

თენგიზ ვერულავა*

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა: პრობლემები და გადაწყვეტივის გზები

I. შესავალი

სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობაა. სამედიცინო მომსახურებაზე ადეკვატური ხელმისაწვდომობის ნაკლებობას განიცდის მილიონობით ადამიანი მსოფლიოში, მათ შორის, საქართველოში.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ბარიერის ორი სახე არსებობს: ფინანსური და არაფინანსური. ფინანსურ ბარიერებს განეკუთვნება გადახდისუნარიანობა, ხოლო არაფინანსურს – სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულებების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, კულტურული და ენობრივი ხელმისაწვდომობა, შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების დროულად მიღება. ჩამოთვლილ სახეებს შორის ყველაზე ხშირად გამოყოფენ ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას. სახელმწიფოს უმთავრესი ამოცანაა სწორედ ეფექტიან სამედიცინო მომსახურებაზე თანაბარი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები: სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა (ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების ბენეფიციარები, ინდივიდუალური ან დამქირავებლის მიერ დაზღვეული პირები) პროცენტული წილი მთლიან მოსახლეობაში; მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა, რომელიც ფინანსური მიზეზების გამო უარს ამბობს საბაზისო სამედიცინო ინტერვენციებზე მაშინ, როდესაც არსებობს ამის საჭიროება; ერთ სულ მოსახლეზე კერძო ჯანდაცვითი დანახარჯების ოდენობა მომსახურების ტიპის მიხედვით. სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ინდიკატორები: მოსახლეობის პროცენტული

* კავკასიის უნივერსიტეტის პროფესორი, tverulava@cu.edu.ge <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

ნილი, რომელსაც ჩვეულებრივი სამგზავრო საშუალებებით შეუძლია სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლა; დაწესებულებათა ნილი, სადაც ექიმი იმყოფება სულ მცირე 5 დღე კვირაში. მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ზრდის კომპონენტში გაითვალისწინება: მოსახლეობის მიერ მედიკამენტებზე გადახდილი თანხების პროცენტული ნილი მათ ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში; კონსულტაციების პროცენტული ნილი, როდესაც მედიკამენტების დაინიშნა, მაგრამ ისინი არ შეუძენიათ სიძვირის გამო; მედიკამენტების საშუალო ფასნამატის მარჟა.

2013 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, მაგრამ ფინანსური რისკებისაგან თანაბარი დაცვა ისევე სერიოზულ პრობლემად რჩება. ნაშრომის მიზანია სწორედ ჯანდაცვაზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული იმ პრობლემების ანალიზი, რაც განსაკუთრებული აქტუალობით გამოირჩევა.

II. სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ბარიერები

ჯანდაცვაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობას მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა¹. დაზღვევა, როგორც სოციალური, ასევე ნებაყოფლობითი, განიხილება როგორც ჯანდაცვაზე მოულოდნელი, კატასტროფული დანახარჯებისაგან დაცვის საშუალება.

2006 წელს საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა კონცეფცია, რომლის მიხედვითაც, სახელმწიფო იღებდა სოციალურად ყველაზე დაუცველი ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობას. მომდევნო წლებში მას დაემატა სახელმწიფო მოხელეთა ცალკეული კატეგორიების (მაგ., მასწავლებლები, სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები, სამხედრო პირები) სადაზღვევო მოცვა.

2012 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში ჩართული იყო 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვები, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალები და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცები (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები.

¹ ვერულავა თ, ჯორბენაძე რ., ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, როგორც ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია?, ჟურნ. „ეკონომიკა და ბიზნესი“, ტ. 12, N4, 2020, 34-48.

2013 წლის 28 თებერვლამდე საქართველოში დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობა შეზღუდული იყო და მოიცავდა შემდეგ პროგრამებს: სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა; კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირების სამედიცინო დაზღვევა; შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ხანდაზმულთა სახლების ბენეფიციარების და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევა; სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურიატების ჯანმრთელობის დაზღვევა; სკოლა-პანსიონების ბენეფიციარები; პედაგოგები; რესურს-ცენტრების თანამშრომლები; აფხაზეთის ა/რ-ის ოკუპირებულ ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები მოსახლეობა; სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარები; საპენსიო ასაკის პირები; 6 წლამდე ასაკის ბავშვები; პირველი ჯგუფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები; შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები; სტუდენტები.

