

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

VILIUS JOCYS

LĖTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ VALDYMAS PIRMINĖJE
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

dr. Gintarė Petronytė

VILNIUS, 2024

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ VALDYMAS PIRMINĖJE
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 6211JX074

Vadovas

_____ dr. Gintarė Petronytė

2024 05

Recenzentas

_____ V. Pavardė

2024

Atliko

SPVvmis22-1 gr. stud.

_____ Vilius Jocys

2024 05

VILNIUS, 2024

TURINYS

| | |
|--|-----------|
| LENTELĖS..... | 4 |
| PAVEIKSLAI..... | 5 |
| ĮVADAS..... | 6 |
| 1. LĒTINIŲ NEINFĖKCINIŲ LIGŲ VALDYMO POLITIKA..... | 11 |
| 1.1. Pirminės sveikatos priežiūros reikšmė valdant lėtines neinfekcines ligas..... | 11 |
| 1.2. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo strategijos | 16 |
| 1.3. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo vystymas pirminėje sveikatos priežiūroje | 26 |
| 2. LĒTINIŲ NEINFĖKCINIŲ LIGŲ VALDYMO POLITIKA LIETUVOJE..... | 30 |
| 2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūroje | 30 |
| 2.2. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir jų finansavimas valdant lėtines neinfekcines ligas..... | 38 |
| 3. LĒTINIŲ NEINFĖKCINIŲ LIGŲ VALDYMO PIRMINĖJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE VERTINIMAS | 43 |
| 3.1. Tyrimo metodika ir organizavimas | 43 |
| 3.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas..... | 46 |
| 3.2.1. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas poliklinikoje | 46 |
| 3.2.2. Poliklinikoje kylančios kliūtys valdant lėtines neinfekcines ligas..... | 57 |
| 3.2.3. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo efektyvumo didinimas poliklinikoje | 64 |
| 4. TEORINIS LĒTINIŲ NEINFĖKCINIŲ LIGŲ VALDYMO PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE MODELIS..... | 73 |
| IŠVADOS | 78 |
| REKOMENDACIJOS | 79 |
| LITERATŪROS SĄRAŠAS..... | 81 |
| ANOTACIJA | 91 |
| SANTRAUKA..... | 92 |
| SUMMARY..... | 93 |
| PRIEDAI..... | 94 |

LENTELĖS

| | |
|---|----|
| 1 lentelė. Siūlomos LNL prevencijos strategijos įtraukiant įvairių lygmenų bendradarbiavimą..... | 14 |
| 2 lentelė. Pagrindiniai lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos iššūkiai..... | 28 |
| 3 lentelė. Lietuvoje vykdomų prevencinių programų charakteristika..... | 34 |
| 4 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo poliklinikos pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, vertinimas..... | 47 |
| 5 lentelė. Poliklinikos išteklių, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų diagnostikai ir kontrolei, vertinimas ... | 49 |
| 6 lentelė. Asmens sveikatos paslaugų finansavimo iš PSDF biudžeto, skirto lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, vertinimas..... | 51 |
| 7 lentelė. Prevencinių programų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, finansavimo iš PSDF biudžeto, vertinimas..... | 53 |
| 8 lentelė. Šeimos gydytojo profilaktikos paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, finansavimo iš PSDF biudžeto, vertinimas..... | 54 |
| 9 lentelė. Poliklinikoje taikomos priemonės, kuriomis siekiama pacientus įtraukti į jų lėtinių neinfekcinių ligų valdymą..... | 56 |
| 10 lentelė. Pagrindinės problemos, kylančios poliklinikoje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis..... | 59 |
| 11 lentelė. Pagrindinės organizacinės kliūtys, kylančios teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis poliklinikoje..... | 62 |
| 12 lentelė. Siūlymai, skirti gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis poliklinikoje..... | 65 |
| 13 lentelė. Reikalingi pokyčiai, siekiant vystyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis poliklinikoje..... | 69 |
| 14 lentelė. Efektyvios priemonės, kurios galėtų būti taikomos poliklinikos pacientų sveikatos priežiūrai..... | 71 |

PAVEIKSLAI

| | |
|---|----|
| 1 pav. Telemedicinos pritaikymas pacientams sergantiems lėtine liga..... | 24 |
| 2 pav. 2024 m. Bendros PSDF biudžeto lėšų sumos, skiriamos už atitinkamų PAASP sričių gerus darbo rezultatus, dalis (procentais), tenkanti kiekvienam gerų PAASP rezultatų rodikliui..... | 42 |
| 3 pav. Teorinis lėtinių neinfekcinių ligų valdymo pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje modelis | 74 |

IVADAS

Temos aktualumas. Lėtinės neinfekcinės ligos (toliau – LNL), tokios kaip diabetas, vėžys, kardiovaskulinės sistemos ligos ir lėtinės kvėpavimo takų ligos, yra dažniausia mirties priežastis tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje. Pasaulyje šios ligos, Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenimis, nusineša 41 mln. gyvybių ir tai sudaro 74 proc. visų mirčių. 17 milijonų žmonių kasmet miršta priešlaikine mirtimi dėl LNL ir didžioji dalis mirčių – 77 proc. įvyksta žemų ir vidutinių pajamų šalyse. Pagrindinės ligos, sukeliančios daugiau nei 80 proc. su LNL susijusių mirčių pasaulyje, yra kardiovaskulinės sistemos ligos (17,9 mln.), bet kokios kilmės vėžys (9,3 mln.), lėtinės kvėpavimo ligos (4,1 mln.) ir diabetas (2,0 mln.).¹ Problemą dar labiau didina ir poliligitumas, kurio dažnis pacientams virš 65 metų siekia daugiau nei 60 proc.² Aukštas sergamumas ir mirtingumas nuo šių būklių kelia iššūkius sveikatos apsaugos sistemoms, įskaitant ir patiriamas išlaidas. Prognozuojama, kad nuo 2010 iki 2030 m. globaliai išlaidos LNL pasieks 47 trilijonus JAV dolerių.³ Europos Komisijos duomenimis, LNL našta sveikatos apsaugos sistemoms sudaro apie 70 – 80 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų, o Europos Sąjungoje (toliau – ES) – apie 700 mlrd. Eur išleidžiama lėtinėms ligoms gydyti, be to, 86 proc. visų mirčių arba 4 milijonai per metus Europoje yra susiję su LNL. LNL reikšmingai riboja darbingumą – beveik ketvirtadalis (23,5 proc.) dirbančiųjų kenčia nuo šių ligų. Dėl šios priežasties su LNL susijęs nedarbingumas ES kasmet kainuoja 2,5 proc. bendrojo vidaus produkto.⁴ Sveikatos apsaugos sistemose tokių būklių valdymas yra sudėtinga ir daugialypė užduotis, reikalaujanti koordinuoto bei į pacientą orientuoto požiūrio.

Pirminė sveikatos priežiūra yra svarbiausia valdant LNL pirmiausia todėl, kad tai yra pirmoji vieta, kurioje apsilanko pacientas. Efektyvus LNL valdymas pirminėje priežiūroje gali žymiai sumažinti komplikacijų ir hospitalizacijų skaičių, taip pat ir sveikatos sistemos išlaidas, susijusias su šiomis ligomis.⁵ Dėl besikeičiančio gyvenimo būdo ir senėjančios gyventojų populiacijos augantis LNL sergančių asmenų skaičius didina sveikatos sistemos apkrovimą, atitinkamai reikalaujantis efektyvesnių šių būklių valdymo strategijų. Tai reikalauja ne tik inovacijų teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir strategijų, kurios turi būti pritaikytos ne tik prie efektyvesnio šių ligų valdymo, bet ir

¹ „Non Communicable Diseases“, žiūrėta 2024 m. gegužės 8 d., <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

² René Melis ir kt., „Incidence and Predictors of Multimorbidity in the Elderly: A Population-Based Longitudinal Study“, sud. Angelo Scuteri, *PLoS ONE* 9, nr. 7 (2014 m. liepos 24 d.): e103120, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103120>.

³ Ashrafal Kabir ir kt., „Health System Readiness for Non-Communicable Diseases at the Primary Care Level: A Systematic Review“, *BMJ Open* 12, nr. 2 (2022 m. vasario): e060387, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060387>.

⁴ Martin Seychell, „Towards better prevention and management of chronic diseases“, *European Commission, Health-EU newsletter 169 - Focus*, 2016 m., https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_en.htm.

⁵ Susan M Smith ir kt., „Interventions for Improving Outcomes in Patients with Multimorbidity in Primary Care and Community Settings“, sud. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016 m. kovo 15 d., <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>.

prie gyventojų demografijos ir gyvenimo būdo ypatumų.⁶ Tai ypač svarbu šalyse, kuriose sparčiai auga senėjančių gyventojų dalis, pavyzdžiui, Lietuvoje, kurioje sveikatos apsaugos sistemai reikia pritaikyti sveikatos priežiūros paslaugas pagal besikeičiantį demografinį profilį.⁷

Pažymėtina, kad daugelyje šalių vis dar nepakankamai skiriama dėmesio LNL valdymui sveikatos apsaugos sistemose. PSO atliktos šalių apklausos duomenimis, tik 45 proc. šalių pranešė įgyvendinančios LNL politiką.⁸ Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos LNL valdyme susiduria su įvairiais iššūkiais, tokiais kaip koordinavimo ir bendradarbiavimo stoka tarp sveikatos priežiūros specialistų, riboti ištekliai, nepakankamas pacientų įsitraukimas ir kt. Dėl šiuo metu vis dar vyraujančio į ligą orientuoto požiūrio, pacientai gauna fragmentuotą sveikatos priežiūrą, kurios rezultatas dažnai yra nepakankamas bei neefektyvus.⁹ Visgi yra ir galimybių tobulėti, tokių kaip multidisciplininių komandų įtraukimas ir didesnis informacinių technologijų panaudojimas. Taip pat reikalinga įvertinti su kokiais iššūkiais susiduria pirminėje sveikatos priežiūros grandyje dirbantys sveikatos priežiūros specialistai, pirmiausia šeimos gydytojai, kad būtų galima kurti efektyvias LNL valdymo strategijas. Siekiant Lietuvoje pasiekti efektyvaus LNL valdymo tikslus, sveikatos apsaugos ministerija ir kitos suinteresuotosios šalys LNL valdymą reglamentavo teisės aktais bei strateginiais dokumentais, tačiau praktinio jų įgyvendinimo veiksmingumas vis dar yra plačiai diskutuojamas dėl kylančių iššūkių. Šiame darbe siekiama apžvelgti LNL valdymo politiką Lietuvoje bei pasirinktoje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje bei įvertinti LNL valdymo strategiją.

Šiame moksliniame darbe nagrinėjama ne tik esama situacija Lietuvoje valdant LNL sveikatos priežiūros sistemoje, bet ir teikiami siūlymai LNL valdymui pirminėje ambulatorinėje grandyje, įtraukiantys į pacientą orientuotą priežiūrą, multidisciplininę komandą, informacinių technologijų (toliau – IT) pagalbą. Taip pat pabrėžiamas pacientų švietimas ir savarankiškumo skatinimas LNL valdyme. Tyrimo problema – geresnis lėtinių neinfekcinių ligų valdymo organizavimas pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje prisidėtų prie efektyvesnės pirminės sveikatos priežiūros, be to, LNL valdymo modelių įdiegimas leistų pasiekti geresnių pacientų sveikatos priežiūros rodiklių. Tyrimu siekiama išnagrinėti pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų LNL valdymui, organizavimo ir teikimo problemas, nustatyti pagrindines kliūtis, trukdančias optimizuoti LNL valdymą. Vis dėlto, LNL valdymo modelio diegimas gali tapti iššūkiu

⁶ Katie Palmer ir kt., „Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS)“, *Health Policy*, Integrated care for people living with multimorbidity, 122, nr. 1 (2018 m. sausio 1 d.): 4–11, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>.

⁷ Rita Baltušienė ir kt., „Lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymo galimybės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje“, *Health Sciences* 31, nr. 3 (2021 m. gegužės 24 d.): 113–19, <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.091>.

⁸ Marziye Hadian ir kt., „Challenges of the Health System in Preventing Non-Communicable Diseases; Systematized Review“, *International Journal of Preventive Medicine* 12 (2021 m. birželio 25 d.): 71, https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_487_20.

⁹ Martin Fortin ir kt., „Multimorbidity's Many Challenges“, *BMJ* 334, nr. 7602 (2007 m. gegužės 19 d.): 1016–17, <https://doi.org/10.1136/bmj.39201.463819.2C>.

pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje dėl ribotų finansinių išteklių ar sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir derinant su esama teisine baze bei LNL valdymo politika. Todėl šiame darbe analizuojama šių sveikatos priežiūros paslaugų valdymo politika, kylantys iššūkiai ir galimos tobulinimo kryptys, taip pat pateikiamas teorinis LNL valdymo modelis pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei kokybę ir efektyvinti sveikatos priežiūrą tiek įstaigos, tiek sisteminiu lygiu.

Temos naujumas. LNL valdymas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose mokslinėje literatūroje nėra išsamiai analizuotas. Šiame darbe didžiąja dalimi remiamasi užsienio autorių šaltiniais bei įvairių tarptautinių organizacijų analizėmis, nes Lietuvoje LNL valdymas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose yra mažai tyrinėta sritis. Keli autoriai analizavo LNL valdymo poreikį, pokyčius bei galimybes pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Baltušienė ir kt. 2021 m. analizavo, kokiomis priemonėmis gerinti LNL valdymą pirminėje sveikatos priežiūroje, prioritizuojuojant į pacientą integruotą sveikatos priežiūrą.¹⁰ Atvejo vadybos taikymą kuriant personalizuotą sveikatos priežiūrą tyrinėjo Savickaitė ir Česas 2019 m.¹¹ Užsienio autoriai Beaglehole ir kt. 2008 m. analizavo LNL prevencijos ir valdymo prioritizavimą žemų ir vidutinių pajamų šalyse, o sveikatos intervencijų pacientams, sergantiems LNL, taikymo ypatumus tyrinėjo Heine ir kt. 2022 m.¹² Longhini ir kt. analizavo LNL valdymo organizacinius modelius pirminėje sveikatos priežiūroje.¹³ Sveikatos išeičių gerinimą LNL sergantiems pacientams pirminėje grandyje nagrinėjo Smith ir kt. 2016 m.¹⁴ Sisteminę apžvalgą parengė Kovacs ir kt. analizavo taikomų LNL valdymo strategijų efektyvumą pirminėje sveikatos priežiūroje.¹⁵ Atsižvelgiant į esamą ištyrimo lygį, nepakanka žinių, kaip pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje įgyvendinama LNL valdymo politika, kokie metodai yra taikomi ir kaip jie atitinka nacionalinį reglamentavimą bei tarptautinius sveikatos priežiūros standartus. Taip pat tampa svarbu išsiaiškinti ir įvertinti sveikatos priežiūros specialistų, kaip svarbiausio šio proceso dalyvio, požiūrį ir patirtis, kaip

¹⁰ Baltušienė ir kt., „Lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymo galimybės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje“. *supra note*

¹¹ Samanta Savickaitė ir Alvydas Česas, „Atvejo vadybos taikymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje kuriant personalizuotą onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą“, *Visuomenės sveikata* 28, nr. 7 (2019 m. sausio 24 d.): 115–20, <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2018.102>.

¹² Robert Beaglehole ir kt., „Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries: A Priority for Primary Health Care“, *The Lancet* 372, nr. 9642 (2008 m. rugsėjo): 940–49, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61404-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61404-X); Martin Heine ir kt., „Health Education Interventions to Promote Health Literacy in Adults with Selected Non-Communicable Diseases Living in Low-to-Middle Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis“, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 27, nr. 6 (2021 m. gruodžio): 1417–28, <https://doi.org/10.1111/jep.13554>.

¹³ Jessica Longhini ir kt., „Organisational Models in Primary Health Care to Manage Chronic Conditions: A Scoping Review“, *Health & Social Care in the Community* 30, nr. 3 (2022 m. gegužės), <https://doi.org/10.1111/hsc.13611>.

¹⁴ Smith ir kt., „Interventions for Improving Outcomes in Patients with Multimorbidity in Primary Care and Community Settings“.

¹⁵ Eva Kovacs ir kt., „Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Implementation Strategies for Non-Communicable Disease Guidelines in Primary Health Care“, *Journal of General Internal Medicine* 33, nr. 7 (2018 m. liepos): 1142–54, <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4435-5>.

teisės aktų nuostatos ir LNL politikos priemonės yra įgyvendinamos valdant LNL pirminėje sveikatos priežiūroje. Tyrimu siekiama identifikuoti pagrindines sistemines kliūtis ir iššūkius, kurie trukdo efektyviai valdyti šias ligas, geriau suprasti, kokie veiksniai labiausiai įtakoja LNL valdymo efektyvumą ir kaip jie gali būti optimizuoti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. Taip pat parengtas vienas pirmųjų teorinių pirminės sveikatos priežiūros įstaigos LNL valdymo modelių, kuris galėtų būti pritaikytas ne tik pasirinktos įstaigos lygmeniu, bet ir kitose įstaigose, siekiant pagerinti LNL valdymo kokybę.

Tyrimo rezultatų taikymo sritys. Tyrimo rezultatai gali būti pritaikyti siekiant pagerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų LNL valdyti, organizavimą, teikimą ir administravimą pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose. Remiantis atliktu tyrimu, taip pat gali būti tobulinama teisinė bazė, reglamentuojanti LNL valdymą pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant užtikrinti efektyvesnes sveikatos priežiūros paslaugas, susijusias su LNL, taip pat pagerinti LNL valdymo kokybę ir efektyvumą pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo objektas. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo dalykas. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimas.

Darbo tikslas. Įvertinti lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūroje reglamentuojančius teisės aktus.
2. Įvertinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.
3. Nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias valdant lėtines neinfekcines ligas pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.
4. Parengti teorinį lėtinių neinfekcinių ligų valdymo modelį pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo metodai: teisės aktų, dokumentų analizė; mokslinės literatūros analizė; kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodą.

Darbo struktūra. Darbą sudaro keturi skyriai. Pirmajame skyriuje nagrinėjama lėtinių neinfekcinių ligų valdymo politika Europos Sąjungoje, plačiai analizuojami tarptautiniai lėtinių neinfekcinių ligų teoriniai valdymo aspektai. Antroje darbo dalyje nagrinėjamas lėtinių neinfekcinių ligų valdymo politikos įgyvendinimas Lietuvoje, analizuojami teisės aktai, reglamentuojantys lėtinių neinfekcinių ligų valdymą bei pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir finansavimo ypatumai. Trečiame skyriuje vertinamas sveikatos priežiūros specialistų požiūris į lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pasirinktoje pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Ketvirtajame skyriuje pateikiamas ir aprašomas teorinis lėtinių neinfekcinių ligų valdymo modelis pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

1. LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ VALDYMO POLITIKA

1.1. Pirminės sveikatos priežiūros reikšmė valdant lėtines neinfekcines ligas

Nacionalinis vėžio institutas, valstybinė JAV institucija, lėtinę ligą apibrėžia kaip ligą arba būklę, trunkančią ilgiau nei 3 mėnesius ir galinčią pablogėti. Lėtinės ligos dažniau pasitaiko vyresniems asmenims ir įprastai gali būti kontroliuojamos, tačiau neišgydomos.¹⁶ JAV Ligų kontrolės ir prevencijos centras lėtinę ligą apibrėžia kaip ilgesnę nei metai bei reikalaujančią medicininio įsikišimo ir/arba ribojančią kasdieninę veiklą.¹⁷ PSO išskiria, kad šios būklės yra ilgalaikės ir yra susijusios su genetiniais, psichologiniais, aplinkos ir elgsenos veiksniais.¹⁸

Lėtinės neinfekcinės ligos yra reikšmingas iššūkis viso pasaulio sveikatos priežiūros sistemoms. Ypatingai situacija sunkėja tose šalyse, kuriose visuomenė sensta, o gyvenimo trukmė ilgėja, taip pat ir Lietuvoje. Būklės, tarp kurių yra kardiovaskulinės sistemos ligos, bet kurios kilmės vėžys, cukrinis diabetas ir lėtinės kvėpavimo takų ligos, dominuoja ligotumo ir mirtingumo statistikoje pasaulyje.¹⁹ Ne išimtis ir Lietuva, kurioje lėtinių neinfekcinių ligų sukelta našta auga. PSO duomenimis, lėtinės neinfekcinės ligos Lietuvoje sukėlė 88 proc. visų mirčių 2019 m.²⁰, atitinkamai kardiovaskulinės ligos – 57 proc., vėžys – 20 proc., ir chroninės kvėpavimo takų ligos bei cukrinis diabetas – po 2 proc.²¹ Šios būklės yra pagrindinės mirties priežastys Lietuvoje. Lietuvos gyventojai vidutiniškai 2 kartus dažniau miršta dėl kardiovaskulinės sistemos ligų nei Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) valstybių gyventojai (Lietuvoje – 644,4 mirtys 100 000 gyv., EBPO vidurkis – 301,1), o mirčių dėl išeminės širdies ligos rodiklis apskritai aukščiausias tarp EBPO narių ir 3 kartus lenkia vidurkį (Lietuvoje – 422,7 mirtys 100 000 gyv., EBPO vidurkis – 125,2 (2014)). Nors bet kurios kilmės vėžio dažnis Lietuvoje panašus kaip ir EBPO valstybėse, mirtingumas – ženkliai didesnis. Rizikos veiksnių paplitimas, tokių kaip rūkymas, hiperlipideminė dieta, fizinis neaktyvumas bei didelis alkoholio vartojimas prisideda prie aukštų lėtinių ligų atvejų skaičių Lietuvoje.²² 2019 m. duomenimis, 44

¹⁶ „Definition of Chronic Disease - NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI“, 2011 m. vasario 2 d. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/chronic-disease>.

¹⁷ „Non Communicable Diseases“ „About Chronic Diseases | CDC“, 2022 m. liepos 21 d., <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>.

¹⁸ „Noncommunicable Diseases“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases>.

¹⁹ *Ibid*

²⁰ „NCD Noncommunicable Diseases Data Portal, Country Profile - Lithuania“, žiūrėta 2024 m. vasario 9 d., <https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/LTU#mor1>.

²¹ *Ibid*

²² OECD, *OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018*, OECD Reviews of Health Systems (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018), <https://doi.org/10.1787/9789264300873-en>.

procentai visų mirčių Lietuvoje susiję su šiais elgesio ir aplinkos veiksniais.²³ 2021 m. duomenimis, lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūra yra viena neefektyviausių Europos Sąjungoje. Išvengiamų hospitalizacijų skaičius Lietuvoje yra aukštesnis nei ES vidurkis tarp sergančiųjų astma ir lėtine obstrukcine plaučių liga (toliau – LOPL) (Lietuvoje – 238 hospitalizacijos 100 000 gyv., ES vidurkis – 238, 2019-2020 m.), tuo tarpu tarp sergančiųjų cukriniu diabetu ir širdies nepakankamumu – antras ES (2019-2020 m. hospitalizacijos dėl: kongestinio širdies nepakankamumo: Lietuvoje – 520 hospitalizacijos 100 000 gyv., ES vidurkis – 277; diabeto: Lietuvoje – 227 hospitalizacijos 100 000 gyv., ES vidurkis – 139).²⁴ Aukšti išvengiamų hospitalizacijų dėl šių būklių rodo silpną pirminę grandį Lietuvoje. Panašūs skaičiai stebimi ir analizuojant išvengiamų mirčių duomenis. Lietuva yra tarp vienus didžiausių išvengiamų mirčių skaičių turinčių šalių. Išvengiamos mirtys – tai letalinės būklės, kurių esant kokybiškai sveikatos priežiūrai, t.y. pasitelkiant prevencijos arba sveikatos priežiūros priemones, nebūtų. Jų Lietuvoje yra atitinkamai 2,5 ir 2 kartus daugiau nei ES vidurkis (prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas: Lietuvoje – 293 mirtys 100 000 gyv., ES vidurkis – 125,2; sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas: Lietuvoje – 186 mirtys 100 000 gyv., ES vidurkis – 92 (2018))²⁵. Kitaip tariant, esant efektyvesnei sveikatos priežiūrai ir medicininėms intervencijoms, ypač pirminėje grandyje, mažiau žmonių Lietuvoje mirtų pirma laiko.²⁶ Nepakankamą pirminę grandį rodo ir bendri hospitalizacijų skaičiai. 2015 m., 1000 gyventojų teko 24 hospitalizacijos. Tai yra trečias aukščiausias skaičius tarp EBPO valstybių ir 50 proc. didesnis nei EBPO vidurkis.

Paradoksalu, tačiau nors sveikatos statistika prastesnė nei kitose šalyse, Lietuviai skaitlingai dažniau lankosi pas šeimos gydytojus. 2016 m., vidutiniškai vienas žmogus turėjo 8,8 konsultacijų, 20 proc. daugiau nei EBPO vidurkis. 2/3 šių konsultacijų buvo pirminėje grandyje.²⁷

Viena pagrindinių pirminės sveikatos priežiūros grandies funkcijų yra lėtinių ligų kontrolė, apimanti prevenciją, diagnostiką bei gydymą. Lietuvoje yra visuotinai pripažįstama, kad stipri pirminė sveikatos priežiūra yra visos sveikatos sistemos pagrindas. Efektyvumas, naudingumas ir paciento poreikių atliepimas yra tie aspektai, pagal kuriuos yra kuriama pirminė sveikatos priežiūros grandis. Pirminė asmens sveikatos priežiūra yra pagrindas efektyviam LNL valdymui, nes ji veikia kaip pirmoji ir dažnai pagrindinė pacientų sąveikos su sveikatos priežiūros sistema vieta. Skaičiuojama, kad iki 90

²³ *Lithuania: Country Health Profile 2023* (Paris: OECD Publishing, 2023). <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/lithuania-country-health-profile-2023>

²⁴ *Lithuania: Country Health Profile 2021* (Paris: OECD Publishing, 2021). <https://www.oecd.org/publications/lithuania-country-health-profile-2021-20b64b36-en.htm>

²⁵ *Ibid*

²⁶ OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, Health at a Glance (OECD, 2015), https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

²⁷ *Lithuania: Country Health Profile 2019* (Paris, Brussels: OECD Publishing ; European Observatory on Health Systems and Policies, 2019); OECD, *OECD Reviews of Health Systems*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lithuania-country-health-profile-2019_35913deb-en

proc. pacientų susidūrimų su medicinos profesionalais įvyksta pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.²⁸ Lietuvoje yra daugiau šeimos gydytojų pagal gyventojų skaičių nei EBPO vidurkis, be to, šeimos gydytojo komandoje turi būti ir slaugytoja (-as), kuriai suteikiama vis daugiau atsakomybių bei autonomijos, ypač lėtinių neinfekcinių ligų valdymo srityje. EBPO taip pat išskiria, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams suteiktas pagrindinis vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje - beveik visa populiacija yra registruota šeimos gydytojui (teisės aktais nustatyta prievolė būti prisiregistravus prie šeimos gydytojo). Svarbu ir tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai yra finansiškai skatinami už tam tikras tikslingai teikiamas paslaugas ir atitinkamai iš jų tikimasi pacientui skiriamų paslaugų koordinavimo. Lietuvoje pabrėžiamos sveikatos priežiūros sistemos silpnybės, tokios kaip kokybės bei efektyvumo stoka. Pridedama, kad gydytojų specialistų bei šeimos gydytojų administracinė našta turi būti mažinama, ypač tam tikri teisiniai reglamentai, ribojantys jų veikimo sritis, įskaitant ir diagnostikos bei ištyrimo galimybes.²⁹

Pirminės sveikatos priežiūros grandies funkcija lėtinių neinfekcinių ligų valdyme – jų prevencija. Skaičiuojama, kad 40 proc. lėtinių neinfekcinių ligų gali būti išvengiama.³⁰ Modernios LNL prevencijos strategijos gali būti skirstomos pagal žmonių bendradarbiavimo lygį, t.y. nuo mažo iki didelio. Šios strategijos pavaizduotos 1 lentelėje. Ekonominė prasme LNL prevencija svarbi dėl nacionalinių pajamų praradimo – plataus masto darbo jėgos produktyvumo sumažėjimas kyla dėl negalėjimo dirbti ar pasitraukimo iš darbo rinkos, susijusio su LNL.³¹ Pirminės sveikatos priežiūros grandies specialistai užima reikšmingą poziciją galėdami atlikti rutininius patikrinimus, įvertinti paciento lėtinės neinfekcinės ligos išsivystymo riziką bei suteikti sveikos gyvensenos patarimų. Atpažindami rizikos veiksnius prieš išsivystant ligai jie gali atlikti reikalingas intervencijas bei skatinti tų veiksnių įtakos mažinimą ar eliminavimą. Ankstyvas rizikos veiksnių nustatymas ir intervencija gali užkirsti kelią ar atitolinti ligos progresavimą ir sumažinti komplikacijų bei mirtingumo riziką. PSO akcentuoja, kad efektyvi rizikos veiksnių valdymo strategija yra kritiškai svarbi siekiant kontroliuoti LNL plitimą ir poveikį visuomenei.³² Šviesdami pacientus, pirminės grandies specialistai gali padėti jiems pasiekti reikalingų gyvensenos pokyčių, atitinkamai sumažindami lėtinės ligas sukeliančius rizikos veiksnius. Priešingai nei infekcinių ligų priežiūroje, LNL valdymo tikslai yra ne bendrai išgydyti pacientą, bet sustiprinti

²⁸ Kovacs ir kt., „Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Implementation Strategies for Non-Communicable Disease Guidelines in Primary Health Care“. *supra note*

²⁹ OECD, *Health at a Glance 2015*. *supra note*

³⁰ Michael Mirolla, *The Cost of Chronic Disease in Canada* (Canadian Electronic Library., 2004), <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>.

³¹ Aida Budreviciute ir kt., „Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors“, *Frontiers in Public Health* 8 (2020 m. lapkričio 26 d.): 574111, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>.

³² Barbara Starfield ir kt., „Contribution of Primary Care to Health Systems and Health“, *The Milbank Quarterly* 83, nr. 3 (2005 m. rugsėjo): 457–502, <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.

funkcines galimybes, sumažinti simptomus, prailginti bei pagerinti gyvenimo kokybę bei mažinti skausmą.³³

1 lentelė. Siūlomos LNL prevencijos strategijos įtraukiant įvairių lygmenų bendradarbiavimą.

| | |
|--|------------------------------|
| Globalusis lygmuo | Jungtinės Tautos, PSO |
| Kurti nacionalines politikas ir planus | |
| Remti ir skatinti LNL prevencijos ir kontrolės tyrimus | |
| Monitoruoti LNL | |
| Remti nacionalinį ir tarptautinį LNL prevencijos ir kontrolės bendradarbiavimą | |
| Šalies lygmuo | Valstybė |
| Didinti biudžeto asignavimus pirminės sveikatos priežiūros stiprinimui | |
| Įtraukti NVO, tyrimu institucijas ir privatų sektorių į bendrą partnerystę siekiant diegti veikimo planus LNL valdyti | |
| Kurti nuolatinio kokybės tobulinimo sistemas, skirtas pirminės grandies LNL prevencijos ir valdymo tobulinimui | |
| Visuomeninis lygmuo | Universitetai, mokyklos, NVO |
| Sveika mityba darbo ar mokslo vietoje | |
| Fizinio aktyvumo galimybės darbo ar mokslo vietoje visoms amžiaus grupėms | |
| Su sveikata susijusių NVO naujų resursų siūlymai paslaugų, susijusių su LNL prevencija, kontrole, gydymu ir priežiūra, stiprinimui | |
| Individualus lygmuo | Asmuo |
| Sveikos gyvensenos propagavimas | |

Adaptuota iš Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors, Aida Budreviciute³⁴

Kita ne mažiau svarbi pirminės grandies funkcija – laiku pastebėtos ir diagnozuojamos lėtinės ligos. Tai yra itin svarbu LNL valdyme. Pirminė sveikatos priežiūros grandis yra pirmasis kontakto taškas asmenims, kuriems reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos, iš kurio galima pamatyti

³³ K. Grumbach, „Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism“, *The Annals of Family Medicine* 1, nr. 1 (2003 m. gegužės 1 d.): 4–7, <https://doi.org/10.1370/afm.47>.

³⁴ Budreviciute ir kt., „Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors“. *supra note*

ankstyvuosius simptomus bei įvertinti riziką. Sveikatos priežiūros specialistai taip pat gali surinkti detalią anamnezę, atlikti fizinį bei diagnostinį ištyrimą. Šie vertinimai leidžia aptikti LNL ankstyvose stadijose ir, jei reikia, nukreipti aukštesnio lygio specialistams, o reguliarūs vizitai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje leidžia monitoruoti ligos dinamiką bei koreguoti gydymą.³⁵

Pirminės sveikatos priežiūros grandyje valdant LNL svarbus ir visapusiškas valdymas. Holistinė ir koordinuota priežiūra yra neatsiejama nuo pirminės sveikatos priežiūros. Pirminės grandies specialistai sukuria ilgalaikius ryšius su pacientais, kas leidžia jiems turėti daug geresnį jų sveikatos būklės, gyvenimo būdo bei psichosocialinių veiksnių supratimą. Tai leidžia gydytojams teikti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą, įskaitant ir vaistų paskyrimų kontrolę, tikslingai skatinti gyvenimo būdo pokyčius, spręsti paciento problemas multidisciplininėje komandoje. Be to, pirminė priežiūra atlieka svarbų vaidmenį teikiant psichosocialinę paramą ir užtikrinant, kad pacientai būtų tinkamai nukreipti į kitas sveikatos priežiūros grandis, jei to reikalauja jų būklė. Tai ypač svarbu, atsižvelgiant į tai, kad LNL dažnai yra susijusios su kitomis sveikatos problemomis ir procesui reikalingas kompleksinis požiūris.³⁶ Skatindami bendradarbiavimą, pirminės sveikatos priežiūros grandies specialistai gali į priežiūrą integruoti įvairias sveikatos paslaugas, užtikrindami priežiūros tęstinumą bei pagerindami LNL sergančių pacientų išeitis.³⁷

Reikšmingas LNL valdyme yra ir pacientų švietimas bei įgalinimas. Specialistai turėtų šviesti pacientus apie jų būklės, gydymo taktikų pasirinkimus ir savikontrolės strategijas. Įgalindami asmenis aktyviai dalyvauti jų pačių sveikatos priežiūroje, pirminės grandies specialistai paskatintų pacientų įsitraukimą, priartėjimą prie jiems patiems numatytų gydymo planų ir gyvenimo būdo pokyčių. Lavinimas apie gydymo planų laikymosi svarbą, simptomų atpažinimą, bei reguliarių pakartotinių vizitų svarbą skatina ligų kontroliavimą bei komplikacijų prevenciją.³⁸ Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė taip pat yra itin svarbūs veiksniai, lemiantys LNL valdymo efektyvumą. Tyrimai parodė, kad kai sveikatos priežiūros prieinamumas yra didesnis, pacientai yra linkę anksčiau kreiptis dėl pagalbos, o tai leidžia anksčiau nustatyti ir valdyti LNL, mažinant būtinybę sudėtingesnių ir brangesnių sveikatos priežiūros paslaugų poreikį.³⁹

Nepaisant įvardintų pirminės sveikatos priežiūros privalumų, daugelyje šalių susiduriama su kylančiais iššūkiais, susijusiais su LNL valdymu pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Tai apima finansinius apribojimus, išteklių trūkumą, sveikatos priežiūros specialistų mokymo ir kvalifikacijos

³⁵ Kabir ir kt., „Health System Readiness for Non-Communicable Diseases at the Primary Care Level“.

