonė bei paciento ir sveikatos priežiūros sistemos sąsajos taškas.</p> <p>Rekomenduojamos prioritetinės tobulinimo kryptys:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prieiga prie patikimos informacijos ir savipriežiūros išteklių: Pacientų portale turėtų būti prieinama aiški, suprantama ir mokslu pagrįsta informacija apie dažniausiai pasitaikančias lėtines ligas, jų eigą, gydymo būdus ir savipriežiūros principus. Taip pat – nurodymai dėl galimų pacientų „kelių“ (kokie specialistai, paslaugos ar žingsniai dažniausiai laukia konkrečiomis būklėmis sergančio žmogaus). ▪ Individualizuoto sveikatos plano integracija: Pacientas turėtų galėti matyti jam priskirtą priežiūros planą, stebėti jo įgyvendinimą, gauti priminimus apie suplanuotas veiklas ir vizitus, o taip pat suprasti, kokia priežiūros komanda su juo dirba. <p>Papildomai siūlomos Pacientų portalo tobulinimo kryptys, susijusios su aukščiau rekomenduojamais patobulinimais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaistų įsigijimo priminimai: Pacientui galėtų būti siunčiame priminimai apie priskirtus ir neįsigytus vaistus. ▪ Integruota komunikacija su gydytojų komanda: Portale turėtų būti galimybė užduoti klausimus, gauti atsakymus, matyti pokalbių istoriją. Tokia funkcija padidintų pasitenkinimą paslaugomis ir sumažintų nereikalingų kontaktų poreikį. 	2.2	SAM, Registru centras

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vizualizuoti pagrindiniai sveikatos rodikliai: Pacientui būtų rodoma pagrindinių sveikatos rodiklių dinamika (pvz., AKS, KMI, glikemijos reikšmės) lengvai suprantamu, vizualiu formatu. Tai padėtų geriau suprasti sveikatos būklės pokyčius ir didintų įsitraukimą. ▪ Galimybė įgalioti artimuosius: Atsižvelgiant į paciento poreikius, numatyti mechanizmą, leidžiantį įgalioti artimuosius peržiūrėti planą, tyrimų atsakymus ar kitas funkcijas (ypač svarbu pagyvenusiems ar riboto savarankiškumo pacientams). <p>Ši etapai grįsta plėtra leistų portalo funkcionalumą įdiegti palaipsniui, pradedant nuo didžiausią naudą ir lengviausią įgyvendinimą turinčių funkcijų. Tokia kryptis prisidėtų prie pacientų sveikatos raštingumo, geresnio priežiūros koordinavimo ir sprendimų kokybės visame sektoriuje.</p>		
Kitos rekomendacijos „daryk tai“				
11.	<p>Modelių įgyvendinimo metu įvairios įstaigos naudojo skirtingus priežiūros planavimo šablonus, pacientų atrankos kriterijus, algoritmus ir informacinius sprendimus, tačiau didelė dalis šių priemonių liko lokalūs, neišgryninti ar nepaversti metodine dokumentacija. Nors dauguma vykdytojų kūrė ar adaptavo vidinius instrumentus ir taikė praktikoje naujas intervencijas, tik kelių Projektų vykdytojai (P-01-0001 ir P-01-0003), pakviesti pasidalinti, pateikė išsamią struktūruotą metodinę medžiagą, apimančią tiek specialistams skirtas klinikines rekomendacijas, tiek pacientų informavimo priemones. Vis dėlto ši medžiaga buvo parengta daugiau nei prieš ketverius metus, todėl dalis</p>	<p>Metodinės medžiagos atnaujinimas.</p> <p>Siekdami, kad atrinkti priežiūros Modeliai galėtų būti tvariai ir vienodai taikomi nacionaliniu mastu, rekomenduojama parengti ir nuolat palaikyti metodinių dokumentų rinkinį, grindžiamą geriausia projektų įgyvendinimo praktika (žr. Priedas Nr. 14. Projektų metu parengtų metodinių gairių ir įrankių pavyzdžiai) bei aktualiomis mokslinėmis rekomendacijomis. Metodinė medžiaga turėtų apimti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ klinikinės priežiūros principus ir algoritmus pirminės sveikatos priežiūros komandai; ▪ paslaugų organizavimo ir bendradarbiavimo aprašus, įskaitant tarpdisciplininius ryšius ir nuotolinių sprendimų taikymą; 	-	SAM

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
	jos informacijos nebeatitinka šiuolaikinių klinikinių gairių ir paslaugų organizavimo principų.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pacientų informavimo ir įgalinimo priemonės, orientuotas į savipriežiūrą ir bendradarbiavimą priežiūros procese. <p>Tokia struktūruota metodinė bazė padėtų:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ užtikrinti nuoseklų Modelių taikymą skirtingose įstaigose; ▪ palengvinti naujų komandų įsitraukimą ir praktikos perkėlimą; ▪ didinti kokybės valdymo galimybes, grįstas vienodais standartais; ▪ gerinti pacientų informuotumą ir įsitraukimą, remiantis aiškiais ir patikimais šaltiniais. <p>Ši rekomendacija turėtų būti įgyvendinama kaip integrali Modelių nacionalinės plėtros dalis, glaudžiai derinant su žinių baze, sveikatos planavimu ir IT sprendimų ekosistema.</p>		
12.	<p>Modelių išbandymo metu buvo nustatytas konkrečių TLK-10-AM diagnozių sąrašas, kurias apėmė projektai. Tačiau šis sąrašas buvo ribotas ir neapėmė visų ligų grupių, kurios realiai prisideda prie pacientų sveikatos praradimo, sudėtingų priežiūros poreikių. J ypač reikšmingas, bet nepakankamai įtrauktas ligų grupės patenka, pavyzdžiui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ onkologinės ligos; ▪ psichikos ir elgesio sutrikimai, kurie dažnai susiję su sudėtingu lėtinių ligų valdymu; ▪ neurologiniai, autoimuniniai ir kiti kompleksiniai sutrikimai, turintys įtakos ilgalaikiai priežiūrai ir paslaugų koordinavimui. <p>Per siauras ligų sąrašas riboja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelių taikymo mastą ir aktualumą realioje praktikoje; 	<p>Paciento apibrėžimo išplėtimas.</p> <p>Rekomenduojama atnaujinti ir išplėsti TLK-10-AM kodų sąrašą, į kurį būtų orientuojami Pacientų priežiūros Modeliai, įtraukiant ligas, kurios turi didelį poveikį funkcionavimui, priežiūros koordinavimui ar paciento gyvenimo kokybei – pvz., onkologines, psichikos, neurologines ir autoimunines ligas. Platesnė diagnozių aprėptis leistų taikyti Modelius realistiškesniam pacientų spektrui, užtikrinti lygiavertes galimybes skirtingų profilių pacientams bei stiprinti sistemos atsaką į įvairius ilgalaikius sveikatos poreikius.</p>	-	SAM

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ galimybę įtraukti pacientus, kuriems potencialiai labiausiai reikalingos inovatyvios priežiūros formos; ▪ ir sisteminių požiūrį į dauginį ligotumą, kai svarbu matyti ne tik dažniausias, bet ir kompleksines, retesnes būkles. 			
13.	<p>Pacientų grupė nėra vienalytė – į ją patenka tiek gana savarankiški asmenys, turintys nedidelius stebėsenos ar priežiūros poreikius, tiek pacientai su itin sudėtingomis lėtinių ligų kombinacijomis, ribotu funkcionavimu ar nuolatine specialistų priežiūra. Ši poreikių įvairovė lemia didelę priežiūros intensyvumo, resursų poreikio ir rezultatų variaciją tarp pacientų, kurie formaliai priskiriami tai pačiai grupei.</p> <p>Be to, objektyvūs sveikatos rodiklių skirtumai (pvz., skirtingas hospitalizacijų dažnis, komplikacijų rizika ar gydymo atsakas) yra neišvengiamai susiję su paciento klinikinėmis savybėmis ir būklės sunkumu. Kadangi šiuo metu trūksta nacionaliniu mastu taikomo paciento sudėtingumo apibrėžimo ar kodavimo sistemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tampa sudėtinga planuoti paslaugų intensyvumą ar komandos sudėtį pagal realų poreikį; ▪ finansavimas dažnai nėra susietas su paciento būklės sunkumu, todėl įstaigos, dirbančios su sunkesniais pacientais, gali būti neproporcingai apkrautos; ▪ neįmanoma objektyviai lyginti Modelių rezultatų, nes nežinoma, kiek sudėtingi pacientai dalyvavo kuriame projekte ar įstaigoje. 	<p>Pacientų kodavimas.</p> <p>Rekomenduojama nacionaliniu lygmeniu parengti ir įdiegti pacientų klasifikavimo sistemą pagal Ispanijoje taikomą „Sureguliuotos poliligtotumo grupės“ kodavimo sistemos pavyzdį bei kitų šalių taikomus kodavimo kriterijus (kaip pvz., diagnozių kombinacijos, funkcinė būklė, trapumo indeksas, paslaugų vartojimo intensyvumas, receptų skaičius, konsultacijų intensyvumas, savarankiškumo lygi) (žr. Priedas Nr. 6. Pacientų kodavimo sistemų pavyzdžiai). Pacientų kodavimo sistema turėtų būti integruota į ESPBI IS ir naudojama:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kaip įrankis klinikiniam planavimui (pvz., numatant komandos sudėtį, priežiūros intensyvumą, stebėsenos dažnį); ▪ kaip finansavimo Modelio pagrindas, siekiant užtikrinti diferencijuotą, su paciento būklės sudėtingumu susietą apmokėjimą; ▪ kaip priežiūros kokybės analizės instrumentas, leidžiantis objektyviau vertinti rezultatus tarp panašios rizikos pacientų grupių. <p>Toks sprendimas padėtų nukreipti daugiau dėmesio ir išteklių ten, kur poreikis didžiausias, pagerintų paslaugų prieinamumą sunkiausiems pacientams ir sustiprintų duomenimis grįstą priežiūros valdymą.</p>	1.2, 1.3, 2.2, 2.3	SAM, Valstybinė ligonių kasa