წლიდან წლამდე იზრდებოდა სამედიცინო დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით მოცული მოსახლეობის რაოდენობა. 2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მხოლოდ 4.1% იყო მოცული, 2008 წელს იგი 17%-მდე გაიზარდა, ხოლო 2012 წლისთვის 37.9%-ს მიაღწია. თუ ამას დავუმატებთ ჯანმრთელობის კერძო და კორპორაციული დაზღვევით მოცულ პირებს (362 663 პირი), მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1 981 123 ადამიანი (50,8%).

ცხრილი 1: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა და სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა პროცენტული წილი ქვეყნის მთელ მოსახლეობასთან მიმართებით (სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტოს“ მონაცემებზე დაყრდნობით)

მეფია	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა წილი	4.1	17.1	20.6	20.3	20.2	37.9
სულ სამედიცინო სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა წილი	6	23.2	29.9	33.8	32.4	50.8

სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების გაფართოების მიუხედავად, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა და ხშირ შემთხვევაში, ვერ ახერხებდნენ ექიმთან საკუთარი სახსრებით მისვლას. პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის ფარგლებში 6-დან 60 წლამდე ასაკის ყველა იმ ადამიანს, რომელსაც მანამდე არანაირი სამედიცინო დაზღვევა არ ჰქონდა, მინიმალური სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურების – გეგმური და გადაუდებელი ამბულატორიული და გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობის – საშუალება მიეცა; საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლე გახდა 2 300 000 ბენეფიციარი. 2013 წლის პირველი ივლისიდან კი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაემატა პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი დახმარების პროგრამების გეგმური სერვისებიც. პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა.

დღეისათვის საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით. ყველაზე მაღალი შემოსავლის მქონე ოჯახები (რომლებიც იღებენ 40 000 ლარზე მეტს ან 12 300 აშშ დოლარს წელიწადში) 2017 წლიდან მოხსნილი არიან საყოველთაო ჯანდაცვის შეღავათებიდან, მაგრამ მათ მაინც აქვთ გარკვეულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა ვერტიკალური პროგრამების საშუალებით. სავარაუდოდ, ისინი შეიძენენ კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევას. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართვის დასაშვებობა და დასაფარი თანადაფინანსების დონე ეფუძნება იმ ადამიანების შემოსავლებს, ვისაც არ გააჩნია კერძო დაზღვევა. აგრეთვე არსებობს 23 ეროვნული ჯანმრთელობის ვერტიკალური პროგრამა, რაც მოიცავს მთლიანი მოსახლეობის დაავადებების ან მკურნალობის საჭიროებებს.

თანადაფინანსების დონე განისაზღვრება პრიორიტეტული დაჯგუფების, შემოსავლის, ასაკის ან სხვა კრიტერიუმების მიხედვით. შემოსავლების მიხედვით ძირითადი პრიორიტეტული ჯგუფი მოიცავს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მცხოვრებ ოჯახებს. სხვა პრიორიტეტული ჯგუფები არიან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები, ზრუნვის ქვეშ მყოფი ბავშვები, სტუდენტები, პენსიონერები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ვეტერანები, იძულებით გადაადგილებული პირები, მასწავლებლები და სახალხო არტისტები (ლაურეატები). სიღარიბის ზღვარს ქვე-