³⁶ European Commission. Directorate General for Health and Food Safety., *Healthier Together: EU Non Communicable Diseases Initiative*. (LU: Publications Office, 2022), <https://data.europa.eu/doi/10.2875/195572>.

³⁷ Kabir ir kt., „Health System Readiness for Non-Communicable Diseases at the Primary Care Level“; European Commission. Directorate General for Health and Food Safety., *Healthier Together*.

³⁸ James E Bennett ir kt., „NCD Countdown 2030: Pathways to Achieving Sustainable Development Goal Target 3.4“, *The Lancet* 396, nr. 10255 (2020 m. rugsėjo): 918–34, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31761-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31761-X).

³⁹ Robert L. Phillips ir Andrew W. Bazemore, „Primary Care and Why It Matters for U.S. Health System Reform“, *Health Affairs (Project Hope)* 29, nr. 5 (2010 m. gegužės): 806–10, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0020>.

kėlimo poreikį bei efektyvių sveikatos informacinių sistemų sukūrimą ir diegimą. Sėkmingas LNL valdymas priklauso nuo šių kliūčių įveikimo ir nuolatinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo.⁴⁰

Įtraukdama naujausias sveikatos priežiūros tendencijas ir technologijas, pirminė sveikatos priežiūros sistema gali geriau atsakyti į visuomenės sveikatos iššūkius ir teikti kokybiškas, pacientams pritaikytas paslaugas. Tačiau svarbu pabrėžti, kad ši grandis negali veikti izoliuotai, todėl reikalingas glaudesnis bendradarbiavimas su visomis sveikatos priežiūros grandimis, siekiant užtikrinti išsamų ir koordinuotą požiūrį į paciento sveikatos priežiūrą.⁴¹

1.2. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo strategijos

Augant LNL keliamai naštai, įvairios tarptautinės organizacijos skelbia rekomendacijas bei analizes, kaip turėtų būti įdiegiamas LNL valdymas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Šių gairių tikslai yra prevencijos, diagnostikos, gydymo bei visapusiško LNL valdymo skatinimas. PSO pabrėžia visapusiško ir integruoto požiūrio svarbą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Pasak PSO, valdymo pokyčiai yra reikalingi norint pasiekti globalų tikslą iki 2025 priešlaikinį mirtingumą sumažinti 25 proc. ir iki 2030 pasiekti tvaraus vystymosi tikslą – 30 proc. sumažinti priešlaikinių mirčių nuo lėtinių neinfekcinių ligų skaičių.⁴² PSO pabrėžia tokias esmines strategijas:

- *Multidisciplininė komanda grįsta sveikatos priežiūra.* Taip siekiama skatinti bendradarbiavimą tarp profesionalų, t.y. gydytojų, slaugytojų, farmacininkų bei kitų medicinos darbuotojų, siekiant teikti visapusišką ir koordinuotą sveikatos priežiūrą pacientams, sergantiems LNL.
- *Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra.* Siekis koncentruotis į individualizuotą priežiūrą, kuri atliepia pacientų poreikius bei vertybes. Tai apima ir bendrą sprendimų priėmimą, komunikaciją ir paramą pacientų savarankiškam gydymo plano įgyvendinimui ir priežiūrai.
- *Sveikatos priežiūros tęstinumas.* Užtikrinimas, kad LNL pacientai turėtų nuolatinę prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų, įskaitant ir kontrolinius vizitus, vaistų paskyrimų keitimus bei rizikos veiksnių monitoravimą.
- *Sveikatos skatinimas ir ligų prevencija.* Siektina aktualizuoti pirminės prevencijos svarbą keičiant gyvenimą, sveikatos švietimą, ir bendruomenėmis skirtomis sveikatos intervencijomis sumažinti rizikos veiksnius, susijusius su LNL.⁴³

⁴⁰ Peter S. Hussey ir kt., „Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease“, *JAMA Internal Medicine* 174, nr. 5 (2014 m. gegužės): 742–48, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.245>.

⁴¹ Anna J. Koné Pefoyo ir kt., „The increasing burden and complexity of multimorbidity“, *BMC Public Health* 15, nr. 1 (2015 m. balandžio 23 d.): 415, <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2>.

⁴² World Health Organization, „Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings“, 2010 m., 65.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44260/9789241598996_eng.pdf?sequence=1

⁴³ World Health Organization. *supra note*

Iki 2030 m. Europos Komisija yra įsipareigojusi pasiekti darnaus vystymosi tikslą Nr. 3.4 – trečdaliu sumažinti ankstyvą mirtingumą nuo neužkrečiamųjų ligų bei skatinti psichikos sveikatą ir gerovę.⁴⁴ ES paruošė gaires ir rekomendacijas LNL valdymui pirminėje ambulatorinėje grandyje. ES požiūriu, valdymo strategijoje nustatyti šie aspektai:

- *Bendradarbiaujančių sveikatos priežiūros institucijų tinklas.* Skatinant bendradarbiavimą tarp pirminės sveikatos priežiūros teikėjų, užtikrinamas priežiūros nepertraukiamumas ir optimizuojamas gydymas.
- *Integruoti priežiūros teikimo būdai.* Įdiegti sveikatos priežiūros strategijas, kurios yra paremtos pagrįstais įrodymais ir standartizuotais LNL valdymo protokolais, taip užtikrinant stabilią ir aukštos kokybės priežiūrą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.
- *Sveikatos informacinės sistemos ir elektroniniai sveikatos įrašai.* Skatinant skaitmeninius įrankius bei elektronines ligos istorijas būtų užtikrinami duomenų mainai, pagerintas koordinavimas ir atitinkamai teikiama aukštesnės kokybės sveikatos priežiūra.
- *Įgalinimas ir pagalba savarankiškam ligos valdymui.* Pacientas gauna išsamią informaciją apie savo būklę, savistabos įrankius bei yra įtraukiamas į savo paties sveikatos priežiūros planavimą.

Minėtos organizacijos pabrėžia, jog šių strategijų įgyvendinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms padėtų efektyviau valdyti LNL, pagerinti pacientų išėjis ir sumažinti LNL sukeltą naštą tiek pacientams, tiek visai sveikatos priežiūros sistemai.⁴⁵

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra

Neretai lėtinėmis ligomis sergantys pacientai yra poliligoti, o tai reikalauja daugiau sveikatos priežiūros specialistų ir išteklių. Remiantis Hopman ir kt., yra nepakankamai duomenų apie prieinamus poliligotumo gydymo modelius, kaip ir nedaug yra integruotų lėtinių ligų sveikatos priežiūros programų pavyzdžių.⁴⁶ Europos Komisijos įgyvendintas projektas JA-CHRODIS, skirtas nubrėžti bendras sisteminės gaires ir metodologijas sveikatos priežiūrai poliligotiems pacientams įvairiose šalyse, pabrėžia pokyčių svarbą. Pagal ekspertų siūlomą modelį, pacientai turėtų būti reguliariai ir visapusiškai ištiriami, o tai įgyvendinti turėtų multidisciplininė komanda. Išsamus ir reguliarus paciento ištyrimas turėtų įvertinti medicininės, psichologinės ir funkcinės galimybes, kad būtų kuriamas integruotas ir koordinuotas gydymo planas daugiadalykiui gydymui ir ilgalaikiam stebėjimui. Paslaugų integravimas reikalauja didelių pokyčių sveikatos politikoje ir finansavime, kadangi vis dar daugelyje šalių pirminė

⁴⁴ Bennett ir kt., „NCD Countdown 2030“. *supra note*

⁴⁵ European Commission. Directorate General for Health and Food Safety., *Healthier Together. supra note*

⁴⁶ Petra Hopman ir kt., „Effectiveness of Comprehensive Care Programs for Patients with Multiple Chronic Conditions or Frailty: A Systematic Literature Review“, *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 120, nr. 7 (2016 m. liepos): 818–32, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.002>.

sveikatos priežiūros grandis yra orientuota į epizodinį gydymą – infekcinių ligų arba motinos ir vaiko sveikatą. Tradiciškai, infekcijų kontrolė bei motinos ir vaiko programos buvo įdiegtos kaip vertikalios paslaugos, o tokio modelio LNL valdyme reikėtų vengti. Pastangos lėtinių ligų kontrolei pirminėje sveikatos priežiūroje stiprinti turėtų būti skirtos plataus sveikatos priežiūros paslaugų spektro įdiegimui, bei turėtų siekti geresnių išėičių sergant įvairiomis būklėmis.⁴⁷

Tai užtikrintų multidisciplininę komanda, kartu atliepdama specifinius poreikius atliekant ligų kontrolę, taip mažindama fragmentaciją bei užtikrindama priežiūros tęstinumą. Svarbu ir tai, kad multidisciplininė komanda veiktų ne tik gydytojų specialistų lygmenyje, bet įtrauktų skirtingų lygių profesionalus – slaugytojus, fizioterapeutus, socialinius darbuotojus ir kitus. Tam, kad būtų užtikrinamas tęstinumas, valdymo komandos centre turėtų būti bendrosios praktikos medicina užsiimantis gydytojas, koordinuojantis ir derinantis visą gydymo planą.⁴⁸ Tarptautinės organizacijos taip pat siūlo sveikatos priežiūros įstaigose ar pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose turėti atvejo vadybininkus, kurie koordinuotų pacientams skiriamą priežiūros planą ir būtų kontaktą užtikrinantis asmuo tarp paciento ir multidisciplininės komandos, kartu nukreipiantis pacientą reikalingoms sveikatos priežiūros paslaugoms.⁴⁹ Be to, atvejo vadyba padeda palaikyti koordinavimą, sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų integravimą, taip suteikiant visapusišką pagalbą pacientams. Lietuvoje taip pat turima gerosios praktikos pavyzdžių atvejo vadybos integravime teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis Klaipėdos universitetinės ligoninės Onkologijos chemoterapijos klinikoje.⁵⁰ Reikia paminėti, kad Lietuvoje taip pat numatyta, kad pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turi būti darbuotojas, atsakingas už prevencinių programų įgyvendinimo, profilaktinių patikrinimų atlikimo ir paslaugų teikimo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams koordinavimą, prirašytų gyventojų informavimą apie PSDF biudžeto lėšomis apmokamas paslaugas. Tačiau realybėje ši funkcija taikoma ne visų pacientų atžvilgiu.⁵¹

Daug dėmesio skiriama ir individualiems sveikatos priežiūros planams. Jais siekiama atliepti pacientų poreikius, teikti į pacientą orientuotą priežiūrą, dėmesį kreipiant į įvairias galimas ligos išėitis.

⁴⁷ Margaret E. Kruk, Gustavo Nigenda, ir Felicia M. Knaul, „Redesigning Primary Care to Tackle the Global Epidemic of Noncommunicable Disease“, *American Journal of Public Health* 105, nr. 3 (2015 m. kovo): 431–37, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302392>; Julio Frenk, „Reinventing Primary Health Care: The Need for Systems Integration“, *Lancet (London, England)* 374, nr. 9684 (2009 m. liepos 11 d.): 170–73, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60693-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60693-0).

⁴⁸ Longhini ir kt., „Organisational Models in Primary Health Care to Manage Chronic Conditions“. *supra note*

⁴⁹ Palmer ir kt., „Multimorbidity care model“. *supra note*

⁵⁰ Savickaitė ir Česas, „Atvejo vadybos taikymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje kuriant personalizuotą onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą“. *supra note*

⁵¹ „STRATA (2022). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“ (Vyriausybės strateginės analizės centras, 2022 m.) <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20220629-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelis.pdf>; „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/EXGKGXGNuTV>.

Siūloma, kad planai būtų derinami su pacientu ir aprašyti ligos istorijoje, kad į ligos kontrolę įtraukti specialistai sužinotų aktualią informaciją apie pacientą, tiek ją papildytų ar koreguotų.⁵² Tiek lėtinės ligos valdymo planas, tiek jo keitimas turėtų būti aptariamas su pacientu, jam pristatomos gydymo ir diagnostikos galimybės, o sprendimai priimami kartu, įtraukiant pacientą, o jei yra poreikis – ir artimuosius. Lėtinės ligos turi daug neigiamų išeičių, tarp kurių yra ne tik fizinės funkcijos praradimas, bet ir gyvenimo kokybės blogėjimas, depresija ir kitos būklės. Turint tai omenyje, pacientams yra svarbu gauti reikalingą informaciją ir priimti subalansuotus sprendimus.⁵³

Sprendimais grįsta sveikatos priežiūra

Įrodymais grįsta medicina įgauna vis daugiau reikšmės pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Specialistai turėtų sveikatos priežiūrą grįsti naujausiais moksliniais įrodymais, kartu atsižvelgdami į pacientų rekomendacijas.⁵⁴ Moksliniais įrodymais grįsti medicininiai algoritmai bei protokolai veiksmingi daugumai pacientų, nes jų „vidutinis gydomasis efektas“ yra grįstas statistiniais metodais.⁵⁵ Pastaruoju metu proveržį demonstruojantis dirbtinis intelektas taip pat gali būti įtrauktas į sprendimų priėmimo procesą, tačiau reikalingi tolimesni tyrimai, kaip dirbtinis intelektas galėtų personalizuoti gydymo taktiką individualiems pacientams. Teigiama, kad tam tikras rutinines užduotis dirbtinis intelektas galėtų perimti ir sumažinti darbo krūvų specialistams, tačiau kyla ir etinių problemų.⁵⁶

Padėti priimti tikslius sprendimus valdant lėtines neinfekcines ligas gali ir kitų medicinos profesionalų pagalba. Siūloma kurti konsultacijų sistemas, kuriuose pirminės sveikatos priežiūros grandies specialistai galėtų aptarti pacientų priežiūros ir gydymo planus su medicinos ekspertais. Pastarieji turėtų būti apmokyti teikti pagalbą ir poliligotiems pacientams. Tokių sistemų tikslas – padėti priimti reikalingus klinikinius sprendimus, kai pagrindinės priežiūrą teikiančios komandos žinios yra ribotos. Tokios sistemos galėtų būti diegiamos telemedicinos pagalba.⁵⁷

⁵² Palmer ir kt., „Multimorbidity care model“. *supra note*

⁵³ Budreviciute ir kt., „Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors“. *supra note*

⁵⁴ *Ibid*

⁵⁵ Indranil Bardhan, Hsinchun Chen, ir Elena Karahanna, „Connecting systems, data, and people: A multidisciplinary research roadmap for chronic disease management“, *MIS Quarterly: Management Information Systems* 44, nr. 1 (2020 m. kovo): 185–200, <https://doi.org/10.25300/MISQ/2020/14644>.

⁵⁶ Aravind Kumaresan, Lorna Uden, ir Shazad Ashraf, „Potential Role of ChatGPT in Healthcare in the Prevention and Management of Non-Communicable Diseases“, *Knowledge Management in Organisations*, sud. Lorna Uden ir I-Hsien Ting (Cham: Springer Nature Switzerland, 2023), 430–42, https://doi.org/10.1007/978-3-031-34045-1_34.

⁵⁷ *Ibid*

Ankstyvosios intervencijos ir sveikatos skatinimas

Pirminė sveikatos priežiūros grandis taip pat yra svarbi skatinant sveiką gyvenimą, ligų prevenciją. Tai apima sveikos gyvensenos, sveikatos švietimo skatinimą, ankstyvą diagnostiką ir profilaktinį tikrinimą. Sveikos gyvensenos skatinimas ir ligų prevencija yra būtini LNL valdyme pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Šių programų tikslas yra skatinti sveiką gyvenimą, skirti daugiau dėmesio rizikos veiksnių kontrolei, atlikti į populiaciją orientuotas intervencijas, tokias kaip tabako kontrolė, įvairios moksliai pagrįstos dietos, fizinio aktyvumo skatinimas, alkoholio vartojimo mažinimas. Skaičiuojama, kad 25 proc. visų medicinai skirtų išlaidų galima susieti su vos keletu rizikos veiksnių, tokių kaip rūkymas, nutukimas, fizinis neaktyvumas ir prasta mityba, valdymu.⁵⁸ Tikslingai orientuojantis į rizikos veiksnius, pirminė sveikatos priežiūros grandis reikšmingai gali sumažinti LNL dažnį. Tačiau šiuo klausimu mokslinėje literatūroje nėra vieningos nuomonės. Nepakankamai įrodymų, kad bendruomeninės intervencijos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje skirtos pirminei prevencijai – rizikos veiksnių mažinimui – yra efektyvios. Atlikus sistemingą apžvalgą, į kurią buvo įtraukta 130 000 žmonių, buvo nenustatytas reikšmingas ryšys tarp konsultavimo mažinant kardiovaskulinių ligų rizikos veiksnius ir mirtingumo sumažėjimo nuo koronarinės širdies ligos.⁵⁹

Fundamentali LNL valdyme yra ankstyva ligų diagnostika ir profilaktinis tikrinimas. Taip galima nustatyti pacientus, esančius rizikos grupėje ar sergančius ankstyvos stadijos lėtine liga. Daug dėmesio tam skiria PSO, kuri paskelbė leidinį „Intervencijų neužkrečiamoms ligoms paketas“, skirtą taikyti ribotų išteklių aplinkoje (angl. *low-resource setting*) atlikti tokias intervencijas, kuri pagal išlaidas (kaštus) duoda grąžą, kitaip tariant, atsiperka. Pakete dėmesys skiriamas protokolams ir įrankiams LNL valdymui, skirtiems nacionaliniu lygmeniu integruoti ir sustiprinti LNL priežiūrą, pasitelkiant pirmines sveikatos priežiūros įstaigas. Pakete aprašomos kardiovaskulinės sistemos ligų, cukrinio diabeto, lėtinių kvėpavimo ligų, ankstyvos vėžio diagnostikos profilaktinių intervencijų algoritmai ir rekomendacijos vykdymui, tai pat nurodytos sveikos gyvensenos konsultavimo ir savipriežiūros skatinimo diegimo instrukcijos.⁶⁰ Šalyse, kuriose antrinė prevencija yra netaikoma arba taikoma nepakankamai, rodo proceso svarbą, pavyzdžiui, 90 proc. visų mirčių nuo gimdos kaklelio vėžio, kuri galima nustatyti dar ikivėžinėje stadijoje, mirčių įvyksta žemų ir vidutinių pajamų šalyse. Tokios ligos nesant prevencinių programų yra nustatomos jau vėlyvose stadijose, kai gydymas yra neperspektyvus.⁶¹ BETTER studija, atlikta Kanados pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, parodė, jog pacientus profilaktiškai tikrinant dėl

⁵⁸ Mirolla, The Cost of Chronic Disease in Canada. *supra note*

⁵⁹ Beaglehole ir kt., „Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries“. *supra note*

⁶⁰ World Health Organization, „Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings“. *supra note*

⁶¹ Felicia M. Knaul ir kt., „Meeting the Emerging Challenge of Breast and Cervical Cancer in Low- and Middle-Income Countries“, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 119 Suppl 1 (2012 m. spalio): S85-88, <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.024>.

lėtinių ligų, tik dėl 32,5 proc. pacientų buvo imtasi veiksmų ligai suvaldyti, palyginus su kontroline grupe.⁶²

Pacientų įgalinimas jų LNL valdyme

Svarbus komponentas LNL valdyme – pacientų įgalinimas savarankiškai kontroliuoti savo būklę. Savarankiškas LNL valdymas apibrėžia bet kokią intervenciją, leidžiančia pacientams kasdien tiksliau valdyti jų sveikatos būklę. Tarp tokių intervencijų yra išmaniųjų telefonų aplikacijos, medicininių prietaisų naudojimas, telemonitoravimo sistemos, taip pat ir su technologijomis nesusijusios intervencijos, tokios kaip informacinė medžiaga, apmokymai ar socialinė pagalba.⁶³

Pacientų savikontrolė susideda iš kelių komponentų, reikalingų pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Pirmiausia, reikia apmokyti sveikatos priežiūros teikėjus, kurie lavintų asmenų savarankišką lėtinių ligų valdymą, atsižvelgiant į jų kompetencijas ir poreikius. Tokie mokymai turėtų būti orientuoti į komunikavimo su pacientais supaprastinimą, sveikatos raštingumo gerinimą, skatinti įsitraukti į gydymą bei įgalinti priimti sprendimus.⁶⁴

Taip pat svarbu pacientams ir jų artimiesiems pristatyti galimus būdus, kaip sustiprinti savo ligos kontrolę. Informacijos suteikimas pacientams yra esminis įgalinimo etapas. Tai apima ne tik ligos simptomų, gydymo galimybių ar gyvenimo būdo pakeitimų aptarimą, bet ir aiškinimą, kaip sveikatos priežiūros sistema veikia, kas yra atsakingas už konkrečias paslaugas, ir kaip pacientas gali gauti reikiamą pagalbą. Tai leidžia pacientams jaustis saugiai ir informuotai, kas yra svarbu jų motyvacijai ir pasitikėjimui sveikatos priežiūros sistema.⁶⁵ Svarbu tai, kad švietimas turėtų būti individualizuotas ir derinamas su jiems numatytais priežiūros planais. Didelis dėmesys turi būti skiriamas ir artimiesiems, kurie sveikatos priežiūros įstaigoje taip pat turėtų būti supažindinami su paciento LNL kontrolės aspektais.⁶⁶

Pacientų ir jų artimųjų gebėjimų stiprinimas yra būtinas siekiant užtikrinti, kad jie galėtų veiksmingai valdyti savo ligas. Tokia parama apima būdų, kaip pagilinti žinias savikontrolės

⁶² Eva Grunfeld ir kt., „Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial“, *BMC Family Practice* 14, nr. 1 (2013 m. lapkričio 20 d.): 175, <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-175>.

⁶³ Jason Hearn ir kt., „Self-Management of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review“, sud. Rohina Joshi, *PLOS ONE* 14, nr. 7 (2019 m. liepos 3 d.): e0219141, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219141>.

⁶⁴ Paulina Bravo ir kt., „Conceptualising Patient Empowerment: A Mixed Methods Study“, *BMC Health Services Research* 15, nr. 1 (2015 m. gruodžio): 252, <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>.

⁶⁵ Judith H. Hibbard ir Jessica Greene, „What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs“, *Health Affairs* 32, nr. 2 (2013 m. vasario): 207–14, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>.

⁶⁶ Ratna Devi ir kt., „A Narrative Review of the Patient Journey Through the Lens of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries“, *Advances in Therapy* 37, nr. 12 (2020 m. gruodžio 1 d.): 4808–30, <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01519-3>.

efektyvumui didinti, pristatymą, taip pat diagnozės, ligos, vaistų, medicinos prietaisų išaiškinimą, naudojimą ir naudą ir svarbiausia, bendrą sprendimų priėmimą. Tai apima mokymus, seminarus ir kitas edukacines programas, kurios padeda pacientams išmokti reikalingų įgūdžių, pavyzdžiui, kaip matuoti kraujo spaudimą namuose, kaip sekti ir analizuoti savo sveikatos rodiklius, ir kaip atpažinti bei reaguoti į ligos komplikacijas.⁶⁷

Galiausiai, pacientų įgalinimas LNL valdyme neįmanomas be sprendimų derinimo su pacientais. Sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys asmenys turėtų įtraukti pacientą, o kur reikia, ir artimuosius į jų priežiūros ir gydymo sprendimų priėmimą. Pacientų dalyvavimas sprendimų priėmime reiškia, kad pacientai aktyviai dalyvauja rengiant jų gydymo planus, sprendžiant apie gydymo būdus ir vertinant alternatyvas. Šis procesas skatina didesnę pacientų įsipareigojimą ir atsakomybę už jų sveikatos priežiūrą, kas yra svarbu ilgalaikiam sveikatos valdymui.⁶⁸ Pažymima, kad artimųjų įtraukimas padidina sveikatos priežiūros sėkmingumą sunkesniems pacientams, ypač patiriantiems kognityvinių ar fizinių funkcijų prastėjimą.⁶⁹

Šie komponentai ir intervencijos jungia pacientų įgalinimą savarankiškai valdyti savo lėtinės neinfekcinės ligas su šių ligų valdymu pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Veiksmingas jų įgyvendinimas gali pagerinti pacientų savijautą, gyvenimo kokybę ir padėti kontroliuoti LNL progresavimą.

Informacinių technologijų ir inovacijų diegimas

Pastaraisiais metais, informacinės sistemos ir technologijos lėtinių neinfekcinių ligų valdyme tapo itin reikšmingomis. Pirmiausia, tai gerina prieigą prie paciento duomenų. Elektroninių ligos istorijų diegimas specialistams suteikia neribotą prieigą prie paciento medicininės istorijos, atliktų tyrimų, diagnostikos išvadų, vartojamų vaistų ir kt. Tai leidžia atlikti visapusišką įvertinimą, personalizuotai planuoti ir skirti gydymo planą, laiku atlikti reikiamas intervencijas. Svarbu ir tai, kad elektroninės ligos istorijos leidžia tobulinti ir koordinavimo procesus multidisciplininėje komandoje, stiprinant sveikatos priežiūros tęstinumą.

Pažengusios informacinės sistemos siūlo įrankius, padedančius priimti sprendimą, tokius kaip klinikinės gairės, rizikos skaičiavimo modeliai arba įspėja ir apie galimas vaistų sąveikas. Tokie įrankiai specialistams padeda priimti įrodymais grįsta medicina paremtus sprendimus, o tai leidžia turėti tikslesnes diagnozes, optimizuoti gydymo strategijas lėtine liga sergančiam pacientui. Jie taip pat leidžia

⁶⁷ Hibbard ir Greene, „What The Evidence Shows About Patient Activation“ *.supra note*

⁶⁸ Glyn Elwyn ir kt., „Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice“, *Journal of General Internal Medicine* 27, nr. 10 (2012 m. spalio): 1361–67, <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>.

⁶⁹ Rachel Berry-Millett ir Thomas S. Bodenheimer, „Care Management of Patients with Complex Health Care Needs“, *The Synthesis Project. Research Synthesis Report*, nr. 19 (2009 m. gruodžio): 52372.

monitoruoti ligos progresavimą, atitinkamai siūlydami imtis prevencinių veiksmų ir skatindami pacientą įsitraukti. Atliktoje klinikinių pagalbos sistemų efekto sisteminėje metaanalizėje teigiama, kad informacinės sistemos, padedančios priimti klinikinius sprendimus turėjo teigiamą efektą skiriant gydymą vaistais, derinant prevencinės priežiūros paslaugas, tačiau duomenų apie teigiamus efektus klinikiniam ir ekonominiam efektyvumui neužteko.⁷⁰

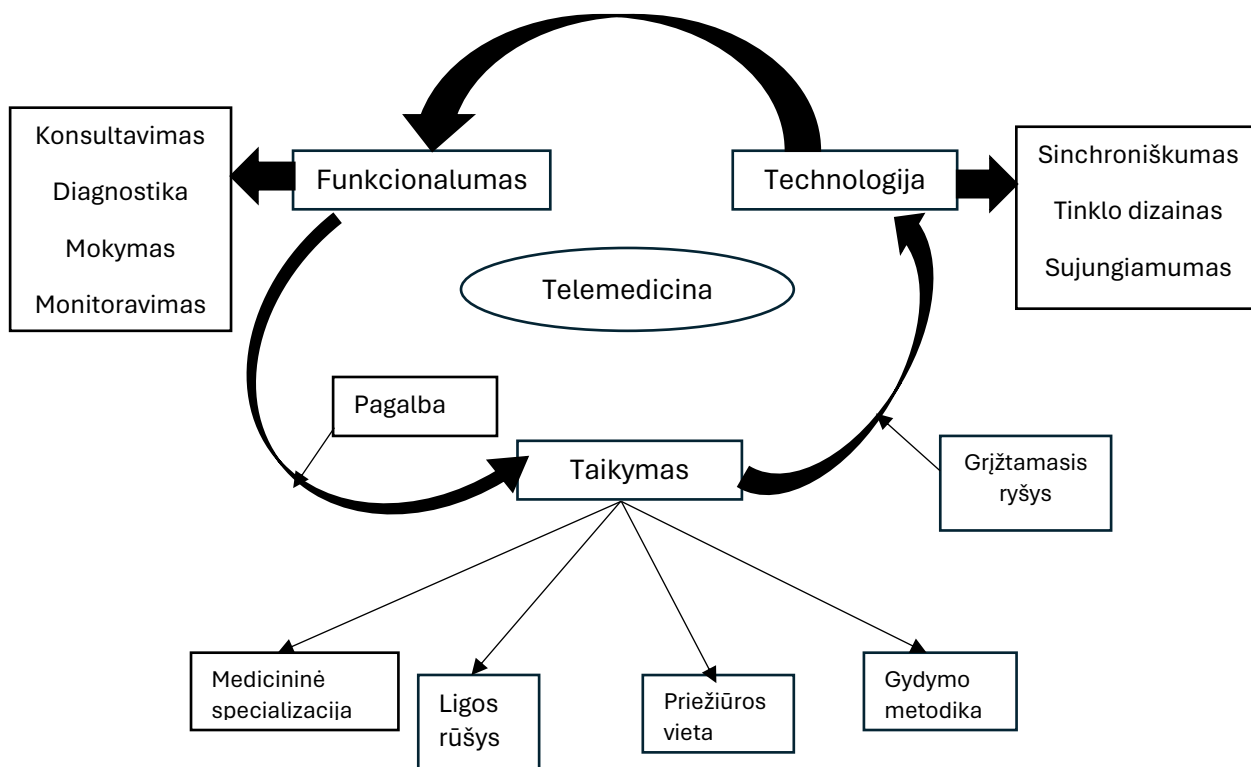
Savo vietą sveikatos priežiūroje, ypač po COVID-19 pandemijos, atrado ir telemedicina bei nuotolinės sveikatos priežiūros paslaugos. Telemedicina leidžia lėtinėmis ligomis pacientų būklę vertinti nuotoliu, suteikiant reguliarias konsultacijas, vaistų kontrolę, sumažina apkrovimą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Saudo Arabijoje atlikto tyrimo duomenimis, didžioji dalis šeimos gydytojų buvo patenkinti telemedicina, nes ji buvo naudinga darbui, sumažino siuntimų poreikį ir sutaupė laiko.⁷¹ Kitos metaanalizės duomenimis, telekonsultacijos ir nuotolinis stebėjimas yra dažniausiai naudojami intervencijos metodai. Telemedicina padeda gerinti savikontrolę sergant reumatoidiniu artritu, o pacientų glikozilinto hemoglobino (HbA1c) rodiklis pagerėjo po 12 mėnesių taikytos telemedicininės intervencijos, sistolinis kraujo spaudimas sumažėjo po 6 mėnesių.⁷² Įvairūs stebėjimo prietaisai, nešiojami sensoriai ir ambulatorinio matavimo sistemos teikia galimybę sužinoti apie paciento gyvybines bei kitas funkcijas „čia ir dabar“, kas gali padėti anksčiau diagnozuoti patologijas, ligos eigos pokyčius ar komplikacijas. Sisteminėje apžvalgoje, vertinusoje Dominikos Respublikos, kaip besivystančios šalies įstaigų telemedicinos pagalba pasiektus rezultatus lėtinių neinfekcinių ligų valdyme, nustatyta, kad telekonsultacijos buvo efektyvios gerinant pacientų išėitis: sekant glikemijos kiekį kraujyje, arterinį kraujo spaudimą, svorio metimo progresą. Pažymėtina, kad telekonsultacijos prisideda prie didesnio pacientų pasitenkinimo, mažina išlaidas.⁷³ Telemedicinos pritaikymas plačiau pavaizduotas 1 paveiksle.

⁷⁰ Tiffani J. Bright ir kt., „Effect of Clinical Decision-Support Systems: A Systematic Review“, *Annals of Internal Medicine* 157, nr. 1 (2012 m. liepos 3 d.): 29–43, <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-1-201207030-00450>.

⁷¹ Grunfeld ir kt., „Improving chronic disease prevention and screening in primary care“.

⁷² Yue Ma ir kt., „Telemedicine Application in Patients with Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis“, *BMC Medical Informatics and Decision Making* 22, nr. 1 (2022 m. gruodžio): 105, <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01845-2>.

⁷³ Benet C Henry ir kt., „The Use of Telemedicine in the Management of Chronic Diseases in Small Island Developing States: Case Study – Dominica“, 2022 m. lapkričio, https://www.itu.int/itu-d/sites/connect2recover/wp-content/uploads/sites/31/2022/12/C2R_RC_13_The-use-of-telemedicine-in-the-management-of-chronic-diseases-in-Small-Island-Developing-States-R2.pdf.



1 pav. Telemedicinos pritaikymas pacientams sergantiems lėtine liga

Adaptuota iš: Telemedicine application in patients with chronic disease: a systematic review and meta-analysis, Yue Ma ir kt.⁷⁴

Inovacijos taip pat gali prisidėti ir įgalinant pacientus patiems kontroliuoti savo ligą. PSO duomenimis 60 proc. išsivysčiusių šalių gyventojų naudoja mobilios sveikatos aplikacijas ar tekstines žinutes.⁷⁵ Tarp tokių aplikacijų yra sveikos gyvensenos skatinimo, gydymo režimo, priminimų apie apsilankymus, tyrimų atsakymų ir kitos. Yra įrodymų, kad išsivysčiusiose šalyse SMS žinutės prisideda prie gyvensenos keitimo. Jungtinėje Karalystėje atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, kad SMS žinutės skatinančios mesti rūkyti padvigubino susilaikymo nuo cigarečių rūkymo rodiklius.⁷⁶

Galiausiai, IT suteikia galimybę efektyviam duomenų rinkimui ir analizei, kas padeda koreguoti LNL valdymo modelius ne tik šalies, bet ir įstaigos mastu. Duomenys gali padėti atskleisti tendencijas, rizikos veiksnius ir kitą aktualią informaciją, kas leidžia sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams kurti tikslines intervencijų ir prevencijos strategijas. Taikant populiacinę analizę galima įvertinti riziką ir

⁷⁴ Ma ir kt., „Telemedicine Application in Patients with Chronic Disease“. *supra note*

⁷⁵ John D. Piette ir kt., „Impacts of E-Health on the Outcomes of Care in Low- and Middle-Income Countries: Where Do We Go from Here?“, *Bulletin of the World Health Organization* 90, nr. 5 (2012 m. gegužės 1 d.): 365–72, <https://doi.org/10.2471/BLT.11.099069>.