Kiti pasiūlymai „žinok tai“

Eil. nr.	Situacija	Siūlymas „žinok tai“ / rekomendacija „daryk tai“	Susijęs vertinimo uždavinys	Atsakinga institucija
14.	<p>Modelių įgyvendinimo metu paaiškėjo, kad daliai pacientų – ypač vyresnio amžiaus – naudojimas inovatyviais sprendimais (pvz., sveikatos rodiklių perdavimu per mobiliąsias programėles ar išmaniuosius įrenginius) kėlė praktinių iššūkių. Nors dauguma pacientų buvo motyvuoti įsitraukti, kai kuriems prireikė papildomos pagalbos dėl riboto technologinio raštingumo ar sudėtingo sprendimų naudojimo. Panašių sunkumų patyrė ir dalis specialistų, ypač regionuose, kur trūko techninės pagalbos integruojant skirtingas sistemas ar naudojant sudėtingesnius įrankius. Šie iššūkiai rodo, kad efektyvi inovatyvių sprendimų plėtra turi būti papildyta techninės pagalbos mechanizmais tiek pacientams, tiek specialistams.</p>	<p>IT pagalbos resursai.</p> <p>Atsižvelgiant į šiuos iššūkius, diegiant skaitmeninius sprendimus sveikatos priežiūroje rekomenduojama numatyti techninės pagalbos pacientams ir specialistams mechanizmus. Konkrečiai siūloma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nustatyti aiškų IT palaikymo funkcionalumą sprendimo kūrimo ar pirkimo etape, įtraukiant tiek pagalbą diegimo metu, tiek nuolatinę techninę pagalbą naudojimo laikotarpiu. ▪ Užtikrinti, kad potencialūs tiekėjai teiktų vartotojo palaikymo paslaugas, orientuotas į vyresnio amžiaus pacientų poreikius. ▪ Svarstyti nacionalinių ar vietinių IT komandų suformavimą, kurios galėtų operatyviai reaguoti ir teikti pagalbą pacientams bei įstaigų specialistams sprendžiant kasdienes IT problemas. <p>Tokie pagalbos mechanizmai padėtų sumažinti barjerus naudoti inovatyviais sprendimais, padidintų jų efektyvumą ir įgalintų tiek pacientus, tiek sveikatos specialistus tvariai naudoti skaitmeninius įrankius.</p>		SAM, Registrų centras, Sveikatos centrai

Priedas Nr. 1. Literatūros sąrašas

1. Aramrat, C., Choksomngam, Y., Jiraporncharoen, W., Wiwatkunupakarn, N., Pinyopornpanish, K., Mallinson, P. A. C., Kinra, S., & Angkurawaranon, C. (2022). Advancing multimorbidity management in primary care: a narrative review. *Primary health care research & development*, 23, e36. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000238>.
2. Campillejo, A., Gefaell-Larrondo, I., Ramos-García, V., et al. (2024). Implementation of a virtual community of practice to promote the empowerment of middle-aged people with multimorbidity. *BMJ Open*.
3. Chacornac, M., Faoro, A., Texereau, J., et al. (2022). Performance of an eHealth (NOMHAD) system comprising telemonitoring, telenotification, and telecoaching for patients with multimorbidity. *JMIR Formative Research*.
4. Conde, M. G., Peyroteo, M., Maria, A., et al. (2023). Protocol for a cluster randomised trial of a goal-oriented care approach for multimorbidity patients supported by a digital platform. *BMJ Open*.
5. Eyowas, F. A., Schneider, M., Balcha, S. A., et al. (2022). Multimorbidity and health-related quality of life among patients attending chronic outpatient medical care in Bahir Dar, Northwest Ethiopia. *PLOS Global Public Health*.
6. Eriksen, C., Kamstrup-Larsen, N., Birke, H., et al. (2022). Models of care for improving health-related quality of life, mental health, or mortality in persons with multimorbidity. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*.
7. Yang, E., Jeong, D., Hahm, B., & Shim, E. (2023). Qualitative Study on Patient Distress and Needs in Chronic Illness. *STRESS*
8. Igerc, I., & Schrems, B. (2023). Sexual Well-Being Needs of Patients with Chronic Illness. *Journal of Clinical Nursing*.
9. Jhang, K. M., Wang, W., Cheng, Y., Tung, Y. C., Yen, S., & Wu, H. H. (2023). Care Need Combinations for Dementia Patients with Multiple Chronic Diseases. *Psychology Research and Behavior Management*.
10. Katsarou, A., Intas, G., & Pierrakos, G. (2023). Investigating the Needs of Caregivers of Patients Suffering from Chronic Diseases. *Indian Journal of Palliative Care*.
11. Knell, G., Robertson, M., Dooley, E., Burford, K., & Méndez, K. S. (2020). Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic.
12. Li, H., Liu, S., & Zhou, L. (2024). Intensity and Associated Factors of Home Health Care Service Needs Among Elderly Patients with Chronic Diseases. *Public Health Nursing*.
13. Majnarić, L., Babič, F., O'Sullivan, S., & Holzinger, A. (2021). AI and Big Data in Healthcare: Towards a More Comprehensive Research Framework for Multimorbidity. *Journal of Clinical Medicine*.
14. McCallum, M., Macdonald, S., & Mair, F. S. (2024). Multimorbidity and Person-Centred care in a socioeconomically deprived community: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*.
15. Medina-García, R., López-Rodríguez, J. A., Lozano-Hernández, C., Bejerano, V. R., Criscio, P., & del Cura-González, I. (2023). A technological tool aimed at self-care in patients with multimorbidity. *JMIR Human Factors*.
16. Moreno-Chico, C., Roy, C., Monforte-Royo, C., González-de Paz, L., Navarro-Rubio, M. D., & Fernández-Puebla, A. G. (2021). Effectiveness of a nurse-led, face-to-face health coaching intervention in enhancing activation and secondary outcomes of primary care users with chronic conditions. *Research in Nursing & Health*.
17. Mun, H.-J., & So, E. (2022). Changes in Physical Activity, Healthy Diet, and Sleeping Time during the COVID-19 Pandemic in South Korea. *Nutrients*.
18. Ngangue P, Brown JB, Forgues C, et al. Evaluating the implementation of interdisciplinary patient-centred care intervention for people with multimorbidity in primary care: a qualitative study. *BMJ Open*. 2021;11(9):e046914. Published 2021 Sep 24. doi:10.1136/bmjopen-2020-046914
19. Paukkonen, L., Oikarinen, A., Kähkönen, O., & Kyngäs, H. (2021). Adherence to self-management in patients with multimorbidity and associated factors: A cross-sectional study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing*.

20. Peeler, A., Nelson, K., Badawi, S., et al. (2024). Living with multimorbidity: A qualitative exploration of shared experiences of patients, family caregivers, and healthcare professionals in managing symptoms in the United States. *Journal of Advanced Nursing*.
21. Raaijmakers, L. H. A., Vercoulen, J., Schermer, T., & Bischoff, E. (2022). OPTIMA FORMA – Towards a patient-centred multimorbidity approach for chronic disease management in primary care. *International Journal of Integrated Care*.
22. Rohwer, A., Toews, I., Uwimana-Nicol, J. *et al.* Models of integrated care for multi-morbidity assessed in systematic reviews: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 23, 894 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09894-7>.
23. Ruiz-Baena, J. M., Moreno-Juste, A., Poblador-Plou, B., et al. (2024). Influence of social determinants of health on quality of life in patients with multimorbidity. *PLOS ONE*.
24. Salisbury, C., Man, M.-S., Bower, P., Guthrie, B., Chaplin, K., Gaunt, D., Brookes, S., Fitzpatrick, B., Gardner, C., Hollinghurst, S., Lee, V., McLeod, J., Mann, C., Moffat, K. R., & Mercer, S. (2018). Management of multimorbidity using a patient-centred care Model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *The Lancet*.
25. Smith, S. M., Wallace, E., Clyne, B., Boland, F., & Fortin, M. (2021). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting: A systematic review. *Systematic Reviews*, 10.
26. Smith, T., Patel, T., Akpan, A., Clegg, A., Watkins, D. C., Lightbody, C., & Chauhan, U. (2020). A scoping review of community holistic interventions for older people with multimorbidity. *The British Journal of General Practice*.
27. Steponkutė, J., & Galdikienė, N. (2021). Self-care teaching of patients with multimorbidity in primary health care. *Slauga. Mokslas ir praktika*, 2, 14-21.
28. Verdoy, D. (2021). Implementation and validation of the C3-Cloud system: a new generation for integrated care tool developed with and for multimorbid patients. *International Journal of Integrated Care*.
29. Vespa, A., Spatuzzi, R., Fabbietti, P., et al. (2023). Association between Sense of Loneliness and Quality of Life in Older Adults with Multimorbidity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
30. Williams, T., Garza, M., Lipchitz, R., et al. (2022). Cultivating informatics capacity for multimorbidity. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*.
31. Wiwatkunupakarn, N., Aramrat, C., Pliannuom, S., et al. (2023). The integration of clinical decision support systems into telemedicine for multimorbid patients. *Journal of Medical Internet Research*.