მთ მცხოვრები ოჯახები და ვეტერანები (2020 წელს მოსახლეობის დაახლოებით 12%) გათავისუფლებულნი არიან სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსებისგან, მაგრამ ამბულატორიული მედიკამენტების მათი ხარჯის მხოლოდ 50% იფარება, თუ საქმე არ ეხება კონკრეტულ ქრონიკულ მდგომარეობას. შედარებით მაღალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებს, რომლებიც კვლავ აკმაყოფილებენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის კრიტერიუმებს (2020 წელს მოსახლეობის 41%), ეძლევათ უფასო ვიზიტები ოჯახის ექიმებთან პირველადი ჯანდაცვის, გადაუდებელი ინტენსიური თერაპიისა და მშობიარობის სფეროში, მაგრამ ისინი სრულად იხდიან სპეციალისტებთან ვიზიტისა და ამბულატორიული მედიკამენტების ხარჯებს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ერთადერთი სარგებელი, რომელიც ხელმისაწვდომია ყველაზე მაღალშემოსავლიანი 1%-ისთვის, მიუხედავად კერძო დაზღვევის სტატუსისა, არის მშობიარობა (100% დაფარული) და ინფექციური დაავადებების მკურნალობა (80% დაფარული).

ცხრილი 2: ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოცული პირები, 2020

კატეგორიები	დაზღვეულთა რაოდენობა	ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევის მქონე პირთა წილი (%)
სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული კერძო დაზღვევის მქონე პირები (მაგ., სამხედრო მოსამსახურეები)	151 476	35
ნებაყოფლობითი კერძო დაზღვევის მქონე პირები (ჯგუფური ან ინდივიდუალური), რომლებზეც არ ვრცელდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეღავათები	240 827	55
ნებაყოფლობითი კერძო დაზღვევის მქონე პირები, რომლებზეც ასევე ვრცელდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეღავათები	45 999	10
სულ	438 302	100

არსებობს ზღვარი, თუ რა თანხას დაფარავს მთავრობა. 2022 წლამდე, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების მოდელის დანერგვამდე, არ არსებობდა ზედა ზღვრის შეზღუდვები პაციენტების მიერ გადახდილ გადასახადებსა და იმ ფასებზე, რასაც საავადმყოფოები აკისრებენ პაციენტებს. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების პირების მიერ პირადი დანახარჯები კვლავ მაღალი რჩებოდა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდეგ სახელმწიფოს მიერ დაწესდა ზედა ზღვრის შეზღუდვები პაციენტების მიერ გადახდილ გადასახადებზე, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტების კერძო დანახარჯები. თუმცა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის დანერგვის შემდეგ გარკვეულ სერვისებზე, მაგალითად, ონკო-ჰემატოლოგიურ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდის ზემო ზღვარი საპენსიო ასაკის პირებისათვის საკმაოდ დიდი თანხაა, რაც ამცირებს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. მიზანშეწონილია აღნიშნულ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდების გადახედვა.²

III. დაზღვევა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა

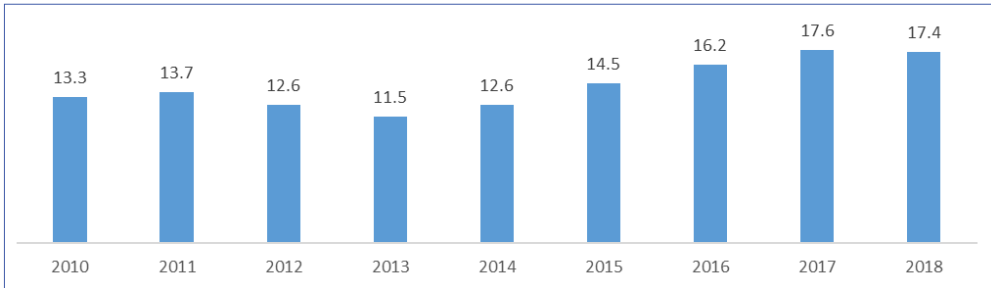
სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეფასდეს იმის მიხედვით, თუ რამდენჯერ იყენებს პიროვნება სამედიცინო მომსახურების სერვისებს. ამისათვის შეისწავლიან ექიმთან ვიზიტების სიხშირის მონაცემებს, საავადმყოფოში გატარებული საწოლ-დღეებისა და განუხლები პრევენციული ღონისძიებების რაოდენობას. გარდა ამისა, ხელმისაწვდომობა შეიძლება შევაფასოთ საჭიროებისას სამედიცინო მომსახურებით მიღების შესაძლებლობით.³

კვლევები ადასტურებს, რომ, დაზღვეულებთან შედარებით დაუზღვეველი პირები ნაკლებად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას და აქვთ უარესი ჯანმრთელობის შედეგები. დაუზღვეველი მოზრდილების 24%-მა მოსალოდნელი ხარჯების გამო გადადო სამედიცინო მომსახურება და ხოლო 30%-მა ვერ შეძლო

² ვარდუკაძე მ., ვერულავა თ., საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ, ჟურნ. „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“, ტ. 7, N2, 2023, 56-67.