⁷⁶ Caroline Free ir kt., „Smoking Cessation Support Delivered via Mobile Phone Text Messaging (Txt2stop): A Single-Blind, Randomised Trial“, *Lancet (London, England)* 378, nr. 9785 (2011 m. liepos 2 d.): 49–55, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60701-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60701-0).

prioretizuoti aukštos rizikos pacientus, taip efektyviau paskirstant pirminės sveikatos priežiūros grandies išteklius.

Remiantis Vyriausybės strateginės analizės centro 2022 m. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“ tyrimu, „spartūs technologijų pokyčiai leidžia kurti naujus sveikatos priežiūros modelius. Pavyzdžiui, diabeto ir kitų lėtinių ligų (ir jų komplikacijų) diagnostikos vietoje pažanga gali padėti atpažinti asmenis, kuriems reikia gydymo ankstyvajame ligos etape, ir palengvinti savikontrolę. Tačiau tokioms technologijoms reikalingos pagalbinės sistemos, galinčios reaguoti į individualias aplinkybes ir kiekvienam pacientui ligos sukeltus sudėtingumus (pvz., gretutines ligas, kultūrinės nuostatas ir socialinius veiksnius).“ Taip pat diegiant informacines technologijas LNL valdyme gali kilti ir tam tikrų iššūkių. Kyla problemų dėl privatumo ir saugumo, sąveikų tarp skirtingų sistemų ir posistemų, kompiuterinio raštingumo įgūdžių stokos tarp personalo, ir netolygumų tarp pacientų dėl skirtingų galimybių turėti prieigą prie technologijų.⁷⁷

Socialinių veiksnių įvertinimas

Socialiniai veiksniai, tokie kaip skurdas, išsilavinimas ir gyvenamosios aplinkos kokybė, yra glaudžiai susiję su lėtinių neinfekcinių ligų atsiradimu ir jų valdymu. Tinkamas įvertinimas ir bei atsižvelgimas į juos yra būtini, siekiant efektyviai mažinti LNL atvejų skaičių ir pagerinti gyventojų sveikatos būklę. Skurdas yra vienas iš pagrindinių veiksnių, turinčių įtakos sveikatai. Jis tiesiogiai susijęs su mažesne prieiga prie kokybiškos sveikatos priežiūros, prastesne mityba ir gyvenimo sąlygomis, kurios gali lemti didesnę ligų riziką. Lietuvoje tai itin svarbu esant didelei gyventojų atskirčiai ir visuomenės daliai gyvenant žemiau skurdo ribos. Tyrimai rodo, kad mažesnės ekonominės galimybės sąlygoja didesnę sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis, cukriniu diabetu ir kitomis lėtinėmis ligomis.⁷⁸ Aukštesnis išsilavinimo lygis dažnai siejamas su geresniu sveikatos raštingumu, kas savo ruožtu skatina sveikesnį gyvenimo būdą ir didina pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema. Be to, geriau išsilavinę asmenys dažniau naudojami prevencinėmis sveikatos paslaugomis ir anksčiau kreipiasi pagalbos.⁷⁹ Todėl tampa aktualu didinti jau aptartą sveikatos raštingumą.

Svarbu nepamiršti ir kitų sunkinančių būklių. Pacientai, turintys psichikos sutrikimų, yra pažeidžiama, tačiau tuo pat metu ir dažnai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje besilankanti pacientų

⁷⁷ Bardhan, Chen, ir Karahanna, „Connecting systems, data, and people“. *supra note*

⁷⁸ Kruk, Nigenda, ir Knaul, „Redesigning Primary Care to Tackle the Global Epidemic of Noncommunicable Disease“. *supra note*

⁷⁹ Heine ir kt., „Health Education Interventions to Promote Health Literacy in Adults with Selected Non-Communicable Diseases Living in Low-to-Middle Income Countries“.

grupė. Dėl sudėtingumo valdant skirtingas medicinines problemas, ši pacientų grupė yra atotrūkyje prevencinėje medicinoje, dėl to reikalingas tikslinis jos LNL valdymas.⁸⁰

Siekiant geriau spręsti socialinius sveikatos iššūkius, rekomenduojama įgyvendinti tarpinstitucines iniciatyvas ir politikos priemones, kurios užtikrintų visapusišką požiūrį į sveikatos gerinimą. Sveikatos priežiūros įstaigos galėtų bendradarbiauti su švietimo, socialinės apsaugos ir darbo rinkos institucijomis, siekiant kurti politikas ir programas, kurios mažina nelygybę sveikatos priežiūroje. Tai apima ir investicijas į švietimą, darbo rinkos reguliavimą, būsto politiką ir socialinę paramą, kad būtų sumažinta nelygybė ir pagerintos gyvenimo sąlygos, ypač mažiau privilegijuotose visuomenės grupėse.⁸¹

Veiksmingas socialinių iššūkių įvertinimas ir jų įtakos mažinimas gali žymiai pagerinti lėtinių neinfekcinių ligų valdymą ir sumažinti su jomis susijusias sveikatos priežiūros išlaidas, kartu gerinant visuomenės gyvenimo kokybę.

1.3. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo vystymas pirminėje sveikatos priežiūroje

Sveikatos politikos palaikymas, adekvatus finansavimas LNL priežiūrai ir programoms, sveikatos specialistų mokymai bei visuomenės sveikatos iniciatyvos yra pagrindiniai LNL valdymo komponentai. Finansavimas yra kritiškai svarbus LNL programų veiksmingumui. Lėšos, skirtos prevencijai ir gydymui yra reikalingos siekiant sumažinti LNL naštą sveikatos priežiūros sistemai. Tyrimai rodo, kad investicijos į sveikatos priežiūros infrastruktūrą ir išteklių prieinamumą gali žymiai pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Nors finansavimas iš valstybės biudžeto ir mokesčių laikomas tvariausiu būdu ilgalaikiam efektyviam LNL valdymui, minimos ir kitos iniciatyvos, tokios kaip viešojo ir privataus sektoriaus bendradarbiavimas, globalios programos arba paskolos.⁸² Tai netiesiogiai turi ir ilgalaikį teigiamą poveikį, nes pavėluota diagnostika ir po to sekantis gydymas, pavyzdžiui, vėžio, kainuoja brangiau.⁸³ Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje vienas iš nustatytų tikslų - užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Joje siūloma „didinti investicijas į sveikatos priežiūros sektorių; didinti sveikatingumo programų, kurias įgyvendina NVO, skaičių, taip pat pritraukti ES struktūrinių fondų lėšas šioms programoms

⁸⁰ Derek Yach ir kt., „The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control“, *JAMA* 291, nr. 21 (2004 m. birželio 2 d.): 2616, <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2616>.

⁸¹ Mainul Haque ir kt., „Strengthening Primary Health-Care Services to Help Prevent and Control Long-Term (Chronic) Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries“, *Risk Management and Healthcare Policy* 13 (2020 m. gegužės 18 d.): 409–26, <https://doi.org/10.2147/RMHP.S239074>.

⁸² Nadia Amin Somani ir kt., „Evaluation of Frameworks Demonstrating the Role of Private Sector in Non-Communicable Disease Management and Control: A Systematic Review and Thematic Synthesis“, *BMJ Open* 13, nr. 3 (2023 m. kovo 3 d.): e061370, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061370>.

⁸³ Luke Nelson Allen, „Financing National Non-Communicable Disease Responses“, *Global Health Action* 10, nr. 1 (2017 m.): 1326687, <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1326687>.

finansuoti.⁸⁴ Nacionalinės patikros programos yra efektyvios ankstyvoje ligų diagnozėje ir valdyme ir leidžia anksčiau identifikuoti ligas ir pradėti gydymą, mažinant sveikatos priežiūros išlaidas ir gerinant gydymo rezultatus. Minėtoje strategijoje numatyti įvairūs finansavimo būdai šiems tikslams pasiekti.⁸⁵

Sveikatos priežiūros specialistų mokymas yra svarbus aspektas, užtikrinantis kokybišką LNL valdymą. Reguliarūs mokymai ir kvalifikacijos kėlimas padeda specialistams įgyti naujausias žinias ir įgūdžius, reikalingus efektyviai ligų prevencijai ir gydymui. Įgyvendinant naujausias gaires ir mokymo programas, galima žymiai pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, ypač pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Šie mokymai apima ne tik ligų valdymo strategijas, bet ir naujoviškų technologijų panaudojimą, kuris leidžia efektyviau sekti pacientų būklę ir taikyti individualizuotas gydymo priemones.⁸⁶

Taip pat svarbu atsižvelgti į nacionalines ir tarptautines gaires formuojant veiksmingas valdymo strategijas. Jos suteikia struktūrizuotą pagrindą, kuris padeda šalims ir sveikatos priežiūros institucijoms įgyvendinti veiksmingas strategijas, skirtas LNL valdymui. Aiškūs, išgryninti standartai ir rekomendacijos padeda šalims ir sveikatos priežiūros institucijoms įgyvendinti veiksmingas valdymo strategijas. Šios gairės yra paremtos moksliniais įrodymais ir nuolat atnaujinamos atsižvelgiant į naujausias medicinos pažangas. Sėkmingas įgyvendinimas reikalauja ne tik politinio įsipareigojimo, bet ir adekvačių išteklių, įskaitant finansavimą ir specialistų mokymus, kad būtų galima pasiekti aukštus sveikatos priežiūros standartus.⁸⁷

Vystant LNL priežiūrą pirminėje sveikatos priežiūros grandyje kyla keletas iššūkių, tokių kaip dėl didelio atsakomybių skaičiaus „perdege“ medicinos darbuotojai, baigusiu rezidentūrą specialistų ir jų apmokymo stoka bei nuolatiniai vaistų tiekimo sutrikimai.⁸⁸ Daugelis išsivysčiusių šalių susiduria su beprecedenčiu pacientų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, augimu. Situaciją apsunkina ir tai, kad didelė dalis jų serga keliomis lėtinėmis ligomis, atitinkamai reikalaujant dar daugiau dėmesio ir priežiūros.⁸⁹ Visgi teigiama, kad prevencija ir ankstyva patikra yra pagrindinės priemonės iššūkiams suvaldyti.⁹⁰ Tačiau svarbiausia problema yra augantis pirminės grandies specialistų, pirmiausia šeimos gydytojų, trūkumas, nuolat didėjant senyvos ir lėtinėmis ligomis sergančios populiacijos skaičiui.

⁸⁴ „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“, LRS, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>.

⁸⁵ „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. V-1149 „Dėl Valstybinės lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008–2010 metų programos patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.332249?jfwid=->.

⁸⁶ Gursimer Jeet ir kt., „Community Health Workers for Non-Communicable Diseases Prevention and Control in Developing Countries: Evidence and Implications“, *PloS One* 12, nr. 7 (2017 m.): e0180640, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180640>.

⁸⁷ Kovacs ir kt., „Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Implementation Strategies for Non-Communicable Disease Guidelines in Primary Health Care“. *supra note*

⁸⁸ Beaglehole ir kt., „Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries“. *supra note*

⁸⁹ Berry-Millett ir Bodenheimer, „Care Management of Patients with Complex Health Care Needs“. *supra note*

⁹⁰ Hadian ir kt., „Challenges of the Health System in Preventing Non-Communicable Diseases; Systematized Review“. *supra note*

Remiantis 2023 Lietuvos sveikatos profilio vertinimu, ši problema aktuali ir mūsų šalyje. Darbo jėgos, gydytojų specialistų bei ypatingai slaugytojų, trūkumas gali sukelti ilgalaikes problemas sveikatos sektoriuje bei jį susilpninti.⁹¹ Visgi jau dabar pasaulyje yra ieškoma inovacijų, kaip spręsti darbo jėgos problemas. Vis dažniau yra taikomas modelis, kai nuo specialistų yra nukraunama užduočių dalis ir perkeliama ant žemesnius įgūdžius turinčių darbuotojų, pavyzdžiui, slaugytojų. Specialiai apmokyti darbuotojai padėtų pirminėje grandyje sumažinti darbo krūvius.⁹²

Dalis problemų yra susijusių ir su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. Tiek turtingose, tiek neturtingose šalyse rizikos veiksnių susirgti lėtinėmis ligomis našta labiausiai tenka ant pažeidžiamiausių visuomenės sluoksnių – skurdžiau gyvenančių, žemesnį išsilavinimą turinčių žmonių, taip pat gyvenančių kaimiškose vietovėse. Tiems, kuriems pavyksta gauti gydymą, kyla rizika susidurti su finansiniais sunkumais, dėl to vyriausybės turėtų apmokėti LNL išlaidas pacientams, didelį dėmesį kreipdamos ir į mokėjimų iš savo kišenės (angl. out of pocket) mažinimą.⁹³

Problema yra ir sveikatos priežiūros infrastruktūros trūkumai, dėl ko ne visada gali būti užtikrintas nuoseklus ir efektyvus LNL valdymas. Infrastruktūros problemos gali būti klasifikuojamos į kelias kategorijas: trūksta prevencinės infrastruktūros, apsinkintas vaistų ir pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas, apribota prieiga prie technologijų. LNL modelių diegimui neretai reikia naujos įrangos ar išteklių, siekiant efektyviai valdyti LNL, tačiau dalis sveikatos priežiūros įstaigų jų neturi pakankamai arba jie yra pasenę. Tai apsinkina standartų laikymąsi ir kokybės užtikrinimą. Pagrindiniai lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos iššūkiai pateikiami 2 lentelėje.⁹⁴

2 lentelė. Pagrindiniai lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos iššūkiai.

| Tema | Potėmė |
|-----------------------------|---|
| Infrastruktūriniai iššūkiai | Prevencinės infrastruktūros trūkumas |
| | Prieigos prie vaistų apribojimai |
| | Apribotas pirminės sveikatos priežiūros planų įgyvendinimas |
| | Prieigos prie technologijų apribojimai |
| Ekonominiai iššūkiai | Ligos gydymo nauda farmacijos kompanijoms |
| | Finansinių išteklių nestabilumas |
| | Nepakankamas skurdo mažinimo planų įgyvendinimas |

⁹¹ Lithuania: Country Health Profile, 2023. *supra note*

⁹² Kruk, Nigenda, ir Knaul, „Redesigning Primary Care to Tackle the Global Epidemic of Noncommunicable Disease“.

⁹³ *Ibid*

⁹⁴ Hadian ir kt., „Challenges of the Health System in Preventing Non-Communicable Diseases; Systematized Review“.*supra note*

| | |
|------------------------|---|
| Demografiniai iššūkiai | Auganti senstančių žmonių populiacija |
| | Migracija |
| Vadybiniai iššūkiai | Greita urbanizacija |
| | Skubotai atliekamas planavimas |
| | Vidinio ir išorinio koordinavimo trūkumas |

*Adaptuota pagal Challenges of the Health System in Preventing Non-Communicable Diseases: Systematized Review, Hadian M. ir kt.*⁹⁵

Analizuojant iššūkius mūsų šalyje, Lietuvoje visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos atskirai, neužtikrinamas pakankamas šių sričių koordinavimas, integravimas ir bendradarbiavimas. 60-yje savivaldybių veikia 49 visuomenės sveikatos biurai (kas reiškia, kad dalis biurų teikia paslaugas keliose savivaldybėse), kurie atsakingi už visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Atskirai savivaldybėse organizuojama pirminės ASPĮ veikla. Toks neintegruotų asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo būdas iki šiol nedavė laukiamų rezultatų ir yra laikytina viena iš sveikatos priežiūros sistemos spragų, nes Lietuvos gyventojų išvengiamo mirtingumo rodikliai yra vieni blogiausių ES.⁹⁶ Siekiant spręsti šią situaciją, Lietuvoje numatytas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, grįsto kompetencijos centrų ir bendradarbiavimo modeliu, vystymas. Šis modelis numato įstaigų bendradarbiavimu grįstų savivaldybių sveikatos priežiūros centrų, kurie teiktų bazines visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybėse, veikimas.⁹⁷

⁹⁵ Hadian ir kt. *supra note*

⁹⁶ *Lithuania: Country Health Profile, 2021. supra note*

⁹⁷ „Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, grįsto kompetencijos centrų ir bendradarbiavimo modeliu, vystymas“ (LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2023 m.), https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Tinklo%20reforma/Reformas%20santrauka.pdf.

2. LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ VALDYMO POLITIKA LIETUVOJE

2.1. Teisės aktai, reglamentuojantys lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūroje

Remiantis Vyriausybės strateginės analizės centro 2022 m. tyrimo „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“ duomenimis, dabartinė sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje iš esmės yra „ligų priežiūros“ sistema, sukurta po II pasaulinio karo. Sistemos pagrindas yra fizinės įstaigos, į kurias sergantys ar ūmiai susirgę žmonės ateina, kad juos apžiūrėtų ir gydymą jiems paskirtų medicinos išsilavinimą turintys asmenys. Pripažįstama, kad tokia sveikatos priežiūros sistema nebuvo skirta teikti paslaugų, augant lėtinių ligų paplitimui: pacientams, kuriems pasireiškia tam tikros lėtinės ligos simptomai, teikiama epizodinė sveikatos priežiūra, be to, pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, kyla didesnė rizika turėti sunkiai pakeliamą finansinę naštą, apmokant didelę sveikatos priežiūros (gydymo paslaugų ir vaistų) kainos dalį iš savo lėšų, esant nepakankamam apmokėjimui valstybės lėšomis.⁹⁸ Dabartinėje teisinėje bazėje galime matyti kryptingą sistemos transformaciją LNL kontekste, nors išlieka nemažai iššūkių.

Lietuvoje teisinis LNL valdymo reglamentavimas yra integrali visuomenės sveikatos valdymo dalis, siekiant sumažinti šių ligų paplitimą ir jų sukeltas pasekmes. LNL valdymas yra reglamentuotas teisės aktais, kurie užtikrina, kad prevencijos, diagnostikos bei gydymo procesai būtų atliekami pagal aukštus kokybės standartus. Šie teisės aktai apibrėžia LNL valdymo grandinę – nuo sveikatos priežiūros paslaugų planavimo ir teikimo iki konkretaus pacientų saugos ir sveikatos priežiūros infrastruktūros stiprinimo. Teisinę bazę sudaro LR Vyriausybės nutarimai, Lietuvos Respublikos Seimo priimti įstatymai, iš jų pagrindinis Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Pastarieji reglamentuoja įvairias sveikatos priežiūros paslaugas, jų teikimo ir finansavimo tvarką, sveikatos priežiūros procedūras, medicinos standartus ir LNL prevencijos programas. Teisinei bazei priskiriami įvairūs strateginiai dokumentai bei nacionalinės ligų prevencijos programos. Savivaldybių vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros apimtį ir vykdymo tvarką nustato Sveikatos sistemos įstatymas (1994), Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002) ir kiti teisės aktai. Svarbu ir tai, kad privatus sektorius dalyvauja teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat valstybės lėšomis finansuojamas specializuotas ambulatorinės sveikatos priežiūros

⁹⁸ „STRATA (2022). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“. *supra note*

paslaugas.⁹⁹ Teisinė bazė yra suformuota Europos Sąjungos direktyvomis bei tarptautiniais susitarimais, kurie skatina efektyvias prevencijas ir kontrolės strategijas.

Sveikatos priežiūros sistemą reglamentuojančiame teisės akte - Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme (1994) nustatytos nuostatos, susijusios su lėtinėmis neinfekcinėmis ligoms ir jų valdymu. Pirmiausia, preambulėje pabrėžiama kad sveikatos potencialą ir jo palaikymą lemia ne tik sveikatos priežiūros paslaugos, bet ir ekonominės sistemos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo garantijos, gyventojų užimtumas, pajamos, apsirūpinimas būstu, ir gyvenamosios aplinkos kokybė. Visi šie veiksniai tiesiogiai veikia LNL prevenciją ir valdymą. Atkreiptinas dėmesys, kad pirminio lygio paslaugas, kurios yra svarbiausios valdant LNL, LR Sveikatos sistemos įstatymas numato organizuoti savivaldybių merams, o jos organizavimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Visgi svarbu pabrėžti, kad nors pagal III skyriaus 48 straipsnį „*Savivaldybės remia savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.*“¹⁰⁰

Preveninės medicinos pagalbos turinys, apibrėžtas LR Sveikatos sistemos įstatymo II skyriaus 17 straipsnyje, nurodo, kad sveikatos priežiūros specialistai privalo teikti informacines paslaugas, atlikti atrankinius bei profilaktinius sveikatos patikrinimus, ir vykdyti imuno- bei chemoprofilaktiką. Ligų profilaktika ir kontrolė yra aiškiai reglamentuota Sveikatos sistemos įstatymo 34 straipsnyje, kuris nustato, kad Sveikatos apsaugos ministerija atsakinga už neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarkos nustatymą. Tai leidžia ministerijai kryptingai ir nuosekliai formuoti LNL kontrolės politiką efektyviomis priemonėmis. Prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos bei jų vykdymo metodikos tobulinamos centralizuotai t.y. nacionaliniu lygmeniu, įgyvendinamos sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų.

Visuomenės sveikatos ugdymo ir stiprinimo nuostatos, išdėstytos Sveikatos sistemos įstatymo III skyriaus 32 straipsnyje, įpareigoja visuomenės sveikatos ugdymą vykdyti per sveikatos propagandą, mokymus, populiarinimą ir asmenų konsultavimą. Sveikatos apsaugos ministerija ir kitos institucijos yra atsakingos už šių iniciatyvų įgyvendinimą, teikdamos pagrindą sveikesnei visuomenei.

Sveikatos sistemos įstatymo II straipsnio 4 dalimi yra reglamentuotas ilgalaikis paciento sveikatos būklės stebėjimas, kuris apibrėžiamas kaip būtinas procesas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, t.y. pacientai, baigę aktyvųjį gydymo etapą, toliau gautų reikiamą priežiūrą ir kontroliuotų savo sveikatos būklę. Ilgalaikį pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimą reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo.“ Visgi svarbu paminėti tai, kad minėto įsakymo 14 punkte nustatyta, kad „*Ilgalaikis pacientų sveikatos būklės*

⁹⁹ „STRATA (2022). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“. *supra note*

¹⁰⁰ „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“, LRS, 1994 m. liepa, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>.

stebėjimas paslaugas teikiančioje ASPĮ organizuojamas jos vadovo nustatyta tvarka.“ Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros įstaigoms numatyta diegti ilgalaikio pacientų stebėjimo modelius lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams.¹⁰¹ Šiame darbe analizuojama sveikatos priežiūros įstaiga taip pat turi direktoriaus įsakymu patvirtintą „Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos“ aprašą. Jo paskirtis – nustatyti tokių pacientų būklės stebėjimo tvarką. Ilgalaikio sveikatos būklės stebėjimo poreikį pacientui gali nustatyti šeimos gydytojas ar kitas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis gydytojas, o jį nustatytu periodiškumu vykdo „gydytojas specialistas, pagal poreikį skirdamas pacientui tyrimus, gydymą ir teikdamas išvadą bei rekomendacijas šeimos medicinos paslaugas teikiančiam gydytojui dėl tolesnės paciento sveikatos priežiūros. Ilgalaikis paciento sveikatos būklės stebėjimas skiriamas po aktyvaus gydymo.“¹⁰²

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos programa, patvirtinta LR Seimo (2014), (toliau – Strategija) yra vienas pagrindinių dokumentų, nustatantis valstybės politiką, tikslus ir gaires sveikatos priežiūros srityje, taip pat ir susijusią su lėtinių neinfekcinių ligų valdymu. Vienas iš strategijos pagrindinių tikslų yra pagerinti šalies gyventojų sveikatą, pailginti gyvenimo trukmę ir sumažinti sveikatos netolygumus. Tai siekiama įgyvendinanti tobulinant įvairių sričių veiklas, ypač stiprinant lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę. LNL apima širdies ir kraujagyslių ligas, vėžį, cukrinį diabetą, lėtines kvėpavimo takų ligas, kurios dažnai yra susijusios su žmogaus elgsena, todėl jų prevencija yra neatsiejama strategijos dalis. Strategijoje nustatyti specifiniai uždaviniai, kurie skirti orientuoti sveikatos priežiūros sektorių į efektyvias intervencijas. Pirmiausia, siekiant užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą reikia:

- „Garantuoti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, tobulinant ir įdiegiant sveikatos priežiūros technologijas, kurių efektyvumas yra pagrįstas moksliniais įrodymais.“
- „Plėtoti sveikatos infrastruktūrą, gerinant paslaugų kokybę ir prieinamumą.“
- „Mažinti gynybinės medicinos įtaką, kurioje gydymo sprendimai priimami siekiant išvengti teisinių pasekmių, o ne siekiant geriausio paciento sveikatos rezultato.“
- „Stiprinti visuomenės informavimą ir švietimą sveikatos klausimais, įtraukiant įvairias suinteresuotas grupes ir institucijas.“
- „Gerinti pirminės sveikatos priežiūros organizavimą, užtikrinant tolygų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą savivaldybėse, glaudų pirminės sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros bei kitų sričių specialistais, taip pat skatinti ir skirtingo lygio specialistų bei tarnybų bendradarbiavimą.“

¹⁰¹ LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 "Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo.", žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a22b07c0a0e911e383c0832a9f635113?jfwid=nz8qn813k>.

¹⁰² „Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašas“ (VIEŠOJI ĮSTAIGA CENTRO POLIKLINIKA, 2016 m. liepos), KVSP 167/1Pat-.

- „Skatinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir pacientų srautų valdymą.“
- „Užtikrinti ankstyvą ir tikslią ligų diagnostiką bei efektyvų tolesnį gydymą, optimaliai paskirstyti žmogiškuosius išteklius bei formuoti nuoseklią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo politiką ir strategiją.“
- „Kompleksiškai atnaujinti sveikatos priežiūros įstaigų diagnostinę įrangą.“

Svarbu paminėti, kad Strategija numato ir įvairias inovacijas, tokias kaip e. sveikatos sistemos plėtra, kuri leidžia efektyviau integruoti sveikatos priežiūros paslaugas, teikti pacientams tikslesnę informaciją ir geriau koordinuoti sveikatos priežiūros paslaugas. Galiausiai, ši Strategija ne tik formuoja pagrindą lėtinių neinfekcinių ligų valdymui, bet ir stiprina bendrą sveikatos sistemos atsparumą, užtikrindama, kad sveikatos priežiūra būtų orientuota į paciento poreikius ir būtų teikiama efektyviai ir sąžiningai.¹⁰³

Bene pati svarbiausia LNL valdymo politikos sudedamoji dalis Lietuvoje – lėtinių ligų profilaktika ir prevencija. Lietuvoje buvo patvirtinti teisės aktai ir prevencijos programos, kurių tikslas – sumažinti lėtinių ligų paplitimą ir poveikį visuomenės sveikatai. Nuo 2004 m. asmenims buvo sudarytos sąlygos naudotis penkiomis iš PSDF biudžeto finansuojamomis ligų prevencijos programomis, taip pat parengti teisės aktai, reglamentuojantys integruotų slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose. 2008 m. sveikatos apsaugos ministro patvirtinta Valstybinė lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008-2010 m. programa (toliau – Programa), orientuota į labiausiai paplitusių ligų prevenciją ir gyventojų atsakomybės už savo sveikatą didinimą.¹⁰⁴ Programos tikslas buvo mažinti LNL plitimą Lietuvoje, taikant koordinacines, informacines priemones bei kitas pirminės profilaktikos strategijas. Programa numatė sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų veiklos koordinavimą, siekiant informuoti suinteresuotas šalis apie vykdomas priemones ir pasiektus rezultatus. Viena iš svarbių šios programos sričių buvo savivaldybių visuomenės sveikatos biurų skatinimas organizuoti nuolatinį įvairių gyventojų grupių sveikatos ugdymą, įgyvendinant LNL profilaktikos priemones. Be to, Programoje pabrėžiamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų vaidmuo, skatinant jas užtikrinti pirminės profilaktikos priemones tiems asmenims, kuriems kyla didesnė LNL išsivystymo rizika. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros specialistams buvo numatyta ne tik informuoti pacientus apie sveikatos rizikas, bet ir teikti konkrečias konsultacijas ir rekomendacijas, kaip šias rizikas mažinti. Siekiant efektyviai įgyvendinti minėtas programas, buvo parengti ir priimti atitinkami teisės aktai. Šie aktai reglamentuoja ne tik pačių programų vykdymą, bet taip pat slaugos bei socialinių paslaugų teikimą namuose, užtikrinant integruotą požiūrį į paciento sveikatos priežiūrą. Kaip jau minėta anksčiau, prevencijos ir

¹⁰³ „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“. *supra note*

¹⁰⁴ Baltušienė ir kt., „Lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymo galimybės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje“. *supra note*

ankstyvosios diagnostikos programos bei jų vykdymo metodikos tobulinamos centralizuotai, įgyvendinamos sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų.¹⁰⁵

Nuo 2004 m. Lietuvoje pradėtos vykdyti prevencijos programos, kurių išlaidas Valstybinė ligonių kasa prie SAM ir jai pavaldžios 5 teritorinės ligonių kasos kompensuoja iš PSDF biudžeto lėšų: gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa, krūties vėžio prevencinė programa, prostatos (priešinės liaukos) vėžio prevencinė programa, storosios žarnos vėžio prevencinė programa, širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa. Programos, jų vykdymo pradžia, atrankiniai kriterijai bei periodiškumas pateikti 3 lentelėje. Trys iš jų – gimdos kaklelio, krūties ir storosios žarnos vėžio programos – vykdomos pagal Europos Sąjungos Tarybos rekomendacijas.¹⁰⁶ Prevencinių programų įgyvendinimas leidžia sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų, nes atlikus tyrimus būtinas gydymas gali būti pradėtas nedelsiant. Prevencijos programos yra skirtos nustatyto amžiaus pacientams, draustiems PSD ir skiriamos nemokamai įstaigose, sudariose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose yra detalai aprašyta pacientų atranka, specifiniai kriterijai leidžiantys nustatyti jų priskyrimą aukštesnės rizikos grupei, pačių rizikos grupių nustatymas, prevencinių ir gydymo priemonių nustatymas, nurodant konkrečias medicinos paslaugas, tokias kaip reguliarūs sveikatos patikrinimai, laboratoriniai tyrimai, gyvenimo būdo korekcijos rekomendacijos, ir, jei reikia, vaistų skyrimas, finansavimo tvarka, bei programos vykdymo stebėseną bei vertinimą, t.y. nustatyti konkretūs efektyvumo ir kokybės vertinimo rodikliai, jais vertinamas programos poveikis. Periodiškai rengiamos ataskaitos apie pasiektus rezultatus vykdant prevencines programas.

3 lentelė. Lietuvoje vykdomų prevencinių programų charakteristika

| Prevencinė programa | Teisės aktas | Vykdymo pradžia | Programa skirta | Programos priemonės |
|--|--|---------------------|-----------------------------|--|
| Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programa | Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas Nr.V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios | 2004 m. liepos mėn. | Moterims 25-59 m. (imtinai) | 25-34 m. moterims kartą per 3 metus atliekamas gimdos kaklelio citologinio tepinėlio tyrimas. 35-59 m. moterims kartą per 5 metus atliekamas gimdos kaklelio AR ŽPV tyrimas ir citologinio tepinėlio ištyrimas skystoje terpėje (jei AR ŽVP tyrimas teigiamas). Gavus tepinėlių rezultatus gali būti atliekama biopsija. |

¹⁰⁵ „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. V-1149 „Dėl Valstybinės lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008–2010 metų programos patvirtinimo““.

¹⁰⁶ „Ligų prevencijos programos - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos“, žiūrėta 2024 m. gegužės 10 d., <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/ligu-prevencijos-programos/>.

| | | | | |
|---|---|---------------------|--|--|
| | diagnostikos programos patvirtinimo ¹⁰⁷ | | | |
| Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa | Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas Nr. V-729 „Dėl krūties piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ ¹⁰⁸ | 2005 m. spalio mėn. | Moterims 50-69 m. (imtinai) | Kartą per 2 metus atliekamas mamografinis tyrimas. Gavus šeimos gydytojo siuntimą, galima iš anksto užsiregistruoti mamografijos įrenginį turinčioje sveikatos priežiūros įstaigoje. Tyrimo rezultatus praneša šeimos gydytojas. |
| Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa | Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ ¹⁰⁹ | 2009 m. liepos mėn. | Vyrams ir moterims 50-74 m. (imtinai) | Kartą per 2 metus atliekamas slapto kraujavimo testas. Jei testo atsakymas teigiamas, šeimos gydytojas išduoda siuntimą pas gydytoją specialistą. Kolonoskopija ir, prireikus, biopsija. |
| Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos | Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo | 2006 m. sausio mėn. | Vyrams 50-69 m. (imtinai) ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai | Periodiškai atliekamas kraujo tyrimas, parodantis PSA koncentraciją kraujyje. Jei PSA kiekis viršija normą, šeimos gydytojas išduoda siuntimą |

¹⁰⁷ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.236681>.

¹⁰⁸ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Krūties piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.262882/YDdmUHMCvR>.