Priedas Nr. 2. Struktūrizuota Projektų vykdytojų elektroninė apklausa

Dalyviai. Projektų vykdytojai.

Kanalai ir įrankis. Kvietimas užpildyti elektroninę apklausą siunčiamas visiems Projektų vykdytojams, pridedant MS Excel formato dokumentą su duomenų ir informacijos užklausa ir pildymo instrukcijomis.

Atkreipiamas dėmesys, kad ne visi Projektų vykdytojai gali turėti prašomus duomenis, tačiau net ir dalies vykdytojų pateikti duomenys prisidėtų prie kokybiškesnių Modelių vertinimo įžvalgų bei bendrų prielaidų sudarymo.

Pagal Techninės specifikacijos 9.1.5. vertinimo uždavinį: išanalizuoti projektuose tiesiogiai Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijas, elgsenos pokyčius. Įvertinti šių specialistų silpniausias kompetencijas ir pasiūlyti atitinkamas mokymų kryptis:

Lentelė 22. Duomenų užklausa lentelė dėl specialistų užimtumo Projektų apimtyje

Specialistas <i>Pateiktas specialistų sąrašas suformuotas remiantis visų Projektų daugiadalykių komandų sudėtimi. Jei Jūsų Projekte dirbęs specialistas nurodytas, papildykite sąrašą apačioje esančiose tuščiose eilutėse.</i>	Specialistų etatai <i>Nurodykite visų pagal specialybę Projekte dirbusių specialistų, etatų skaičių. Jei sąraše nurodytas specialistas Projekte nedirbo, įrašykite "-".</i>	Suteiktų konsultacijų skaičius <i>Nurodykite bendrą Projekto įgyvendinimo apimtyje suteiktų konsultacijų skaičių per metus, kurias suteikė konkretūs specialistai. Jei konkrečiais metais Projektas dar nebuvo pradėtas vykdyti ar jau buvo baigtas vykdyti, įrašykite "-".</i>			
		2020	2021	2022	2023
Šeimos gydytojas					
Atvejo vadybininkas					
Socialinis darbuotojas					
Bendrosios praktikos slaugytojas					
Gydytojas endokrinologas					
Gydytojas kardiologas					
Psichologas					
Kineziterapeutas					
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas					
Gyvensenos medicinos specialistas					
Gydytojas pulmonologas					
Gydytojas neurologas					
Farmacininkas					
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas					
Slaugytojas diabetologas					
Gydytojas oftalmologas					
Psichiatras					
Gydytojas nefrologas					
Gydytojas reumatologas					
Klinikinis farmakologas - gydytojas					

Specialistas <i>Pateiktas specialistų sąrašas suformuotas remiantis visų Projektų daugiadalykių komandų sudėtimi. Jei Jūsų Projekte dirbęs specialistas nurodytas, papildykite sąrašą apačioje esančiose tuščiose eilutėse.</i>	Specialistų etatai <i>Nurodykite visų pagal specialybę Projekte dirbusių specialistų, etatų skaičių. Jei sąraše nurodytas specialistas Projekte nedirbo, įrašykite "-".</i>	Suteiktų konsultacijų skaičius <i>Nurodykite bendrą Projekto įgyvendinimo apimtyje suteiktų konsultacijų skaičių per metus, kurias suteikė konkretūs specialistai. Jei konkrečiais metais Projektas dar nebuvo pradėtas vykdyti ar jau buvo baigtas vykdyti, įrašykite "-".</i>			
		2020	2021	2022	2023
Atvejo vadybininkų koordinatorius					
Gydytojas dietologas					
Kraujagyslių chirurgas					
Gydytojas dermatologas					
Vidaus ligų gydytojas					
..					
..					
..					

Pagal Techninės specifikacijos 9.1.3. vertinimo uždavinį: *nustatyti Modelius, turėjusius didžiausią įtaką hospitalizacijų mažėjimui:*

Lentelė 23. Duomenų užklausos lentelė dėl veiklų veiksmingumo ir gautų rezultatų vertinimo rodiklių

Klausimas	Matavimo vienetai	Reikšmė
Intervencijų įgyvendinimo laikotarpis	Pradžios ir pabaigos data (metai, mėnuo, diena)	
Pacientų skaičius pagal ligų kiekį ir pagal atskirų ligų sunkumo lygį:		
Sergantys 2 ligomis (angl. oligomorbidity)	Pacientų skaičius Projekto metu	
Sergantys 3 ir 4 ligomis (angl. multimorbidity)	Pacientų skaičius Projekto metu	
Sergantys 5 ir daugiau ligų (angl. polimorbidity)	Pacientų skaičius Projekto metu	
Pagal Techninės specifikacijos 9.1.3. vertinimo uždavinį: <i>nustatyti Modelius, turėjusius didžiausią įtaką hospitalizacijų mažėjimui</i>		
Pacientų, kurių sveikatos būklės pablogėjimo atveju buvo reikalinga hospitalizacija, skaičius	Atvejų dėl hospitalizacijų skaičius Projekto metu	
Pacientų, kurių sveikatos būklės pablogėjimo atveju buvo reikalinga hospitalizacija, hospitalizacijos trukmė	Lovadienių dėl hospitalizacijų skaičius Projekto metu	
Išvengiamų hospitalizacijų* dėl konkrečių ligų, kurios nurodytos Aprašo 48.8.2 papunktyje, skaičius bei išvengiamų hospitalizacijų trukmė (lovadieniai)	Išvengiamų lovadienių skaičius Projekto metu	
<i>*Išvengiama hospitalizacija – hospitalizacija, kurios galima išvengti imantis prevencinių priemonių ir (ar) laiku teikiant reikiamą ambulatorinę sveikatos priežiūrą. Pabrėžiame, kad išvengiamos hospitalizacijos nėra potencialios hospitalizacijos, kurių buvo išvengta projekto vykdymo metu.</i>		
Išvengiamų hospitalizacijų atvejų skaičius pagal pacientų ligotumą:		
Sergantys 2 ligomis (angl. oligomorbidity)	Išvengiamų atvejų skaičius Projekto metu	
Sergantys 3 ir 4 ligomis (angl. multimorbidity)	Išvengiamų atvejų skaičius Projekto metu	

Klausimas	Matavimo vienetai	Reikšmė
Sergantys 5 ir daugiau ligų (angl. polymorbidity)	Išvengiamų atvejų skaičius Projekto metu	
Išvengiamų hospitalizacijų lovdienių skaičius pagal pacientų ligotumą:		
Sergantys 2 ligomis (angl. oligomorbidity)	Išvengiamų lovdienių skaičius Projekto metu	
Sergantys 3 ir 4 ligomis (angl. multimorbidity)	Išvengiamų lovdienių skaičius Projekto metu	
Sergantys 5 ir daugiau ligų (angl. polymorbidity)	Išvengiamų lovdienių skaičius Projekto metu	
Pagal Techninės specifikacijos 9.1.2. vertinimo uždavinį: išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis)		
Pacientų dalis (procentai), kurių sistolinis kraujospūdis tikslinis (130/80 mmHg)	Pacientų dalis nuo visų Modelio išbandyme dalyvavusių pacientų, %	
Pacientų dalis (procentai), kurių MTL tikslinis pagal ŠKL rizką arba sumažėjo bent 50 proc.	Pacientų dalis nuo visų Modelio išbandyme dalyvavusių pacientų, %	

Pavieniais atvejais su Projektų vykdytojais bus tikslinamasi dėl Modelių pasiektų rodiklių:

- 33. Pacientų, kurių kūno masės indeksas sumažėjo lyginant su Modelio išbandymo pradžia, skaičius t. y. kūno masė sumažėjo 10 proc. ar daugiau;
- 38. Pacientų, kurių sveikatos būklės pablogėjimo atveju buvo reikalinga hospitalizacija, skaičius ir hospitalizacijos trukmė (lovdieniai)
- 39. Išvengiamų hospitalizacijų dėl konkrečių ligų, kurios nurodytos Aprašo 48.8.2 papunktyje, skaičius bei išvengiamų hospitalizacijų trukmė (lovdieniai)

Konkretūs klausimai Projektų vykdytojams yra skirtingi.

