

## წინადადებები

სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ფარგლებში დაუზღვეველი მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების თაობაზე

### პრეამბულა

- ) უკანასკნელ წლებში სახელმწიფოს დაფინანსებით სამედიცინო დაზღვევით მოცული მოსახლეობის სწრაფი ზრდის მიუხედავად, საქართველოს მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის კვლავაც შეზღუდული რჩება ხელმისაწვდომობა ყველაზე აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებასთან მ.შ. პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებთან.
- ) ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზების (მ.შ. გულ-სისხლძარღვთა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ბავშვთა სასუნთქი გზების ინფექციები, ტუბერკულოზი, აივ/შიდსი, ტრავმატიზმი) გათვალისწინებით არსებითია პირველადი ჯანდაცვის სამსახურებთან შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. ამგვარად, მოხერხდება დაავადებათა დროული გამოვლენა, ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში მიმდინარე მეთვალყურეობის ორგანიზება და გვიანი გართულებებისა და მათი მკურნალობისთვის საჭირო ხარჯების თავიდან აცილება.
- ) დაზღვევის მინიმალური პაკეტი უნდა იძლეოდეს ამბულატორიულ პირობებში გავრცელებული დაავადებების პრევენციის, მათი სწორი დიფერენციული დიაგნოსტიკებისა და მიმდინარე მეთვალყურეობის ორგანიზების საშუალებას. პაკეტში უნდა შევიდეს ის სამედიცინო მომსახურება, რომლის ეფექტიანობა მეცნიერულად დასაბუთებული, ხოლო მისთვის გაწეული დანახარჯები გამართლებული იქნება. მომსახურების პაკეტი უნდა შედგეს სამედიცინო საჭიროებების მაქსიმალურად სწორად მოცვის მიზნით და არა იმისათვის, რომ უპასუხოს პაციენტის დაუსაბუთებელ სურვილსა და მოთხოვნას ამა თუ იმ გამოკვლევის ჩატარების თაობაზე.

სამუშაო ჯგუფმა განიხილა პაკეტის ორი ვარიანტი. იხილეთ ცხრილი #1

ცხრილი #1

**ვარიანტი 1**

ოჯახის ექიმის/ზოგადი პრაქტიკის ექთნის მომსახურება  
სპეციალისტები ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე  
სისხლის საერთო ანალიზი  
შარდის საერთო ანალიზი  
გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში  
ელექტროკარდიოგრაფია  
რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია  
მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია  
**გადაუდებელი ამბულატორია**

**კომენტარი -ვარიანტი #1**

მოიცავს პჯდ მომსახურებას, მეორეული დონის სპეციალიზებულ მომსახურებას შეზღუდვის გარეშე. ზოგადად მწირი მეცნიერული მტკიცებულებები არსებობს პაკეტში მითითებული რამდენიმე გამოკვლევის ეფექტიანობისა და ხარჯთეფექტურობის თაობაზე. მაგ. სისხლის საერთო ანალიზი, ასევე მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია. ამდენად, ამ გამოკვლევებში სახელმწიფო რესურსის გამოყენება ნაკლებად გამართლებულად უნდა ჩაითვალოს.

**ვარიანტი 2**

ოჯახის ექიმის მომსახურება / ზოგადი პრაქტიკის ექთნის მომსახურება  
გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში (გლუკომეტრით)  
შარდის საერთო ანალიზი (უროტესტით)  
საერთო ქოლესტეროლი (ტესტებით)  
განავალი ფარულ სისხლდენაზე (ფეკალური ოკულტური ტესტი)  
ჰემოგლობინის ტესტი  
ელექტროკარდიოგრაფია  
ოტოსკოპია, რინოსკოპია, ფარინგოსკოპია, პიკფლოუმეტრია, ოფთალმოსკოპია (გუგის გაგანიერების გარეშე), პულსოქსიმეტრია  
**მინიმალური პაკეტის ზემოთ ბაზისური ამბულატორიული მომსახურება**  
სისხლის საერთო ანალიზი (შესაფერის შემთხვევაში)