¹⁰⁹ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.347967/asr>.

| | | | | |
|---|--|-----------------------|---------------------------------------|--|
| finansavimo programa | programos patvirtinimo ¹¹⁰ | | sirgo priešinės liaukos vėžiu | konsultuotis pas urologą, o šis, prireikus, atlieka priešinės liaukos biopsiją. |
| Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa | Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas Nr. V-913 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“ ¹¹¹ | 2005 m. gruodžio mėn. | Vyrams ir moterims 40-60 m. (imtinai) | Kartą per 1 metus šeimos gydytojas nustato rizikos veiksnius ir sudaro individualų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos planą. Siunčia pacientą į specializuotus centrus išsamiau ištirti, prireikus – skiria gydymą. Nemokamai gali būti nustatoma gliukozės, cholesterolio, trigliceridų koncentracija kraujyje, atliekama elektrokardiograma. |

Taip pat sveikatos apsaugos ministras yra patvirtinęs įsakymų, reglamentuojančių lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir profilaktiką. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakyme Nr. V – 943 „Dėl pirminės ambulatorinės paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Aprašas) nustatytas paslaugų teikimo koordinatorių bei jam tenkančios funkcijos lėtinių ligų valdyme. Šis Aprašas nustato, kad pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje turi būti darbuotojas, atsakingas už prevencinių programų įgyvendinimo, profilaktinių patikrinimų atlikimo ir paslaugų teikimo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams koordinavimą, prirašytų gyventojų informavimą apie PSDF biudžeto lėšomis teikiamas nurodytas paslaugas ir kitų įstaigos vadovo jam priskirtų funkcijų atlikimą. Jeigu pirminės ambulatorinė ASPĮ-oje prirašyta daugiau negu 10 tūkst. gyventojų, rekomenduojama koordinatoriaus funkcijoms vykdyti įstaigoje įsteigti atskirą etatą. Pažymėtina, kad pirminio lygio įstaigoms numatyta pačioms nusistatyti paslaugų teikimo tvarką.¹¹² Sveikatos apsaugos ministras 2023 m. lapkričio 20 d. Nr. V-1184 įsakymu „Dėl cukrinio diabeto profilaktikos, diagnostikos ir gydymo stebėsenos tarybos sudarymo ir jos darbo reglamento patvirtinimo“ sudarė tarybą, kurios tikslas gerinti pacientų, sergančių cukriniu diabetu (toliau – CD), viena iš pagrindinių lėtinių neužkrečiamų ligų, asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę Lietuvoje bei vertinti šiuos rodiklius, teikti pasiūlymus dėl CD profilaktikos, diagnostikos ir gydymo stebėsenos priežiūros

¹¹⁰ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.268622/asr>.

¹¹¹ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675/asr>.

¹¹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

kokybės ir prieinamumo užtikrinimo, bendradarbiavimo stiprinimo.¹¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979 „Dėl Sveikatos stiprinimo programos, skirtos širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai, organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ reglamentuoja sveikatos stiprinimo programos, skirtos širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai, vykdymo ir jos vykdymo stebėsenos tvarką, todėl yra svarbus lėtinių neinfekcinių ligų valdyme, nes orientuojasi į asmenų turinčių riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, sveikatos stiprinimą. Asmenys, atitinkantys širdies ir kraujagyslių ligų prevencinės programos kriterijus, yra kviečiami į sveikatos stiprinimo užsiėmimus, organizuojamus savivaldybių visuomenės sveikatos biurų. Šis teisės aktas yra lėtinių neinfekcinių ligų valdymo ir koordinavimo pavyzdys, kaip bendradarbiaujant skirtingoms institucijoms yra taikomos prevencinės priemonės ir siekiama geresnių sveikatos išeičių visuomenėje.¹¹⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-814 įsakymas „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ reglamentuoja strategines kryptis, pagal kurias Lietuvoje bus gerinama vėžio profilaktika ir kontrolė, veiklos tikslus ir uždavinius, siekiamus gyventojų sveikatos rodiklius. Taip pat šis įsakymas nustato lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos, gydymo bei integracijos į kitas sveikatos strategijas, kryptis.¹¹⁵ Taip pat sveikatos apsaugos ministerija yra paskelbusi diagnostikos, gydymo ir profilaktikos metodikas, skirtas įvairioms lėtinėmis ligoms tokioms kaip lėtinė obstrukcinė plaučių liga, plaučių vėžys, reumatoidinis artritas, ankilozinis spondilitas, psoriazinis artritas, ūminis ir lėtinis širdies nepakankamumas (aut. past. – tik diagnostikos ir gydymo), giliųjų venų trombozė ir plaučių embolija. Sveikatos apsaugos ministerijos skelbiamos gydymo ir diagnostikos metodikos yra būtinos valdant lėtines neinfekcines ligas, nes jos užtikrina naujausiais moksliniais tyrimais pagrįstą, efektyvią ir saugią pacientų priežiūrą. Šios metodikos padeda standartizuoti gydymo procesus, užtikrinant aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas visoje šalyje. Be to, jos svarbios siekiant sumažinti LNL sukeltą naštą sveikatos sistemai, skatinant prevenciją ir ankstyvą ligų nustatymą, kuris gali žymiai pagerinti gydymo rezultatus ir pacientų gyvenimo kokybę. Visgi, daliai sveikatos būklių trūksta kompleksinio požiūrio, valdymo strategijos.¹¹⁶ Galiausiai, sveikatos apsaugos ministerija prisideda ir prie socialinių problemų sprendimo. Sveikatos apsaugos ministro 2015 m. įsakymu Nr. V-823 „Dėl lėtinių ligų, kurių sunkiomis

¹¹³ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. lapkričio 20 d. Nr. V-1184 įsakymas „Dėl cukrinio diabeto profilaktikos, diagnostikos ir gydymo stebėsenos tarybos sudarymo ir jos darbo reglamento patvirtinimo““, s.a., <https://sam.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2024/3/h1pZRoeZZs.pdf>.

¹¹⁴ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979 „Dėl Sveikatos stiprinimo programos, skirtos širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai, organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo““, s.a., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b574b900481b11e4ba2fc5e712e90cd4/asr>.

¹¹⁵ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-814 įsakymas „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo““, s.a., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/297f53d00d2c11e48595a3375cdcc8a3?jfwid=bkaxlelx>.

¹¹⁶ „Diagnostikos ir gydymo metodikos - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/diagnostikos-gydymo-metodikos-ir-rekomendacijos/diagnostikos-ir-gydymo-metodikos/>.

formomis sergantiems asmenims ir šeimoms, kuriose yra tokių asmenų, suteikiama teisė į paramą būstui išsinuomoti, sąrašo patvirtinimo“ asmenims, sergantiems tam tikrą LNL sunkia forma bei jų šeimoms yra suteikiama parama būstui išsinuomoti.¹¹⁷

2.2. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir jų finansavimas valdant lėtines neinfekcines ligas

Nuo Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo, kai LR Aukščiausios tarybos buvo patvirtinta Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija (1991), sveikatos sistemos prioritetas buvo sveikatos išsaugojimas ir stiprinimas visose sveikatos priežiūros grandyse. LR Seimui priėmus Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymą (1994), Lietuvos sveikatos sistema suskirstyta į 3 lygius: pirminį, antrinį ir tretinį.¹¹⁸ Kaip jau aptarta ankstesniuose skyriuose, pirminė sveikatos priežiūra, Lietuvoje vykdoma pirminio lygio įstaigų, yra svarbiausia grandis lėtinių neinfekcinių ligų valdyje. Pirminės sveikatos priežiūros lygio centre numatyta šeimos gydytojo komanda. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatyme 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1555 atskirai apibrėžta šeimos gydytojo specialybė: **šeimos gydytojas** – medicinos gydytojas, įgijęs šeimos gydytojo profesinę kvalifikaciją. Svarbu paminėti, kad ši specialybė nuo 2004 m. minėto įstatymo naujoje redakcijoje yra atskirta nuo gydytojo specialisto (**gydytojas specialistas** – medicinos gydytojas, įgijęs gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją).¹¹⁹ Šeimos gydytojo teisės, pareigos bei kompetencijos nustatytos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1013 patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN 14:2019 Šeimos gydytojas. Profesinė kvalifikacija įgyjama baigus universitetines medicinos studijas ir šeimos gydytojo rezidentūrą. Įsakyme taip pat išskiriama, kad šeimos gydytojas dirba savarankiškai, bendradarbiaudamas su sveikatos priežiūros ir kitais specialistais, o paslaugas teikia visų amžiaus grupių pacientams. Pažymima, kad šeimos gydytojas privalo „rekomenduoti ir dalyvauti organizuojant ligų ir sveikatos sutrikimų profilaktikos priemones bei užtikrinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.“ Kompetencijos ribose šeimos gydytojas turi „įtarti, diferencijuoti, diagnozuoti ir gydyti <...> sveikatos sutrikimus, būkles ir ligas, prireikus pasitelkdamas kitus asmens sveikatos priežiūros specialistus“, tarp kurių yra ir visos LNL. Svarbu tai, kad Lietuvos medicinos normoje MN 14:2019 nurodyta konkrečiai, kokius tyrimus, reikalingus šeimos gydytojo kompetencijai priskiriamoms ligoms, būklėms ir sveikatos sutrikimams diagnozuoti, bei vertinti jų rezultatus gali šeimos gydytojas.¹²⁰

¹¹⁷ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. įsakymu Nr. V-823 „Dėl lėtinių ligų, kurių sunkiomis formomis sergantiems asmenims ir šeimoms, kuriose yra tokių asmenų, suteikiama teisė į paramą būstui išsinuomoti, sąrašo patvirtinimo““, s.a., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/45dfabf02b2c11e58a4198cd62929b7a/asr>.

¹¹⁸ „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“. *supra note*

¹¹⁹ „Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas“, 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1555, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31926?jfwid=>.

¹²⁰ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos norms MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo““, žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.268928>.

Šeimos gydytojo komandą bei visą pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros sistemą apibrėžia Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Aprašas).¹²¹ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugos apima šeimos gydytojo (aut. past. - kuriam savos licencijos ribose prilyginamas vidaus ligų gydytojas, vaikų ligų gydytojas, dvigubą akušerio ginekologo ir chirurgo licenciją turintis gydytojas) komandos teikiamas paslaugas, pirminę ambulatorinę odontologinę priežiūrą ir pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą. Šeimos gydytojo komandos paslaugos yra apibrėžiamos „kaip nespecializuotos sveikatos priežiūros paslaugos, kurias teikia komandos nariai savo kompetencijų ribose, visų pirma šeimos gydytojas, bendrosios praktikos slaugytojas arba išplėstinės praktikos slaugytojas (toliau visi kartu ar kiekvienas atskirai – slaugytojas), akušeris, atvejo vadybininkas, kineziterapeutas, gyvensenos medicinos specialistas, apylinkės administratorius, socialinis darbuotojas.“ Minėtame įsakyme (2023 m. nauja redakcija) numatyta, kad iki 2030 m. šeimos gydytojo komandoje turi būti visi išvardinti nariai (aut. past. – išskyrus šeimos gydytoją ir slaugytoją, visi nariai gali dirbti ne pilnu etatu) ir atitinkamai taip siekiama kuo daugiau šeimos gydytojo funkcijų priskirti komandos nariams (ne gydytojams) ir pagerinti šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimą lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams. PAASP įstaigos turi užtikrinti, kad tam tikros šeimos gydytojo komandos paslaugos būtų suteiktos per atitinkamą laiką. LNL paūmėjimo atvejais yra nustatytas neilgesnis nei 7 dienų terminas.

Gyventojams taip pat suteikiama laisvė rinktis šeimos gydytoją. Kiekvienas privalomuoju sveikatos draudimu apdraustas asmuo gali laisvai pasirinkti polikliniką, medicinos centrą ar šeimos gydytojo kabinetą (gydymo įstaiga turi būti pasirašiusi sutartį su teritorine ligonių kasa). Vienu metu galima būti prisirašius tik prie vienos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos. Tad jeigu pasirinkta įstaiga netenkina, ją galima laisvai pakeisti ir pasirinkti kitą. Taip pat galima pakeisti ir šeimos gydytoją toje pačioje įstaigoje. Siekiant išvengti nuolatinio kaitaliojimo, galinčio trikdyti priežiūros tęstinumą, įvestas mokestis keičiant šeimos gydytoją nepraėjus 6 mėnesiams nuo prisirašymo.

Lietuvos sveikatos sistema pagal sveikatos draudimo pobūdį yra mišri – pagrįsta tiek sveikatos draudimo įmokomis (Bismarko modelis), tiek bendraisiais mokesčiais (Beveridžo modelis).¹²² Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. nutarimu Nr. I-1343, reglamentuoja, kad „apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu

¹²¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹²² Michał Wielechowski ir Łukasz Grzęda, „Health care financing in the European Union countries - structure and changes“, *Acta Scientiarum Polonorum. Oeconomia* 19 (2020 m. kovo 15 d.): 71–80, <https://doi.org/10.22630/ASPE.2020.19.1.8>.

valstybė laiduoja nemokamą asmens sveikatos priežiūrą įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis“. Valstybinėms ir privačioms gydymo įstaigoms, kurios yra sudariusios sutartis su ligonių kasomis, už pacientams suteiktas paslaugas pagal vienodus įkainius moka TLK.¹²³ PAASP paslaugų finansavimas yra reglamentuojamas Aprašo. PAASP sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos remiantis baziniu kainų sąrašu bei Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis mokamų priemokų prie metinio bazinio mokėjimo už greitosios medicinos pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei gerus darbo rezultatus sąrašu, patvirtintu Sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymu Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priemokų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“, metinio bazinio mokėjimo lėšomis (už prirašytą gyventoją), skatinamaisiais priedais, papildomomis lėšomis, skiriamomis už gerus PAASP rezultatus, tam tikrais atvejais papildomomis lėšomis, lėšomis, skiriamomis už ES apdraustųjų apsilankymus PAAAP, bei lėšomis, skiriamomis už prevencinėse programose numatytas PAASP paslaugas.¹²⁴ Apraše PAASP paslaugų išlaidų apmokėjimo PASDF biudžeto lėšomis tvarka yra įgyvendinama keliomis diferencijuotomis finansavimo schemomis:

1. *Bazinis metinis mokėjimas* - šis mokėjimas skiriamas už kiekvieną gyventoją, kuris yra prirašytas prie konkretaus sveikatos priežiūros teikėjo. Tai yra fiksuota suma, tikslinama kiekvienais metais, priklausanti nuo gyventojų amžiaus grupės, kuri užtikrina, kad pacientai gali gauti reikiamas bazines sveikatos priežiūros paslaugas nepriklausomai nuo jų sveikatos būklės ar paslaugų naudojimo dažnumo. Ši suma taip pat kinta priklausomai nuo šeimos gydytojo komandos narių (ne gydytojų) ir šeimos gydytojų ir (ar) PAASP paslaugas teikiančių vidaus ligų gydytojų bei vaikų ligų gydytojų etatų santykio.
2. *Skatinamojo priedo mokėjimas* - šis priedas skiriamas už paslaugas, kurios yra įtrauktos į oficialiai nustatytą PAASP paslaugų, už kurias mokamas skatinamasis priedas, sąrašą. Šios paslaugos dažnai susijusios su profilaktinės sveikatos priežiūros uždavinių įgyvendinimu, tarp jų ir LNL. Su LNL valdymu susiję tyrimai, už kuriuos apmokama papildomai, yra:
 - Glikozilinto hemoglobino (toliau – HbA1c) nustatymas (CD kontrolė), ne dažniau nei kartą per 3 mėn.
 - Natriuretino peptido tyrimo atlikimas (dusulio diferencinė diagnostika, širdies nepakankamumo žymuo), ne dažniau nei kartą per metus.

¹²³ „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas“, LRS, 1996 m. gegužės 21 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>.

¹²⁴ „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymas Nr. V-1630 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0407bf085bb811edba0ded10be2fa21c?jfwid=-9086hr7qt>.

Su LNL valdymu susijusios paslaugos, už kurias apmokama papildomai, yra:

- Gydytojo vizitai į namus mieste arba kaime (neigaliųjų sveikatos priežiūra).
- Slaugos personalo procedūros namuose mieste arba kaime.
- Ankstyvoji piktybinių navikų diagnostika (vyrams iki 69 m. atlikus PSA tyrimą ir nustatčius padidėjimą išrašo siuntimą gydytojui urologui).

3. *Papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus* - šis papildomas finansavimas skiriamas PAASP įstaigoms, kurios pasiekia tam tikrus veiklos rezultatus. Suma apskaičiuojama atskirai, atsižvelgiant į atitinkamų PAASP sričių gerus darbo rezultatus, t.y. tam tikrų paslaugų vykdymo intensyvumą. LNL kontekste papildomai mokama už:

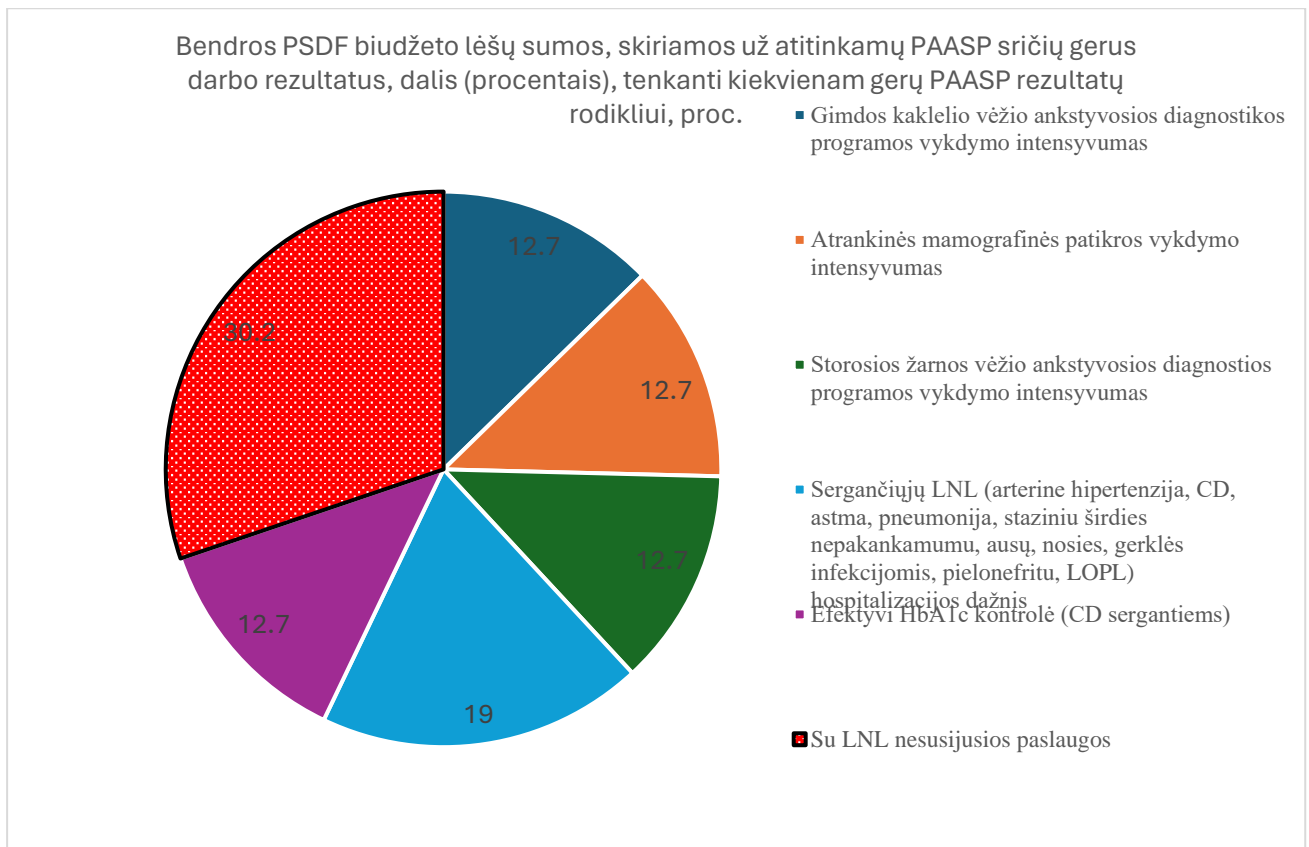
- Prevencinių programų vykdymo intensyvumą.
- Sergančiųjų lėtinėmis ligomis (arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, astma, pneumonija, staziniu širdies nepakankamumu, ausų, nosies, gerklės infekcijomis, pielonefritu, LOPL) hospitalizacijų dažnį, t.y. kokią dalį ataskaitiniu laikotarpiu sudaro asmenys, hospitalizuoti dėl šių ligų.
- Efektyvią sergančiųjų 1 arba 2 tipo cukriniu diabetu HbA1c kontrolę.¹²⁵

Bendros PSDF lėšų sumos, skiriamos už PAASP sričių gerus darbo rezultatus, dalis (procentais), tenkanti kiekvienam su LNL susijusiam gerų PAASP rezultatų rodikliui bei su LNL nesusijusiems rodikliams bendrai, pateikta 2 paveiksle. Matyti, kad LNL skiriamas didelis dėmesys – jų valdymui 2024 m. numatyta 1,36 proc. bendro PSDF biudžeto lėšų, o už gerus darbo rezultatus - 23 proc. PAASP skiriamo biudžeto. Prevencinių programų vykdymo intensyvumui skiriama 38,1 procento, su sergančiųjų lėtinėmis ligomis hospitalizacijos dažniu susijusiam rodikliui skiriama 19 procentų, CD kontrolei – 12,7 procento viso biudžeto.

Analizuojant visą PSDF biudžetą, 5,9 procento skiriama sveikatos programoms ir kitoms išlaidoms, iš jų 2024 m. prevencinėms programoms skirta 23 procentai visų lėšų. Šios lėšos paskirstomos taip: širdies ir kraujagyslių prevencinei programai 48 proc., gimdos kaklelio vėžio prevencinei programai – 16 proc., priešinės liaukos vėžio prevencinei programai – 7 proc., storosios žarnos vėžio prevencinei programai - 17 proc., krūties vėžio prevencinei programai – 12 proc.¹²⁶

¹²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹²⁶ „Apie PSDF biudžetą trumpai 2024 m.“, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d., <https://my.visme.co/view/90pom4e8-apie-psdf-biudzeta-trumpai-2024-m>.



2 pav. 2024 m. Bendros PSDF biudžeto lėšų sumos, skiriamos už atitinkamų PAASP sričių gerus darbo rezultatus, dalis (procentais), tenkanti kiekvienam gerų PAASP rezultatų rodikliui

Lietuvoje LNL valdymo politikos tikslas - sumažinti šių ligų paplitimą ir jų sukeltas pasekmes. LNL valdymo politika yra siekiama skatinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą bei atsakomybę už sveikatos priežiūros kokybę. Pabrėžtina, kad LNL valdymas yra ne tik medicininis, bet ir socialinis bei ekonominis iššūkis, reikalaujantis integruotos požiūrio strategijos, kurioje svarbų vaidmenį atlieka pirminio lygio sveikatos priežiūros specialistai. Jiems teikiama finansinė paskata už aktyvų dalyvavimą sergamumo mažinimo procese ir už kokybišką ir savalaikį LNL valdymą. Finansavimo mechanizmai, įtraukiantys skatinamojo priedo mokėjimus už iš anksto nustatytas paslaugas ir papildomus mokėjimus už gerus veiklos rezultatus, rodo valstybės įsipareigojimą mažinti LNL našta tiek individualiai pacientams, tiek visai sveikatos priežiūros sistemai. Apibendrinant, Lietuvoje įgyvendinama LNL valdymo politika ir skiriamas finansavimas LNL valdymui yra orientuoti į veiksmingą pacientų priežiūrą ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą, siekiant užtikrinti, kad sveikatos priežiūra sistema gebėtų įveikti LNL keliamus iššūkius.

3. LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ VALDYMO PIRMINĖJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE VERTINIMAS

3.1. Tyrimo metodika ir organizavimas

Siekiant įvertinti lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje buvo pasirinkta atlikti kokybinį tyrimą, taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodą. Kokybinuose tyrimuose interviu laikomas vienu iš efektyviausių būdų gauti tyrėjui reikalingą informaciją, o lyginant su kitais apklausų tipais – patikimesnis. Atsižvelgiant į iš anksto numatytą imtį (informantų skaičių), tyrime interviu naudotas „kaip savarankiškas tyrimo metodas, kai esti ribota arba maža atranka.“¹²⁷

Interviu atlikimo būdai susiję su atliekamo tyrimo specifika. Tiriamuoju interviu laikomas interviuotojo inicijuotas dviejų asmenų pokalbis, siekiant gauti informaciją, reikalingą pasirinktiems tyrimo uždaviniams. Išskirianti interviu savybė, kad visa informacija, skirtingai nuo kitų apklausos būdų, yra gaunama žodžiu.¹²⁸

Atliktame kokybiniame tyrime taikytas pusiau struktūruoto interviu metodas, kuris priklauso „klasifikavimo pagal apklausiamųjų subjektų tipą“ klasei. Tyrime dalyvavo ekspertai – „asmenys, kurie dėl savo profesinės ir gyvenimo patirties turi didžiausią kompetenciją ir patikimiausią bei pakankamai išsamią informaciją apie tiriamąją problemą“¹²⁹.

Išskiriami pagrindiniai tyrimo etapai:

- klausimyno sudarymas;
- informantų atranka;
- pasiruošimas interviu ir jo atlikimas;
- duomenų apdorojimas ir jų analizavimas.

Klausimyno sudarymas

Darbo autorius parengė klausimyną (1 priedas), kurį sudarė atviro tipo klausimai. Visiems informantams buvo užduodami tie patys klausimai. Klausimai buvo suskirstyti į tris pagrindines grupes:

- 1 – 4 klausimai, skirti išsiaiškinti lėtinių neinfekcinių ligų valdymą poliklinikoje.
- 5 – 6 klausimai, skirti išsiaiškinti pagrindines kliūtis, kylančias valdant lėtines neinfekcines ligas poliklinikoje.

¹²⁷ Tidikis, Rimantas. *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003.

¹²⁸ Kardelis, Kęstutis. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 2-asis leidimas*. Šiauliai: Liucijus, 2002.

¹²⁹ Tidikis. „Socialinių mokslų tyrimų metodologija.“ 467.

- 7 - 9 klausimai, skirti išsiaiškinti, kaip didinti efektyvumą valdant lėtines neinfekcines ligas poliklinikoje.

Sudarytas klausimynas, prieš atliekant tyrimą, buvo išbandytas apklausiant kelis pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros grandyje dirbančius specialistus.

Informantų atranka

Siekiant išsamesnio tyrimo buvo taikomi pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje dirbančių specialistų atrankos kriterijai:

- Darbo patirtis ne mažiau kaip 5 metai, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
- Darbo pobūdis tiesiogiai susijęs su lėtinių neinfekcinių ligų valdymu;

Tyrimo dalyvavę informantai buvo vienoje Vilniaus miesto pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (poliklinikoje) dirbantys specialistai. Tyrimo dalyvavo 11 informantų – 9 šeimos gydytojai, 1 vidaus ligų gydytoja, 1 bendrosios praktikos slaugytoja. Analizuojant duomenis jiems buvo suteikti informantų kodai: I1; I2; I3 ir t.t.

Pasiruošimas giluminiam interviu ir jo atlikimas

Komunikacija su informantais vyko gyvai, kviečiant juos dalyvauti tyrimo, susitariant dėl tinkamo pokalbio laiko. Interviu buvo atliekamas gyvai, įrašant informantų ir interviuotojo pokalbį. Informantai į juos atsakinėjo atskleisdami savo asmeninę poziciją, apklausėjui neperšant savo subjektyvios nuomonės. Pokalbio metu informantams buvo sudarytos sąlygos išsamiai atsakyti į klausimus, išdėstyti subjektyvią nuomonę, o interviuotojas turėjo galimybę pokalbio metu neleisti informantams nukrypti nuo temos, laikantis interviu atlikimo metodikos, taip pat perklausti ir patikslinti informantų atsakymus. Svarbu paminėti, kad siekiant išvengti interviuotojo subjektyvumo kriterijaus, didžioji dauguma informantų buvo asmeniškai nepažįstami.

Interviu buvo atliekamas neutralioje, neblaškančioje aplinkoje, užtikrinančioje galimybę netrukdomai užduoti klausimus, o informantams į juos atsakinėti. Interviu buvo pradedamas nuo susipažinimo ir vykdomo tyrimo reikšmingumo pristatymo. Kokybinis tyrimas buvo vykdomas 2023 m. birželio – rugpjūčio mėnesiais, interviu trukmė 20 – 30 min.

Duomenų apdorojimas ir analizė

Kokybinio tyrimo duomenis sudaro vienuolikos informantų atsakymų įrašai, gauti taikant interviu metodą. Šie įrašai buvo transkribuoti. Kokybinių duomenų analizei taikytas turinio (angl. *content*) analizės metodas, leidžiantis formuoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu.

Turinio analizės etapai:

- daugkartinis teksto skaitymas;
- esminių kategorijų išskyrimas pagal raktinius žodžius;
- kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas;
kategorijų ir subkategorijų interpretavimas ir pagrindimas, remiantis tekstiniais įrodymais.¹³⁰

Tyrimo etikos principai

Kokybiniame tyrime buvo taikomi pagrindiniai socialinių tyrimų etikos principai: interviu buvo atliekami tik gavus informantų sutikimą, jiems suteikiama informacija apie tyrimo tikslą ir pobūdį, užtikrinamas anonimiškumas ir konfidencialumas.¹³¹ Be to, tyrimui atlikti buvo gautas poliklinikos oficialus leidimas atlikti tyrimą, taikant interviu metodą.

¹³⁰Kardelis, „Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai,“ 42.

3.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

3.2.1. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas poliklinikoje

Sveikatos priežiūros įstaigos lygmenyje vienas svarbiausių aspektų, siekiant užtikrinti kokybę teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, yra jų organizavimas. Siekiant visapusiškai įvertinti lėtinių neinfekcinių ligų valdymo aspektus poliklinikoje, pirmiausiai informantams buvo pateiktas klausimas *„Kaip Jūs vertinate asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą pacientams, segantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, Jūsų poliklinikoje?“* Informantai vertindami asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą pateikė skirtingas nuomones: vieni turėjo teigiamą požiūrį, kitų požiūris buvo labiau negatyvus (pesimistinis), tačiau dauguma jų vertino nevienareikšmiškai, t.y. ir teigiamai, ir neigiamai. 4 lentelėje pateikiami šiuos požiūrius patvirtinantys teiginiai.

Pagrindinė informantų išsakyta asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo problema poliklinikoje – specialistų trūkumas. Nors informantai I1 ir I5 pabrėžė, kad poliklinikoje yra palyginti daug ir įvairios specializacijos II lygyje dirbančių gydytojų konsultantų, tačiau pagrindinė kliūtis – nepakankamas teikiamų konsultacijų kiekis ir to priežastis – itin didelis specialistų trūkumas, neatliepantis viso pacientų srauto. Nors šiuo metu dirbančiam dideliame ir įvairios specializacijos specialistų skaičiui pritaria informantas I1 - *„Daug specialistų, kuriems galima siųsti lėtines, sunkiai koreguojamas ligas“* bei informantas I5 - *„Vertinu gerai, nes mūsų poliklinikoje dirba plati grupė gydytojų specialistų“*, tačiau daugiau informantų (I4, I8, I10, I11) II lygio gydytojų kiekį vertina kaip nepakankamą, atitinkamai formuojantį ilgas eiles pas specialistus. Administracinė našta ir prastas užduočių organizavimas bei paskirstymas yra vieni iš pagrindinių iššūkių poliklinikos veikloje. Prevencinių programų organizavimas ir pacientų atranka reikalauja intensyvaus laiko ir darbo, siekiant užtikrinti efektyvią ligų prevenciją ir kontrolę. Pasak informanto I2, didelė darbo laiko dalis skiriama administracinio pobūdžio užduotims. Informantas I9 teigė, kad *„<..> yra per didelės apylinkės, žmonėms sunku patekti pas šeimos gydytoją. Nėra gydytojo, kuris pavaduotų atostogų ir kitu metu.“*

Poliklinikoje yra kelios, per padalinius išdėstytos didelės laboratorijos. Informantai I1 ir I4 teigiamai apibūdino atliekamų tyrimų įvairovę. Tačiau, nepaisant to, pastebimas ilgas laukimo laikas norint gauti laboratorijos paslaugas, tarp jų kontroliniams ir profilaktiniams apsilankymams, susijusiomis su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Pasak informanto I11, tai trukdo sklandžiam tiek ligų prevencijos, tiek ligos kontrolės procesui, prarandamas laikas. Galiausiai, dalis informantų išreiškė nepasitenkinimą esama konsultacijų tvarka, t.y. konsultacijų krūviai itin dideli, ypač trūksta laiko detalesniam aptarimui. Taip pat informantai I3, I7, I8 išsakė jiems kylančius iššūkius, teikiant pirminio lygio konsultacijas, kai daugiausia atsakomybių tenka šeimos gydytojams ir su juo tiesiogiai dirbančioms slaugytojoms, o tai gali lemti neefektyvų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Pasak

informanto I3, „<..> darbo krūviai yra nerealiai dideli, nepakanka laiko detalesniam aptarimui. Į šį darbą tenka įtraukti ir slaugytojas už jų licencijų ribų, kad būtų įmanoma viską suspėti.“

4 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo poliklinikos pacientams, segantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, vertinimas

| Kategorija | Subkategorija | Vertinimas | Patvirtinantys teiginiai |
|---|--|------------|---|
| Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo poliklinikoje vertinimas | Gydytojų specialistų konsultacijos | Teigiamas | „Daug specialistų, kuriems galima siųsti lėtines, sunkiai koreguojamas ligas, pagal ligą skiriamos ilgalaikio stebėjimo (dispanserizacijos) paslaugos.“ – I1 „Vertinu gerai, nes mūsų poliklinikoje dirba plati grupė gydytojų specialistų. Dėl to nėra taip sudėtinga nukreipti pacientą ilgalaikiam stebėjimui dėl lėtinių ligų.“ – I5 |
| | | Neigiamas | „Dėl didelio pacientų srauto susidariusios eilės riboja patekimą, sergantys lėtinėmis ligomis ne visada laiku išsirašo vaistus, atitinkamai blogėja ligos kontrolė.“ – I4 „<..> gydytojų specialistų trūkumas, ypač tuomet, kai blogėja ligos kontrolė ir dažnai reikia laukti kelis mėnesius. <...> geriatrinių pacientų priežiūra ir slauga - trūksta komandoje specialistų, kurie padėtų koordinuoti veiksmus“ – I8 „ <...> patekimas pas specialistus yra labai lėtas, 3 mėn. laukimo eilė nėra gerai.“ – I10 „Taip pat labai trūksta specialistų, kuriems siųsti tolimesnio ištyrimo ar gydymo kriterijus atitinkančius pacientus, pacientus kontrolei neįmanoma laiku nusiųsti.“ – I11 |
| | Administracinė našta ir prastas užduočių organizavimas ir paskirstymas | Neigiamas | „Kalbant apie prevencines programas, nors egzistuoja lėtinių ligų prevencijos kabinetai, didžioji dalis darbo yra administracinio pobūdžio. Vertinti, ar pacientas atitinka prevencinės programos kriterijus, kviesti atlikti tyrimus.“ - I2 „Yra per didelės apylinkės, žmonėms sunku patekti pas šeimos gydytoją. Nėra gydytojo, kuris pavaduotų atostogų ir kitu metu. Pavaduoja gydytojai, kurie turi savo apylinkes, atitinkamai tuo metu visiems padvigubėja krūvis ir pacientams tampa dar sudėtingiau prieiti.“ - I9 „<...> labai daug atsakomybių krenta tiesiogiai ant gydytojo, kuris nespėja suteikti visapusiškos konsultacijos.“ – I11 |
| | Laboratorijos paslaugos | Teigiamas | „Poliklinika turi didelę laboratoriją, daug tyrimų atliekama vietoje, atsakymai gaunami greitai, tai padeda išvengti siuntimų į priėmimo skyrių.“ – I1 |

| | | | |
|--|------------------------------|-----------|---|
| | | | <p>„Teigiama tai, kad turime platų tyrimų spektrą, kuriuos galime atlikti, tačiau yra didelė ištyrimui skirtų vietų (laikų) laboratorijoje stoka.“ – I4</p> <p>„<...> lėtinių ligų stebėsenai turime visas galimybes atlikti tyrimus.“ – I8</p> |
| | | Neigiamas | <p>„Visgi atliekant kontrolines ar profilaktines konsultacijas, nuolat tenka susidurti su masišku laikų trūkumu laboratorijoje, pas specialistus, gaištama daug laiko ieškant laisvų talonų.“ – I11</p> |
| | Pirminio lygio konsultacijos | Neigiamas | <p>„<...> darbo krūviai yra nerealiai dideli, nepakanka laiko detalesniam aptarimui. Į šį darbą tenka įtraukti ir slaugytojas už jų licencijų ribų, kad būtų įmanoma viską suspėti.“ – I3</p> <p>„Bendrai organizavimas yra vidutinis, kartais ir prastas, nes tai dažniausiai priklauso nuo apylinkės gydytojo ir slaugytojos aktyvumo bei noro organizuoti paslaugas. Jei gydytojo ir slaugytojo komanda neorganizuoja reguliarių vaistų išrašymų <...> pacientai dažniausiai reguliarioms patikroms patys neužsiregistruoja (dauguma), tada atitinkamai blogėja vaistų vartojimas ir lėtinės ligos kontrolė.“ – I7</p> <p>„<...> skiriamas vizito laikas poliligotiems pacientams toks pat kaip ir ūmiai susirgusiems.“ – I8</p> |

Informantai taip pat pateikė ir daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, sergantiems LNL, vertinimų. Informantas I1 išskyrė veikiančią slaugos kliniką: „Efektyvi, organizuota slaugos klinika greitai ir kokybiškai teikia paslaugas namuose, palengvina lėtinių ligų kontrolę, bendradarbiauja su šeimos gydytojais.“ Informantas I2 teigė kad „Nėra specializuotų kabinetų, specialistų, galinčių edukuoti pacientą apie jo lėtinę neinfekcinę ligą, koordinuoti jo patekimą pas kitus specialistus, įprastai ši funkcija tenka šeimos gydytojui, kuriam itin trūksta laiko, arba tenka ieškotis pačiam pacientui.“ Kaip jau aptarta anksčiau, paciento vizitui skiriamas palyginti trumpas konsultacijos laikas informantų buvo įvardijamas kaip dažna problema. Keli informantai iš skirtingų perspektyvų įvertino dar vieną veiksnį, iš dalies susijusį su poliklinikos administracine – organizacine sritimi. Nuolat kintanti teisinė bazė yra vienas iš veiksnių, apsunkinančių gydytojų darbą. Pasak informanto I8, „Problemos kyla su vaistų kompensavimo tvarka, daug apribojimų, nuolat keičiasi teisės aktai, ne visada spėji sekti, dažnai keičiasi kompensuojamųjų vaistų sąrašas.“ Taip pat poliklinikos administracijos vadybos stoka, siekiant išaiškinti ir informuoti gydytojus apie jiems aktualius teisės aktų pakeitimus. Informantas I11 pažymėjo, jog „Iš vienos pusės, poliklinikos ir padalinio vadovybė informuoja apie naujoves, išaiškina su lėtinių ligų priežiūra susijusius teisės aktus, kurie itin dažnai keičiasi. Taip taupomas gydytojų laikas.“

Apibendrinus galima teigti, kad dauguma informantų neigiamai vertino darbo poliklinikoje organizavimą, pirminio lygio bei gydytojų specialistų konsultacijų, laboratorijos paslaugų organizavimą

poliklinikoje. Dėl to lėtinių neinfekcinių ligų valdymo tobulinimas reikalauja kompleksinių sprendimų – tinkamai įsivertinti trūkstamų specialistų skaičių, mažinti administracinę naštą, gerinti laboratorijoje teikiamų paslaugų prieinamumą bei tobulinti pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros konsultacijų organizavimą, siekiant užtikrinti efektyvų paslaugų teikimą.