Priedas Nr. 3. Pusiau struktūruoti interviu su Projektų vykdytojais

Dalyviai. Pageidaujama, kad kiekvieną Projekto vykdytoją atstovautų 3-4 asmenys. Rekomenduojama, kad atstovų grupę sudarytų: Projekto vadovas, daugiadalykės komandos lyderis, atvejo vadybininkas ir slaugytojas.

Kanalai. Teikėjo atstovams suderinus patogų laiką, interviu vykdomi nuotoliniu būdu, naudojant MS Teams platformą. Interviu klausimai dalyviams pateikiami iš anksto, siekiant sudaryti galimybę tinkamai pasiruošti bei deleguoti atstovus, kurie gali išsamiai atsakyti į pateiktus klausimus.

Interviu vykdymo laikotarpis. 2025 m. vasario 20 d. – 2025 m. kovo 14 d.

Trukmė. Kiekvieno interviu trukmė – iki 1 val.

Klausimai. Klausimų sąrašą sudaro 3 blokai:

- **1 blokas.** Bendri klausimai, gilinantys analizę;
- **2 blokas.** Klausimai, susiję su Projektų įgyvendinimo ypatybėmis skirtingo dydžio savivaldybėse (aktualūs daliai Projektų vykdytojų);
- **3 blokas.** Trūkstamos informacijos tikslinimas.

1 blokas. Bendri klausimai, gilinantys analizę:

Pagal Techninės specifikacijos 9.1.1. vertinimo uždavinį: *nustatyti, kuris iš taikytų Modelių yra inovatyviausias ir labiausiai įtakoja sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.*

- Inovacijų (programėlių / portalų / duomenų bazių ir kt.) panaudojimo realioje praktikoje ypatybės: kokia dalis Modelio išbandyme dalyvavusių pacientų naudojosi inovatyviomis priemonėmis? Kokios tai buvo priemonės?
- Kokios priemonės (nebe)naudojamos klinikinėje praktikoje pasibaigus projektui ir kodėl?
- Kaip Modelio įgyvendinimo metu keitėsi specialistų darbo laiko sąnaudos, skiriamos pacientams?
- Kokį grįžtamąjį ryšį gavote iš pacientų: kuo pacientai džiaugėsi ir dėl ko skundėsi?

Pagal Techninės specifikacijos 9.1.2. vertinimo uždavinį: *išanalizuoti taikytus metodus ir įvertinti, kurie Modeliai ir jų įgyvendinimo būdai pasiekė geriausių rezultatų (didžiausias siektinų rodiklių teigiamas pokytis).*

- Kokie, Jūsų manymu, rodikliai ir (arba) kiti pasiekimai rodo įgyvendinto Projekto efektyvumą?
- Kuris Modelyje taikytas metodas, intervencijos ar veiklos turėjo didžiausią įtaką pasiektiems rezultatams? Kuris rodiklis geriausiai parodo įvardintą pokytį?

Pagal Techninės specifikacijos 9.1.3. vertinimo uždavinį: *nustatyti Modelius, turėjusius didžiausią įtaką hospitalizacijų mažėjimui.*

- Projekto apimtyje buvo renkamos kontrolinės grupės? Jei taip, kokie skirtumai pastebėti tarp grupių?

Pagal Techninės specifikacijos 9.1.5. vertinimo uždavinį: *išanalizuoti projektuose tiesiogiai Modelių išbandymo procese dalyvavusių specialistų funkcijas, elgsenos pokyčius. Įvertinti šių specialistų silpniausias kompetencijas ir pasiūlyti atitinkamas mokymų kryptis.*

- Kokių naujų įgūdžių ir (arba) naujų darbo metodų daugiadalykės komandos nariams teko išmokti Projekto įgyvendinimo laikotarpiu?
- Kokių įgūdžių ar žinių jums trūko siekiant efektyviau ir (arba) teisingiau vykdyti Projekto veiklas?
- Kokių teigiamų ar neigiamų elgsenos pokyčių daugiadalykės komandos nariai pastebėjo savo ar kolegų darbe?

- Kaip pasikeitė daugiadalykės komandos darbo metodai Projekto įgyvendinimo laikotarpiu?
- Su kokiais esminiais sunkumais daugiadalykė komanda susidūrė vykdydama Projektą?
- Kokių priemonių trūko siekiant sėkmingai atlikti komandos nariams priskirtas funkcijas?
- Kokių mokymų poreikį matytumėte darbo kokybei, našumui ir efektyvumui didinti, jei pradėtumėte Projekto įgyvendinimą iš pradžių?

2 blokas. Modelių taikymo ypatumai skirtingo dydžio savivaldybėse:

Pagal Techninės specifikacijos 9.1.4. vertinimo uždavinį: *nustatyti Modelių taikymo ypatumus savivaldybėse išskiriant Modelių taikymo panašumus ir skirtumus.*

Kadangi tarp 14-os įgyvendintų projektų, buvo keli, kurių veikos buvo įgyvendinamos visose skirtingo dydžio savivaldybių kategorijose, o ataskaitose nėra pakankamai išsamių duomenų šio aspekto ypatybėms įvardinti, numatoma interviu su Projektų atstovais metu išgryninti, kokie pastebėti skirtumai ir ypatybės išbandant tuos pačius Modelius skirtingo dydžio savivaldybėse.

Remiantis Techninėje specifikacijoje detalizuotais uždavinių klausimais pagal sveikatos centruose privalomų teikti sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, savivaldybės pagal gyventojų skaičių išskiriamos į šiuos intervalus:

- **iki 10 tūkst. gyventojų.** Į intervalą iki 10 tūkst. gyventojų patenka 5 pačios mažiausios savivaldybės Lietuvoje, vienas Modelis buvo įgyvendintas tokio dydžio savivaldybėje;
- **nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų.** Į intervalą nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų patenka 16 nedidelių savivaldybių Lietuvoje, trys Modeliai buvo įgyvendinti tokio dydžio savivaldybėse;
- **nuo 21 tūkst. gyventojų.** Intervalas nuo 21 tūkst. gyventojų apima 39 savivaldybes, kurių gyventojų skaičius ženkliai skiriasi (svyruoja nuo 21 tūkst. iki 600 tūkst.). Visi Modeliai buvo įgyvendinti šio intervalo savivaldybėse.

Papildomai, atsižvelgiant į savivaldybių demografinę ir geografinę specifiką, didelės (nuo 21 tūkst. savivaldybės) išskiriamos į:

- **didžiąsias savivaldybes** – priskiriamos Vilniaus miesto, Kauno miesto, Klaipėdos miesto, Šiaulių miesto, Panevėžio miesto ir Alytaus miesto savivaldybės. 11 Modelių buvo įgyvendinti didžiosiose Lietuvos savivaldybėse;
- **žiedines savivaldybes** – kurių teritorija supa didmiestį, turinčios savo savivaldybę. Prie žiedinių savivaldybių priskiriamos Vilniaus rajono, Kauno rajono, Klaipėdos rajono, Šiaulių rajono, Panevėžio rajono ir Alytaus rajono savivaldybės. Nors Lietuvos žiedinėse savivaldybėse skaičiuojama daugiau nei 21 tūkst. gyventojų, sveikatos centruose privalomai teikiamų paslaugų sąrašas apibrėžtas savivaldybėms, kuriose gyventojų skaičius yra nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų. 5 Modeliai buvo įgyvendinti žiedinėse savivaldybėse;
- **kitas** nuo 21 tūkst. gyventojų savivaldybes, kurios nėra nei didžiosios, nei žiedinės.

Lentelė 24. Pagal gyventojų skaičių suskirstytos savivaldybės, kuriose buvo įgyvendinti Modeliai

Projektas	Savivaldybės:				
	iki 10 tūkst. gyventojų	nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų	nuo 21 tūkst. gyventojų:		
			didžiosios savivaldybės	žiedinės savivaldybės	kitos
P-01-0001			Vilniaus m.		
P-01-0002			Vilniaus m.		
P-01-0003		Šilalės r.	Kauno m., Šiaulių m.	Kauno r.	Kelmės r.
P-01-0004			Vilniaus m.	Vilniaus r.	Prienų r.
P-01-0005			Vilniaus m.	Vilniaus r.	Švenčionių r.