³ ვერულავა თ., ჯანდაცვის პოლიტიკა, თბილისი, 2023, 128-137; ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა., ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში, ჟურნ. „ეკონომისტი“, ტ. 18, N3, 2022, 84-98.

დიაგრამა 1: შინამეურნეობების წილი, რომლებმაც ჯანდაცვაზე ჯიბიდან კატასტროფული დანახარჯები განიეს (2010-2018) (წყარო: ჯანმოს ანგარიში: რამდენად შეუძლიათ ადამიანებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის დაფარვა? 2021)



საჭირო სამედიცინო მომსახურების მიღება მაღალი ხარჯების გამო,⁴ დაზღვეულებთან შედარებით, დაუზღვეველი პირების ჰოსპიტალიზაცია ხდება სიცოცხლისთვის საშიშ გვიან ეტაპებზე.

აშშ-ში დაუზღვეველებს შორის უფრო მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს და ძუძუს კიბოს მაჩვენებლები, რაც დაკავშირებულია კიბოს სკრინინგზე ნაკლებ წვდომასთან. დაუზღვეველ პირებს აქვთ ჰიპერტენზიის, დიაბეტის და მომატებული ქოლესტერინის უფრო მაღალი მაჩვენებელი, ვიდრე დაზღვევის მქონე ადამიანებს.⁵ გარდა ამისა, დაუზღვეველ პირებში უფრო მაღალია სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.⁶

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედებამ ხელი შეუწყო სამედიცინო სერვისების მოხმარების ზრდას. 2013-2020 წწ-ში გაიზარდა როგორც ამბულატორიულ (33%), ისე სტაციონარული სერვისების მოხმარება (40%). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წელს თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება და ანალიზი (საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, 2014).

⁴ Kaiser Family Foundation, Key Facts about the Uninsured Population, December 2018.
⁵ Wilper A.P., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U., Hypertension, Diabetes, and Elevated Cholesterol among Insured and Uninsured U.S. Adults, Health Affairs, Vol. 28, No. 6, 2009, 134-148.
⁶ Woolhandler S., Himmelstein D.U., The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly?, Annals of Internal Medicine, Vol. 167, No. 6, 2017, 97-112.

ჩატარებული გამოკითხვის მიხედვით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობა. გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა.

ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე მეტყველებს მოხმარების ზრდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ. მაგალითად, ამბულატორიული სერვისების გამოყენება თითქმის გაორმაგდა: 2,1 ვიზიტიდან ერთ სულ მოსახლეზე 2012 წელს 4.0 ვიზიტამდე 2019 წელს. ჯანმრთელობის, მოხმარებისა და ხარჯების უახლესი კვლევის შედეგები (HUES) აჩვენებს, რომ ადამიანების 82%-მა მიმართა ჯანდაცვის პროვაიდერებს 2017 წელს ავადმყოფობისას, 2010 წელს კი – მხოლოდ 75%-მა და 2014 წელს – 79%-მა. დაუკმაყოფილებელი საჭიროებების შემცირება განსაკუთრებით ძლიერი იყო იმ შემოსავლების ჯგუფებისთვის, რომლებიც დაუზღვეველი იყვნენ 2013 წლამდე (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამდე), ხოლო 2014 და 2017 წლებში სოფლებსა და ქალაქებში მცხოვრებ ადამიანებს შორის უთანასწორობა შემცირდა; თუმცა ბოლო წლებში მოსახლეობის მიერ გადახდილი თანხები მნიშვნელოვნად იზრდება და კატასტროფული დანახარჯების წილი 2013 წლიდან 2018-მდე 11.5%-დან 17.4%-მდე გაიზარდა; ეს ხარჯები კი განსაკუთრებულ ტვირთად მოსახლეობის უღარიბეს კვინტილს აწვება.⁷

IV. მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა ხარისხიან სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. მედიკამენტებზე დანახარჯების წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში 40%-ს აღწევს (შედარებისათვის, ევროკავშირის ქვეყნებში ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯი დაახლოებით 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს). აღნიშნული

⁷ Goginashvili, K., Nadareishvili M., Habicht T., Can people Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Georgia (No. 9789289055802), World Health Organization, Regional Office for Europe, 2021, 23-35.