Tyrimo informantams buvo pateiktas klausimas „*Kaip vertinate Jūsų poliklinikos išteklius, skirtus lėtinių neinfekcinių ligų diagnostikai ir kontrolei?*“ Informantai įvardijo pagrindines problemas susijusias su poliklinikos ištekliais: specialistų trūkumą (gydytojų specialistų bei jų teikiamų konsultacijų, bendrosios praktikos slaugytojų) bei įrangą naudojamą poliklinikoje (5 lentelė). Keli informantai pozityviai vertino esamus išteklius, reikalingus atlikti laboratorinius bei instrumentinius tyrimus bei poliklinikoje esančią įrangą, teigdami, jog yra pakankamai resursų, kad būtų galima sėkmingai diagnozuoti ir kontroliuoti ligas. Informantas I1 teigiamai vertino poliklinikoje teikiamas paslaugas slaugos klinikoje, taip pat laboratorijos paslaugų prieinamumą, radiologijos bei išplėtotas nuotoline paslaugas. Informantai pagrindine problema įvardijo specialistų trūkumą. Informantas I2 teigė, kad „*Yra nepakankamas kiekis personalo - specialistų, galinčių atlikti reikiamus tyrimus (pirminį ištyrimą diagnozei patvirtinti arba kontrolinius tyrimus), laiku, greitai.*“ Taip pat informantai I7 ir I8 pabrėžė, kad trūksta specialistų konsultacijų ir jų skiriamos lėtinių neinfekcinių ligų kontrolės. Tačiau informantas I3 teigė, kad „*Manau išteklių pakaktų, tik reikėtų paruoštų darbuotojų - slaugytojų, kurios dirbtų konkretų darbą su pacientais - konsultuotų dėl gyvenosenos, mitybos, fizinio aktyvumo klausimais.*“

Kitas svarbus aspektas, kurį paminėjo informantai, yra problemiška poliklinikos įrangos būklė. Informantas I2 minėjo bazinės įrangos trūkumą, informantas I5 - neveikiančią arba pasenusią įrangą, nepakankamus išteklius tyrimams ir ištyrimui. Pasak informantų I10 ir I11, dauguma medicininių instrumentų bei įranga yra neveikiantys arba pasenę, o tai apriboja kokybiškai ir greitai ištirti pacientus.

5 lentelė. Poliklinikos išteklių, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų diagnostikai ir kontrolei, vertinimas

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|---|----------------------|--|
| Poliklinikos išteklių, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų diagnostikai ir kontrolei, vertinimas | Specialistų trūkumas | <p>„<i>Yra nepakankamas kiekis personalo - specialistų, galinčių atlikti reikiamus tyrimus (pirminį ištyrimą diagnozei patvirtinti arba kontrolinius tyrimus), laiku, greitai.</i>“ – I2</p> <p>„<i>Manau išteklių pakaktų, tik reikėtų paruoštų darbuotojų - slaugytojų, kurios dirbtų konkretų darbą su pacientais, konsultuotų dėl gyvenosenos, mitybos, fizinio aktyvumo klausimais.</i>“ – I3</p> <p>„<i>Kai kada labai trūksta specialistų konsultacijų ir kontrolės, galimybės užregistruoti konsultacijai, pavyzdžiui, oftalmologui, kardiologui. „<...>taip pat ne visi specialistai linkę sąžiningai ištirti pacientus pagal dispanserizaciją, kai ji „nutrūksta“ išėjus iš darbo sekusiam specialistui, o kitas to neperima. Iš naujo</i></p> |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | | <i>užregistruoti konsultacijai būna sunki užduotis, o darbuotojų kaita sukelti šį reiškinį yra didelė.“ – I7</i> <i>„<...>problemos - su specialistų trūkumu, kai pats negali išspręsti problemos.“ - I8</i> |
| | Prasta įrangos būklė ir jos stoka | <i>„Nėra pakankamai net bazinės įrangos, pavyzdžiui, ne visi kabinetai turi elektrokardiografijos aparatą.“ – 2</i> <i>„Poliklinikos ištekčiai atlikti tyrimus kai kuriose srityse nėra pakankami, pavyzdžiui, nėra arba reikia atnaujinti reikalingą įrangą“ – I5</i> <i>„Prastai. Dauguma medicininių instrumentų, pavyzdžiui, otoskopų ar termometrų, yra neveikiantys arba pasenę. Gydytojai specialistai yra kompetentingi, tačiau apribotos galimybės kokybiškai ir greitai ištirti pacientą.“ – I10</i> <i>„<...> nemažai diagnostinės aparatūros yra pasenusi, daugeliui paprastų žingsnių reikia registracijų ir gaišamas laikas pavyzdžiui, elektrokardiografai, laboratorija.“ - I11</i> |

Be to, kai kurie informantai paminėjo kitus iššūkius, tokius kaip nepatogi informacinė sistema ir ilgos eilės laboratorijose dėl nepakankamų laboratorinių pajėgumų: *„Ne itin patogi informacinė sistema, laboratoriniai pajėgumai nesugeba apdoroti tokio žmonių kiekio, dėl to ilgos eilės ir ten“*, teigė informantas I11. Informantas I7 išsakė kritiką, kad *„<...> dėl instrumentinių tyrimų neretai kyla problemų dėl griežtesnio patekimo ar atlikimo.“* Šis informantas taip pat argumentuotai išsakė, kokias pasekmes sukelia specialistų išėjimas iš poliklinikos ir dėl to susidaro specialistų trūkumas. Nepaisant minėtų pagrindinių problemų, yra ir kitų veiksnių, trukdančių efektyviai teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.

Remiantis informantų atsakymais galima teigti, jog poliklinikos ištekčiai, skirti lėtinių neinfekcinių ligų diagnostikai ir kontrolei, nėra pakankami. Nors kai kurie ištekčiai, tokie kaip laboratorinių bei instrumentinių tyrimų pajėgumai, buvo vertinami teigiamai, tačiau yra daugybė problemų, kurios apriboja poliklinikos ir joje dirbančių specialistų gebėjimą efektyviai diagnozuoti ir kontroliuoti lėtines neinfekcines ligas. Pagrindinės problemos yra specialistų ir įrangos trūkumas, taip pat neefektyvus diagnostinių etapų atlikimo procesas.

Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas yra itin aktualus valdant lėtines neinfekcines ligas, kuris turi tiesioginį poveikį tiek pacientams, tiek sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams. Informantams buvo pateiktas klausimas *„Kaip vertinate asmens sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų?“* Dauguma informantų (I3, I6, I9, I10) dabartinį finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų vertino kaip nepakankamą (6 lentelė). Kitą vertus, informantai finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų įvardijo kaip motyvuojantį veiksnių suteikti didesnę kiekį paslaugų bei kaip poveikio priemonę išplėsti teikiamų paslaugų apimtį bei teikti naujų paslaugų. Dauguma informantų finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų, skiriamą pirminėms ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms, tokioms kaip profilaktinės

programos bei tyrimai, prevencinės programos, ilgalaikiams tam tikrų ligų kontrolės tyrimams, vertino kaip nepakankamą. Informantų nuomonės sutapo, kad dabartinis nepakankamas finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų juos demotyvuoja, o jo padidėjimas turėtų įtakos informantų motyvacijai.

Kitas svarbus aspektas, kurį išreiškė informantai, yra finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų, kaip poveikio priemonė paslaugų prieinamumui gerinti, t.y. paslaugų apimčių išplėtimui ir naujų paslaugų įtraukimui. Informantai pabrėžė, kad skiriant tyrimus, nustatytus Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1013 patvirtintoje Lietuvos medicinos normoje MN 14:2019 Šeimos gydytojas (toliau – Šeimos gydytojo medicinos norma), tokius kaip tirotropinį hormoną, gliukozės kiekį kraujyje, sutrikusią glikemiją nevalgius, kitus biocheminius tyrimus, būtų galima šiuos tyrimus atlikti dažniau arba vadovaujantis gydytojo nuožiūra, jog tam yra poreikis.¹³² Informantas I11 išdėstė požiūrį, kad yra poreikis didinti finansavimą, siekiant išplėsti programas įtraukiant naujų tyrimų bei dažniau vykdyti profilaktinius tyrimus, sudaryti sąlygas esant indikacijoms juos kartoti.

Informantų atsakymai rodo, kad nors finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų gali teigiamai paveikti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų motyvaciją, tačiau daugelis jų mano, kad dabartinis finansavimas yra nepakankamas. Daugiau lėtinių ligų profilaktinių tyrimų leistų veiksmingiau stebėti pacientų sveikatą ir laiku identifikuoti galimus rizikos veiksnius ar patologijos požymius. Tai galėtų pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus ir sumažinti ilgalaikius gydymo išlaidų kaštus. Visa tai rodo, kad reikia tolesnių investicijų, siekiant išplėsti teikiamas paslaugas ir pilnai išnaudoti pirminės sveikatos priežiūros grandyje esantį potencialą.

6 lentelė. Asmens sveikatos paslaugų finansavimo iš PSDF biudžeto, skirto lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, vertinimas

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|--|---------------------------|---|
| Asmens sveikatos paslaugų finansavimo iš PSDF, skirto lėtinių neinfekcinių | Nepakankamas finansavimas | <p>„Šiuo metu lėšos yra per mažos, nemotyvuoja dirbti.“ - I3</p> <p>„Finansavimas nepakankamas. Žmonės dirba iš idėjos, finansų trūksta visose susijusiose srityse (su lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis).“ - I6</p> <p>„Finansavimas turėtų būti didesnis, nes jis skatina ir motyvuoja tiek gydytojus, tiek bendrosios praktikos slaugytojus atlikti kuo daugiau jame esančių paslaugų.“ – I9</p> <p>„Finansavimas yra nepakankamas, už paslaugas neapmokama taip, kiek jos yra vertos.“ – I10</p> |

¹³² „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 ‚Šeimos gydytojas‘ patvirtinimo“.

| | | |
|--|--|--|
| ligų prevencijai ir kontrolei, vertinimas | Didesnio finansavimo poreikis paslaugų prieinamumui gerinti | <p>„Prastai. Jei būtų galima daryti daugiau nemokamų tyrimų (pavyzdžiui, kartoti tirootropinį hormoną, kitus biocheminius tyrimus neribotą kiekį kartu), kai kurias lėtines ligas būtų lengviau sekti, kontroliuoti.“ – I1</p> <p>„Šiuo metu praplėtus širdies ir kraujagyslių ligų programos ribas padidintas finansavimas, manau, kad pagerėjo, nes tai pati didžiausia ligų grupė, kuria dabar galima diagnozuoti anksčiau.“ – I4</p> <p>„Turėtų būti praplėstas finansavimas, ypač stebint diabetu sergančius pacientus, turinčius padidintą gliukozės kiekį kraujyje, sutrikusią glikemiją nevalgius.“ – I5</p> <p>„Finansavimas yra ženkliai per mažas, nes programos galėtų būti vykdomos dažniau, taip pat galėtų būti įtraukta naujų profilaktinių programų. Profilaktiniai tyrimai taip pat galėtų būti laisviau reglamentuoti, kad esant indikacijoms būtų galima dažniau atlikti tyrimus.“ – I11</p> |
|--|--|--|

Tyrimo informantų buvo prašyta pateikti argumentus dėl finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų prevencinėms programoms; šeimos gydytojo profilaktikos paslaugoms, nustatytoms Šeimos gydytojo medicinos normoje (pvz., gliukozės, cholesterolio tyrimai ir kt.) bei kitoms paslaugoms.¹³³ Pirmiausia, informantų buvo prašyta įvertinti finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų, skiriamą prevencinėms programoms įgyvendinti (7 lentelė). Dauguma informantų išreiškė susirūpinimą ir poreikį didesniai prevencinių programų finansavimui. Informantai teigė, jog didesnis finansavimas skatintų tiek gydytojus, tiek bendrosios praktikos slaugytojas aktyviau dalyvauti LNL prevencijos programose. I6 informantas paaikšino, kad esamas finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų neteikia pakankamos motyvacijos ir gali apriboti šeimos gydytojo teikiamų programų, tokių kaip cukrinio diabeto, metabolinio sindromo įvertinimo ir kitų, įgyvendinimą. Informantų nuomonės sutapo, kad didesnis finansavimas gali būti svarbus veiksnys skatinant gydytojus vykdyti daugiau prevencinių programų. Pasak informanto I10, tai būtų finansinė paskata ir atitinkamai didintų motyvaciją. Informantas I3 svarstė, kad finansavimas „Turėtų būti 50 proc. didesnis, kad atlieptų suteikiamų paslaugų vertę.“

Be to, informantai įvardijo konkrečias prevencijos sritis, kuriose yra stebimas finansavimo trūkumas. Jie išreiškė poreikį dažniau vykdyti prevencines programas, tokias kaip prostatos vėžio ir gerybinės prostatos hiperplazijos (GPH) patikros programa, storosios žarnos vėžio prevencinė programa, gimdos kaklelio bei krūtų vėžio prevencinės programos. Informantai I1, I5, I7 išskirdami keletą konkrečių prevencijos sričių, kuriose trūksta finansavimo iš PSDF biudžeto lėšų, minėjo reikalingų tyrimų dažnesnio atlikimo poreikį, t.y. prostatos specifinio antigeno (PSA), kuriuo vykdoma prostatos vėžio patikra, tyrimo, storosios žarnos vėžio patikros slapto kraujo testo išmatose tyrimo, gimdos kaklelio vėžio tepinėlio tyrimo atlikimą. Informantai I9 ir I11 taip pat siūlė įtraukti naujų, kitose užsienio

¹³³ „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 ‚Šeimos gydytojas‘ patvirtinimo“.

šalyse vykdomų ir pasiteisinusių programų, pavyzdžiui, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos (LOPL) programa, taikoma Australijoje, osteoporozės atrankinė programa, taikoma Kanadoje, nutukimo ir su mityba susijusių neinfekcinių lėtinių ligų programa, taikoma Naujojoje Zelandijoje ir kt.¹³⁴ Be to, didinant finansavimą, būtų galima skirti daugiau lėšų pacientų kvietimui į jau vykdomas programas. Kai kurie informantai teigė, kad LNL valdymo efektyvumas susijęs ne su finansavimu: „*Apmokėjimas yra patenkinamas, tačiau dėl laiko trūkumo vienam pacientui negali atlikti visų prevencinių programų.*“ (Informantas I8). Kad finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų pakankamas, antrino ir informantas I2. Informantų atsakymai parodo, kad finansavimo lygis prevencinėms programoms finansuojamoms iš PSDF biudžeto lėšų yra svarbus veiksnys, vykdamas šias programas.

7 lentelė. Prevencinių programų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, finansavimo iš PSDF biudžeto, vertinimas

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|--|--|---|
| Prevencinių programų, finansavimo iš PSDF biudžeto, vertinimas | Nepakankamas finansavimas | <p>„Turėtų būti 50 proc. didesnės, kad atlieptų suteikiamų paslaugų vertę.“ – I3</p> <p>„Nepakankamas. Trūksta motyvavimo finansiškai dirbti ir atlikti programas pagal tenkančius resursus.“ – I6</p> <p>„Finansavimas turėtų būti didinamas, nes daliai gydytojų tai yra ir finansinė paskata ir motyvacija atlikti daugiau ištyrimų.“ – I10</p> |
| | Didesnio finansavimo poreikis programų įgyvendinimui | <p>„PSA galima būtų daryti dažniau, pvz. vyrams su GPH. Radus teigiamą slapto kraujo testą ir nusiuntus kolonoskopijai, programa nepriklauso 10 metų, nors reikėtų sekti tyrimus 1 kartą per metus, bet jie nekompensuojami.“ – I1</p> <p>„Finansavimas turėtų būti didesnis, kad programos būtų galima vykdyti dažniau. Storosios žarnos vėžio programa nuo 50 metų tik kasmetinė, ginekologinės programos nuo 35 metų amžiaus turi būti kasmetinės, prostatos vėžio programa turėtų būti gražinta į kas 2 metus.“ – I5</p> <p>„PSA tyrimas - prieš kelis metus pasikeitė tyrimo vertinimas, kuris apsunkino nemokamo/programinio PSA skyrimą (kai kuriems kas 3/5 m. ir pan.).“ – I7</p> <p>„Galėtų būti didesnis, kai kurias paslaugas atlikti dažniau, įtraukti naujų.“ – I9</p> <p>„Finansuojamos per mažai, padidinus būtų galima skirti daugiau lėšų pacientų kvietimui į jau vykdomas programas, įtraukti naujų programų, kuriuos įprastai vykdomos užsienyje, padažninti jau esamas“ – I11</p> |

¹³⁴ Catherine L. Johnston ir kt., „Improving Chronic Lung Disease Management in Rural and Remote Australia: The Breathe Easy Walk Easy Programme“, *Respirology* 18, nr. 1 (2013 m.): 161–69, <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2012.02269.x>; Suzanne N. Morin ir kt., „Clinical practice guideline for management of osteoporosis and fracture prevention in Canada: 2023 update“, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 195, nr. 39 (2023 m. spalio 10 d.): E1333–48, <https://doi.org/10.1503/cmaj.221647>; Stephen Cameron, „Creating Healthy Food, Building Healthy Families: An Evaluation of a Healthy Cooking Healthy Lifestyle Programme in New Zealand“ (Auckland University of Technology, 2020), <https://hdl.handle.net/10292/13566>.

Tyrimė informantų buvo prašoma įvertinti Šeimos gydytojo profilaktikos paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų (8 lentelė). Nors informantų nuomonės išsiskyrė, visgi didžioji dalis informantų (7 iš 11) teigė, kad šios srities finansavimas yra nepakankamas. Pirmiausia, informantai nurodė, kad atliekamų tyrimų skaičius per metus vienam pacientui yra ribotas. Kaip teigia informantas I2, tai galėtų priklausyti nuo „Argumentuoto šeimos gydytojo sprendimo (neretai pacientams tyrimus reikia atlikti dažniau nei numatoma įstatymuose).“ I3 informantas taip pat paminėjo tyrimų atlikimo dažnumą, t.y. tyrimai galėtų būti atliekami ne tik pagal tam tikrą nustatytą laiko intervalą, bet ir pagal atitinkamus susirgimus ar esant reikalui. I7 informantas, nors ir pabrėžė, kad finansavimas yra pakankamas, bet pritarė kitų informantų teiginiui, kad turėtų būti sudaryta galimybė tyrimus kartoti gydytojo nuožiūra, esant atitinkamoms indikacijoms. Kai kurie informantai konkrečiai įvardijo, kuriuos profilaktinio krepšelio tyrimus reikėtų atlikti dažniau nei šiuo metu nustatyta teisės aktuose. I5 informantas išsakė, kokius konkrečius profilaktinio krepšelio tyrimus reikėtų atlikti dažniau nei šiuo metu nustatyta teisės aktuose – tirotropinio hormono (TTH), glikemijos, cholesterolio tyrimus. I11 informantas nurodė, kad daugelis profilaktinių paslaugų turėtų būti ne tik teikiamos dažniau, negu numato teisės aktai, o ir tai, kad reikia išplėsti tyrimų sąrašą „<...> praplėsti įtrauktų tyrimų sąrašą, pavyzdžiui, visos skydliaukės hormonų frakcijos, daugiau kepenų fermentų, bendrasis IgE.“

Informantai mano, kad būtų naudinga atlikti tyrimus ne tik pagal numatytą grafiką, bet ir remiantis paciento būkle bei poreikiais. Nemažai jų siūlo išplėsti profilaktinių paslaugų spektrą ir dažnumą, įtraukiant daugiau tyrimų, ir leidžiant juos kartoti pagal poreikį. Apibendrinant, informantai kritikuoja dabartinę tyrimų skyrimo tvarką bei siūlo išplėsti tyrimų spektrą ir dažnumą, siekiant užtikrinant geresnę lėtinių ligų prevenciją ir kontrolę pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

8 lentelė. Šeimos gydytojo profilaktikos paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, finansavimo iš PSDF biudžeto, vertinimas

| Kategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|---|--|
| Šeimos gydytojo profilaktikos paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei, vertinimas | <p>„Atliekamų tyrimų skaičius per metus vienam pacientui yra ribotas. Tai galėtų priklausyti nuo argumentuoto šeimos gydytojo sprendimo (neretai pacientams tyrimus reikia atlikti dažniau nei numatoma įstatymuose).“ - I2</p> <p>„Tyrimai galėtų būti atliekami ne tik kas tam tikrą laiką, bet ir pagal atitinkamus susirgimus ar esant reikalui.“ – I3</p> <p>„TTH, glikemija, cholesterolio tyrimus turėtų būti galima atlikti 2 kartus metuose, o šiuo metu leidžiama kartą į metus“ - I5</p> <p>„Šeimos gydytojo tyrimų krepšelį būtų galima skirti kartą per metus, tačiau turėtų būti sudaryti galimybė dalį tyrimų kartoti - kontrolė kelis kartus metuose.“ – I7</p> <p>„Profilaktinės programos galėtų būti atliekamos dažniau, palengvintas statistinių kortelių pildymas.“ – I9</p> <p>„Nepakankamas, nes profilaktines paslaugas esant indikacijų reiktų atlikti dažniau, nei yra apibrėžta teisiškai, taip pat praplėsti įtrauktų tyrimų sąrašą, pavyzdžiui, visos skydliaukės hormonų frakcijos, daugiau kepenų fermentų, bendrasis IgE.“ - I11</p> |

Informantų taip pat buvo prašyta įvertinti *kitų paslaugų*, skirtų lėtinėms neinfekcinėms ligoms diagnozuoti ir kontroliuoti, finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų. Informantas I1 pabrėžė anemijos korekcijos svarbą ir pasiūlė, kad feritino tyrimas turėtų būti kompensuojamas: „*Anemijos korekcijai galėtų būti kompensuojamas feritino tyrimas.*“ Tai rodo, kad tam tikros papildomos paslaugos gali padėti geriau diagnozuoti ir valdyti lėtines neinfekcines ligas. Kita vertus, keli informantai pažymėjo apie nepakankamą finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų tam tikroms jau vykdomoms paslaugoms. Pasak informanto I2 „*per mažai yra apmokamų paslaugų kvotos, dėl ko pacientai negauna jų laiku, pavyzdžiui, kineziterapeuto paslaugų.*“ Paslaugų įkainių problemą išskėlė ir informantas I4: „*Per mažais įkainiais yra įvertintos gydytojų specialistų konsultacijos; jos taip pat yra per trumpos, atitinkamai nukenčia konsultacijų kokybė.*“ Be to, informantas I5 pažymėjo, kad tyrimams skiriamų pinigų pakanka labiau nei specialistų darbo užmokesčiui: „*Tyrimams pinigų pakanka labiau nei personalui.*“ Tai atspindi galimą vadybinę problemą tarp skiriamo finansavimo tyrimams ir darbo užmokesčiui, kuris gali turėti įtakos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumui. Informantas I11 teigė, kad tam tikros paslaugos galėtų būti skatinamos papildomai: „*<...> skiepijimo skatinimo sistema nuo lėtinių ligų.*“

Taigi, remiantis informantų atsakymais, galima daryti išvadą, kad finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų visoms aptartoms paslaugoms, skirtoms lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei, yra vertinamas kaip nepakankamas. Informantai pateikė įvairių argumentų, tačiau jų atsakymuose dominavo nepakankamas finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų, kuris tiesiogiai susijęs su jų motyvacija teikti sveikatos priežiūros paslaugas bei galimybėmis išplėsti teikiamų paslaugų spektrą. Jų nuomone, pokyčiai šiose srityse padėtų pagerinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją, priežiūrą ir kontrolę.

Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas poliklinikoje yra sudėtingas procesas, kuris reikalauja įvairių priemonių, siekiant aktyviai įtraukti pacientus į jų sveikatos priežiūrą. Atsižvelgiant į tai, informantų buvo paklausta „*Kokios priemonės yra taikomos Jūsų poliklinikoje, siekiant įtraukti pacientus į jų lėtinių neinfekcinių ligų valdymą?*“ Informantų atsakymuose apie tai, kokie veiksmai yra taikomi poliklinikoje, siekiant įtraukti pacientus į jų lėtinių neinfekcinių ligų valdymą, galime pastebėti, kad jie įvardijo šias sritis: priemonės taikomos poliklinikos lygmenyje bei šeimos gydytojo lygmenyje taikomos priemonės (9 lentelė). Dauguma informantų teigė, kad įstaigose įdiegtos įvairios priemonės, skirtos skatinti pacientus dalyvauti prevencinėse programose ir valdyti savo lėtines ligas.

Poliklinikos lygmenyje taikomos priemonės apima informacijos sklaidą ir pacientų kvietimą dalyvauti prevencinėse programose. Keli informantai teigė, jog pacientai apie prevencines programas informuojami įvairiais būdais. Tai apima skaitmeninius kanalus, tokius kaip SMS žinutės su kvietimais (Informantai I2, I5, I11) ir asmeninius skambučius, pavyzdžiui, atskirai įdarbintų slaugytojų, kurių funkcija yra kviesti pacientus: „*Yra slaugytoja, kuri kviečia pacientus atlikti tyrimus pagal prevencines programas.*“ (Informantas I3). Be to, pacientai informuojami apie prevencines programas ne tik atvykus pas šeimos gydytoją, bet ir poliklinikos internetiniame puslapyje, mini informantas I5. Ne vienas

informantas pabrėžė, kad poliklinikoje yra įsteigti specialūs prevenciniai kabinetai, kuriuose dirba specialistai, kviečiantys pacientus dalyvauti prevencinėse programose bei registruojantys tyrimams. Informantas I9 apibūdindamas prevencinių programų kabineto veiklą teigė, kad jis padeda šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms kviesti pacientus prevencinėms programoms.

Informantai pabrėžė, kad šeimos gydytojo komandos lygmenyje pacientų įtraukimas į jų lėtinių neinfekcinių ligų valdymą yra aktyviai taikomas. Pasak informanto I1 „*Pacientai yra aktyviai kviečiami dalyvauti prevencinėse programose. Tam yra pasamdytos slaugytojos, kurios daro nemažą kiekį programų, sumažina darbo krūvį gydytojams.*“ Informantas I3 irgi pabrėžė slaugytojų vaidmenį šiame procese, t.y. jos tiesiogiai bendrauja su pacientais, juos registruoja konsultacijoms bei tyrimams, informuoja ir aptaria problemas. Informantas I10 pažymėjo, kad pacientų artimųjų įtraukimas į paciento priežiūrą yra taip pat svarbus paciento LNL valdymo strategijos aspektas. Pastarasis taip pat nurodė gydymo individualizavimo svarbą, t.y. gydytojai su pacientu gali sudaryti individualų ištyrimo ir gydymo planą, atsižvelgiant į paciento poreikius ir ligos sunkumą, pateikti su būkle susijusią informaciją. Poliklinikoje yra įdiegtos įvairios strategijos, skirtos skatinti pacientus dalyvauti prevencinėse programose ir valdyti savo lėtines ligas. Jų valdymas yra sudėtingas procesas, tačiau informacijos sklaida ir pacientų aktyvus įtraukimas yra esminės priemonės, siekiant užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūrą.

9 lentelė. Poliklinikoje taikomos priemonės, kuriomis siekiama pacientus įtraukti į jų lėtinių neinfekcinių ligų valdymą

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|----------------------------------|---|--|
| Poliklinikoje taikomos priemonės | Poliklinikos lygmenyje taikomos priemonės | <p>„Prevenciniams tyrimams siunčiami kvietimai SMS žinutėmis.“ – I2</p> <p>„Yra slaugytoja, kuri kviečia pacientus atlikti tyrimus pagal prevencines programas.“ – I3</p> <p>„Informuojama apie prevencines programas SMS žinute, atvykus (pas šeimos gydytoją), telefonu, internetiniame puslapyje.“ – I5</p> <p>„Papildomai dirba prevencinis kabinetas, kurio tikslas yra skambinti ir kviesti pacientus prevencinių ar kontrolinių tyrimų vizitams.“ – I8</p> <p>„Yra atskiras prevencinių programų kabinetas, kuris padeda šeimos gydytojams ir bendrosios praktikos slaugytojoms kviesti pacientus prevencinėms programoms.“ – I9</p> <p>„Siunčiamos žinutės su kvietimais, profilaktinis kabinetas skambina ir kviečia žmones individualiai.“ - I11</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Šeimos gydytojo komandos lygmenyje taikomos priemonės</p> | <p>„Pacientai yra aktyviai kviečiami dalyvauti prevencinėse programose. Tam yra pasamdytos slaugytojos, kurios daro nemažą kiekį programų, sumažina darbo krūvį gydytojams.“ – I1</p> <p>„Bendrosios praktikos slaugytojos, dirbančios su šeimos gydytojais ir vidaus ligų gydytojais, taip pat dirba su programomis, kabinete informuoja, aptaria problemas su pacientais, juos registruoja.“ – I3</p> <p>„Šeimos gydytojai, slaugytojai kviečia atlikti kontrolinius tyrimus.“ – I4</p> <p>„Pacientai kviečiami programiniams tyrimams, kiekvienas gydytojas individualiai su pacientu gali sudėlioti ištyrimo ir gydymo planą, suteikiama informacija apie ligą, jos valdymą, tyrimų planą. Bandoma įtraukti pacientų artimuosius į paciento priežiūrą.“ – I10</p> <p>„<...> slaugytojos ir gydytojai jei turi laiko kito tipo vizito metu patikrina ir primena pacientui apie programas.“ - I11</p> |
|--|--|---|

Informantas I7 atkreipė dėmesį, kad poliklinikoje taikoma struktūrizuota pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos stebėjimo sistema: „Yra galimybė dispanserizuoti pacientus.“ Taip specialistai gali sudaryti sąlygas reguliariems būklės vertinimams, siekiant stebėti lėtines ir potencialiai progresuojančias ligas.