Projektas	Savivaldybės:				
	iki 10 tūkst. gyventojų	nuo 10 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų	nuo 21 tūkst. gyventojų:		
			didžiosios savivaldybės	žiedinės savivaldybės	kitos
P-01-0006				Kauno r.	Šakių r., Vilkaviškio r.
P-01-0008			Kauno m.		
P-01-0009		Druskininkų r., Pakruojo r.	Vilniaus m.		Trakų r.
P-01-0010		Druskininkų r.	Šiaulių m.		Utenos r.
P-01-0012				Klaipėdos r.	
P-01-0013			Vilniaus m.		Radviliškio r.
P-01-0014	Birštono		Kauno m.		
P-01-0015			Kauno m.		
P-01-0016					Ukmergės r., Kaišiadorių r.

Projektų, kurie buvo įgyvendinti daugiau nei vieno dydžio savivaldybėje, atstovams pateikiami klausimai:

- Kokius Modelių įgyvendinimo skirtumus pastebėjote tarp skirtingo dydžio savivaldybių:
 - Kaip skyrėsi PSP komandos sudėtis ir specialistų funkcijos?
 - Kaip skyrėsi pacientų įsitraukimas, motyvacija, sveikatos raštingumas ar kt.?
 - Kaip skyrėsi technologijų įdiegimas ar panaudojimas?
 - Kokius papildomus Modelių išbandymo skirtumus išskirtumėte tarp skirtingo dydžio savivaldybių?
- Kokius Modelių įgyvendinimo panašumus pastebėjote tarp skirtingo dydžio savivaldybių?

3 blokas. Trūkstamos informacijos tikslinimas. Pavieniais atvejais su Projektų vykdytojais bus tikslinamasi dėl vertinimui reikalingų trūkstamų duomenų, hospitalizacijos rodiklių interpretacijų ir kitų neatitiktųjų. Konkretūs klausimai kiekvienam Projekto vykdytojui yra skirtingi.

Atskirai pridedamos ekrano nuotraukos, pagrindžiančios interviu metodo taikymą (žr. Priedas Nr. 8. Interviu su Vykdytojais ir Modelių išbandyme dalyvavusiais specialistais įrodymai).

Priedas Nr. 4. Išrinktų Modelių komponentių santrauka

Lentelė 25. Išrinktų Modelių komponentių santrauka

P-01-0004	P-01-0010
I sekcija. Sergančių dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis pacientų priežiūra	
1 komponentė. Tęstinis, reguliarus ir visa apimantis (t. y. holistinis) paciento ištyrimas	
<p>Paciento holistinio tyrimo metu būklė vertinama išsamiai, naudojant standartizuotus klausimynus ir medicininius tyrimus. Vertinimo metu analizuojami:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiziniai parametrai: svoris, ūgis, KMI, liemens apimtis, EKG, laboratoriniai tyrimai (gliukozė, lipidograma, HbA1c, kreatininas ir kt.). ▪ Psichologinė būklė: naudojami klausimynai (HAD – nerimas ir depresija, RAPA – fizinis aktyvumas, AUDIT – alkoholio vartojimas, Fagerström – priklausomybė rūkymui ir kt.). ▪ Socialiniai veiksniai: gyvenimo kokybė, socialinė aplinka, paciento sveikatos priežiūros lūkesčiai. ▪ Surenkama informacija apie paciento sveikatos istoriją: (vizitus pas gydytojus, hospitalizacijas, atliktus tyrimus per pastaruosius 6 mėn.); ▪ Vertinami paciento sveikatos prioritetai. ▪ Papildomai vykdoma pacientų ir jų šeimos narių apklausa, naudojant PACIC klausimyną, siekiant įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. <p>Paciento holistinis ištyrimas atliekamas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projekto pradžioje – išsamus sveikatos būklės vertinimas. ▪ Po 12 mėnesių – pokyčių ir gydymo efektyvumo vertinimas. ▪ Projekto pabaigoje – galutinis paciento būklės įvertinimas, individualaus gydymo plano korekcijos. <p>Paciento sveikatos būklė stebima ir vertinama nustatytais intervalais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kas 3 mėnesius: slaugytojo konsultacija, tyrimai, būklės aptarimas su šeimos gydytoju. ▪ Kas 6 mėnesius: šeimos gydytojo konsultacija, rutininiai tyrimai, plano įgyvendinimo peržiūra. 	<p>Pasiruošimas holistiniam paciento ištyrimui apima:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciento sveikatos vertinimo anketą, skirtą paciento vertybių, lūkesčių ir tikslų identifikavimui. ▪ Ligos istorijos analizę: apžvelgiami turimi duomenis apie paciento sveikatos būklę ir ligų eigą: vizitų istoriją, gydytojų išrašus, atliktus tyrimus, vartojamus vaistus, E. sveikatos ir kitus prieinamus įrašus. ▪ Bendrus tyrimus: tikslinamasi, kurie tyrimai atlikti pastaruoju metu planine tvarka arba gydytojo siuntimu, skiriami atlikti trūkstami baziniai tyrimai (bendro kraujo / šlapimo). Šeimos gydytojas savo nuožiūra gali skirti papildomus biocheminius tyrimus aktualių ligų eigai įvertinti. ▪ Kardiopulmoninėmis bei medžiagų apykaitos patologijomis sergantiems pacientams taip pat skiriamas ištyrimas kardiopulmoninio krūvio mėginio (VO2 max) sistema. <p>Paciento apžiūros metu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matuojami atskaitos parametrai: kūno sudėjimas (ūgis / svoris / KMI, liemens apimtis, riebalų / raumenų / vandens %), pulsas, kraujo spaudimas; ▪ Šeimos gydytojas atlieka objektyvų paciento ištyrimą; ▪ Peržiūrimi klausimyno rezultatai. Klausimyno programėlė sugeneruoja paciento profilį ir pateikia aktualių atvejo rizikos vertinimo skalių balus: kardiovaskulinės, Framinghamo koronarinės širdies ligos, CHA₂DS₂-VASc prieširdžių virpėjimo, HAS-BLED, FINRISK cukrinio diabeto, kritimų, geriatrinės depresijos, Epworth mieguistumo skalės, Barthel indekso ir kitas. <p>Papildomai vykdomos konsultacijos su farmacininkais, kineziterapeutais, psichologais, socialiniais darbuotojais.</p>

P-01-0004	P-01-0010
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 kartą Modelio išbandymo laikotarpiu: konsultacija su gydytoju specialistu (kardiologu, endokrinologu ir kt.), pagal poreikį psichologo konsultacijos. <p>Visi stebėjimai ir koregavimai atliekami atsižvelgiant į paciento būklę, įtraukiant papildomas konsultacijas pagal poreikį.</p>	
<p>2 komponentė. Koordinuojanti daugiadalykė komanda</p>	
<p>Daugiadalykių komandų sudėtis ir etatų skaičius tenkantis 100 pacientų per metus pateikti 4.5.1. Modelių įgyvendinime dalyvavusių specialistų funkcijų analizė 13-oje lentelėje,</p>	
<p>3 komponentė. Individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo ir kontaktų su pacientu ir jo šeima koordinatoriaus paskyrimas („atvejo vadybininkas“)</p>	
<p>Atvejo vadybininkais dirba slaugytojai - pagrindiniai tarpininkai tarp paciento ir daugiadalykės komandos narių. Jų funkcijos apima: išsamios informacijos apie pacientą surinkimą, individualizuoto sveikatos priežiūros plano vykdymo priežiūrą ir koordinavimą, periodinį kontaktavimą su pacientu ir/ar jo šeimos nariais/artimaisiais, duomenų iš paciento rinkimą bei šeimos gydytojui/slaugytojui perdavimą (kurie nesinaudoja paciento portalu), vizitų pas slaugytoją, šeimos gydytoją, gydytojus specialistus organizavimą ir koordinavimą, priminimą apie paskirtus vizitus pacientui, gydytojų konsiliumų/pasitarimų organizavimą.</p>	<p>Atvejo vadybininkais dirba slaugytojai - pagrindiniai tarpininkai tarp paciento ir daugiadalykės komandos narių. Atvejo vadybininkai palaiko periodinį ryšį su pacientu ir seka sveikatos priežiūros plano veiksmingumą, pastebėję nuokrypius ar išmaniųjų sveikatos prietaisų registruojamą neigiamą dinamiką, informuoja šeimos gydytoją, kuris savo ruožtu sprendžia dėl plano koregavimo ar kitų veiksmų (papildomos paciento konsultacijos / mokymų, plano koregavimo, konsultacijos su gydytoju - specialistu arba konsiliumo).</p>
<p>4 komponentė. Individualizuotas paciento sveikatos priežiūros planas</p>	
<p>Remiantis klausimynuose ir pokalbių metu surinkta informacija kiekvienam pacientui rengiamas individualizuotas sveikatos priežiūros planas, kuris aptariamas su pacientu ir / ar jo šeimos nariais / artimaisiais. Individualizuotame plane:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sutariama dėl bendro tikslo, uždavinių ir siekiamų rezultatų, pasiskirstoma atsakomybėmis; ▪ nustatomi planiniai apsilankymai pas specialistus, jų dažnis, reikalingos procedūros ir/ar veiksmai (reikalingi atlikti tyrimai, vaistų skyrimas/vartojimas); ▪ reikalingi mokymai pacientui; ▪ gyvenamosios korekcija (pagal poreikį); ▪ reikalingų duomenų rinkimas ir vertinimas; 	<p>Pritaikant Modelį visiems pacientams buvo sudaryti personalizuoti sveikatos priežiūros planai, kurie prienami tiek pačiam pacientui, tiek darbuotojams dirbantiems su pacientu (atvejo vadybininkui, prižiūrinčiam gydytojui ir kitiems). Plano teikimo schema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Komandos nariai (farmacininkas, kineziterapeutas, psichologas, socialinis darbuotojas) teikia savo srities rekomendacijas. ▪ Šeimos gydytojas peržiūri, papildo ir tvirtina priežiūros planą; prireikus konsultuojasi su gydytojais- specialistais arba nukreipia surinktą medžiagą išplėstiniam specialistų konsiliumui. ▪ Planas aptariamas su pacientu, esant pažintiniams sunkumams – su šeimos nariais ar globėju. <p>Individualizuotame plane gali būti įvardinti ištyrimo rezultatai ir siūlomi veiksmai iš paciento perspektyvos:</p>