მძიმე ტვირთად აწევს მოსახლეობას. მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯების უმთავრეს მიზეზებია: მედიკამენტების არარაციონალური დანიშვნის პრაქტიკა, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენება, რეცეპტურის არასაკმარისი გამოყენება, პაციენტთა მიერ თვითმკურნალობა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ფინანსური ლიმიტი, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგი.⁸

მედიკამენტებზე მაღალ დანახარჯებს განაპირობებს მედიკამენტების არარაციონალური დანიშვნა. მკურნალობის დანიშვნისას ექიმები უპირატესობას ანიჭებენ ძირადღირებული ორიგინალი ბრენდებით მკურნალობას და შედარებით ნაკლებად იყენებენ გენერიკული დასახელების დაბალფასიან მედიკამენტებს. გენერიკული დასახელების მედიკამენტების დანიშვნის დაბალ დონეზე გავლენას ახდენს ის გარემოებაც, რომ დაბალია ასეთი სახის მედიკამენტებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა.⁹

2009 წლის სექტემბერში მთავრობამ განახორციელა „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ კანონის ლიბერალიზაცია, რის შედეგად შესაძლებელი გახდა პარალელური იმპორტი და გამარტივდა იმ ფარმაცევტული პროდუქტის რეგისტრაცია, რომელიც წარმოებულია და/ან დარეგისტრირებულია ევროკავშირისა და ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის ქვეყნებში, აშშ-ში, კანადაში, იაპონიასა და სხვა ქვეყნებში. საქართველოს ბაზარზე ფარმაცევტული პროდუქტის დაშვება ხდება სახელმწიფო რეგისტრაციის აღიარებითი რეჟიმით ან სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმით. მოიხსნა ფარმაცევტული პრეპარატების ბაზარზე შესვლის ბარიერები, ბაზარი გახდა თავისუფალი და კონკურენტუნარიანი ადგილობრივი და უცხოური ფარმაცევტული ინდუსტრიისთვის. იმ ფარმაცევტულ პროდუქტებზე, რომელიც უკვე რეგისტრირებულია საქართველოს ბაზარზე და შემოდის განსხვავებული მარკირებით, მოქმედებს მხოლოდ შეტყობინების რეჟიმი. კვლევები ადასტურებს, რომ შემცირდა ფასნამატის მოცულობები, თუმცა საქართველოში მედიკამენტების ფასნამატი მაინც უფრო მაღალი რჩება ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით.

⁸ ვერულავა თ., ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის, ჟურნ. „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“, N3, 2019, 56-68.

⁹ მასიუკოვიჩი ნ., ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში, ჟურნ. „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“, ტ. 7, N1, 2023, 45-58.

მედიკამენტების რაციონალურად დანიშვნის პრაქტიკაზე მსჯელობისას მნიშვნელოვანია, თუ რამდენს შეადგენს ექიმის მიერ ერთდროულად დანიშნულ მედიკამენტთა საშუალო რაოდენობა. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, ექიმები უმეტეს შემთხვევაში (51%) ნიშნავენ 3 და მეტ მედიკამენტს, შედარებით ნაკლებად 1 (25%) და 2 (24%) მედიკამენტს. მოსახლეობის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო და ფარმაცევტული სფეროების სუსტი რეგულირება. მკურნალობისთვის მედიკამენტების შერჩევისას ექიმების 34% ყველაზე მეტად ეყრდნობა ფარმაცევტული კომპანიების მიერ მონოდებულ საინფორმაციო მასალებს.¹⁰

კვლევების თანახმად, მოსახლეობის მაღალრიკიანი ჯგუფებისთვის, განსაკუთრებით, საპენსიო ასაკის ბენეფიციარებისთვის, პრობლემურია მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა; ისინი ოჯახის უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შეძენას (36,6%), ასევე შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების დაბალ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას (22,8%), ბენეფიციართა ნაწილი (32,8 %) ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტს სიძვირის გამო ვერ ყიდულობს.¹¹