Taigi, lėtinių neinfekcinių ligų valdymas poliklinikoje yra daugiapakopis procesas, kuris apima įvairias strategijas ir priemones, siekiant aktyviai įtraukti pacientus į jų sveikatos priežiūrą. Aktyvus pacientų kvietimas yra esminis veiksnys siekiant padidinti pacientų dalyvavimą programose. Informantai pabrėžė, jog pacientų įtraukimo į LNL valdymą efektyvumas priklauso nuo sklandaus bendradarbiavimo tarp gydytojų, slaugytojų ir pacientų. Tiek poliklinikos, tiek šeimos gydytojo lygmenyje taikomos priemonės yra neatsiejamos nuo sėkmingo lėtinių neinfekcinių ligų valdymo ir yra būtinos, siekiant užtikrinti geriausią galimą pacientų sveikatos rezultata.

3.2.2. Poliklinikoje kylančios kliūtys valdant lėtines neinfekcines ligas

Tyrime informantams buvo pateikti klausimai, siekiant išsiaiškinti pagrindines kliūtis, kylančias valdant lėtines neinfekcines ligas. Informantų buvo paprašyta paaiškinti „Su kokiomis pagrindinėmis problemomis (sunkumais) susiduriama Jūsų poliklinikoje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis? Kaip siūlytumėte šias problemas spręsti?“. Informantai įvardijo šias pagrindines problemas: ilgos eilės pas specialistus ir specialistų (šeimos gydytojų, gydytojų specialistų), atliekančių lėtinių neinfekcinių ligų diagnostiką, gydymą ir kontrolę, trūkumas, pacientų elgesys, bendradarbiavimo tarp specialistų stoka, laiko konsultacijos metu stoka bei neišvystytos informacinės sistemos (10 lentelė). Informantas I7 nurodė, kad egzistuoja „<...> vizitų trūkumas laboratorijoje, šeimos gydytojo kabinete, gydytojų specialistų kabinetuose ir dideli

darbo krūviai.” Informantas I11 taip pat išskyrė šias problemas „*Masinis vizitų (laikų) trūkumas pas šeimos gydytojus, laboratorijoje, specialistų, kurie toliau tęsia lėtinių ligų priežiūrą, trūkumas.*” Informantas I2 problemos sprendimui siūlo steigti „*žalius koridorius*” poliklinikos viduje“, o informantas I5 siūlo didinti gydytojų specialistų skaičių, kurie galėtų stebėti sergančius LNL. Jis taip pat išskyrė, kad poliklinikoje „*galėtų būti centras, kur būtų nukreipiami lėtinėmis ligomis sergantys pacientai, kaip pavyzdžiui, krūties ligos*“. Informantas I11 įvardijo, kokio personalo skaičių reikia didinti – šeimos medicinos gydytojų, laboratorijos personalo, gydytojų specialistų. Panašius pasiūlymus ilgų eilių ir specialistų trūkumo problemai spręsti pateikė ir kiti informantai. Informantas I9 problemą siūlo spręsti įsteigiant būtinosios pagalbos kabinetus, kurie sumažintų šeimos gydytojų krūvį aptarnaudami dalį pacientų, besikreipiančių dėl būtinosios pagalbos, srauto.

Poliklinikoje kylančios problemos, susijusios su šeimos gydytojo komandos sudėtimi, rodo, kad trūksta specialistų, kurie galėtų teikti papildomas paslaugas. Tai apima ir specialistų trūkumą šviesti pacientus apie jų lėtines ligas ir jų valdymą. Informantai I1 ir I4 poliklinikoje pasigenda gyvensenos medicinos specialisto. Informantas I2 teigė kad trūksta specialistų, galinčių edukuoti pacientą apie jo lėtinės ligos valdymą, ir pateikė siūlymą problemai spręsti: „*<..> steigti specialius kabinetus, samdyti specialistus.*“

Pacientų elgsena taip pat buvo viena iš informantų aptariamų problemų. Informantas I1 teigė, kad „*<...> didžiausia problema yra pacientų dalis, kurie yra nekritiški savo būklei, nereguliariai vartoja vaistus, jų neišsiperka, tokių ligų korekcija sunki.*“ Taip pat kyla problemų dėl pacientų motyvacijos stokos tirtis bei gydytis. Informantai teigė, jog kai kurie pacientai nenori keisti savo gyvenimo būdo ir laikytis gydytojų rekomendacijų. Be to, informantas I3 pastebėjo, kad, priešingai, kai kurie pacientai dažnai atvyksta į konsultacijas su dideliais lūkesčiais, išankstiniais reikalavimais, norėdami išspręsti visas problemas vieno vizito metu. Jis siūlo šią problemą spręsti pasitelkiant žiniasklaidą, siekiant pakeisti pacientų požiūrį į sveikatos priežiūros personalą.

Bendradarbiavimo su kitais specialistais stoka taip pat buvo informantų nurodoma problema. Trūksta ryšio su socialiniais darbuotojais, kurie galėtų padėti spręsti pacientų socialines problemas. Informantas I1 teigė, kad „*<...> tai socialinės problemos ir su tuo turėtų dirbti socialiniai darbuotojai, su kuriais mes neturime jokio ryšio.*“ Informantas I1 pažymėjo, kad „*<...> reikia glaudesnio bendradarbiavimo su socialiniais darbuotojais.*“ Be to, informantas I6 pabrėžė apie pastebimą poliklinikos administracijos ir kitų specialistų nebendradarbiavimą ir pateikė minėtos problemos sprendimo būdą: „*Siūlyčiau administracijai ieškoti sprendimų, kaip labiau skatinti specialistų bendradarbiavimą, didinti finansavimą, priimti naujų darbuotojų, svarbiausia - išklaudyti esamus.*“ Bendradarbiavimo su kitais šeimos gydytojo komandos nariais bei administracija nebuvimas neprisideda prie geresnės lėtinių ligų kontrolės.

Informantai I2, I3, I4 ir I8 atkreipė dėmesį į laiko trūkumą pacientams, reikalingą kokybiškoms sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Jie pabrėžė, kad skiriama per mažai laiko vienam pacientui, o tai gali turėti įtakos LNL priežiūros efektyvumui. Informantas I3 pastebėjo, kad laiko trūksta poliligotiems pacientams. Informantas I2 antrino apie laiko trūkumą ir siūlė sprendimą: „<...> laiko trūkumas tokiems pacientams - siūlymas ilginti konsultacijos laiką.“

Problemos, susijusios su informacinėmis sistemomis, taip pat yra iššūkis specialistams, dirbantiems su pacientais, kurie serga lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Informantas I4 teigė, kad pacientai negali patys iš karto pamatyti savo atliktų tyrimų rezultatų. Neišvystytos informacinės sistemos taip pat gali būti kliūtis efektyviai valdyti lėtines neinfekcines ligas, t.y. nepatogi registracijos sistema gali kelti papildomus sunkumus, eikvoti laiką. I4 rekomendavo skirti daugiau dėmesio tobulinant IT sistemas, o I11 siūlė elektroninę sistemą padaryti aiškesne ir suteikti daugiau funkcijų patiems pacientams, pavyzdžiui, supaprastinti registraciją.

10 lentelė. Pagrindinės problemos, kylančios poliklinikoje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|--|---|---|
| Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduriama poliklinikoje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis | Ilgos eilės ir specialistų trūkumas | <p>„Specialistų, galinčių atlikti diagnostiką, trūkumas, ilgos eilės.“ – I2</p> <p>„Didelės eilės patekti pas šeimos gydytojus ar vidaus ligų gydytojus. <...> Mažai specialistų, jie menkai dirba profilaktinį darbą su ligoniais.“ – I3</p> <p>„Didelės apylinkės, ilgos laukimo eilės.“ – I4</p> <p>„<...> personalo trūkumas.“ – I6</p> <p>„<...> vizitų trūkumas laboratorijoje, šeimos gydytojo kabinete, gydytojų specialistų kabinetuose, dideli darbo krūviai.“ – I7</p> <p>„<...> specialistų trūkumas.“ – I8</p> <p>„Ilgos eilės pas šeimos gydytojus, ilgos eilės pas specialistus.“ – I10</p> <p>„Masinis vizitų (laikų) trūkumas pas šeimos gydytojus, laboratorijoje, specialistų, kurie toliau tęsia lėtinių ligų priežiūrą, trūkumas.“ – I11</p> |
| | Šeimos gydytojo komandos narių trūkumas | <p>„Taip pat reikia sveikos gyvensenos specialisto, kurio mūsų poliklinikoje nėra.“ – I1</p> <p>„Specialistų, galinčių Edukuoti pacientą apie jo turimą lėtinę ligą ir jos valdymą arba tų ligų prevenciją, trūkumas.“ – I2</p> <p>„Nėra gyvensenos medicinos specialisto.“ – I4</p> |
| | Pacientų elgesys | <p>„Didžiausia problema - pacientų dalis, kurie yra nekritiški savo būklei, nereguliariai vartoja vaistus, jų neišsiperka, tokių ligų korekcija sunki.“ – I1</p> <p>„<...> pacientai ateina su daug problemų. Pageidauja viską išspręsti vieno vizito metu, kelia didelius reikalavimus.“ – I3</p> |

| | |
|---|---|
| Bendradarbiavimo tarp specialistų stoka | „ <i>Tai socialinės problemos ir su tuo turėtų dirbti socialiniai darbuotojai, su kuriais mes neturime jokio ryšio.</i> ” – I1 „ <i>Administracijos, kitų specialistų nebendradarbiavimas.</i> ” – I6 |
| Mažai laiko skiriama konsultacijai | „ <i>Laiko trūkumas tokiems pacientams - siūlymas ilginti konsultacijos laiką.</i> ” – I2 „ <i>Per mažai skiriama laiko vienam pacientu.</i> ” – I3 „ <i>Per mažai laiko kokybiškoms paslaugoms.</i> ” – I4 „ <i>Laiko trūkumas poliligotiems pacientams.</i> ” – I8 |
| Neišvystytos informacinės sistemos | „ <i>Pacientas negali pats iš karto pamatyti savo atliktų tyrimų.</i> ” – I4 „ <i>Nepatogi ir sunkiai suprantama registracijos sistema. Daug laiko sudeginama talonų paieškai.</i> ” – I11 |

Informantai įvardijo ir kitas poliklinikoje kylančias kliūtis valdant lėtines neinfekcines ligas. Jie apžvelgė svarbiausias problemas ir pasiūlė galimus sprendimus. Informantas I2 pažymėjo, kad „*Trūksta darbuotojų, galinčių atrinkti pacientus prevencinėms programoms ir juos pakviesti*“ ir pasiūlė didinti tokių specialistų skaičių, nemažinant šeimos gydytojų skaičiaus. Be to, informantas I8 paaiškino, kad kliūčių valdant lėtines neinfekcines ligas, gali kilti dėl sudėtingos ir nuolat kintančios vaistų kompensavimo tvarkos, taip pat dėl geriatrinių pacientų priežiūros klausimų bei pagalbos jiems; įvairios papildomos dokumentacijos pildymo (Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybai, (aut. past. - *judėjimui skirtų techninės pagalbos priemonių įsigijimui*). Informantas I9 atkreipė dėmesį į organizacinę problemą, kad darbo grafike yra dubliuojami priėmimo laikai (aut. past. – *į vieno vizito laiką įrašomi keli pacientai*), dėl ko vieno paciento priėmimo laikas būna trumpesnis. Tai sukelia problemų pacientų srautų reguliavimui ir kokybiškos sveikatos priežiūros užtikrinimui. Informantas I10 pabrėžė, kad poliklinikoje naudojama palyginti sena diagnostavimo įranga, kuria tiriama pacientų būklė. Šis informantas pateikė keletą siūlymų, kaip pagerinti esamą LNL valdymo situaciją poliklinikoje bei atliepti vieną pagrindinių problemų – didelį specialistų krūvį, t.y. ne tik atnaujinti įrangą, bet ir „*<...> kelti šeimos gydytojų kompetenciją, kad sumažintume specialistų apkrovimą, dalinis ar pilnas kompensavimas konsultuojantis pacientams privačiose klinikose pas specialistus su siuntimu, didinti specialistų skaičių.*“

Šios problemos rodo, kad poliklinikoje, teikiančioje asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, yra daug iššūkių. Paslaugų teikėjai susiduria su ilgomis eilėmis, specialistų, šeimos gydytojo komandos narių trūkumu, pacientų elgesio problemomis, bendradarbiavimo tarp specialistų stoka, nepakankama konsultacijos trukme ir technologinėmis bei kitomis įvairiomis problemomis. Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugas ir jų prieinamumą, būtina spręsti šiuos iššūkius.

Išsiaiškinus pagrindines problemas, kylančias poliklinikoje, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, informantų buvo paprašyta įvardinti organizacinius iššūkius, kylančius teikiant minėtas paslaugas. Todėl buvo pateiktas klausimas „*Kokios pagrindinės organizacinės kliūtys kyla teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, Jūsų poliklinikoje? Kaip siūlytumėte šias kliūtis šalinti?*“ Informantai įvardijo šias pagrindines organizacines kliūtis: nepakankamas informacinių sistemų išvystymas ir integravimas, specialistų stoka ir ilgos eilės, neišplėtotas darbų pasidalinimas, per trumpas vizitui skiriamas laikas, pacientų koordinavimo problemos ir per dideli darbo krūviai (11 lentelė). Informantai nurodė, kad dirbant su informacinėmis sistemomis kyla problemų, tokių kaip negalėjimas pacientams internetu užsiregistruoti nuotolinei konsultacijai dėl gydymo vaistais tęsimo, trikdžiai gaunant duomenis iš kitų gydymo įstaigų bei e-sveikatos. Tai gali sukurti barjerą sklandžiam pacientų konsultavimui ir sveikatos duomenų perdavimui. Informantas I7 nurodė, kad nors informacinė sistema yra veikianti, tačiau daug darbų, susijusių su pacientų atrankos ir kvietimo į prevencines programas, vykdoma rankiniu būdu, o tai yra neefektyvu ir reikalauja daug laiko bei resursų. Siekiant šalinti šias kliūtis būtų tikslinga investuoti į modernias informacines sistemas, leidžiančias lengvai bendradarbiauti tarp įstaigų ir užtikrinančias pacientų sveikatos duomenų prieinamumą. Informantas I7 situacijai spręsti pateikė tokį siūlymą: „*Praplėsti IT galimybes ir funkcijas mažinant tiesiogiai su darbu nesusijusį krūvį gydytojams.*“

Informantai nurodė tokias organizacines problemas kaip ilgos laukimo eilės pas specialistus bei didelis jų trūkumas. Pasak informanto I6, dėl didelio pacientų skaičiaus, tenkančiam vienam specialistui, gydytojais negali skirti pakankamai laiko kiekvienam pacientui, o tai gali atsiliesti konsultacijos kokybei. Be to, reikia papildomo medicininio personalo visose grandyse. Sprendžiant problemas medicininio personalo skaičių didinti siūlė dauguma informantų. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimui taip pat trukdo neefektyvus darbų pasidalinimas. Informantas I7 siūlo spręsti šią problemą paskiriant atsakingus asmenis, t.y. koordinatorius, kurie galėtų padėti atlikti pacientų atranką, tokiu būdu sumažinant administracinį krūvį šeimos gydytojams. Pasak informanto I10 spręsti ilgų eilių problemą galima ir paskirstant darbus šeimos gydytojo komandoje: „*Ilgos eilės nuotolinei konsultacijai vaistų pratęsimui, tai galėtų atlikti slaugytojos.*“ Tuo tarpu informantas I4 teigė, kad tam tikras užduotis galėtų atlikti kiti: „*Prevenčinės programos gali būti skiriamos gyvenamosios medicinos specialistų, dokumentaciją perleisti kitiems komandos nariams.*“ Taip būtų sprendžiamos ne tik šios, bet ir didelių darbo krūvių problema.

Trumpa vizito trukmė ir pacientų koordinacija stoka yra vadybinės spragos, kylančios poliklinikoje. Informantai nurodė, kad vienam pacientui skiriama per mažai laiko vizitui, todėl jis negali tinkamai išsiaiškinti ir aptarti savo sveikatos problemų. Pasak informanto I6, nepakanka vizitui skiriamo laiko, siūlo, kad šie vizitai būtų prailginti, kad būtų galima aptarti ir išsiaiškinti paciento LNL situaciją. Keli informantai nurodė sudėtingą pacientų judėjimą ir patekimą atlikti tyrimus poliklinikoje, ir

nepakankamą gydymo tęstinumą, kuris rodo galimus gydymo proceso trikdžius dėl lankymosi įvairiose gydymo įstaigose ar dėl gydytojų pasikeitimo, pacientams, sergantiems lėtine neinfekcine liga, kaip problemą ligos valdymo procese. Jie vardijo tokias priežastis kaip lifto nebuvimas, neefektyvus pacientų koordinavimas, anoniminio iškvietimo sistemos nebuvimas. Keli informantai siūlo problemas spręsti taip: „*Didinti apsilankymo vizito trukmę poliligotiems pacientams*“ - Informantas I8; informantas I9 – „*Sunkesniems, sudėtingiems pacientams, turintiems daug lėtinių ligų, turėtų būti skiriami ilgesni priėmimo laikai.*“ Informantas I11 pacientų koordinavimo bei darbų pasidalinimo problemas siūlo spręsti steigiant naują pareigybę poliklinikoje: „*Galėtų dirbti koordinatoriai/atvejo vadybininkai, kurie pacientą užregistruotų ir nukreiptų tiek pirminiam, tiek kontroliniam vizitui, taip pat nurodytų reikalingą informaciją pacientui.*“

Taip pat informantai išskyrė per didelių darbo krūvių problemą. Per dideli darbo krūviai, dažnai dėl nereikalingos dokumentacijos, per didelio pacientų srauto ir besidubliuojančių ar papildomų registracijų taip pat kelia sunkumų organizuojant efektyvų sveikatos priežiūros procesą, teigė informantas I3. Sprendimą tiek šiai, tiek specialistų stokos problemai pasiūlė informantas I4: „*Mano siūlymai - mažinti apylinkes, įdarbinti daugiau šeimos medicinos gydytojų, slaugytojų, mažinti krūvius.*“

Tyrime nustatytos organizacinės problemos rodo, kad lėtinių neinfekcinių ligų valdymas poliklinikoje yra sudėtingas procesas, reikalaujantis daugybės išteklių ir nuolatinio tobulėjimo. Informantų pateikti siūlymai naudingi siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Siekiant šalinti organizacines kliūtis siūlomi keli sprendimai: informacinių sistemų modernizavimas, specialistų skaičiaus didinimas ir efektyvus darbų pasidalinimas, naujų pareigybių steigimas, taip pat laiko, skirto vizitams, organizavimas pagal specialistų poreikius ir pacientų koordinavimo optimizavimas. Tai leistų efektyviau teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, poliklinikoje.

11 lentelė. Pagrindinės organizacinės kliūtys, kylančios teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis poliklinikoje

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|---|--|---|
| Pagrindinės organizacinės kliūtys, kylančios teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas | Nepakankamas informacinių sistemų išvystymas ir integravimas | <p>„<i>Pacientas negali pats internetu užsiregistruoti nuotolinei konsultacijai dėl gydymo (aut. past. kompensuojamųjų vaistų paskyrimo) pratęsimo.</i>“ – I4</p> <p>„<i>Kliūtys kyla gaunant duomenis apie pacientą e-sveikatoje, jei jis lankėsi pas specialistą kitoje gydymo įstaigoje ir nori keisti gydymo įstaigą ar specialistą.</i>“ – I5</p> <p>„<i>Vienaip ar kitaip kontrolę reikia atlikti rankiniu būdu - iš pacientų sąrašo atrinkti atvejus, tada su jais asmeniškai kontaktuoti, derinti atvykimo laiką, pildyti iškilusius papildomus pageidavimus.</i>“ – I7</p> |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| | | <i>„Vaistų pratęsimui reikalaujama gyvos konsultacijos, jei nėra naujų arba jokių skundų, taip galėtume vaistus visada pratęsti nuotoliu.“ – I10</i> |
| | Specialistų stoka ir ilgos eilės | <i>„<...> per ilgas laukimo laikas pas specialistus.“ – I2 „Ilgos laukimo eilės.“ – I4 „Didelis pacientų kiekis vienam specialistui, reikia papildomo personalo.“ – I6 „<...> laisvų vietų trūkumas ir ilgos laukimo eilės.“ – I11</i> |
| | Neišplėtotas darbų pasidalinimas | <i>„Reikalingi skryningui atlikti paskirti asmenys-koordinatoriai.“ – I7 „Ilgos eilės nuotolinei konsultacijai vaistų pratęsimui, tai galėtų atlikti slaugytojos.“ – I10</i> |
| | Per trumpas vizitui skiriamas laikas | <i>„Mažai laiko vienam vizitui, talonai galėtų būti skiriami ilgesniems vizitams, nespėjama visko išsiaiškinti ir aptarti.“ – I6 „Per trumpas skirtas laikas paciento konsultavimui.“ – I10 „Laiko konsultacijai trūkumas <...> neatsakomi visi klausimai dėl laiko stokos.“ – I11</i> |
| | Pacientų koordinavimo problemos | <i>„Padalinyje, kuriame dirbu, yra 3 aukštai, ir nėra lifto. Tenka leistis į pirmą aukštą konsultuoti pacientų, ten, kur randu kabinetą. Tokios konsultacijos metu sunku susikaupti, gaištamasis laikas paieškoms.“ – I1 „Neaiški paciento logistika, patekimas tyrimams.“ – I2 „Nėra numeriukų sistemos poliklinikoje, negalima iškviešti paciento nenaudojant pavardės ar vardo.“ – I10 „Sudėtinga koordinacija ir nepakankamas tęstinumas pacientui jau sergant lėtine liga, atsirandantis dėl apsilankymų kitoje įstaigoje, gydytojų pasikeitimo.“ – I11</i> |
| | Per dideli darbo krūviai | <i>„Per dideli darbo krūviai, per daug nereikalingos dokumentacijos, nuolat registruojami papildomi pacientai priėmimo, dažnai į vieną taloną registruojami keli pacientai.“ – I3 „Nespėjama tinkamai konsultuoti, dėl didelio pacientų srauto.“ – I4</i> |

Tyrime buvo išsiaiškinta daugybė kliūčių, su kuriomis susiduria poliklinika, teikdama sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Informantų išskirtos problemos apėmė tiek specialistų trūkumą ir jų didelius darbo krūvius, tiek laiko, skirto vizitams, stoką ir prastą pacientų koordinavimą. Be to, buvo išsakytos problemos, susijusios su pacientų elgsena ir bendradarbiavimu su kitais specialistais, taip pat naudojamos informacinės sistemos trūkumai.

Apibendrinant, galima teigti, kad lėtinių neinfekcinių ligų valdymui poliklinikoje reikia skirti daugiau dėmesio ir resursų, siekiant užtikrinti efektyvesnę sveikatos priežiūrą. Taip pat būtina nuolat tobulinti ir pritaikyti sveikatos priežiūros sistemą prie besikeičiančių poreikių ir sąlygų, kad būtų galima užtikrinti aukštą paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams.

3.2.3. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo efektyvumo didinimas poliklinikoje

Išsiaiškinus pagrindines poliklinikoje kylančias problemas valdant lėtines neinfekcines ligas, informantams buvo pateikti klausimai, kokiomis priemonėmis tai galima daryti efektyviau. Lėtinės neinfekcinės ligos reikalauja ilgalaikio ir nuoseklaus gydymo bei stebėsenos, kuriai reikalingas efektyvus ir integruotas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. Šioje dalyje bus aptariami informantų siūlymai, kaip būtų galima gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Siekiant išsiaiškinti, kaip galima efektyviau valdyti LNL poliklinikoje, informantų buvo prašoma pateikti siūlymus: „*Pateikite siūlymus, kaip būtų galima gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, Jūsų poliklinikoje?*“ Informantų siūlymai pateikti 12 lentelėje. Dauguma informantų įvardijo šeimos gydytojo komandos išplėtimą, kaip priemonę, kuria būtų galima gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Į šeimos gydytojo komandą įtraukiant specializuotus medicinos profesionalus, tokius kaip gyvensenos medicinos specialistus ar geriatrus, būtų galima efektyviau spręsti pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, problemas. Keli informantai, I7, I8, I9 ir I10, siūlė išplėsti šeimos gydytojo komandą, įtraukiant gyvensenos specialistus, steigiant diabeto mokyklą, prevencinius kabinetus ir plėtojant jų funkcijas, taip pat šviečiant pacientus apie jų ligas, sveiką gyvenseną ir įdiegiant sveikos gyvensenos specialistų konsultacijas. Informantas I7 teigė, kad tai tiesiogiai prisidėtų prie LNL valdymo – „*<...> tiesiogiai spręstų daug lėtinių ligų turinčių pacientų problemas ir nukrautų krūvius nuo šeimos gydytojų.*“ Be to, informantas I10 pažymėjo apie pacientų švietimo reikšmę, pacientų švietimo programų apie jų ligas ir sveikos gyvensenos poreikį, nes tai gali padėti sumažinti ligų progresavimo riziką ir gerinti pacientų gyvenimo kokybę. Informantas I11 taip pat pabrėžė, kad reikėtų įdiegti atvejo vadybininko poziciją. Tai ne tik prisidėtų prie pacientų koordinavimo sudėtingame LNL valdymo procese, bet atliktų ir su pacientų srautų valdymu kylančius iššūkius. Pacientai, sergantys LNL, dažnai turi lankytis pas įvairius specialistus ir atlikti tyrimus, tačiau šis procesas nėra sklandus, kaip informantai jau argumentavo ankstesniuose atsakymuose. Pacientų srautų valdymas taip pat yra svarbus veiksnys didinant tiek bendrą paslaugų teikimo, tiek LNL valdymo efektyvumą poliklinikoje. Sukuriant atskirus priėmimo srautus sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, būtų galima užtikrinti, kad šie pacientai gautų savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat, perskirstant ekstrinių pacientų srautą galima efektyviau valdyti specialistų darbo krūvį poliklinikoje. Keli informantai siūlė gerinti tokių pacientų prieinamumą pas specialistus. Informantas I2 tai siūlo daryti įdiegiant „*Žalius koridorius pas poliklinikoje dirbančius specialistus.*“ Tai reiškia, kad esant tam tikroms indikacijoms sergantieji lėtinėmis ligomis pas gydytojus galėtų patekti daug greičiau.

Anot informantų, bendradarbiavimo stiprinimas tarp sveikatos priežiūros specialistų bei su socialiniais darbuotojais gali pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. I1 informantas teigė, kad reikalingas glaudesnis bendradarbiavimas su socialiniais darbuotojais, nes leistų efektyviau spręsti pacientų socialines problemas, turinčias įtakos LNL valdymui. Kaip pastebi informantas I4, reikalingas „<...> didesnis specialistų įtraukimas į dispanserizuotų pacientų gydymą, stebėseną.“ Tai padėtų užtikrinti lėtinių ligų valdymo nuoseklumą. Tęstinumo ypač trūksta, kai pasikeičia gydytojas arba jis yra išėjęs ilgesnių atostogų, teigė informantas I11. Šios priemonės gali padėti išlaikyti nuolatinį ryšį su pacientais ir užtikrinti, kad jų poreikiai būtų patenkinti.

Automatizavimas ir informacinių technologijų vystymas gali būti dar viena priemonė, siekiant efektyvesnio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Informantai I3 ir I4 pateikė siūlymus, kuriais įdiegiant daugiau nuotolinių paslaugų, automatinius priminimus apie reikiamus veiksmus po ištyrimų, ir naudojant informacines technologijas tyrimų rezultatų perdavimui ir komunikacijai su pacientais, būtų galima pagerinti paslaugų prieinamumą. Informantas I4 minėjo konkrečius pavyzdžius: „Automatiniai asmens kvietimai atlikti HbA1c tyrimą (aut. past. CD kontrolė); INR tyrimas vartojantiems varfariną.“ Išvardinti tyrimai turi būti nuolat kartojami visą lėtinės ligos laikotarpį, tad šios srities automatizavimas daliai pacientų bei gydytojų supaprastintų ligų priežiūrą ir kontrolę.

Be to, dauguma informantų pabrėžė vizito laiko ilginimą, kurį. Informantai I5 ir I6 siūlė konsultaciją lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams prailginti dvigubai – iki 30 min. Dalis informantų siūlė atnaujinti diagnostinę įrangą bei didinti specialistų skaičių. Ilgesnis vizito laikas pacientams sergantiems lėtinėmis ligomis ir geresnis specialistų aprūpinimas įranga gali pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

12 lentelė. Siūlymai, skirti gerinti asmens sveikatos peržiūros paslaugų teikimą pacientams sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis poliklinikoje

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|--|-------------------------------------|---|
| Siūlymai, skirti gerinti asmens sveikatos peržiūros paslaugų teikimą | Bendradarbiavimo stiprinimas | „Glaudesnis bendradarbiavimas su socialiniais darbuotojais.“ – I1 „ <...> didesnis specialistų įtraukimas į dispanserizuotų pacientų gydymą, stebėseną.“ – I4 „<...> dispanserizacijos tęstinumas pasikeitus gydytojui ar išėjus ilgesnių atostogų.“ – I11 |
| | Šeimos gydytojo komandos išplėtimas | „Išplėsti šeimos gydytojo komandą, bent jau iki tos, kurią turėtume turėti 2023.03, (aut. past. - tačiau dar nėra pakankamai parengtų specialistų.); turėti kitą, specializuotą, apmokymams dėl dietos, gyvenamos ir t.t. specialistą, turėti geriatrą, kuris tiesiogiai spręstų daug lėtinių ligų turinčių pacientų problemas ir nukrautų krūvius nuo šeimos gydytojų.“ – I7 |

| | |
|--|--|
| | <p>„Išplėsti šeimos gydytojo komandą: gyvensenos specialistai, diabeto mokyklos steigimas ir jos funkcijų praplėtimas.“ – I8</p> <p>„Plėsti prevencinius kabinetus.“ – I9</p> <p>„Pacientų švietimas, informavimas apie jų ligas, sveiką gyvenimą. Sveikos gyvensenos specialistų konsultacijų įdiegimas.“ – I10</p> <p>„Atvejo vadybininko pozicijos atsiradimas, gyvensenos medicinos specialisto atsiradimas, kuris galėtų pacientams plačiai išaiškinti, kaip galima valdyti savo ligą nemedikamentinėmis priemonėmis.“ - I11</p> |
| Pacientų srautų valdymas | <p>„Specializuoti kabinetai: edukavimas apie ligą, jos valdymą, prevenciją. Žali koridoriai pas poliklinikoje dirbančius specialistus.“ – I2</p> <p>„Specialistų, stebinčių pacientus, sergančius lėtinėmis ligomis priėmimo valandos turėtų būti atskirtos nuo priėmimo pacientų atėjusių planinei apžiūrai ir ūmiai susirgus. Atskiras srautas turėtų būti tyrimams laboratorijoje stebimiems pacientams, prevenciniams pacientams.“ – I5</p> <p>„Koreguoti ekstrinių pacientų srautą: sukurti atskirus priėmimus ar valandas tik ekstriniams pacientams (sumažėtų papildomų vizitų skaičius).“ – I8</p> <p>„Pagreitinti patekimą pas šeimos gydytojus ar specialistus.“ - I10</p> |
| Automatizavimas ir IT sistemų vystymas | <p>„Daugiau nuotolinių paslaugų, nuolatiniai priminimai (automatiniai), ką pacientas po kiekvieno ištyrimo etapo turėtų daryti.“ – I1</p> <p>„Išnaudoti informacines technologijas perduodant tyrimų atsakymus, įvairius pranešimus, kvietimus.“ – I3</p> <p>„Automatiniai asmens kvietimai atlikti HbA1c tyrimą (aut. past. CD kontrolė). INR tyrimas vartojantiems varfariną.“ - I4</p> <p>„<...> paprastesnė registracija.“ – I11</p> |
| Vizito laiko pas specialistą ilginimas | <p>„Šeimos gydytojų priėmimo tinklelis turėtų būti atskirtas priimti pacientus, sergančius lėtinė liga ir trukmė pacientui turėtų būti prailginta į 20-30 min.“ – I5</p> <p>„Ilginti vizito laiką pacientams sergantiems lėtinėmis ligomis iki 30 min.“ – I6</p> <p>„Prailginti gydytojų konsultacijoms skirtą laiką trukmę.“ – I9</p> <p>„Prailginti konsultacijos trukmę.“ – I10</p> <p>„Ilgesnis konsultacijos laikas.“ – I11</p> |
| Diagnostinės įrangos atnaujinimas | <p>„Geresnis darbuotojų aprūpinimas įranga.“ – I2</p> <p>„Atnaujinti medicininę techniką ar didinti prieinamumą prie jos.“ – I10</p> |
| Specialistų skaičiaus didinimas | <p>„Priimti daugiau šeimos gydytojų.“ – I6</p> <p>„Priimti naujų gydytojų.“ – I9</p> <p>„Daugiau specialistų, dirbančių su lėtinėmis ligomis.“ – I11</p> |

Informantai taip pat pateikė ir kitų pasiūlymų, kokiomis priemonėmis būtų galima efektyviau valdyti lėtines neinfekcines ligas poliklinikoje. Informantas I3 pasiūlė perskirstyti funkcijas tarp medicininio personalo: „*Didesnę dalį darbo nukrauti slaugytojai.*“ Informantas I8 nurodė, kad reikia „*Gerinti registratūros darbuotojų švietimą, mokymus jiems.*“ Neefektyvus registratūros darbas buvo paminėtas ir kitų informantų. Apibendrinant, efektyvumo didinimas poliklinikoje valdant lėtines neinfekcines ligas yra kompleksinis procesas, reikalaujantis bendradarbiavimo, vidinių organizacinių pokyčių, tinkamo resursų paskirstymo.

Informantų buvo prašoma išsakyti kokių, jų nuomone, pokyčių reikia poliklinikoje siekiant gerinti lėtinių neinfekcinių būklių valdymą įstaigoje. Informantams buvo pateiktas klausimas „*Kokius pokyčius reikėtų įgyvendinti Jūsų poliklinikoje, siekiant vystyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.*“ Siekiant pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis poliklinikoje, informantai nurodė reikalingus šiuos pokyčius, kuriuos reikėtų įgyvendinti: didinti darbuotojų skaičių, plėsti šeimos gydytojo komandą, tobulinti pacientų vidinę pacientų judėjimo tvarką poliklinikoje bei IT sistemas, ilginti vizito laiką pas specialistus (13 lentelė).