ლიპიდური პროფილი

გლუკოზის განსაზღვრა პლაზმაში

კრეატინინი

გორგლოვანი ფილტრაცია

სპირომეტრია

INR-ის განსაზღვრა

ფილტვების რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია

**გადაუდებელი ამბულატორია**

## კომენტარები-ვარიანტი #2

- ) შემოთავაზებული პაკეტი მოიცავს ჩარევებს, რომელთა ეფექტიანობა და ხარჯთეფექტიანობა დასაბუთებულია მაღალი დონის მტკიცებულებებით (იხილეთ ცხრილი #4 და ცხრილი #5)
- ) შემოთავაზებული პაკეტი ფოკუსირებულია იმ დაავადებების, მათი გართულებების და რისკ-ფაქტორების პრევენციასა და მართვაზე, რომელთაც დიდი წვლილი შეაქვთ ჩვენს ქვეყანაში ავადობის და სიკვდილიანობის ძირითად სტრუქტურაში (იხ. ცხრილი #4). შესაბამისად, მოწოდებული სერვისები ზეგავლენას ახდენს ქვეყნის მოსახლეობის უდიდეს ნაწილზე;
- ) საქართველოში, სიკვდილობის 80%-მდე არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის. მომავალი 10 წლისათვის, მოსალოდნელია არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის გლობალური ზრდა კიდევ 17%-ით. აღნიშნული დაავადებებით ავადობის და სიკვდილობის უდიდესი წილი 70 წელზე ნაკლები ასაკის მოსახლეობაში აღინიშნება. შესაბამისად, ამ ასაკის პოპულაციაში დაავადებების და მათი თავიდან აცილების ღონისძიებები მეტად მნიშვნელოვანია და დიდწილად ეფექტურია/ხარჯთეფექტურია;
- ) დიდია დანახარჯები გავრცელებულ დაავადებათა და მათი გართულებების მკურნალობაზე; მაგალითად, მხოლოდ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ინსულტის და დიაბეტის სამედიცინო დახმარებაზე გაწეული ხარჯები დაბალი და საშუალოშემოსავლიანი ქვეყნების მთლიანი შიდა პროდუქტის 1-5%-ს შეადგენენ [14]. შესაბამისად, გავრცელებული დაავადებების ეფექტური პირველადი და მეორეული პრევენცია ამბულატორიულ დონეზე არა მხოლოდ მოსახლეობის უკეთესი ჯანმრთელობის და კეთილსაიმედო კლინიკური გამოსავლების, არამედ ჰოსპიტალურ დონეზე და პაციენტთა ქრონიკულ მოვლაზე ხარჯების დაზოგვის უმნიშვნელოვანესი საწინდარია (იხილეთ ცხრილი #4)

შემოთავაზებული პაკეტით განსაზღვრული მომსახურების მიწოდება უმთავრესად განხორციელდება პჯდ გუნდის მიერ (ოჯახის ექიმი/ექთნის). აღნიშნული შეამცირებს სამედიცინო მომსახურების ფრაგმენტულობას, გაზრდის დაავადების მართვის თანმიმდევრულობას, უწყვეტობას და ადამიანური თუ ფინანსური რესურსების რაციონალური გამოყენების შესაძლებლობას.

## მომსახურების ორგანიზების პრინციპები

1. პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება უნდა აკმაყოფილებდეს გარკვეულ კრიტერიუმებს, მათ შორის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია:
  - (ა) გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა მოსარგებლეთა დიდი უმრავლესობისთვის;
  - (ბ) იძლეოდეს ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველყოფის გარანტიას. ამისთვის საჭირო იქნება სპეციფიკური ინდიკატორების შემუშავება (მ.შ. მოთხოვნა სამედიცინო პერსონალზე, ინფრასტრუქტურაზე და სხვ) და პროგრამის მონაწილეთა შერჩევისას მათი შესაძლებლობების შეფასება ამ კრიტერიუმების გათვალისწინებით;
  - (გ) პროგრამაში მონაწილეობისთვის უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ოჯახის ექიმებით დაკომპლექტებულ სამედიცინო დაწესებულებებს, თუმცა ასეთის არარსებობის შემთხვევაში, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპების დაცვით, დასაშვებია თერაპევტებისა და უბნის პედიატრების მონაწილეობა (2013 წლის ბოლომდე).
2. პროგრამის მოსარგებლე გათვალისწინებულ ნებისმიერ მომსახურებას მიიღებს მხოლოდ ოჯახის ექიმის (პჯდ ექიმის) მიმართვის საფუძველზე. ამგვარად, პჯდ ექიმი ასრულებს პირველი კონტაქტის ადგილისა და „კარიბჭის“ ფუნქციას.
3. პროგრამის ფარგლებში ერთ ექიმსა და ექთანზე ბენეფიციარების რაოდენობა შეადგენს 2000 კაცს.
4. ხარჯების გაანგარიშება ემყარება დაშვებას, რომ პროგრამა უპირატესად განხორციელდება ჯგუფური 5 და მეტი გუნდისგან შემდგარი დაწესებულებების მიერ, რაც ხარჯების გაზიარების საშუალებას იძლევა და ერთ სულზე დანახარჯს ამცირებს.