P-01-0004	P-01-0010
<ul style="list-style-type: none"> ▪ tarpiniai plano įgyvendinimo vertinimai daugiadalykėje komandoje. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mano poreikiai. Sveikatos problemos nurodytos paciento ir patikslintos komandos specialistų. ▪ Mano tikslai. Kokių sveikatos būklės pokyčių siekiame? ▪ Mano veiksmai. Sveikatos priežiūros paslaugos ir paciento veiksmai sutartiems tikslams pasiekti. ▪ Priežiūros tęstinumas. Numatomas reguliarių konsultacijų grafikas ir būdas (pavyzdžiui, kartą per mėnesį telefonu). ▪ Diagnozės, skirti medikamentai ir atvejo vadybininko kontaktai.
II sekcija. Konsultacinė sistema specialistams	
5 komponentė. Įrodymais pagrįstos praktikos įdiegimas	
<p>Įsigyta prieiga prie mokslinės bazės ir klinikinių sprendimų priėmimo pagalbinės sistemos „UpToDate Anywhere“. Prieiga prie šios sistemos suteikiama visiems daugiadalykės komandos sveikatos priežiūros specialistams, kurie ne tik galės matyti ir vadovautis paskutine mokslo įrodymais pagrįsta praktika.</p>	<p>Diegiamos Europos kardiologų draugijos, Amerikos širdies asociacijos rekomendacijos, išskiriančioms pritaikymą daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams. Bendru atveju vadovaujamosi CHRODIS komandos rekomendacija – pasvertai ir lanksčiai taikyti pavienių ligų priežiūros gaires, atsižvelgiant į galimą ligų sąveiką, polifarmaciją ir paciento lūkesčius</p>
6 komponentė. Daugiadalykės komandos narių mokymai, profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų dauginį ligotumą turinčių pacientų priežiūrai, gerinti, ugdymas	
<p>Daugiadalykės komandos mokymai orientuoti į šias temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daugiadalykės komandos bei jų narių vaidmuo pasirinkto Modelio įgyvendinimui; ▪ Efektyvaus darbo organizavimo mokymai; ▪ Praktiniai mokymai dėl pagrindinių problemų, siektinų tikslų, pamatuojamų rezultatų rodiklių nustatymo; ▪ Praktiniai mokymai dėl efektyvaus ir vertę pacientui kuriančio darbo organizavimo; ▪ Nuolatinio tobulėjimo bei patirties dalijimosi mokymai. 	<p>Daugiadalykės komandos mokymai orientuoti į šias temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesinės kompetencijos (daugiausia – atvejo vadybininkų ir slaugytojų) kėlimas; ▪ Sveikatos technologijų naudojimas; ▪ Informacinių technologijų, nuotolinės komunikacijos; ▪ Komandinis darbas (įskaitant sprendimų priėmimą dirbant komandoje, bendradarbiavimo standartų kūrimą, konfliktinių situacijų valdymą ir vengimą, skirtingų funkcijų ir pareigybių specialistų efektyvų bendradarbiavimą); ▪ Probleminių situacijų analizė; ▪ Komunikacija, aktyvus klausymas ir pacientų motyvavimas; ▪ Savianalizė, tobulėjimo skatinimas, įtampos ir streso mažinimas, apsisaugojimas nuo „perdegimo“.
7 komponentė. Konsultavimo sistemos, skirtos šeimos gydytojui-gydytojai specialistui konsultuotis, sukūrimas	
<p>Vykdomos konsultacijos:</p>	<p>Vykdomos konsultacijos:</p>

P-01-0004	P-01-0010
<ul style="list-style-type: none"> ▪ šeimos gydytojas–šeimos gydytojas, kai reikalinga aptarti sudėtingesnius atvejus, pasidalinti tarpusavio patirtimi; ▪ šeimos gydytojas–gydytojas konsultantas, kai reikalinga konsultacija šeimos gydytojui dėl tolimesnės paciento priežiūros, neaiškių klausimų. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Šeimos gydytojas – gydytojas specialistas: <ul style="list-style-type: none"> – sudarant ir koreguojant gydymo planą žemo ir vidutinio komplikacijų rizikos / sudėtingumo atvejams; – atvejams, viršijantiems šeimos gydytojo kompetencijos / atsakomybės ribas; – nepasiekiant numatytų gydymo plane tikslų. ▪ Su ekspertais pageidaujant antros nuomonės arba įtariant specifinių medicinos žinių reikalaujantį atvejį. <p>Specialistų tarpusavio operatyvus komunikavimas naudojant programėlę „Chrodis“) bei Microsoft Teams.</p>
III sekcija. Pagalba pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą	
8 komponentė. Mokyti paslaugų teikėjus, kaip pagelbėti pacientui ir šeimai įsisavinti ar pagerinti savipriežiūrą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir sugebėjimus	
<p>Komponentė Modelyje neišskirta.</p>	<p>Įvairi literatūra, skirta sveikatos priežiūros specialistams, pavyzdžiui „Lėtinėmis ligomis sergančių pacientų savipriežiūros skatinimas: teorija ir praktika“.</p>
9 komponentė. Suteikti galimybes pacientams ir jų šeimoms tobulinti savipriežiūrą	
<p>Sveikatos raštingumą didinantys mokymai visiems projekte dalyvaujantiems tikslinės grupės pacientams, šiomis temomis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sveika gyvensena; ▪ savipriežiūra; ▪ naudojimas technologijomis. 	<p>Pacientų ir artimųjų galimybės tobulinti savipriežiūrą skatinamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kviečiant pacientus ir / arba jų neformalius globėjus dalyvauti priimant bendrus sprendimus; ▪ Raginant išsakyti gydytojams savo lūkesčius ir nerimą keliančius aspektus, vizitams paruošti klausimų apie gydymo eigą ir tikslus; ▪ Bendradarbiaujančiose institucijose (bibliotekose): <ul style="list-style-type: none"> – suteikiant galimybes tobulinti informacinių technologijų naudojimo įgūdžius, bei – lėtinių ligų savipriežiūros literatūrą. ▪ Mokinant pacientą įtampos ir streso mažinimo technikų; ▪ Pabrėžiant gydytojų rekomendacijų laikymosi svarbą ir improvizacijas (pavyzdžiui, vaistų vartojimo) keliamas rizikas. ▪ Su mobiliojo ryšio tiekėju sutarus, kad paruoš senjorams medžiagą apie mobilaus parašo naudojimą ir teikiamą naudą; ▪ Naudojant bendradarbiaujančių pacientų organizacijų (Cukrinio Diabeto, Širdies Nepakankamumo) savipriežiūrai skirtą medžiagą.