Siekiant pagerinti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, reikėtų sukurti efektyvias arba tobulinti jau sukurtas IT programas, mano dauguma. Pasak informantų I4 ir I9, pacientams turėtų būti suteikta galimybė internetu registruotis pas gydytojus, gauti tyrimų rezultatus ir kita. Informantas I9 pažymėjo, kad svarbu atsisakyti popierinių dokumentų pildymo ir labiau pasitikėti skaitmeninėmis technologijomis: „*Atsisakyti popierinių variantų pildymo, klijavimo.*“ Informanto I10 nuomone, tikslinga būtų dalį paslaugų atlikti nuotoliniu būdu, tai galėtų atlikti slaugytojos. Informantas I6 taip pat pažymėjo, kad dalį užduočių būtų galima perkelti slaugytojoms.

Keli informantai (I1, I5, I7, I11) pasisakė, kad reikėtų išplėsti šeimos gydytojo komandą, akcentavo poreikį įsteigti sveikos gyvensenos specialisto kabinetą. Sveikos gyvensenos specialistas galėtų padėti pacientams keisti savo gyvenimo būdą, siekiant geriau kontroliuoti ligą, teikti individualias konsultacijas mitybos, fizinio aktyvumo ir streso valdymo klausimais. Taip pat jis galėtų organizuoti grupines edukacines programas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis.¹³⁵ Socialinis darbuotojas galėtų padėti pacientams spręsti socialines problemas, trukdančias kontroliuoti ligą, pavyzdžiui, konsultuoti finansinių, žmogiškųjų išteklių klausimais, padėtų tvarkyti globos, rūpybos, paslaugų

¹³⁵ „Sveikos gyvensenos specialistas | Lietuvos Profesijų Klasifikatorius“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://www.profesijuklasifikatorius.lt/NLPK-226310>; „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. balandžio 24 d. įsakymas Nr. V-489, Dėl Gyvensenos medicinos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/8654b352e2d611eda305cb3bdf2af4d8?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=e097ad11-7fe3-4b27-8613-da5e81a2c334>.

namuose dokumentus, ir pagelbėtų pacientams ir jų šeimoms, susidūrusiems su lėtinės ligos iššūkiais.¹³⁶ Informantas I5 taip pat siūlė įdiegti išmaniųjų slaugytojų etatus, kurios reikšmingai padėtų gydytojams ir sumažintų jų darbo krūvius. Informanto I7 pasiūlymas - „*Realiai įgyvendinti praplėstą gydytojo komandą <...> priimti reikiamą mokymams naują personalą, pavyzdžiui slaugytoją diabetologą ir pan.*“ Šie informantai taip pat rekomendavo pacientų švietimą ir mokymus jiems, tačiau tokių iniciatyvų įgyvendinimas yra įmanomas tik išplėtus šeimos gydytojo komandą. Tai leistų efektyviau kontroliuoti lėtines ligas ir orientuotis į paciento poreikius. Informantas I11 siūlė atvejo vadybininko pareigybės įsteigimą, kadangi šie specialistai atliktų svarbų vaidmenį koordinuojant ir valdant pacientų priežiūrą nuo diagnozės nustatymo iki gydymo bei ilgalaikio ligos valdymo.

Informantai I2, I8, I9, I10 pasisakė, kad yra poreikis tobulinti vidinę pacientų judėjimo tvarką poliklinikoje. Vidinio pacientų srauto valdymas apima aiškių paciento nukreipimo ir konsultavimo algoritmų kūrimą, siekiant lengviau ir greičiau patekti gydytojus. Kartu reikia reguliuoti pacientų srautus, atskiriant ekstrinius ir planinius pacientus. Pasak informanto I2, „*sukurti paciento nukreipimo, konsultavimo algoritmus įtariant ar nustačius lėtinę ligą. Lengvesnis ir greitesnis patekimas pas gydytojus.*“ Taip pat informantas I9 pasiūlė pacientams suteikti eilės numerius ir sudaryti judėjimo maršrutą po polikliniką tam tikriems LNL atvejams. Taip tikimasi sutaupyti laiko ir efektyviau organizuoti paciento vizitą, kad kuo daugiau klausimų būtų galima išspręsti vieno apsilankymo metu ir nereiktų pakartotinai lankytis.

Informantai pabrėžė, kad reikia didinti specialistų skaičių, mažinti apylinkes, tenkančias vienam šeimos gydytojui, ir padidinti finansavimą, skiriamą personalo darbo užmokesčiui, kartu pritraukiant naujų specialistų. Tai leistų sumažinti darbo krūvį vienam gydytojui ir užtikrinti pacientams sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Keli informantai (I2, I5, I6, I10) teigė, kad konsultacijų laikas, skirtas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, yra per trumpas. Jie siūlė ilginti konsultacijų trukmę iki 20-30 minučių, kad gydytojais turėtų pakankamai laiko detaliai aptarti paciento sveikatos būklę, gydymo planą ir atsakyti į visus pacientui rūpimus klausimus. Tai leistų gydytojams suteikti pacientams reikiamą dėmesį ir užtikrinti kokybišką konsultaciją.

Įgyvendinus šiuos pokyčius, poliklinika galėtų efektyviau teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, ir užtikrinti jiems aukštą asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygį.

¹³⁶ „Lietuvos respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. A1-92 „Dėl Socialinių paslaugų srities darbuotojų profesinės kompetencijos tobulinimo tvarkos aprašo bei Socialinių darbuotojų ir socialinių paslaugų įstaigų vadovų atestacijos tvarkos aprašo patvirtinimo“, žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.274447/asr>.

13 lentelė. Reikalingi pokyčiai, siekiant vystyti asmens sveikatos peržiūros paslaugų teikimą pacientams sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis poliklinikoje

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|---|---|---|
| Pokyčiai, siekiant vystyti asmens sveikatos peržiūros paslaugų teikimą pacientams | Darbuotojų skaičiaus didinimas | „Daugiau darbuotojų.“ – I2 „Daugiau gydytojų ir slaugytojų, mažesnės apylinkės.“ – I4 „Mažinti apylinkes, tenkančias vienam šeimos gydytojui.“ – I6 „Padidinti finansavimą personalui, pritraukti naujų specialistų.“ - I11 |
| | Šeimos gydytojo komandos išplėtimas | „Įkurti socialinio darbuotojo instituciją. Įkurti sveikos gyvensenos specialisto kabinetą.“ – I1 „Siekiant vykdyti geresnę lėtinių ligų kontrolę ir į pacientą orientuotą priežiūrą reikalingi gyvensenos medicinos specialistai, <...> išmaniosios slaugytojos.“ – I5 „Realiai įgyvendinti praplėstą gydytojo komandą <...> priimti reikiamą mokymams naują personalą, pavyzdžiui slaugytoją (diabetologą) ir pan.“ – I7 „<...> įdiegti naujų pareigybių - atvejo vadybininkai, gyvensenos medicinos specialistai“ – I11 |
| | Vidinio pacientų srauto valdymo tobulinimas | „Sukurti paciento nukreipimo, konsultavimo algoritmus įtariant arba nustatčius lėtinę ligą. Lengvesnis ir greitesnis patekimas pas gydytojus.“ - I2 „Srautų reguliavimas: atskirti ekstrinius ir planinius pacientus (jų registracijas)“ – I8 „Pacientas atvykęs į polikliniką gauna savo eilės numerį ir eina pas specialistus ar laboratoriją, skiepus, jei reikia išdėstomas per šiuos kabinetus paeiliui.“ – I9 „Pagreitinti pacientų patekimą pas specialistus.“ – I10 |
| | IT sistemų tobulinimas | „Sukurti efektyvias IT programas, teikiant paslaugas sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis.“ – I3 „Daugiau IT paslaugų, pacientams galimybė užsirašyti nuotolinėms sveikatos paslaugoms internetu. Galimybė pacientams jungtis prie kraujo tyrimų rezultatų, jų vizualizacija aiškesniu formatu.“ – I4 „Sutvarkyti IT sistemą.“ – I7 „Atsisakyti popierinių variantų pildymo, klijavimo.“ – I9 „Daugelis vaistų galėtų būti pratęsimi tik nuotoliu, tai galėtų atlikti slaugytojos. Geresnis tyrimų perdavimas ir skirtingų įstaigų.“ - I10 |
| | Vizito laiko pas specialistą ilginimas | „Ilgesnis konsultacijos laikas.“ - I2 „Ilginti konsultacijos trukmę iki 20-30 min.“ - I5 „Perorganizuoti priėmimo laikus - ilginti tenkančius vienam pacientui.“ - I6 „Prailginti paciento konsultavimui skirtą laiko trukmę.“ - I10 |

Tačiau informantai pateikė ir kitų siūlymų, kaip būtų galima vystyti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Informantai siūlė gerinti įstaigos infrastruktūrą, pavyzdžiui įrengiant lifthus arba iš esmės renovuojant pastatus: „<...> renovuoti pastatus ir sukurti jaukesnę aplinką, kad sėkmingiau konkuruoti su privačiomis įstaigomis.“ (Informantas I11). Investicijų reikalauja ir kitos sritys, pavyzdžiui, medicininės įrangos atnaujinimas.

Informantas I8 pasisakė dėl įstaigos registratūros darbo kokybės ir pasiūlė mokymus: „*Registratūros darbuotojų apmokymas ir švietimas.*“ Švietimo, tik skirto pacientams, svarbą pabrėžė informantas I11, siūlydamas „*Aktyviau kviesti žmones dalyvauti profilaktinėse programose (skelbti tinkamumo kriterijus, reklamuoti).*“ Kadangi viena pagrindinių informantų išsakytų problemų buvo ilgos eilės pas specialistus, informantas I9 siūlė „*Apmokestinti neatvykusius pacientus bent simboline bauda.*“ Jo teigimu, tai neleistų prarasti konsultacijų vizitų pacientams neatvykus, jas būtų galima paskirti kitiems, nes neatvyksiantys būtų motyvuoti konsultaciją atšaukti. Plėtojant ilgų eilių pas specialistus problemos sprendimą, Informantas I10 rekomendavo „*Sutartis su privačiomis klinikomis, kad galėtų pacientas greičiau patekti pas specialistą.*“

Informantų pateikti siūlymai reikalingiems pokyčiams poliklinikoje rodo jų požiūrį, kaip reikia spręsti esamas problemas, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis. Svarbiausi pokyčiai apimtų specialistų skaičiaus didinimą, šeimos gydytojo komandos išplėtimą, vidinio pacientų srauto valdymo tobulinimą, IT sistemų tobulinimą ir vizito pas specialistą laiko ilginimą. Šie pokyčiai leistų užtikrinti efektyvesnę ligų neinfekcinių ligų valdymą, pacientų priežiūrą ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Tačiau informantai taip pat pabrėžė, kad svarbu atnaujinti įstaigos infrastruktūrą, gerinti registratūros darbo kokybę, skatinti pacientų švietimą ir informuoti apie profilaktines programas. Taip pat paminėta būtinybė taikyti papildomas įmokas už neatvykimą registruotam vizitui ir plėtoti bendradarbiavimą su privačiomis klinikomis, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Tai leistų užtikrinti aukštą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir efektyviau valdyti lėtines ligas.

Informantams buvo pateiktas klausimas „*Jūsų nuomone, kokios efektyvios priemonės, skirtos pacientų sveikatos priežiūrai, galėtų būti taikomos Jūsų poliklinikoje?*“ Informantai įvardijo šias priemones: naujų specialistų, tokių kaip socialinio darbuotojo ir sveikos gyvensenos specialisto kabinetų, atsiradimas ir paslaugų išplėtimas, vidinio pacientų srauto valdymas, efektyvus darbų paskirstymas, procesų automatizavimas ir IT sistemų vystymas, informacinės sklaidos priemonės bei mokymai pacientams (14 lentelė).

Informantai I2, I5, I7, I8, I9 siūlė skirti daugiau dėmesio pacientų mokymams, kad jie geriau suprastų savo lėtinę ligą ir jos valdymo principus. Informantas I2 siūlė pacientų edukaciją specialiuose kabinetuose, o informantas I5 pasisakė dėl pacientų švietimo „*<...> pacientų švietimą ir edukavimą (aut. past. apie sveiką gyvenseną).*“ Informantas I8 nurodė specialių mokymų poreikį, pavyzdžiui, nuolatos vykdomus cukrinio diabeto mokymus diabeto mokykloje.

Tarp efektyvių priemonių, kurias poliklinikos pacientų priežiūrai taikyti siūlė informantai, ne kartą paminėtos buvo ir informacinės sklaidos priemonės, kurios būtų nukreiptos į pacientus. Pasak informanto I11 „*Reklama ar skrajutės aiškinančios žmonėms apie lėtinių ligų prevencines programas, kontrolinę profilaktiką, atlikimo galimybes, reguliarumą ir svarbą.*“ Kiti informantai taip pat pabrėžė,

kad aiškių SMS žinučių arba elektroninių laiškų, reklamos ir aktyvių kvietimų į prevencines programas naudojimas taip pat padėtų didinti pacientų sąmoningumą ir skatinti juos dalyvauti prevencinėse programose bei rūpintis savo sveikata.

Daugiau nei pusė informantų pabrėžė būtinybę steigti naujas specialistų pareigybes ir plėsti paslaugas, siekiant geriau aptarnauti pacientus su lėtinėmis ligomis. Pasak informanto I5, siekiant pagerinti LNL kontrolę, teikti į pacientą orientuotą priežiūrą reikalingi gyvensenos medicinos specialistai, išmaniosios slaugytojos. Atvejo vadybininko - koordinatoriaus poreikį pabrėžė informantas I11, teigdamas, kad šis darbuotojas galėtų reguliariai registruoti pacientus dispanserizuotiems vizitams. Pastarasis ir kiti informantai pateikė siūlymus dėl vidinio pacientų srautų valdymo poliklinikoje pokyčių, ir tai ne tik koordinatoriui reguliariai registruoti dispanserizuotus pacientus, bet ir nukreipti pacientus į prevencines programas tiesiogiai, nesikonsultuojant su gydytoju. Taip pat siūloma įdiegti „žaliuosius koridorius“ pas tam tikrus specialistus pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ir turintiems indikacijų. Šiais pokyčiais siekiama optimizuoti pacientų srautus ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Keli informantai pažymėjo apie efektyvų darbų paskirstymo tarp specialistų poreikį. Pasak informanto I4, „Galimybė dėl prevencinių programų kreiptis <...> tiesiai per slaugytoją neįtraukiant gydytojo (aut. past. - taupyti laiką).“ Informantas I7 nurodė mažinti darbo krūvius, kad daugiau dėmesio būtų galima skirti LNL, profilaktikai.

Kitos informantų (I1, I4, I7) siūlomos priemonės apėmė automatizavimą ir IT sistemų vystymą, kad būtų palengvintas pacientų stebėjimas ir prieiga prie sveikatos informacijos. Siūloma automatizuoti pacientų registraciją į tam tikrus laboratorinius tyrimus, reikalingus atlikti rutiniškai, sudaryti galimybę nuotoliniu būdu kreiptis dėl prevencinių programų, sukurti patogias IT programas lėtinių ligų stebėjimui. Informantas I10 nurodė, kad galėtų būti patobulintas tyrimų ir informacijos mainų procesas po konsultacijų.

14 lentelė. Efektyvios priemonės, kurios galėtų būti taikomos poliklinikos pacientų sveikatos priežiūrai

| Kategorija | Subkategorija | Patvirtinantys teiginiai |
|---|---|---|
| Efektyvios priemonės, kurios galėtų būti taikomos | Nauji specialistai ir paslaugų išplėtimas | <p>„Socialinio darbuotojo ir sveikos gyvensenos specialisto kabinetai.“ – I1</p> <p>„Kordinatoriniai, sprendžiantys dėl pacientų tinkamumo tiriant jį pagal prevencinę programą.“ – I2</p> <p>„Geresnei lėtinių ligų kontrolei ir į pacientą orientuotai priežiūrai reikalingi gyvensenos medicinos specialistai, išmaniosios slaugytojos <...> žmogiškųjų išteklių ženklus padidinimas.“ – I5</p> <p>„<...> konsultacijų ir tyrimų prieinamumo didinimas.“ – I6</p> <p>„Paciento savišvieta su gyvensenos specialistu.“ – I8</p> <p>„Papildomos pareigybės - atvejo vadybininkas-koordinatorius, gyvensenos medicinos specialistas.“ – I11</p> |

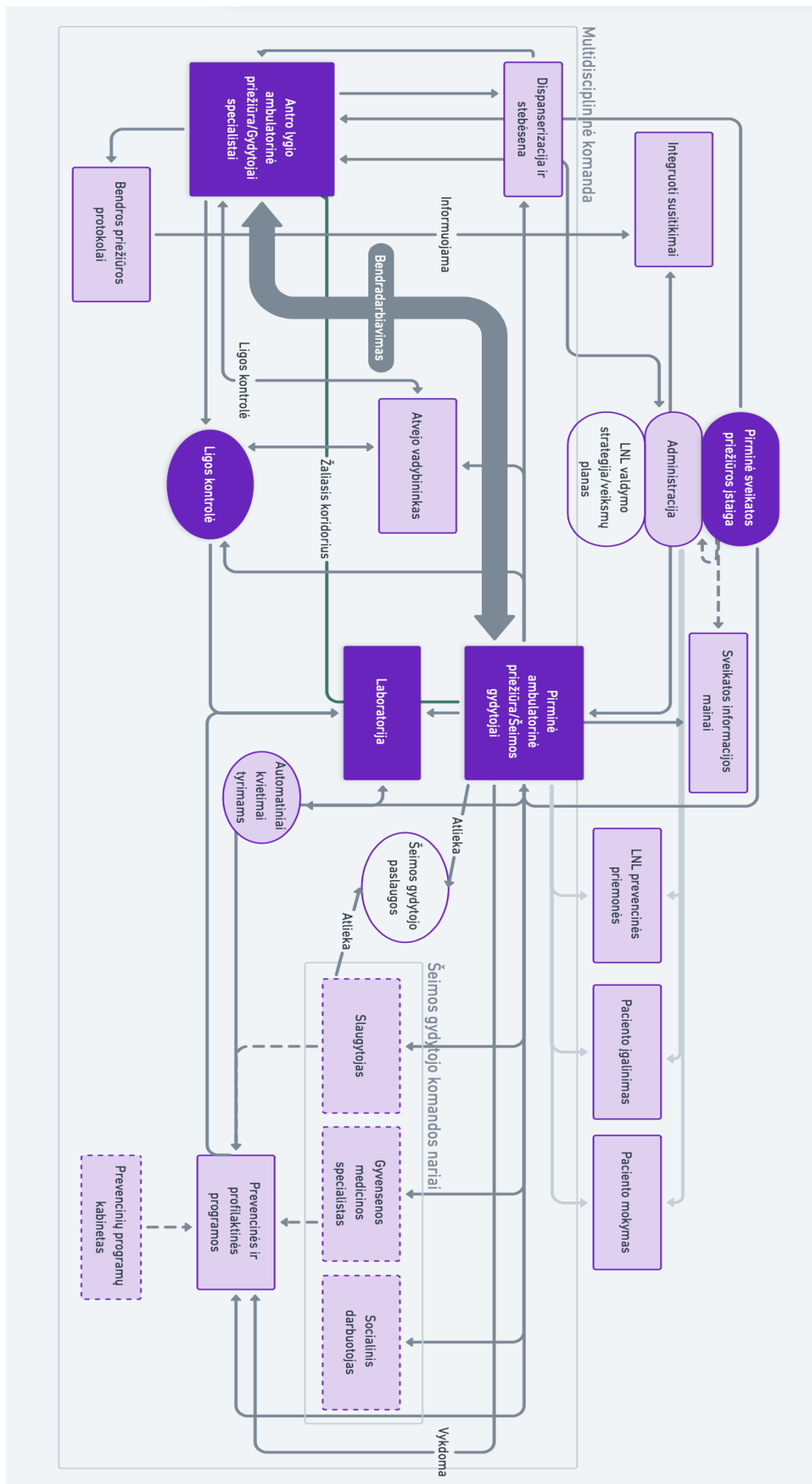
| | | |
|--|--|---|
| poliklinikos pacientų sveikatos priežiūrai | Vidinio pacientų srauto valdymas | <p>„Dispanserizuotiems vizitams (ilgalaikio stebėjimo) pacientus galėtų reguliariai registruoti koordinatorius.“ – I1</p> <p>„Žali koridoriai pas tam tikrus specialistus esant tam tikroms lėtinių neinfekcinių ligų indikacijoms.“ – I2</p> <p>„Pacientas į prevencines programas galėtų būti skiriamas apeinant gydytoją, gydytojas gautų jau atliktus tyrimų rezultatus ir spęstų, ką daryti toliau.“ – I3</p> |
| | Efektyvus darbų paskirstymas | <p>„Galimybė dėl prevencinių programų kreiptis <...> tiesiai per slaugytoją neįtraukiant gydytojo (aut. past. taupyti laiką).“ – I4</p> <p>„Slaugytojų įtraukimas ir dalies darbų perkėlimas joms.“ – I6</p> <p>„Darbo krūvio mažinimas ir perkėlimas, kad būtų galima „krapštytis“ su monitoringu, skiepais, profilaktika ir pan.“ – I7</p> |
| | Automatizavimas ir IT sistemų vystymas | <p>„Kas 1-3 mėn. pacientai būtų automatiškai registruojami į laboratoriją reikiamiems tyrimams lėtinių ligų sekimui. HbA1c – cukriniam diabetui, INR/SPA- varfariną vartojantiems.“ – I1</p> <p>„Galimybė dėl prevencinių programų kreiptis nuotoliniu būdu. <...> Automatiniai pranešimai dėl periodiškai atliekamų tyrimų poreikio.“ – I4</p> <p>„IT programos, sureguliuotos patogiam lėtinių ligų monitoringui.“ – I7</p> <p>„Patogesni tyrimų ir informacijos mainai po konsultacijų.“ – I10</p> |
| | Informacinės sklaidos priemonės | <p>„Išsamesnis pacientų informavimas, aiškios SMS žinutės arba elektroniniais laiškais, reklamos ir aktyvūs kvietimai į prevencines ar profilaktines programas.“ – I9</p> <p>„Aktyvus kvietimas į programinius tyrimus.“ – I10</p> <p>„Reklama ar skrajutės aiškinančios žmonėms apie lėtinių ligų prevencines programas, kontrolinę profilaktiką, atlikimo galimybes, reguliarumą ir svarbą.“ – I11</p> |
| | Mokymai pacientams | <p>„Specialūs kabinetai skirti paciento edukacijai apie jo lėtinę ligą.“ – I2</p> <p>„<...> pacientų švietimas, edukavimas.“ – I5</p> <p>„Pacientams skirti mokymai.“ – I7</p> <p>„Diabeto mokymas diabeto mokykloje, taip pat vykdomas ne tik pirmą kartą diagnozavus, bet ir dažniau.“ – I8</p> <p>„<...> švietimas ligų kontrolės temomis.“ – I9</p> |

Apibendrinant galima teigti, kad pacientų sveikatos priežiūros lygį poliklinikoje galima žymiai pagerinti taikant įvairias priemones, apimančias naujų specialistų įtraukimą ir paslaugų išplėtimą, vidinio pacientų srauto valdymo tobulinimą, darbų paskirstymą, automatizavimą ir IT sistemų vystymą, aktyvią informacinę sklaidos kampaniją ir pacientų mokymų organizavimą. Nagrinėtos efektyvios priemonės yra svarbus žingsnis siekiant pagerinti poliklinikos pacientų sveikatos priežiūros lygį. Įgyvendinus šiuos pasiūlymus, galima būtų tikėtis geresnės pacientų priežiūros koordinavimo, didesnio pacientų sąmoningumo ir geresnio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo.

4. TEORINIS LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ VALDYMO PIRMINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE MODELIS

Analizuotoje mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad pirminėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms rekomenduotina įdiegti LNL valdymo modelį. LR Sveikatos sistemos įstatyme nurodoma, kad sveikatos priežiūros specialistai privalo teikti informacines paslaugas, atlikti atrankinius bei profilaktinius sveikatos patikrinimus. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakyme Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigos vadovas atsakingas už LNL valdymo politikos įgyvendinimą įstaigoje.¹³⁷ Remiantis šiame darbe analizuotais mokslinė literatūra, Lietuvos teisės aktais, dokumentais bei atlikto kokybinio tyrimo rezultatais, buvo parengtas teorinis LNL valdymo pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje modelis. Modelis pavaizduotas 3 paveiksle. Parengtas teorinis LNL valdymo modelis yra skirtas efektyviai valdyti LNL pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje. Šiuo modeliu siekiama atskleisti integraciją, jungiančią pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, teikiamas LNL sergantiems pacientams bei glaudų ir nuoseklų kitų proceso dalyvių tarpusavio ryšį. Šis modelis yra skirtas ne tik LNL gydymui, bet ir bendros pacientų sveikatos priežiūros gerinimui, padedant jiems aktyviai dalyvauti savo sveikatos priežiūroje ir sprendimų priėmime.

¹³⁷ „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“; „LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo.““



3 pav. Teorinis lėtinių neinfekcinių ligų valdymo pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje modelis

Pirminė ambulatorinė priežiūra/Šeimos gydytojai

Modelio pagrindas yra pirminė sveikatos priežiūra ir ją atliekantys specialistai – šeimos gydytojai, kurie dirba kartu su slaugytojais, socialiniais darbuotojais, gyvensenos medicinos specialistais. Šie specialistai sudaro šeimos gydytojo komandą ir yra tiesiogiai atsakingi už:

- **Prevenčines ir profilaktines programas.** Šios programos yra skirtos ligų prevencijai ir ankstyvai diagnostikai. Jas organizuoja ir vykdo šeimos gydytojai kartu su slaugytojais. Šias programas gali organizuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje įsteigtas prevencinių programų kabinetas, taip sumažindamas pacientų srautus nuo šeimos gydytojų. Dalis programų taip pat gali būti vykdomos automatizavus kvietimų sistemą, kvietimus siunčiant iš pirminės ambulatorinės priežiūros įstaigos ar jos laboratorijos.
- **Į pacientą orientuota priežiūra.** Šeimos gydytojų prerogatyva į pacientą orientuotoje priežiūroje – LNL prevencinių priemonių taikymas, paciento įgalinimas bei mokymas. Šios priemonės yra nustatomos administracijos ir įtrauktos į LNL valdymo strategiją. Taip pat gali būti įtraukiama visa šeimos gydytojo komanda į šį procesą.
- **Šeimos gydytojo paslaugos.** šeimos gydytojai ir slaugytojos atlieka šeimos gydytojo paslaugas, tarp jų ir tiesiogiai nesusijusias su LNL.

Antrinė ambulatorinė priežiūra/Gydytojai specialistai

Antrinę ambulatorinę LNL priežiūrą atlieka gydytojai specialistai, glaudžiai bendradarbiaudami su pirminės sveikatos priežiūros komanda. Jų tikslas – teikti specializuotas paslaugas ir konsultacijas. Antro lygio specialistų veikla yra itin svarbi sudėtingesnių atvejų, reikalaujančių specializuotos priežiūros ir išplėstinių diagnostinių procedūrų, tvarkymui. Bendradarbiaudami kartu su pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais specialistais jie dalyvauja LNL valdyme šiose srityse:

- **Ligos kontrolė.** Remiantis įvairiomis ligų kontrolės gairėmis ir LNL priežiūros standartais, gydytojai specialistai turi reguliariai kontroliuoti paciento būklę. Pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys specialistai bendradarbiauja tarpusavyje reguliariai vertindami paciento būklę bei gydymo rezultatus. Ligos kontrolės vizitai yra viena pagrindinių modelio dalių. Taip pat gali būt taikomos ir kitos priemonės, tokios kaip į pacientą orientuota priežiūra, gyvensenos keitimas. Ligos kontrolėje itin svarbus vaidmuo suteikiamas **atvejo vadybininkui**. Ši pareigybė įdiegiama tam, kad būtų tiek mažinami pacientų srautai abiejuose lygiuose, tiek efektyvinama lėtinės ligos priežiūra. Atvejo vadybininkas turi tiesioginį ryšį su pirminio ir antrinio lygio gydytojais, todėl gali koordinuoti paciento gydymą ir priežiūrą. Jie koordinuoja konsultacijas, procedūras ir gydymo kontrolę, kuri atlieka gydytojai, užtikrinant,

kad gydymo eiga būtų tarpusavyje suderinta ir atitiktų paciento sveikatos poreikius. Atvejo vadybininkai taip pat yra atsakingi už informacijos srautų valdymą tarp įvairių specialistų, užtikrinant, kad visi gydymo komandos nariai būtų informuoti apie paciento būklę ir gydymo planą bei eigą. Jie, esant poreikiui, organizuoja papildomus tyrimus ar konsultacijas su specialistais. Galiausiai, atvejo vadybininkai reguliariai vertina paciento pažangą, reaguoja į kintančias paciento sveikatos būkles ir atitinkamai koordinuoja sveikatos priežiūros planą sveikatos priežiūros pirminiame arba antriniame lygyje.

- **Dispanserizacija ir stebėseną**, t.y. reguliarius pacientų sveikatos stebėjimas, ligos eigų sekimas ir gydymo plano koregavimas, atsižvelgiant į paciento būklę. Atliekami išsamesni laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai, kurių šeimos gydytojas negali skirti pacientui (aut. past. – nemokamai). Taip pat paskiriamos įvairios gydymo strategijos, koreguojamas gydymas atsižvelgiant į paciento būklę. Be to, dalį kompensuojamų vaistų LNL pirmas paskyrimas privalo būti gydytojo specialisto, gydymą tęsti gali šeimos gydytojas.

Pirminį ir antrinį lygius papildomai jungia **žalieji koridoriai**. Žalieji koridoriai suteikia galimybę pacientams, kuriems reikia skubesnės specializuotos priežiūros, neatidėliotinų gydymo ir priežiūros korekcijų, patekti iš pirminio į antrinį lygį be nereikalingų delsimų turint šeimos gydytojo siuntimą. Atitinkamai gerokai sutrumpinamas specializuotos konsultacijos laukimo laikas indikacijų turintiems pacientams. Tai ypač svarbu onkologiniams pacientams, širdies ligomis sergantiems pacientams bei kitoms ūmiai suprastėti galinčioms būklėms. Svarbu paminėti, kad žalieji koridoriai numatyti per laboratoriją, tai reiškia, kad į antrinį lygį pacientai patenka jau turėdami šeimos gydytojo paskirtų tyrimų rezultatus, taip dar labiau mažinant sprendimo dėl gydymo plano delsimo laiką antrajame lygyje.

Izoliuotai antrojo lygio specialistams pavedama kurti, tobulinti bei laikytis **bendros priežiūros protokolų** (toliau – Protokoliai). Protokoliai nustato, kaip šeimos gydytojai ir specialistai turėtų bendradarbiauti gydant pacientus. Protokoliai užtikrina, kad visi gydymo etapai būtų tinkamai koordinuoti ir, kad paciento nukreipimas nuo pirminės priežiūros link antrinio lygio specialistų vyktų sklandžiai, su reikiamais gydymo ir priežiūros planų atnaujinimais. Tai užtikrina, kad pacientas gautų nuoseklų ir tęstinį gydymą, mažinant sveikatos priežiūros sistemos klaidų tikimybę. Protokoliai reguliariai peržiūrimi **integruotų susitikimų metu**, kuriuose dalyvauja administracija ir pirminio lygio specialistai.

Modelyje taip pat išskirta **laboratorijos** veikla. Laboratorija paslaugas tiesiogiai teikia pirminiam ir antriniam sveikatos priežiūros lygiams, taip pat prevencinių programų kabinetui, todėl šeimos gydytojams lieka tik vertinti prevencinių programų rezultatus. Tai yra viena iš priemonių trumpinti pacientų laiką sveikatos priežiūros įstaigoje, mažinti administracines užduotis pirminio lygio gydytojams. Be to, šie sveikatos priežiūros efektyvinimo būdai laboratorijai suteikiami įdiegiant

automatinių kvietimų tyrimams sistemą. Automatizuojant tyrimus, kurie turi būti atliekami reguliariai, tokie kaip glikozilinto hemoglobino tyrimas ar kraujo krešumo tyrimas vartojantiems tam tikrus antikoagulantus, taupomas laikas ir mažinamas mechaninis darbas, atliekamas šeimos gydytojų ar jų komandos narių.

Visi aukščiau aptarti subjektai, t.y. pirminio ir antrinio lygio specialistai, šeimos gydytojo komanda, atvejo vadybininkai, laboratorijos ir prevencinių programų kabineto specialistai sudaro **multidisciplinę komandą**. Ši komanda užtikrina kompleksinę ir nuoseklią paciento priežiūrą, kuri apima visus LNL sveikatos priežiūros aspektus – nuo prevencijos iki specializuoto gydymo. Efektyvus šių skirtingų sričių specialistų bendradarbiavimas leidžia pasiekti geriausius gydymo rezultatus, mažinti lėtinių neinfekcinių ligų naštą ir pagerinti pacientų gyvenimo kokybę.

Už modelio įgyvendinimą bei bendrą LNL valdymo strategiją ir veiksmų planą atsakinga pirminės sveikatos priežiūros įstaigos **administracija**. Ji tiesiogiai koordinuoja pirminio ir antrinio lygio veiklą, rengia trišalius integruotus susitikimus. Administracija taip pat dalyvauja sveikatos informacijos mainuose, gaunamuose iš pirminio lygio, į kurių galiausiai patenka ir yra kaupiama visa LNL sergančių pacientų sveikatos priežiūros informacija. Remiantis šia informacija ir antrinio lygio specialistų ruošiamais bendros priežiūros protokolais, administracija gali reguliariai peržiūrėti ir tobulinti LNL valdymo strategiją, atitinkamai tobulinant ir šį modelį.

Modelis leidžia efektyviai integruoti įvairių sričių specialistų veiklas siekiant geriausių pacientų sveikatos priežiūros rezultatų, mažinant ligų naštą ir gerinant gyvenimo kokybę. Šis modelis buvo parengtas atsižvelgiant į pirminės sveikatos priežiūros sistemos specifiką ir teisinį reglamentavimą, todėl jis yra pritaikytas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos poreikiams ir kontekstui. Jame pristatoma struktūrizuota ir praktiškai pritaikoma metodika, kuri gali būti naudojama ne tik kaip teorinis įrankis moksle, bet ir kaip praktinis LNL valdymo įrankis pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms bei specialistams. Modelio įgyvendinimas turėtų prisidėti tiek prie sveikatos priežiūros sistemos, tiek prie konkrečios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos efektyvesnio LNL valdymo ir geresnių pacientų sveikatos išiečių.