V. ჯანმრთელობის დაზღვევა და ჯანმრთელობის შედეგები

დაუზღვეველ ადამიანებს, დაზღვეულებთან შედარებით, აქვთ ჯანმრთელობის არაადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა. დაუზღვეველ ადამიანებში უფრო ხშირია სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებების დიაგნოსტიკა და გვიანებულ სტადიებზე, ან მათი ჰოსპიტალიზაცია ჯანმრთელობის შედარებით მძიმე მდგომარეობაში.¹²

ჰიპერტენზიით, საშვილოსნოს ყელის სიმსივნით დაავადებულთა მაღალი მაჩვენებელი, აგრეთვე ძუძუს კიბოს მოგვიანებით სტადიებზე დიაგნოსტიკა

¹⁰ საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, მედიკამენტების დანიშვნის პრაქტიკა საქართველოში (2013), 2014, <[http://insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/Physician%20Prescription%20Practices%20\(2013\).pdf](http://insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/Physician%20Prescription%20Practices%20(2013).pdf)> [01.12.2024]

¹¹ Verulava T., Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (Country). HealthMED, Vol. 8, No. 9, 2014, 56-72.

¹² Zhao J., Han X., Nogueira L., Fedewa S.A., Jemal A., Halpern M.T., Yabroff K.R., Health Insurance Status and Cancer Stage at Diagnosis and Survival in the United States, CA: A Cancer Journal for Clinicians, Vol. 72, No. 6, 2022, 112-123.

უფრო მეტად აღინიშნება დაუზღვეველ პირებში, ვიდრე დაზღვეულებში, რაც გამოწვეულია იმით, რომ დაუზღვეველი ადამიანები უფრო ნაკლებად ახდენენ სისხლის წნევის მონიტორინგს, იშვიათად იტარებენ საშვილოსნოს ყელის და მკერდის დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებს.¹³

დაუზღვეველ ადამიანებში უფრო ხშირად აღინიშნება სიკვდილიანობის უფრო მაღალი დონე, ვიდრე დაზღვეულ პირებში. ადამიანის ჯანმრთელობაზე მოქმედი სხვა ფაქტორების (მაგ., ასაკი, სქესი, განათლება, სიგარეტის მოწევა და სხვ.) გათვალისწინებით დადგინდა, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის არქონა სიკვდილიანობის რისკს ზრდიდა 25%-ით¹⁴.

VI. არასრული დაზღვევა

სამედიცინო დაზღვევა არ იძლევა სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის სრულ გარანტიას. ბევრ ადამიანს აქვს არასრული დაზღვევა, ანუ მათი ჯანმრთელობის დაზღვევა ლიმიტირებულია, რაც გარკვეულ გავლენას ახდენს საჭირო სერვისებზე ხელმისაწვდომობაზე.

აშშ-ში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, სამედიცინო დაზღვევა ხშირ შემთხვევაში არ ფარავს მძიმე ავადმყოფობის ძირითად ხარჯებს.¹⁵ დაბალი ან საშუალო შემოსავლების მქონე პირთათვის სამედიცინო მომსახურებაზე დაწესებული თანაგადახდები შეიძლება იყოს მნიშვნელოვანი ფინანსური პრობლემა. მოხუცთა ბევრი ოჯახი ცხოვრების დანაზოგს ხარჯავს ქრონიკული დაავადებების მკურნალობაზე, შინმოვლის სერვისებზე.

ჯანდაცვის ხარჯებში პაციენტის თანამონაწილეობა, ერთი მხრივ, ამცირებს დაუსაბუთებელი სამედიცინო მომსახურების რაოდენობას, მეორე მხრივ, საჭირო ამბულატორიული სერვისების რაოდენობას და შესაბამისად, ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას, განსაკუთრებით ღარიბებში.

¹³ Fu S., Rose L., Knowlton L., The Affordable Care Act and Insurance Status, Stage, and Timely Treatment Among Patients With Cancer: What Are the Possible Effects?, JAMA Network Open, Vol. 3, No. 2, 2020.