## ამბულატორიული სერვისების გაანგარიშება 2013 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში სათანადო სახსრების გათვალისწინების მიზნით

1. ხარჯების გაანგარიშება მოხდა სპეციალური მეთოდოლოგიის გამოყენებით (ხარჯების ყოვლისმომცველი მოდელი ე.წ. „ქვევიდან ზევით“).
2. მოდელი შეიცავს *არაპირდაპირ ხარჯებს* (ამორტიზაციას და არამორტიზებულ ინვესტიციებს), *პერიოდულ ხარჯებს* (სარემონტო-საექსპლოატაციო, კომუნალური მომსახურების, დამხმარე სამსახურების, სამედიცინო და საოფისე მასალების, საკომუნიკაციო და საწვავის ხარჯები) და *პერსონალის ხარჯებს* (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის ხელფასები, სწავლების ხარჯები, აუცილებელი პროფესიული ლიტერატურის შეძენის ხარჯები). *ცვლადი ხარჯების წილი* წარმოადგენს ერთეულის ხარჯის გაანგარიშებულ პროცენტულ წილს, რომელიც დამოკიდებულია უტილიზაციაზე.
3. ხარჯებში მნიშვნელოვანი პარამეტრია პჯდ გუნდის დარიცხული ხელფასი.
4. შესაძლოა გამოყენებული იქნას ასაკობრივი და სოციალური დარეგულირების კოეფიციენტები.
5. ლაბორატორიული სერვისების ანაზღაურების უმარტივესი გზაა მათი შეტანა პჯდ პრაქტიკის კაპიტაციის კოეფიციენტში, თუ ლაბორატორია წარმოადგენს პჯდ დაწესებულების ორგანიზაციული სტრუქტურის შემადგენელ ნაწილს. ასეთ შემთხვევაში, ყველა ლაბორატორიული მიმართვა და, შესაბამისი, საინფორმაციო და ფინანსური საკითხები წყდება პრაქტიკის შიგნით. თუ პჯდ პრაქტიკას უხდება პაციენტების მიმართვა დაწესებულების გარეთ ლაბორატორიული კვლევებისათვის, ამ შემთხვევაში ფინანსური საკითხები შეიძლება გადაიჭრას მომსახურებაზე გადახდის პრინციპით, ან კაპიტაციური ანაზღაურებით, თუ მოცული მოცულობა შეიძლება ნათლად განისაზღვროს.
6. მომსახურების იმ სახეებზე ანაზღაურება, რომელიც არ შედის ბაზისურ პაკეტში, ხდება პაციენტის ჯიბიდან გადახდის საფუძველზე.

7. პჯდ დაწესებულებებისათვის ხარჯების ყოვლისმომცველი მეთოდით გაანგარიშების საფუძველზე სრული ოპტიმიზაციის პირობებში პჯდ ბაზისური პაკეტის ღირებულებაა, რაც გულისხმობს პჯდ გუნდის თავისუფალ ხელმისაწვდომობას ნებისმიერი პრევენციული/კურაციული ვიზიტების ფარგლებში და ლაბორატორიული კვლევებს ტესტ-ჩხირებით, რომელსაც არ ესაჭიროება დამატებითი ლაბორატორიული შტატები (ინფრასტრუქტურის შესანარჩუნებლად აუცილებლად განსახილველია საკუთრების ფორმიდან და მფლობელობიდან გამომდინარე, ბაზის სარგებლობისა და ამორტიზაციის ანაზღაურების ხარჯების დაფარვის საკითხიც). პაციენტს უფლება აქვს მოითხოვოს ოჯახის ექიმის ბინაზე ვიზიტი იმ შემთხვევაში, თუ მას ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესების რისკის გარეშე არ შესწევს უნარი მიაღწიოს პჯდ დაწესებულებას. ამ შემთხვევაში პაციენტი იხდის ფიქსირებულ თანხას.