IŠVADOS

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatyme (1994) numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija atsakinga už lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarkos nustatymą. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtinti teisės aktai reglamentuoja pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų valdymui, organizavimo, vykdymo bei apmokėjimo tvarką. Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių asmenų ilgalaikį stebėjimą ir jo tvarką numatyta organizuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigos vadovybei.
2. Analizuotoje pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje sveikatos priežiūros specialistai sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, vertino nevienareikšmiai. Sveikatos priežiūros specialistai labiau negatyviai vertinę šių paslaugų organizavimą, nurodė pagrindines lėtinių neinfekcinių ligų valdymo organizacines ir finansines problemas: ilgas eiles ir specialistų bei šeimos gydytojo komandos narių trūkumą, bendradarbiavimo tarp specialistų stoką, per trumpą konsultacijos laiką, per didelius darbo krūvius, neišvystytas informacines sistemas, bei neefektyvų pacientų koordinavimą. Jie sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei, finansavimą iš PSDF biudžeto lėtą vertino kaip nepakankamą ir nurodė, kad yra poreikis didesniai finansavimui sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti bei prevencinių programų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje, išplėtimui. Sveikatos priežiūros specialistų nuomone, siekiant vystyti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, būtini šie pokyčiai: šeimos gydytojo komandos išplėtimas, specialistų skaičiaus didinimas, vizito laiko pas specialistą ilginimas, bendradarbiavimo tarp specialistų stiprinimas, vidinio pacientų srauto valdymo tobulinimas, automatizavimas ir IT sistemų vystymas.
3. Nustatytos pagrindinės valdymo ir organizacinės kliūtys, kylančios valdant lėtines neinfekcines ligas pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje: ilgos eilės, neišvystytos informacinės sistemos ir nepakankamas jų integravimas, neefektyvus darbų pasidalinimas tarp specialistų, neefektyvus pacientų koordinavimas, nepakankamas vizito laikas skiriamas vienam pacientui, specialistų, šeimos gydytojų ir jų komandos narių trūkumas, per dideli darbo krūviai.
4. Lėtinių neinfekcinių ligų valdymo pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje modelis integruoja tarpusavyje susijusius procesus ir juose dalyvaujančius sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius specialistus. Efektyviam lėtinių neinfekcinių ligų valdymui būtina lėtinių neinfekcinių ligų valdymo strategija ir jos įgyvendinimo priemonės, šeimos gydytojo pilna komanda, integruota ir glaudžiai bendradarbiaujanti multidisciplininė komanda.

REKOMENDACIJOS

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos administracijai:

- Įvertinus šeimos gydytojų ir jiems prilyginamų specialistų darbo krūvius priimti žmogiškųjų išteklių valdymo sprendimus, kurie leistų efektyviau vykdyti LNL valdymą.
- Automatizuoti IT sistemas siekiant mažinti administracinio darbo krūvį visiems specialistams.
- Integruoti duomenų analizės priemones, kad būtų galima stebėti gydymo rezultatus ir pritaikyti individualius sveikatos priežiūros planus.
- Kurti ir stiprinti multidisciplinines sveikatos priežiūros komandas, kurios apimtų šeimos gydytojus, slaugytojus, gydytojus specialistus bei kitus sveikatos priežiūros specialistus. Tai užtikrintų nuoseklų ir visapusišką LNL pacientų priežiūrą, leistų geriau koordinuoti paslaugas bei efektyviau vykdyti pacientų sveikatos priežiūros planus ir užtikrinti tęstinumą.
- Diegti inovatyvias LNL valdymo priemones tokias kaip metimo rūkyti programos, cukrinio diabeto automatinės kontrolės sistemos, švietimo programos, skirtos LNL prevencijai. Tai leistų pacientams geriau suprasti savo būklę, mokytis jas valdyti ir mažinti LNL paūmėjimo atvejų riziką.
- Peržiūrėti ir optimizuoti esamus finansavimo modelius, siekiant papildomai skatinti šeimos gydytojus ir gydytojus specialistus vykdyti profilaktines, prevencines ir dispanserizacijos programas.
- Įdiegti LNL valdymo modelį ir reguliariai jį atnaujinti, remiantis atlikta analize ir LNL kontrolės duomenimis.
- Tobulinti pacientų registracijos sistemą bei įdiegti „žaliųjų koridorių“ LNL sergančiųjų priežiūrai. Šios priemonės leistų efektyviai valdyti laiką tiek ligos kontrolės, tiek paūmėjimo atvejais.
- Skatinti gyvenamosios medicinos specialistų konsultacijų teikimą pacientams, sergantiems LNL.

Valstybinei ligonių kasai prie SAM:

- Įvertinti profilaktinių paslaugų įkainius bei paslaugų įkainius bei priedus, skiriamus už prevencinių programų intensyvumą.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Plėsti šeimos gydytojo skiriamų tyrimų „krepšelį“, įtraukiant papildomų kraujo tyrimų (tokių kaip skydliaukės hormonų frakcijos, imunoglobulinas E, reumatoidinis faktorius, gamaglutamiltransferazės aktyvumas, feritinas ir kt.) bei numatant galimybę visus tyrimus kartoti metų laikotarpyje, esant poreikiui.
- Didinti visuomenės sąmoningumą apie LNL vykdant švietimo kompanijas apie LNL rizikos veiksnius, ligų prevenciją ir ankstyvą diagnostiką.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. „About Chronic Diseases | CDC“, 2022 m. liepos 21 d. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>.
2. Allen, Luke Nelson. „Financing National Non-Communicable Disease Responses“. *Global Health Action* 10, nr. 1 (2017 m.): 1326687. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1326687>.
3. Baltušienė, Rita, Marius Buitkus, Vytautas Dringelis, Aldona Kaltanienė, ir Tatjana Subočiūtė-Stuliova. „Lėtinių neužkrečiamųjų ligų valdymo galimybės pirminėje asmens sveikatos priežiūroje“. *Health Sciences* 31, nr. 3 (2021 m. gegužės 24 d.): 113–19. <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.091>.
4. Bardhan, Indranil, Hsinchun Chen, ir Elena Karahanna. „Connecting systems, data, and people: A multidisciplinary research roadmap for chronic disease management“. *MIS Quarterly: Management Information Systems* 44, nr. 1 (2020 m. kovo): 185–200. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2020/14644>.
5. Beaglehole, Robert, JoAnne Epping-Jordan, Vikram Patel, Mickey Chopra, Shah Ebrahim, Michael Kidd, ir Andy Haines. „Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries: A Priority for Primary Health Care“. *The Lancet* 372, nr. 9642 (2008 m. rugsėjo): 940–49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61404-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61404-X).
6. Bennett, James E, Vasilis Kontis, Colin D Mathers, Michel Guillot, Jürgen Rehm, Kalipso Chalkidou, Andre P Kengne, ir kt. „NCD Countdown 2030: Pathways to Achieving Sustainable Development Goal Target 3.4“. *The Lancet* 396, nr. 10255 (2020 m. rugsėjo): 918–34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31761-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31761-X).
7. Berry-Millett, Rachel, ir Thomas S. Bodenheimer. „Care Management of Patients with Complex Health Care Needs“. *The Synthesis Project. Research Synthesis Report*, nr. 19 (2009 m. gruodžio): 52372. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22052205/>
8. Bravo, Paulina, Adrian Edwards, Paul James Barr, Isabelle Scholl, Glyn Elwyn, Marion McAllister, ir the Cochrane Healthcare Quality Research Group, Cardiff University. „Conceptualising Patient Empowerment: A Mixed Methods Study“. *BMC Health Services Research* 15, nr. 1 (2015 m. gruodžio): 252. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>.
9. Bright, Tiffani J., Anthony Wong, Ravi Dhurjati, Erin Bristow, Lori Bastian, Remy R. Coeytaux, Gregory Samsa, ir kt. „Effect of Clinical Decision-Support Systems: A Systematic Review“. *Annals of Internal Medicine* 157, nr. 1 (2012 m. liepos 3 d.): 29–43. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-1-201207030-00450>.
10. Budreviciute, Aida, Samar Damiati, Dana Khdr Sabir, Kamil Onder, Peter Schuller-Goetzburg, Gediminas Plakys, Agne Katileviciute, Samir Khoja, ir Rimantas Kodzius. „Management and

- Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors“. *Frontiers in Public Health* 8 (2020 m. lapkričio 26 d.): 574111. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>.
11. Cameron, Stephen. „Creating Healthy Food, Building Healthy Families: An Evaluation of a Healthy Cooking Healthy Lifestyle Programme in New Zealand“. Auckland University of Technology, 2020. <https://hdl.handle.net/10292/13566>.
 12. „Definition of Chronic Disease - NCI Dictionary of Cancer Terms - NCI“. nciAppModulePage, 2011 m. vasario 2 d. Nciglobal,ncienterprise. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/chronic-disease>.
 13. „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 26 d. įsakymo Nr. V-1149 „Dėl Valstybinės lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008–2010 metų programos patvirtinimo“. Žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.332249?jfwid=>.
 14. Devi, Ratna, Komal Kanitkar, R. Narendhar, Kawaldip Sehmi, ir Kannan Subramaniam. „A Narrative Review of the Patient Journey Through the Lens of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries“. *Advances in Therapy* 37, nr. 12 (2020 m. gruodžio 1 d.): 4808–30. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01519-3>.
 15. „Diagnostikos ir gydymo metodikos - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/diagnostikos-gydymo-metodikos-ir-rekomendacijos/diagnostikos-ir-gydymo-metodikos/>.
 16. Elwyn, Glyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Natalie Joseph-Williams, Amy Lloyd, Paul Kinnersley, Emma Cording, ir kt. „Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice“. *Journal of General Internal Medicine* 27, nr. 10 (2012 m. spalio): 1361–67. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>.
 17. European Commission. Directorate General for Health and Food Safety. *Healthier Together: EU Non Communicable Diseases Initiative*. LU: Publications Office, 2022. <https://data.europa.eu/doi/10.2875/195572>.
 18. Fortin, Martin, Hassan Soubhi, Catherine Hudon, Elizabeth A Bayliss, ir Marjan Van Den Akker. „Multimorbidity’s Many Challenges“. *BMJ* 334, nr. 7602 (2007 m. gegužės 19 d.): 1016–17. <https://doi.org/10.1136/bmj.39201.463819.2C>.
 19. Free, Caroline, Rosemary Knight, Steven Robertson, Robyn Whittaker, Phil Edwards, Weiwei Zhou, Anthony Rodgers, John Cairns, Michael G. Kenward, ir Ian Roberts. „Smoking Cessation Support Delivered via Mobile Phone Text Messaging (Txt2stop): A Single-Blind, Randomised

- Trial“. *Lancet (London, England)* 378, nr. 9785 (2011 m. liepos 2 d.): 49–55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60701-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60701-0).
20. Frenk, Julio. „Reinventing Primary Health Care: The Need for Systems Integration“. *Lancet (London, England)* 374, nr. 9684 (2009 m. liepos 11 d.): 170–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60693-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60693-0).
21. Grumbach, K. „Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism“. *The Annals of Family Medicine* 1, nr. 1 (2003 m. gegužės 1 d.): 4–7. <https://doi.org/10.1370/afm.47>.
22. Grunfeld, Eva, Donna Manca, Rahim Moineddin, Kevin E. Thorpe, Jeffrey S. Hoch, Denise Campbell-Scherer, Christopher Meaney, ir kt. „Improving chronic disease prevention and screening in primary care: results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial“. *BMC Family Practice* 14, nr. 1 (2013 m. lapkričio 20 d.): 175. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-175>.
23. Hadian, Marziye, M.R. Mozafari, Elaheh Mazaheri, ir Alireza Jabbari. „Challenges of the Health System in Preventing Non-Communicable Diseases; Systematized Review“. *International Journal of Preventive Medicine* 12 (2021 m. birželio 25 d.): 71. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_487_20.
24. Haque, Mainul, Tariqul Islam, Nor Azlina A Rahman, Judy McKimm, Adnan Abdullah, ir Sameer Dhingra. „Strengthening Primary Health-Care Services to Help Prevent and Control Long-Term (Chronic) Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries“. *Risk Management and Healthcare Policy* 13 (2020 m. gegužės 18 d.): 409–26. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S239074>.
25. Hearn, Jason, Isaac Ssinabulya, Jeremy I. Schwartz, Ann R. Akiteng, Heather J. Ross, ir Joseph A. Cafazzo. „Self-Management of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review“. Sudarè Rohina Joshi. *PLOS ONE* 14, nr. 7 (2019 m. liepos 3 d.): e0219141. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219141>.
26. Heine, Martin, Frandene Lategan, Misha Erasmus, Chris-Mari Lombaard, Nina Mc Carthy, Jeandri Olivier, Marnus van Niekerk, ir Susan Hanekom. „Health Education Interventions to Promote Health Literacy in Adults with Selected Non-Communicable Diseases Living in Low-to-Middle Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis“. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 27, nr. 6 (2021 m. gruodžio): 1417–28. <https://doi.org/10.1111/jep.13554>.
27. Henry, Benet C, Taletha Laudat, Safay Richards, Olugbenga Morebise, Corrie Phillip, ir Dabria Toussaint. „The Use of Telemedicine in the Management of Chronic Diseases in Small Island Developing States: Case Study – Dominica“, 2022 m. lapkričio. https://www.itu.int/itu-d/sites/connect2recover/wp-content/uploads/sites/31/2022/12/C2R_RC_13_The-use-of-

telemedicine-in-the-management-of-chronic-diseases-in-Small-Island-Developing-States-R2.pdf.

28. Hibbard, Judith H., ir Jessica Greene. „What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs“. *Health Affairs* 32, nr. 2 (2013 m. vasario): 207–14. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>.
29. Hopman, Petra, Simone R. de Bruin, Maria João Forjaz, Carmen Rodriguez-Blazquez, Giuseppe Tonnara, Lidwien C. Lemmens, Graziano Onder, Caroline A. Baan, ir Mieke Rijken. „Effectiveness of Comprehensive Care Programs for Patients with Multiple Chronic Conditions or Frailty: A Systematic Literature Review“. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 120, nr. 7 (2016 m. liepos): 818–32. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.002>.
30. Hussey, Peter S., Eric C. Schneider, Robert S. Rudin, D. Steven Fox, Julie Lai, ir Craig Evan Pollack. „Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease“. *JAMA Internal Medicine* 174, nr. 5 (2014 m. gegužės): 742–48. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.245>.
31. Yach, Derek, Corinna Hawkes, C. Linn Gould, ir Karen J. Hofman. „The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control“. *JAMA* 291, nr. 21 (2004 m. birželio 2 d.): 2616. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2616>.
32. „Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašas“. VIEŠOJI ĮSTAIGA CENTRO POLIKLINIKA, 2016 m. birželio. KVSP 167/1Pat-.
33. Jeet, Gursimer, J. S. Thakur, Shankar Prinja, ir Meenu Singh. „Community Health Workers for Non-Communicable Diseases Prevention and Control in Developing Countries: Evidence and Implications“. *PloS One* 12, nr. 7 (2017 m.): e0180640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180640>.
34. Johnston, Catherine L., Lyndal J. Maxwell, Eileen Boyle, Graeme P. Maguire, ir Jennifer A. Alison. „Improving Chronic Lung Disease Management in Rural and Remote Australia: The Breathe Easy Walk Easy Programme“. *Respirology* 18, nr. 1 (2013 m.): 161–69. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2012.02269.x>.
35. Kabir, Ashraful, Md Nazmul Karim, Rakibul M Islam, Lorena Romero, ir Baki Billah. „Health System Readiness for Non-Communicable Diseases at the Primary Care Level: A Systematic Review“. *BMJ Open* 12, nr. 2 (2022 m. vasario): e060387. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060387>.
36. „Kaip pasirinkti šeimos gydytoją - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/gydymo-ir-sveikatos-prieziuros-paslaugos/seimos-gydytoju-paslaugos/kaip-pasirinkti-seimos-gydytoja/>.

37. Knaul, Felicia M., Afsan Bhadelia, Julie Gralow, Héctor Arreola-Ornelas, Ana Langer, ir Julio Frenk. „Meeting the Emerging Challenge of Breast and Cervical Cancer in Low- and Middle-Income Countries“. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 119 Suppl 1 (2012 m. spalio): S85-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.024>.
38. Koné Pefoyo, Anna J., Susan E. Bronskill, Andrea Gruneir, Andrew Calzavara, Kednapa Thavorn, Yelena Petrosyan, Colleen J. Maxwell, YuQing Bai, ir Walter P. Wodchis. „The increasing burden and complexity of multimorbidity“. *BMC Public Health* 15, nr. 1 (2015 m. balandžio 23 d.): 415. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2>.
39. Kovacs, Eva, Ralf Strobl, Amanda Phillips, Anna-Janina Stephan, Martin Müller, Jochen Gensichen, ir Eva Grill. „Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Implementation Strategies for Non-Communicable Disease Guidelines in Primary Health Care“. *Journal of General Internal Medicine* 33, nr. 7 (2018 m. liepos): 1142–54. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4435-5>.
40. Kruk, Margaret E., Gustavo Nigenda, ir Felicia M. Knaul. „Redesigning Primary Care to Tackle the Global Epidemic of Noncommunicable Disease“. *American Journal of Public Health* 105, nr. 3 (2015 m. kovo): 431–37. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302392>.
41. Kumaresan, Aravind, Lorna Uden, ir Shazad Ashraf. „Potential Role of ChatGPT in Healthcare in the Prevention and Management of Non-Communicable Diseases“. *Knowledge Management in Organisations*, sudarė Lorna Uden ir I-Hsien Ting, 430–42. Cham: Springer Nature Switzerland, 2023. https://doi.org/10.1007/978-3-031-34045-1_34.
42. „Lietuvos respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. A1-92 „Dėl Socialinių paslaugų srities darbuotojų profesinės kompetencijos tobulinimo tvarkos aprašo bei Socialinių darbuotojų ir socialinių paslaugų įstaigų vadovų atestacijos tvarkos aprašo patvirtinimo“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.274447/asr>.
43. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActEditions/lt/TAD/TAIS.236681>.
44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/EXGGXGNuTV>.

45. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.268622/asr>.
46. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos norms MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.268928>.
47. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267675/asr>.
48. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Krūties piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.262882/YDdmUHMcvR>.
49. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos piktybinio naviko ankstyvosios diagnostikos programos organizavimo, vykdymo ir kokybės reikalavimų aprašo ir Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.347967/asr>.
50. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. Nr. V-814 įsakymas „Dėl nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo““, s.a. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/297f53d00d2c11e48595a3375cdcc8a3?jfwid=bkaxlex>.
51. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979 „Dėl Sveikatos stiprinimo programos, skirtos širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai, organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo““, s.a. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b574b900481b11e4ba2fc5e712e90cd4/asr>.
52. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. įsakymu Nr. V-823 „Dėl lėtinių ligų, kurių sunkiomis formomis sergantiems asmenims ir šeimoms, kuriose yra tokių asmenų, suteikiama teisė į paramą būstui išsinuomoti, sąrašo patvirtinimo““, s.a. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/45dfabf02b2c11e58a4198cd62929b7a/asr>.
53. „Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymas Nr. V-1630 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priedų, mokamų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis,

- sąrašų patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/0407bf085bb811edba0ded10be2fa21c?jfwid=-9086hr7qt>.
54. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. balandžio 24 d. įsakymas Nr. V-489 „Dėl Gyvensenos medicinos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/8654b352e2d611eda305cb3bdf2af4d8?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=e097ad11-7fe3-4b27-8613-da5e81a2c334>.
55. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2023 m. lapkričio 20 d. Nr. V-1184 įsakymas „Dėl cukrinio diabeto profilaktikos, diagnostikos ir gydymo stebėsenos tarybos sudarymo ir jos darbo reglamento patvirtinimo““, s.a. <https://sam.lrv.lt/media/viesa/saugykla/2024/3/h1pZRoeRZZs.pdf>.
56. „Ligų prevencijos programos - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 10 d. <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacijagyventojams/ligu-prevencijos-programos/>.
57. *Lithuania: Country Health Profile 2019*. Paris, Brussels: OECD Publishing; European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lithuania-country-health-profile-2019_35913deb-en
58. *Lithuania: Country Health Profile 2021*. Paris: OECD Publishing, 2021. <https://www.oecd.org/publications/lithuania-country-health-profile-2021-20b64b36-en.htm>
59. *Lithuania: Country Health Profile 2023*. Paris: OECD Publishing, 2023. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/lithuania-country-health-profile-2023>
60. Longhini, Jessica, Federica Canzan, Elisabetta Mezzalira, Luisa Saiani, ir Elisa Ambrosi. „Organisational Models in Primary Health Care to Manage Chronic Conditions: A Scoping Review“. *Health & Social Care in the Community* 30, nr. 3 (2022 m. gegužės). <https://doi.org/10.1111/hsc.13611>.
61. „LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo.““ Žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a22b07c0a0e911e383c0832a9f635113?jfwid=nz8qn813k>.
62. Lietuvos Respublikos Seimas. „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo““. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>.
63. Lietuvos Respublikos Seimas. „Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas“, 1996 m. rugsėjo d. Nr. I-1555. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31926?jfwid=>

64. Lietuvos Respublikos Seimas. „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas“, 1996 m. gegužės d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/asr>.
65. Lietuvos Respublikos Seimas. „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas“, 1994 m. m. liepos d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr>.
66. Ma, Yue, Chongbo Zhao, Yan Zhao, Jiahong Lu, Hong Jiang, Yanpei Cao, ir Yafang Xu. „Telemedicine Application in Patients with Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis“. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 22, nr. 1 (2022 m. gruodžio): 105. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01845-2>.
67. Melis, René, Alessandra Marengoni, Sara Angleman, ir Laura Fratiglioni. „Incidence and Predictors of Multimorbidity in the Elderly: A Population-Based Longitudinal Study“. Sudarė Angelo Scuteri. *PLoS ONE* 9, nr. 7 (2014 m. liepos 24 d.): e103120. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103120>.
68. Mirolla, Michael. *The Cost of Chronic Disease in Canada*. Canadian Electronic Library., 2004. <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>.
69. Morin, Suzanne N., Sidney Feldman, Larry Funnell, Lora Giangregorio, Sandra Kim, Heather McDonald-Blumer, Nancy Santesso, ir kt. „Clinical practice guideline for management of osteoporosis and fracture prevention in Canada: 2023 update“. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 195, nr. 39 (2023 m. spalio 10 d.): E1333–48. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221647>.
70. „NCD Noncommunicable Diseases Data Portal, Country Profile - Lithuania“. Žiūrėta 2024 m. vasario 9 d. <https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/LTU#mor1>.
71. „Non Communicable Diseases“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 8 d. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
72. „Noncommunicable Diseases“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases>.
73. OECD. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Health at a Glance. OECD, 2015. https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
74. *OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018*. OECD Reviews of Health Systems. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018. <https://doi.org/10.1787/9789264300873-en>.
75. Palmer, Katie, Alessandra Marengoni, Maria João Forjaz, Elena Jureviciene, Tiina Laatikainen, Federica Mammarella, Christiane Muth, ir kt. „Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS)“. *Health Policy, Integrated care for people living*

- with multimorbidity, 122, nr. 1 (2018 m. sausio 1 d.): 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>.
76. Phillips, Robert L., ir Andrew W. Bazemore. „Primary Care and Why It Matters for U.S. Health System Reform“. *Health Affairs (Project Hope)* 29, nr. 5 (2010 m. gegužės): 806–10. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0020>.
77. Piette, John D., K. C. Lun, Lincoln A. Moura, Hamish S. F. Fraser, Patricia N. Mechael, John Powell, ir Shariq R. Khoja. „Impacts of E-Health on the Outcomes of Care in Low- and Middle-Income Countries: Where Do We Go from Here?“ *Bulletin of the World Health Organization* 90, nr. 5 (2012 m. gegužės 1 d.): 365–72. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.099069>.
78. Savickaitė, Samanta, ir Alvydas Česas. „Atvejo vadybos taikymas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje kuriant personalizuotą onkologinių ligonių sveikatos priežiūrą“. *Visuomenės sveikata* 28, nr. 7 (2019 m. sausio 24 d.): 115–20. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2018.102>.
79. Seychell, Martin. „Towards better prevention and management of chronic diseases“. *European Commission, Health-EU newsletter 169 - Focus*, 2016 m. https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_en.htm.
80. Smith, Susan M, Emma Wallace, Tom O’Dowd, ir Martin Fortin. „Interventions for Improving Outcomes in Patients with Multimorbidity in Primary Care and Community Settings“. Sudarė Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016 m. kovo 15 d. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>.
81. Somani, Nadia Amin, Keiko Marshall, Hammad Durrani, Kun Tang, Roman Mogilevskii, ir Zulfiqar Bhutta. „Evaluation of Frameworks Demonstrating the Role of Private Sector in Non-Communicable Disease Management and Control: A Systematic Review and Thematic Synthesis“. *BMJ Open* 13, nr. 3 (2023 m. kovo 3 d.): e061370. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061370>.
82. Starfield, Barbara, Leiyu Shi, ir James Macinko. „Contribution of Primary Care to Health Systems and Health“. *The Milbank Quarterly* 83, nr. 3 (2005 m. rugsėjo): 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
83. „STRATA (2022). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis“. Vyriausybės strateginės analizės centras, 2022 m. <https://strata.gov.lt/wp-content/uploads/2024/01/20220629-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-teikimo-modelis.pdf>
84. „Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, grįsto kompetencijos centrų ir bendradarbiavimo modelių, vystymas“. LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2023 m. https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Tinklo%20reforma/Reformas%20Osantrauka.pdf.

85. „Sveikos gyvensenos specialistas | Lietuvos Profesijų Klasifikatorius“. Žiūrėta 2024 m. gegužės 9 d. <https://www.profesijuklasifikatorius.lt/NLPK-226310>.
86. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. „Apie PSDF biudžetą trumpai 2024 m.“ Žiūrėta 2024 m. balandžio 26 d. <https://my.visme.co/view/90pom4e8-apie-psdf-biudzeta-trumpai-2024-m>.
87. Wielechowski, Michał, ir Łukasz Grzęda. „Health care financing in the European Union countries - structure and changes“. *Acta Scientiarum Polonorum. Oeconomia* 19 (2020 m. kovo 15 d.): 71–80. <https://doi.org/10.22630/ASPE.2020.19.1.8>.
88. World Health Organization. „Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings“, 2010 m., 65. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44260/9789241598996_eng.pdf?sequence=1

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe vertinamas lėtinių neinfekcinių ligų valdymas pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Pirmajame skyriuje nagrinėjama lėtinių neinfekcinių ligų valdymo politika Europos Sąjungoje, plačiai analizuojami tarptautiniai lėtinių neinfekcinių ligų teoriniai valdymo aspektai. Antroje darbo dalyje nagrinėjamas lėtinių neinfekcinių ligų valdymo politikos įgyvendinimas Lietuvoje, analizuojami teisės aktai, reglamentuojantys lėtinių neinfekcinių ligų valdymą bei pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir finansavimo ypatumai. Trečiame skyriuje vertinamas sveikatos priežiūros specialistų požiūris į lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pasirinktoje pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Ketvirtajame skyriuje pateikiamas ir aprašomas teorinis lėtinių neinfekcinių ligų valdymo modelis pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje

Pagrindiniai raktiniai žodžiai: lėtinės neinfekcinės ligos, lėtinių neinfekcinių ligų valdymas, lėtinių neinfekcinių ligų politikos priemonės, pirminė asmens sveikatos priežiūra,.

SANTRAUKA

Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio šalių, lėtinių neinfekcinių ligų našta auga, todėl tampa vis svarbiau efektyviai valdyti šias ligas pirminėje sveikatos priežiūros lygmenyje, pagrindiniame kontakto taške. Efektyvesnis lėtinių neinfekcinių ligų valdymas pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje yra būtinas siekiant sumažinti šių ligų sukeltą mirtinumą ir negalią, taip pat gerinti pacientų gyvenimo kokybę.

Tyrimo objektas – Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo tikslas – įvertinti lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūroje reglamentuojančius teisės aktus.
2. Įvertinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.
3. Nustatyti pagrindines kliūtis, kylančias valdant lėtines neinfekcines ligas pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.
4. Parengti teorinį lėtinių neinfekcinių ligų valdymo modelį pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje

Darbo metodai: teisės aktų, dokumentų analizė; mokslinės literatūros analizė; kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūrizuoto interviu metodą.

Rezultatai. Tyrimas parodė, kad pirminė sveikatos priežiūros įstaiga susiduria su organizacinėmis ir finansinėmis kliūtimis valdant lėtines neinfekcines ligas, įskaitant specialistų trūkumą, per didelius darbo krūvius, ilgas eiles, per trumpą vizitams skirtą laiką ir nepakankamą informacinių sistemų integraciją. Nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų lėtinėms neinfekcinėms ligoms, finansavimas iš PSDF biudžeto vertinamas kaip nepakankamas, o tai riboja efektyvią lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę.

Išvados. Nepaisant to, kad pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra nemažai svarbių komponentų, reikalingų efektyviam lėtinių neinfekcinių ligų valdymui, specialistai padėti vertino nevienareikšmiškai. Būtina stiprinti šeimos gydytojo komandą, didinti specialistų skaičių, ilginti vizitų trukmę, gerinti bendradarbiavimą tarp specialistų, tobulinti vidinį pacientų srauto valdymą, vystyti ir automatizuoti IT sistemas. Įvertinta, kad reikalingas didesnio finansavimo poreikis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti bei prevencinėms programoms plėsti.

Darbo struktūra: Pirmajame skyriuje nagrinėjama lėtinių neinfekcinių ligų valdymo politika Europos Sąjungoje, plačiai analizuojami tarptautiniai lėtinių neinfekcinių ligų teoriniai valdymo aspektai. Antroje darbo dalyje nagrinėjamas lėtinių neinfekcinių ligų valdymo politikos įgyvendinimas Lietuvoje, analizuojami teisės aktai, reglamentuojantys lėtinių neinfekcinių ligų valdymą bei pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir finansavimo ypatumai. Trečiame skyriuje vertinamas sveikatos priežiūros specialistų požiūris į lėtinių neinfekcinių ligų valdymą pasirinktoje pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Ketvirtajame skyriuje pateikiamas ir aprašomas teorinis lėtinių neinfekcinių ligų valdymo modelis pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

SUMMARY

In Lithuania, as in many countries around the world, the burden of chronic non-communicable diseases (NCDs) is growing, making it increasingly important to manage these diseases effectively at the primary healthcare level, the main point of contact. More efficient management of chronic non-communicable diseases in primary healthcare institutions is essential to reduce the mortality and disability caused by these diseases and to improve patients' quality of life.

Object of the study: Management of chronic non-communicable diseases in primary health care institution.

Objective of the study: To evaluate the management of chronic non-communicable diseases in primary health care institution.

Study aims:

1. Analyze the legislation regulating the management of chronic non-communicable diseases in primary healthcare.
2. Evaluate healthcare professionals perspectives on the management of chronic non-communicable diseases in primary health care institution.
3. Identify the main obstacles encountered in managing chronic non-communicable diseases in primary health care institution.
4. Develop a theoretical model for the management of chronic non-communicable diseases in primary health care institution.

Methods of the Study: Analysis of legislation and documents; analysis of scientific literature; qualitative research using semi-structured interview method.

Results: The study showed that primary health care institution faces organizational and financial obstacles in managing chronic non-communicable diseases, including a shortage of specialists, excessive workloads, long queues, insufficient consultation time, and inadequate integration of information systems. It was found that funding for healthcare services for chronic non-communicable diseases from the Compulsory Health Insurance Fund budget is considered insufficient, limiting effective prevention and control of chronic non-communicable diseases.

Conclusions: Despite the presence of many important components necessary for effective management of chronic non-communicable diseases in primary personal healthcare institutions, specialists assessments of the situation were ambivalent. It is necessary to strengthen the family doctor's team, increase the number of specialists, extend consultation times, improve collaboration among specialists, refine internal patient flow management, and develop and automate IT systems. It was assessed that there is a need for increased funding to improve the accessibility of healthcare services and to expand preventive programs.

Structure of the study: The first chapter examines the management policy of chronic non-communicable diseases in the European Union, broadly analyzing the international theoretical aspects of chronic non-communicable disease management. The second part of the work examines the implementation of chronic non-communicable disease management policy in Lithuania, analyzes the legislation regulating the management of chronic non-communicable diseases, and the specifics of providing and financing primary health care services. The third chapter evaluates the perspective of health care professionals on the management of chronic non-communicable diseases in a selected primary personal health care institution. The fourth chapter presents and describes the theoretical model for the management of chronic non-communicable diseases in primary health care institution.

PRIEDAI

INFORMANTŲ INTERVIU KLAUSIMAI

I klausimų sritis: *Lėtinių neinfekcinių ligų valdymas poliklinikoje*

1. Kaip Jūs vertinate asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą pacientams, segantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, Jūsų poliklinikoje? Pateikite argumentus.
2. Kaip vertinate Jūsų poliklinikos išteklius, skirtus lėtinių neinfekcinių ligų diagnostikai ir kontrolei?
3. Kaip vertinate asmens sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai ir kontrolei pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, finansavimą iš PSDF biudžeto lėšų? Pateikite argumentus dėl:
 - a) prevencinių programų;
 - b) šeimos gydytojo profilaktikos paslaugų (pvz., gliukozės, cholesterolio tyrimai ir kt.);
 - c) kitų paslaugų.
4. Kokios priemonės yra taikomos Jūsų poliklinikoje, siekiant įtraukti pacientus į jų lėtinių neinfekcinių ligų valdymą?

II klausimų sritis: *Poliklinikoje kylančios kliūtys valdant lėtines neinfekcines ligas*

5. Su kokiomis pagrindinėmis problemomis (sunkumais) susiduriama Jūsų poliklinikoje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis? Kaip siūlytumėte šias problemas spręsti?
6. Kokios pagrindinės organizacinės kliūtys kyla teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, Jūsų poliklinikoje? Kaip siūlytumėte šias kliūtis šalinti?

III klausimų sritis: *Efektivumo didinimas valdant lėtines neinfekcines ligas poliklinikoje*

7. Pateikite siūlymus, kaip būtų galima gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, Jūsų poliklinikoje?
8. Kokius pokyčius reikėtų įgyvendinti Jūsų poliklinikoje, siekiant vystyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis?
9. Jūsų nuomone, kokios efektyvios priemonės, skirtos pacientų sveikatos priežiūrai, galėtų būti taikomos Jūsų poliklinikoje?