P-01-0004	P-01-0010
10 komponentė. Gydytojo ir paciento bendras sprendimo priėmimas dėl gydymo	
Atsižvelgiama į paciento prioritetus ir esminius nusiskundimus dėl sveikatos, kartu su pacientu ir / ar jo šeimos nariais sutariama dėl siekiamų tikslų, tikėtinų rezultatų. Pacientas aktyviai įtraukiamas į savo sveikatos būklės rodiklių stebėseną (suteikiama jam reikalinga įranga, pildomas sveikatos dienynas.	Pacientams ir jų šeimos nariams padedama spręsti kompromisines (arba / arba) situacijas identifikuojant ir aiškiai įvardijant svarstomų gydymo alternatyvų privalus ir trūkumus, įvertinant paciento lūkesčius, pažintinius gebėjimus ir norą dalyvauti gydymo sprendimo priėmime. Dalį sprendimų, pavyzdžiui balansuojant siūlomo gydymo trumpalaikę žalą ir ilgalaikę naudą, skatinama priimti bendru paciento ir gydytojo sutarimu.
IV sekcija. Esamos informacinės sistemos ir technologijos	
11 komponentė. Elektroniniai įrašai apie paciento sveikatą ir kompiuterizuotas klinikinis sekimas	
Informacinėje sistemoje nuotoliniu būdu stebimi duomenys: ŠSD, AKS, žingsniai, EKG, svoris.	Programėlėje kaupiami pacientų sveikatos įrašai, pacientų sveikatos vertinimo anketų duomenys bei nuotoliniu būdu sekami duomenys: fizinio aktyvumo minutės, ŠSD, AKS, žingsniai, miego rodikliai, kūno sudėjimas, EKG, gliukozės kiekis kraujyje.
12 komponentė. Keistis informacija (su paciento sutikimu) tarp asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų sektorių, naudojant tinkamas elektronines informacines sistemas (naujų elektroninių informacinių sistemų kūrimas negalimas / netinkamas)	
Duomenų keitimuisi tarp skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų naudojama ESPBI IS, duomenimis apie paciento užpildytus klausimynus bei kita informacija keičiamasi per išplėtotą paciento portalą, el. paštu, aptariama telefonu.	Autorizuoti duomenų apsikeitimas (kur pakanka – nuasmenintų) su partnerių įstaigomis – I ir II lygio specialistais, konsultuojančiais farmacininkais ir ekspertais.
13 komponentė. Unifikuotas pacientų sveikatos problemų kodavimas, kur įmanoma	
Įprastas TLK ligų klasifikavimas.	Įprastas TLK ligų klasifikavimas bei paciento rizikos grupių nustatymas pagal programėlėje užpildytus klausimynus (įvertinus pacientų savipriežiūros resursus, ligų eigos, komplikacijų rizikos ir taikomo gydymo sudėtingumą) priskiriant pacientą vienai iš grupių: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A Grupė - nesudėtinga ligų eiga ir taikomas gydymas, žema komplikacijų rizika, geras paciento sveikatos raštingumas – akcentuojame savipriežiūros galimybes; ▪ B Grupė - sudėtinga ligų eiga ir taikomas gydymas, aukšta komplikacijų rizika, tačiau geras paciento sveikatos raštingumas – išnaudojame savipriežiūros galimybes palaikant šeimos gydytojui ir gydytojams specialistams;

P-01-0004	P-01-0010
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ C Grupė - nesudėtinga ligų eiga ir taikomas gydymas, žema komplikacijų rizika, tačiau ribotos savipriežiūros galimybės – didesnis vaidmuo tenka atvejo vadybininkui (planiniai skambučiai, gydymo plano eigos sekimas) ir bendruomenės resursams (mokymai, pacientų bendruomenės); ▪ D Grupė - sudėtingi atvejai, ribotos savipriežiūros galimybės – didesnis krūvį numatome išplėstiniam specialistų konsiliumui ir artimiausiai paciento aplinkai.
14 komponentė. Technologijos, leidžiančios pacientams nuotoliniu būdu pateikti savo sveikatos duomenis / informaciją sveikatos priežiūros specialistams	
<p>Įsigyta programinė įranga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elektroninis pacientų portalas. <p>Įsigyta techninė įranga pacientams:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EKG laikrodžiai matuokliai; ▪ Fizinio aktyvumo matavimo įrenginiai; ▪ Kraujospūdžio matavimo įrenginiai; ▪ Išmaniosios svarstyklės; ▪ Miego kilimėliai. <p>Įsigyta įranga įstaigoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nešiojamas kompiuteris; ▪ Medicininės suaugusiųjų svarstyklės su ūgio matuokle; ▪ Kraujospūdžio matavimo aparatas; ▪ Gliukozės matavimo prietaisai (su matavimo juostelėmis); ▪ Kūno sudėties analizatoriai; ▪ Holterio paros monitoravimo prietaisai; ▪ Kardiopulmonologinė krūvio testavimo sistema (KKTS); ▪ Miego poligrafai; ▪ Svarstyklės su ūgio matuokliu ir KMI (5 vnt.); ▪ Paros AKS monitoravimo įrenginys (3 vnt.). 	<p>Įsigyta programinė įranga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Išmanioji programėlė „Chrodis“ . <p>Pacientas programėleje visada gali pasitikrinti savo numatytus medicininius tikslus, reikalingus atlikti tyrimus, rekomenduotas kontrolines konsultacijas ir kt., taip labiau įsitraukdamas į savo sveikatos priežiūros planą. Tokiu būdu atsiranda galimybė sumažinti gydytojų bei slaugytojų darbo krūvį perteklinių klausimų sprendimais.</p> <p>Įsigyta techninė įranga pacientams:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EKG laikrodžiai matuokliai; ▪ Fizinio aktyvumo matavimo įrenginiai; ▪ Kraujospūdžio matavimo įrenginiai; ▪ Išmaniosios svarstyklės; ▪ Miego kilimėliai; ▪ Gliukomačiai.
V sekcija. Socialiniai ir visuomenės ištekliai	
15 komponentė. Palengvinti paciento prieinamumą prie bendruomenės ir psichosocialinių išteklių.	
Komponentė Modelyje neišskirta.	Siūlomi pacientui priimtini socialiniai resursai, kuriuos nurodo socialinis darbuotojas:

P-01-0004	P-01-0010
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bendradarbiaujančių organizacijų (bibliotekų, pacientų asociacijų ir LIONS klubo) teikiamos paslaugos; ▪ Socialinio darbuotojo nurodyti pacientui tinkami paramos būdai.
16 komponentė. Neformalių socialinių tinklų įtraukimas, įskaitant paciento šeimą, kaimynus, draugus, nevyriausybinės pacientus atstovaujančias organizacijas.	
<p>Komponentė Modelyje neišskirta.</p>	<p>Pacientui sutikus, siūloma jo priežiūroje aktyviai dalyvaujantiems artimiesiems susipažinti su gydymo tikslais ir eiga (kur tinkama – dalyvauti sprendimų priėmimo), teikiama medžiaga apie savipriežiūros įgūdžių tobulinimą. Pacientui pageidaujant, jo kontaktai perduodami sveikos gyvensenos renginiams ir socialines iniciatyvas vykdančioms projekto partneriams – pacientų asociacijoms bei LIONS klubo savanoriams.</p>

Priedas Nr. 5. Nacionalinio IT sprendimo Pacientų sveikatos priežiūrai vizija

Žemiau pateiktame paveiksle pateikti Modelių vertinimo metu nustatyti IT sprendimo Pacientų priežiūrai poreikiai iš specialistų ir Pacientų perspektyvos, kurie pagerintų paslaugų prieinamumą, kokybę ir efektyvumą. Dalis poreikių jau yra realizuojami per vykstančius ESPBI IS plėtros projektus, tačiau likusi dalis nacionaliniu lygiu galėtų būti vykdoma tik po 2029 m., kai bus įgyvendinti visi šiuo metu vykdomi ir suplanuoti nacionalinių sveikatos IT vystymo ir plėtros darbai.

Paveikslas 7. Modelių vertinimo metu nustatyti dauginėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros IT sprendimo poreikiai

Modelių vertinimo metu nustatyti dauginėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros IT sprendimo poreikiai

Poreikiai iš dauginėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros bandomųjų modelių vertinimo			Pastabos dėl nacionalinio sprendimo
Daugiadalykė komandos (specialistų) portalas	Pacientų (ir potencialiai artimųjų) portalas		
Dinaminis paciento ligos istorijos dokumentas <ul style="list-style-type: none"> E. sveikatoje matyti struktūrizuotą paciento gydymo istoriją (bent pagal gydytojo specialybę) Matyti struktūrizuotus pacientų tyrimų rezultatus 	<ul style="list-style-type: none"> Lengvai rasti struktūrizuotą paciento gydymo istoriją: kas, kada ir kodėl buvo daryta Matyti struktūrizuotus pacientų tyrimų rezultatus 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vyksta pagrindinių formų atnaujinimas (iki 2025 m. pab.) ✓ Vyksta ESPBI IS laboratorinių tyrimų posistemės kūrimas 	
Nuotolinės konsultacijos ir konsiliumai <ul style="list-style-type: none"> Vykdomos nuotolinės pacientų konsultacijos Vykdomi nuotoliniai šeimos gydytojo komandos konsiliumai Vykdomi nuotoliniai gydytojų – gydytojų konsiliumai 	<ul style="list-style-type: none"> Vykdomos nuotolinės konsultacijos su daugiadalykės komandos nariais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vyksta Telemedicinos paslaugų projektas (turėtų būti naudojama veikloje nuo 2026 m. vidurio) 	
Vaistų suderinamumo valdymas <ul style="list-style-type: none"> Matyti visus pacientų įsigytus vaistus / maisto papildus Suvesti ir matyti pacientų vartojamus vaistus / maisto papildus Tikrinti visų pacientui priskirtų / įsigytų / vartojamų vaistų suderinamumą 	<ul style="list-style-type: none"> Gauti priminimus apie vaistų įsigijimą Gauti priminimus apie vaistų gėrimą 	<ul style="list-style-type: none"> • Reikalinga E. Recepto plėtra 	
Nuotolinė pacientų stebėseną <ul style="list-style-type: none"> Realiu laiku (arba su nedideliu vėlavimu) stebėti pacientų sveikatos rodiklius (pvz., žingsniai, glikemija, širdies ritmo sutrikimai, kraujospūdis) Gauti pranešimus apie sveikatos rodiklių nuokrypius 	<ul style="list-style-type: none"> Susieti nešiojamus įrenginius ir / arba rankiniu būdu suvesti sveikatos rodiklių duomenis Gauti priminimus pateikti reikiamus duomenis (jei vedama rankiniu būdu) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reikalingas platformos pilotas siekiant įvertinti, koks sprendimas geriausias nacionaliniu lygiu 	
Individualizuotų sveikatos priežiūros planų valdymas <ul style="list-style-type: none"> Sudaryti ir matyti individualizuotus pacientų sveikatos priežiūros planus (Planus) Stebėti Planų laikymosi progresą / matyti dienynų duomenis Galimybė į plano vykdymą įtraukti kitus šeimos narius 	<ul style="list-style-type: none"> Matyti sudarytus Planus Žymėti Planų vykdymo progresą / pildyti dienyną Gauti priminimus apie Plano veiklas / terminus 	<ul style="list-style-type: none"> • Ateityje galėtų būti vykdoma kaip Prevencinių programų / Paciento kelio projekto plėtra 	
Žinių bazė ir rekomendacijos gydymui bei savipriežiūrai <ul style="list-style-type: none"> Rekomendacijų ir priminimų įrankis gydytojams pagal standartizuotas metodikas, protokolus pagal ligas ir pacientų kelius 	<ul style="list-style-type: none"> Informacija apie poliligotų pacientų ligas ir savipriežiūra pacientams bei jų artimiesiems Informacija apie vykdomus mokymus / dauginėmis lėtinėmis ligomis sergančius pacientus vienijančius renginius 	<ul style="list-style-type: none"> • Reikalinga specialistams skirta išmani žinių / rekomendacijų platforma • Ateityje galėtų būti plėtojamas Pacientų portalas 	