**ვარიანტი 1.**

წარმოდგენილი გაანგარიშება მოიცავს მინიმუმ 5-გუნდიან საოჯახო მედიცინის ცენტრის ხარჯებს (სადაც ოჯახის ექიმის საშუალო თვიური ხელფასი შეადგენს 600 ლარს, ზოგადი პრაქტიკის ექთნის - 360 ლარს, სხვა პერსონალის მაგ.: 0.5 გენერალური მენეჯერი - 360ლ, 0.5 პრაქტიკის მენეჯერი - 262 ლ, 0.5 საინფორმაციო მენეჯერი - 168ლ, სტატისტიკოსი, საინფორმაციო, მიმღების, საფინანსო, დამლაგებელი, დარაჯი და ა.შ.).

ცხრილი #2

დასახელება	ხარჯი ლარებში 5 გუნდზე წლის განმავლობაში	ხარჯი ლარებში 1 გუნდზე წლის განმავლობაში	ხარჯი ლარებში 1 გუნდზე 1 თვის განმავლობაში
პერსონალის ხარჯი (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი)	127880.00	25576.00	2131
არაპირდაპირი ხარჯი და მიმდინარე ხარჯი	145256.00	29051.00	2421
სულ, თვითღირებულება	273136.00	54628.00	4552
მოგება 10%	27314.00	5463.00	455
სულ, ფასი	300450.00	60090.00	5008
<b>Per capita</b>	<b>2.50 ლარი ყოველთვიურად</b>		

ცხრილში წარმოდგენილია პერსონალის ხარჯის სხვადასხვა პარამეტრები – პერსონალის ხარჯების ზრდა იწვევს **Per capita** ყოველთვიური ხარჯის გაზრდას 2.50 ლარიდან 2,78 ან 3.23 ლარამდე

ცხრილი #3

დასახელება	1 გუნდზე 1 თვეში გაწეული ხარჯი ლარებში ექიმის ხელფასი - 600 ლ ექთნის - 360 ლ შესაბამისად დაბალია სხვა პერსონალის ხარჯიც	1 გუნდზე 1 თვეში გაწეული ხარჯი ლარებში, როდესაც პერსონალის ხელფასი იზრდება მ.შ. ექიმის ხელფასი - 720 ლ ექთნის - 480 ლ	1 გუნდზე 1 თვეში გაწეული ხარჯი ლარებში, როდესაც პერსონალის ხელფასი იზრდება მ.შ. ექიმის ხელფასი- 1000 ლ ექთნის - 720 ლ
პერსონალის ხარჯი (სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი)	2131	2628	3450
არაპირდაპირი ხარჯი და მიმდინარე ხარჯი	2420	2420	2420
სულ, თვითღირებულება	4552	5048	5870
მოგება 10%	455	505	588
სულ, ფასი	5008	5553	6458
<b>Per capita ყოველთვიური ხარჯი</b>	<b>2.50</b>	<b>2.78</b>	<b>3.23</b>

**5 გუნდიანი პრაქტიკის წლიური ხარჯების სტრუქტურა**

ღონისძიება	წლიური ხარჯი	თვიური ხარჯი	1 გუნდი საშუალო თვიური ხარჯი
შენობები Premises			
საოფისე აღჭურვილობა Office equipment			
სამედიცინო აღჭურვილობა Medical equipment			
ტრანსპორტი, გენერატორი, მაცივრები და სხვ. Vehicles, generators, refrigerators			
კომუნიკაცია, კომპიუტერიზაცია Communication, computing			
<b>არაპირდაპირი ხარჯი (ამორტიზაცია და არამორტიზებადი ინვესტიციები) Non-recurrent costs</b>			
შენახვის ხარჯი Maintenance			
საოფისე მასალები Office supplies			
სამედიცინო მარაგები Medical supplies			
ტრანსპორტის, გენერატორის საწვავის ხარჯი Vehicles, generators fuel consumption			
კომუნიკაციის ხარჯი Communication costs			
კომუნალური ხარჯი Utilities costs			
სერვისების (მეტროლოგია, სამედიცინო სერვისი და სხვ.) Services (calibration, metrology, etc.)			
<b>მიმდინარე ხარჯი Recurrent costs</b>			
სამედიცინო პერსონალის ხარჯი Medical personal costs			
არასამედიცინო პერსონალის ხარჯი Non/medical personal costs			
სხვა ხარჯი (სამედიცინო ლიტერატურა და სხვ.) Other personal costs			
<b>პერსონალის ხარჯი Personal costs</b>			
<b>სულ, ხარჯი Total Costs</b>			
<b>მოგება 10% Profit 10%</b>			
სულ ღირებულება			
1 თვეში 1 სულ მოსახლეზე			

**უნივერსალური მინიმალური პაკეტის ზემოთ დასაფინანსებელი ბაზისური ამბულატორიული მომსახურების პაკეტის ღირებულება**

**ვარიანტი 1.**

დასაზღვევი პაციენტების რაოდენობა (6-60 ქალი; 6- 65 მამაკაცი)	<b>1000</b>		
სამედიცინომომსახურებისსახე	პროგნოზი	სამუალოღირებულება ლარებში	წლისგანმავლობაში
ექოსკოპია	250	20	5,000.00 Lari
სპეციალისტები (ოკულისტი, ლარინგოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ქირურგი)	200	20	4,000.00 Lari
სისხლისსაერთო	250	8	2,000.00 Lari
რენტგენი	100	20	2,000.00 Lari
<b>ხარჯი წლის განმავლობაში</b>			<b>13,000.00 Lari</b>
<b>ერთსულზეყოველთვიურად</b>			<b>1.08 Lari</b>

შენიშვნა: პროგნოზი გაკეთებულია ასაკობრივ ჭრილში მერიის მიერ დაზღვეული კონტიგენტის სამედიცინო მომსახურების მონაცემების შესწავლის საფუძველზე.

**ვარიანტი 2.**

დასაზღვევი პაციენტების რაოდენობა	<b>1000</b>		
სამედიცინო მომსახურების სახე	პროგნოზი	სამუალო ღირებულება ლარებში	წლის განმავლობაში
ექოსკოპია	0	20	0.00 Lari
სპეციალისტები (ოკულისტი, ლარინგოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ქირურგი)	0	20	0.00 Lari
სისხლისსაერთო	0	8	0.00 Lari
ფილტვების რენტგენოლოგიური კვლევა	100	20	2,000.00 Lari
ლიპიდურიპროფილი	150	12	1,800.00 Lari
კრეტინინი	100	10	1,000.00 Lari
გორგლოვანი ფილტრაცია	50	10	500.00 Lari
გლუკოზის განსაზღვრა ვენურსისხლში (პლაზმაში)	200	8	1,600.00 Lari
სპირომეტრია	65	25	1,625.00 Lari
<b>სულ</b>			<b>8525.00 Lari</b>
<b>Per capita</b> თვეში			<b>0.71 Lari</b>



## შემდგომი ნაბიჯები

1. სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის, ქსელის ოპტიმიზაციისა და ხარისხის უზრუნველსაყოფად საკონკურსო პირობების შემუშავება
2. უნივერსალური პაკეტის მომსახურების პაკეტის უნიფიცირება (მიუხედავად შემსყიდველის სტატუსისა) და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობისა და არჩევანის უფლების გათვალისწინებით ოჯახის ექიმთან დარეგისტრირებული მოსახლეობის ერთიანი სიების ფორმირება.
3. სახელმწიფო პროგრამის შემუშავება და ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის ამუშავება (სხვადასხვა ინსტრუმენტებისა და ინდიკატორების - მოცვის მაჩვენებლების, უტილიზაციისა და სხვ.), გაიდლაინების/პრიორიტეტული რეკომენდაციების დანერგვისა და შეფასების სისტემის ჩამოყალიბება და სხვ.