Priedas Nr. 6. Pacientų kodavimo sistemų pavyzdžiai

Paveikslas 8. Ispanijoje taikomos pacientų kodavimo sistemos pavyzdys

Ispanijoje taikomos kodavimo sistemos pavyzdys: GMP (isp. Grupo de Morbilidad Ajustado) „Sureguliuota poliligotumo grupė“

GMA naudojamas kasdienėje pirminėje sveikatos priežiūroje:

- Įtrauktas į elektronines pacientų korteles.
- Gydytojai mato spalvinius rizikos žymėjimus (žema, vidutinė, aukšta).
- Sprendimų priėmimo pagrindas individualiuose priežiūros planuose.

Modelio išbandymo laikotarpiu 2014-2016 m. dalyvavo 7,5 mln. pacientų. 5% populiacijos, turintys sunkiausių dauginių ligotumų, vidutiniškai per metus turėjo 22,2 pirminės sveikatos priežiūros vizitus, 13,4 skirtingus vaistus, ir generavo vidutiniškai 7 067 € sveikatos išlaidų. Lyginant su 50% populiacijos su mažiausiu rizikos lygiu, šie pacientai turėjo tik 2 vizitus, 1 vaistą, ir 164 € išlaidų.

Priskyrimą grupėms lemia:

- Organų sistemų pažeidimų skaičių (1, 2–3, 4+);
- Paslaugų naudojimo rodiklius:
 - Konsultacijų su gydytojais skaičius,
 - Hospitalizacijų tikimybė,
 - Mirtingumo rizika,
 - Receptų kiekis per metus.

Pagal GMA modelį D grupei pacientas taip pat gali būti priskiriamas, jei atitinka bent 3 kriterijus:

- Barthel indeksas ≤ 60 ,
- gyvena vieni,
- vartoja daugiau nei 5 skirtingus vaistus,
- per 12 mėn. turėjo daugiau nei 3 hospitalizacijas.
- Kita (pagrįstu gydytojo sprendimu).

Pagal GMA visų gyventojų rizika pasiskirstė pagal procentilius:

- **A grupė:** sveika visuomenės dalis (40 procentilis)
- **B grupė:** pacientas turintis tik hipertenziją, kuris kasmet lankosi 2–3 kartus pas gydytoją, vartoja 1–2 vaistus (70 procentilis).
- **C grupė:** pacientas su diabetu, širdies nepakankamumu ir lėtiniu inkstų nepakankamumu, vartoja 6 vaistus, 8–10 kontaktų per metus (85 procentilis).
- **D grupė:** tas pats pacientas dar sergantis onkologine liga ir hospitalizuotas per pastaruosius metus (95 procentilis).

Nyderlanduose taikomos kodavimo sistemos pavyzdys: RSI (angl. Risk Stratification Instrument) „Rizikos stratifikavimo priemonė“

RSI kodavimo tikslas – suskirstyti pacientus su lėtinėmis ligomis į skirtingas grupes pagal jų paslaugų vartojimo intensyvumą, kad būtų galima taikyti asmeniškai pritaiktą, integruotą priežiūrą.

Šiuo metu įdiegtas įprastinėje klinikinėje praktikoje:

- RSI integruotas į šeimos gydytojų informacines sistemas, kaip patariamoji, automatinio priskyrimo rizikai priemonė.
- Leidžia gydytojams peržiūrėti automatiškai paskirtą rizikos lygį ir priimti sprendimus dėl aktyvesnės priežiūros.

Pacientų kodavimas pagal paslaugų vartojimą į 3 grupes:

- Mažo vartojimo (63,8%): nedaug kontaktų, lengvi atvejai.
- Vidutinio vartojimo (24,5%): keletas lėtinių ligų, reguliarūs vizitai.
- Didelio vartojimo (11,7%): daug kontaktų, sudėtingi atvejai, dažnai su keliomis lėtinėmis ir psichosocialinėmis problemomis.

Vertinimas buvo atliekamas **dvejų metų retrospektyviniame tyrime**, apimančiame 129 šeimos gydytojų praktikas (**481 842** pacientai)

Skandinavijoje taikomos kodavimo sistemos pavyzdys: NMI (angl. Nordic Multimorbidity Index) „Šiaurės šalių poliligotumo indeksas“

Nordic Multimorbidity Index (NMI) yra sukurtas siekiant pagerinti lėtinių ligų turinčių pacientų rizikos vertinimą populiaciniu lygmeniu. Jo pagrindinis tikslas – tiksliai prognozuoti penkerių metų mirtingumo riziką visose amžiaus grupėse, ypač atsižvelgiant į pirminės sveikatos priežiūros realijas.

NMI grindžiamas 50 skirtingų klinikinių veiksnių – tai:

- **Diagnozės pagal TLK-10 (ICD-10)** iš ligoninių ir ambulatorinių įrašų,
- **Vaistų vartojimo duomenys pagal ATC kodus** (klasifikacija pagal paskirtį ir medžiagą).

Tai vienas iš nedaugelio indeksų, kuris sistemaiškai įtraukia farmacinę informaciją, todėl ypač naudingas pacientams su kompleksine politerapija.

Remiantis šiais duomenimis, kiekvienam pacientui apskaičiuojamas vienas skaitinis NMI balas, atspindintis jo riziką. Skirtingai nei GMA ar RSI, NMI nenaudoja kategorinių A–D ar mažo–vidutinio–aukšto vartojimo lygių – vietoj to naudojama tiesioginė skaitmeninė vertė.

Kūrimas ir taikymo apimtis

- NMI sukurtas ir ištestuotas Danijoje, remiantis 425 087 gyventojų nuo 40 metų amžiaus stebėjimo duomenimis (2013–2018 m.).
- Prognostinis tikslumas (C-statistika) siekė 0,887

Naudojimas praktikoje

NMI pirmiausia buvo sukurtas moksliniams tyrimams, tačiau dėl savo lankstumo ir pagrįstumo jis vis dažniau taikomas ir sveikatos politikos ar priežiūros planavimo srityse, ypač kai reikia:

- Vertinti sveikatos sistemos apkrovas dėl poliligotumo;
- Segmentuoti pacientų grupes pagal kompleksinį sveikatos profilį;
- Analizuoti intervencijų efektyvumą pagal paciento riziką.

Žemiau pateikiami atskirais dokumentais pridedami Galutinės vertinimo ataskaitos priedai.

Priedas Nr. 7. Patikslinti Vykdytojų duomenys

Priedas Nr. 8. Interviu su Vykdytojais ir Modelių išbandyme dalyvavusiais specialistais įrodymai

Priedas Nr. 9. Įrodymai dėl kombinuoto Modelio grįžtamojo ryšio sesijos su medikų bendruomene

Priedas Nr. 10. Modelių pritaikymo nacionaliniu lygiu kaštų-naudos analizė

Priedas Nr. 11. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-004 Modelį

Priedas Nr. 12. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal P-01-0010 Modelį

Priedas Nr. 13. Dauginėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos aprašo projektas pagal Kombinuotą Modelį

Priedas Nr. 14. Projektų metu parengtų metodinių gairių ir įrankių pavyzdžiai