დანართი #			
ცხრილი# 4 გავრცელებული დაავადებებისა და მათი გამომწვევი რისკ-ფაქტორების სკრინინგის, მოდიფიცირებისა და მართვის პრაქტიკის ხარჯთეფექტურობა პჯდ დონეზე			
გავრცელებული რისკ-ფაქტორები და დაავადებები საქართველოში	დაავადებებისა და რისკ-ფაქტორების გავრცელება	ინტერვენცია/ჩარევა პჯდ დონეზე	ეფექტურობა/ხარჯთეფექტურობა
რისკ-ფაქტორები	მოსახლეოს 94%		
<b>ქცევითი</b>			
თამბაქო	მამაკაცი 51.1% ქალი 4% (პოპულ) (9)	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა სკრინინგი და ხანმოკლე კონსულტირება პჯდ დონეზე	გსდ შედარებითი რისკის შემცირება <sup>1</sup> 36%-ით (4) US\$500-614 /DALY (კაცი/ქალი) დამატებითსიცოცხლის წელი 0.18 -0.24 (კაცი/ქალი)
ალკოჰოლის მოხმარება	მამაკაცი 59.4% ქალი 23,4% (პოპულ) (9)	ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებელთა კონსულტირება პჯდ დონეზე	642 US\$/DALY (8)
ჰიპოდინამია	21.6% (პოპულ) (9)	რეგულარული ფიზიკური აქტივობა	გსდ შედარებითი რისკის შემცირება 30% (5)
<b>ფიზიოლოგიური</b>			
ჰიპერტენზია	33.4% (პოპულ) (9) პრევალენტობა 100000 : 4333 (2010 წ). ინსულტისმიზეზია 60%-ში (1)	ჰიპერტენზიის სკრინინგი და მართვა პჯდ დონეზე	ჰიპერტენზიანი პაციენტის სისტოლური ა/წ შემცირება 140 mmHg 28–44% ამცირებს ინსულტის და 20–35%, _ ინფარქტის რისკს. ჰიპერტენზიანი პაციენტებში, 20 mmHg სისტოლური წნევის შემცირება ანახევრებს სიკვდილობის რისკს (3) დიეტა, სისტოლური წნევის 5mmHg შემცირებით გსდ შედარებით რისკს ამცირებს 18% (6)
ჭარბი წონა სიმსუქნე	56.4%; 25.1% (9)		წონის შემცირება 3 კგ-ით ამცირებს გსდ შედარებით რისკს 10%-ით
ჰიპერქოლესტეროლემია	18.1% (პოპულ) (9)	სტატინების გამოყენება მაღალი გსდ 10 წლიანი რისკის პაციენტებში	გსდ 10 წლიანი რისკი 20%: \$21571/ YLS გსდ 10 წლიანი რისკი 30%: \$16862/ YLS
შაქრიანი დიაბეტი	ჰიპერგლიკემია 20.9% (პოპულ) (9); 1599.1/100.000 (2010 წ)	მაღალი რისკის პირების სკრინინგი არადიაგნოსტირებულ შაქრიან დიაბეტზე (8)	3870 US\$/QALY
		(+) პაციენტების ყოველწლიური სკრინინგი მიკროალბუმინურიაზე და	3310 US\$/QALY

<sup>1</sup>შედარებითი რისკის ცვლილების მონაცემები წარმოდგენილია ევროპის რეგიონის პოპულაციაზე

		მკურნალობა (8)	
		ჯანდალი ცხოვრების წესის კონსულტირება მეორე ტიპის დიაბეტის დროს	60 US\$/QALY
		ოპტიმალური გლიკემიის კონტროლი (8)	1810 US\$/QALY (SSA)
		ქოლესტეროლის გაზომვა (8)	3330 US\$/QALY (SSA)
		თამბაქოს მოწევის სკრინინგი, კონსულტირება და მედიკამენტური თერაპია (8)	660 US\$/QALY (SSA)
		ACE წნევის კონტროლისათვის (8)	620 US\$/QALY (EAP)
ფქოდი	სიკვდილობის <u>0.9%</u>	საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების მიღება	14, 400-215,000US\$/QALY (მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების მონაცემებით) (8)
ასთმა	სიკვდილობის <u>საერთო მიზეზთა 0.5%</u>	ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების რეგულარულ მიღებასთან ერთად	10,600-13900US\$/QALY (მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების მონაცემებით) (8)
გსდ (ინფარქტი, ინსულტი)	პრევალენტობა/ 100.000 <b>გოდ</b> 1993.7 <b>ცერებროვასკ</b> 333,7 <b>სიკვდილობის საერთო მიზეზთა %</b>	<b>პირველადი პრევენცია</b> მაღალი გსდ 10 წლიანი რისკის პაციენტებში (>20-25%) (მულტიმედიკამენტური მკურნალობა: ასპირინი, სტატინი და ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა)	) სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლიობის გაზრდა 2 წლით (12) მსოფლიო ბანკის 6 რეგიონის განვითარებად ქვეყნებში (შშ ევროპაში) >25% გსდ 10 წლიანი რისკის პაციენტებში; ICER US\$746–890/QALY (12) >5% გსდ 10 წლიანი რისკის პაციენტებში: ICER \$1039–1221/QALY (12)
	<b>გოდ</b> 40% <b>ცერებროვასკ</b> 26% <sup>2</sup>	<b>მეორეული პრევენცია</b> (ასპირინი, ბეტა-ბლოკერი, აგფ-ინჰიბიტორი და სტატინი)	
<b>სიმსივნეები</b>			
ძუძუს კიბო	სიკვდილობის საერთო მიზეზთა 3%	ყოველწლიური კლინიკური გასინჯვა პჯდ ექიმის მიერ	522-722 US\$/YLS (8)
		მამოგრაფია	2459-14790 US\$/YLS (8)
საშვილოსნოს ყელის კიბო	სიკვდილობის საერთო მიზეზთა 1%	პაპ-ციტოლოგია	331 US\$/YLS d) (8)
კოლორექტალური სიმსივნე	სიკვდილობის საერთო მიზეზთა 1%	განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, წლიურად	\$43,000-56,000 US\$/LYG (10)

<sup>2</sup>სიკვდილობის მონაცემები ემყარება WHO Health for All მონაცემებს

ცხრილი #5

პირველად ჯანდაცვაში ესენციური, მტკიცებულებზე დაფუძნებული ინტერვენციები, მტკიცებულების კატეგორიის მითითებით

<b>პირველად ჯანდაცვაში ესენციური, მტკიცებულებზე დაფუძნებული ინტერვენციები WHO მიხედვით</b>	
<b>გულის შეტევისა და ინსულტის პირველადი პრევენცია</b>	
]	თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა (I დონე) რეგულარული ფიზიკური აქტივობა 30 წთ დღეში (I დონე), მარილის მოხმარების შემცირება <5გ დღეში (I დონე) დღეში 400 გ ხილი და ბოსტნეული (II დონე )
]	ასპირინი, სტატინი და ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები >30% 10 წლიანი კარდიოვასკულულური რისკის შემთხვევაში (I დონე)
]	ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები როცა არტერიული წნევა 160/100მმ ვწყ სვ
]	ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები როცა არტერიული წნევა მუდმივად აჭარბებს 140/90 მმ ვწყ სვ და 10 წლიანი კარდიოვასკულური რისკი >20% ხოლო არტერიული წნევის შეცირება ვერ ხერხდება ცხოვრების წესის რეგულირებით (I დონე)
<b>მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი</b>	
]	ასპირინი
<b>მეორადი პრევენცია (მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომი პერიოდი)</b>	
]	თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა (I დონე ) ჯანსაღი კვება და რეგულარული ფიზიკური აქტივობა (II დონე)
]	ასპირინი, ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი, ბეტა-ბლოკერი, სტატინი (I დონე )
<b>მეორადი პრევენცია (ინსულტის შემდგომი პერიოდი)</b>	
]	თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა, ჯანსაღი კვება და რეგულარული ფიზიკური აქტივობა (II დონე )
]	ასპირინი, ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი ( დაბალი დოზით თიაზიდი, აფგ ინჰიბიტორი ) და სტატინი (I დონე )
<b>მეორადი პრევენცია (გულის რევმატიული დაავადება)</b>	
]	ანტიბიოტიკებით რეგულარული მკურნალობა სტრეპტოკოკური ფარინგიტისა და მორეციდივე მწვავე რევმატიული ცხელების პრევენციის მიზნით (I დონე)
<b>პირველი ტიპის დიაბეტი</b>	
]	ინსულინის ყოველდღიური ინექცია
<b>მეორე ტიპის დიაბეტი</b>	
]	თუ გლუკოზის დონე არ რეგულირდება, პერორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტები, ოპტიმალური წონის შენარჩუნება და რეგულარული ფიზიკური აქტივობა (I დონე )
]	მეტფორმინი ჭარბი წონის პაციენტებისთვის (I დონე)
]	თუ გლუკოზის დონე არ რეგულირდება სხვა ანტიჰიპერგლიკემიური მედიკამენტის დანიშვნა მეტფორმინთან ერთად
]	დიაბეტისა და >20% 10 წლიანი კარდიოვასკულური რისკის მქონე პაციენტებში კარდიოვასკულური რისკის შემცირება ასპირინის, აფგ ინჰიბიტორისა და სტატინის მეშვეობით (I დონე )
<b>თირკმლის ქრონიკული დაავადების პროგრესის პრევენცია</b>	
]	გლუკოზის ოპტიმალური დონის კონტროლი პირველი და მეორე ტიპის დიაბეტის მქონე პაციენტებში (I დონე)
]	მუდმივი ალბუმინურიის შემთხვევაში აფგ ინჰიბიტორი
<b>დიაბეტური რეტინოპათიის პროგრესის პრევენცია</b>	
]	რეფერალი სკრინინგისა და შეფასება დიაბეტური რეტინოპათიის ლაზერული მკურნალობისთვის (I დონე)
]	გლუკოზის ოპტიმალური კონტროლი (I დონე) და არტერიული წნევის კონტროლი (I დონე)
<b>ნეიროპათიის პროგრესის პრევენცია</b>	
]	გლუკოზის ოპტიმალური კონტროლი (I დონე)
<b>ბრონქული ასთმა</b>	
]	სიმპტომების შემსუბუქება: ორალური ან საინჰალაციო, ხანმოკლე მოქმედების ბეტა 2 აგონისტები

(I დონე)
საინჰალაციო სტეროიდები საშუალო და მძიმე ასთმის დროს გამწვავებების სიმძიმის და სიხშირის შემცირების, ასთმით გამოწვეული სიკვდილობისა და ფილტვის ფუნქციის გაუმჯობესების მიზნით
<b>ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამწვავების და დაავადების პროგრესირების პრევენცია</b>
ფქოდით დაავადებულ პაციენტებში თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა (I დონე)
ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები (II დონე)
საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები, როცა FEV1 < სავარაუდოს 50%-ზე
ხანგრძლივი მოქმედების ბრონქოდილატატორები პაციენტებისთვის, რომლებსაც ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორების მიღების შემდეგაც აღენიშნებათ სიმპტომები (I დონე)
<b>სიმსივნე</b>
სიმსივნის ნიშნების გამოვლენა და დიაგნოზის დადასტურებისთვის შემდგომ დონეზე რეფერალი (III დონე)
<i>* მტკიცებულების კატეგორია: I დონე = მეტა-ანალიზი ან რანდომიზირებული კონტროლირებული კვლევების სისტემური მიმოხილვა, II დონე = შემთხვევა-კონტროლის კვლევა ან კოჰორტული კვლევა ან ასეთი კვლევების სისტემური ანალიზი, III დონე = შემთხვევათა სერიები, შემთხვევათა შესახებ ანგარიშები, IV დონე = ექსპერტთა მოსაზრება</i>

## შემოკლებები

YLS: Years of Life Saved

LYG: Life years Gained

DALY Disability Adjusted Life years

QALY Quality Adjusted Life Years

ICER: Incremental Cost-effectiveness ratio

## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. 'Evidence based strategy for stroke services, Primary prevention report', 2001; [www.nichsa.com/html/worddoc/primary.doc](http://www.nichsa.com/html/worddoc/primary.doc)
2. The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults, NICE, 2011
3. 'Reducing the burden: tackling hypertension', [www.fphm.org.uk/policy\\_communication/downloads/publications/toolkits/hypertension/B.pdf](http://www.fphm.org.uk/policy_communication/downloads/publications/toolkits/hypertension/B.pdf)
4. Critchley JA, Capewell S (2003) Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. Journal of the American medical association 290:86 - 97
5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu T et al. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. The Lancet 364: 937–52
6. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala N, et al. (2009) Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta analysis of prospective studies. BMJ 339:b4567
7. Franco M, Ordunez P, Caballero B et al. (2007) Impact of energy intake, physical activity, and population-wide weight loss on cardiovascular disease and diabetes mortality in Cuba, 1980–2005. American Journal of Epidemiology 166: 1374–80
8. Essential Package of Non-communicable disease Interventions for Primary HEALTH Care in Low-Resource Settings, WHO, 2010
9. რისკ-ფაქტორების კვლევასაქართველოში, 2010

10. Lansdorp I. et al Cost-effectiveness of Colorectal Cancer Screening , Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center, , 2011
11. Franco O et al: Primary Prevention of cardiovascular Disease: cost-effectiveness comparison: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17234019>
12. Gaziano T. et al Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2365896/>
13. Franco O. et al: Cost effectiveness of statins in coronary heart disease; Epidemiol Community Health. 2005 November; 59(11): 927–933 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732951/>
14. Preventing chronic diseases a vital investment. Geneva, World Health Organization, 2005.