¹⁴ Kronick R., Health Insurance Coverage and Mortality Revisited, Health Services Research, Vol. 44, No. 4, 2009, 1211.

¹⁵ Seifert R.W., Rukavina M., Bankruptcy Is the Tip of a Medical-debt Iceberg, Health Affairs Web Exclusive, 2006.

VIII. ჯანდაცვის არაფინანსური ბარიერები

ჯანდაცვის არაფინანსური ბარიერები მოიცავს საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას; ასევე, პაციენტებს და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ენის, განათლების, კულტურული განსხვავებების გენდერული და რასის ფაქტორების გამო წვდომის უუნარობას.

სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა გულისხმობს მგზავრობის ჩვეული საშუალებებით სამედიცინო დაწესებულებამდე 30 წუთის განმავლობაში მისვლის შესაძლებლობას. სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა სახელმწიფოს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრიორიტეტია.

საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედების შემდეგ კიდევ უფრო გაიზარდა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. 100 000 მოსახლე და მეტი რიცხოვნობის დასახლებულ პუნქტებში უახლოეს მესამე ამბულატორიასთან მისასვლელად საშუალოდ 4 წუთია, პატარა ქალაქებში (<10 000 მოსახლე) 24 წუთამდე გაიზარდა¹⁶. 2010 წელს საქართველოს მოსახლეობის 85.5% აღნიშნავდა სამედიცინო დაწესებულებებთან წვდომას მათი საცხოვრებელი ადგილიდან 30 წუთის მანძილზე, ხოლო 2019 წლის ივლისში ეს მაჩვენებელი 90%-მდე გაიზარდა.¹⁷

საბაზისო სერვისებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის შესაფასებლად გამოიყენება სამედიცინო მომსახურების განევის ადგილზე ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარების შესაძლებლობა. ჩატარებული კვლევის მიხედვით, როგორც ქალაქად, ისე სოფლად მცხოვრები პაციენტების 80%-ზე მეტს შეეძლო ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარება იმავე დაწესებულებაში, რომელსაც მიმართა ბოლო კონსულტაციისათვის. აღნიშნული მიგვანიშნებს, რომ მოსახლეობისათვის საბაზისო სამედიცინო სერვისები ფიზიკურად ხელმისაწვდომია.¹⁸

¹⁶ სამედიცინო ბაზარი საქართველოში, მისი სტრუქტურა და სტრუქტურიდან გამომდინარე შედეგები. ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრის XV ტალღა, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, 2022.

¹⁷ ეროვნული დემოკრატიული ინსტიტუტი (NDI), საზოგადოებრივი განწყობის კვლევა, 2019, <<https://www.ndi.org/sites/default/files/NDI%20Georgia%20-%20Poll%20-%20August%202020%20-%20GEO%20-%20Final.pdf>> [01.12.2024]

¹⁸ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2009, <https://issuu.com/georgianpolitics3/docs/2009_shepaseba_jand-sistemis-angar> [01.12.2024]

ჯანდაცვის არაფინანსურ ბარიერია სამედიცინო მომსახურებაზე ოპერატიული ხელმისაწვდომობა. იგი გულისხმობს საჭიროების შემთხვევაში ექიმების მიერ პაციენტების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის შესაძლებლობას. აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, პაციენტები ხშირად ვერ ახერხებენ ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნას, რის გამოც საჭირო სამედიცინო მომსახურების მისაღებად მიმართავენ გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურებს. კვლევის მიხედვით, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების სამსახურებში განხორციელებული ვიზიტების 53% არ იყო გადაუდებელი და მოიცავდა ისეთ პაციენტებს, რომლებმაც სამედიცინო მომსახურების ძიებაში ვერ შეძლეს ოჯახის ექიმთან ვიზიტის დანიშვნა.¹⁹

სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობაზე გავლენას ახდენენ სქესობრივი თავისებურებები. ჩატარებული კვლევები მონიშნავენ, რომ ექიმი ქალები უფრო მეტად არიან პაციენტზე ორიენტირებულნი და უფრო მეტ დროს უთმობენ თავიანთ პაციენტებს, ვიდრე მამრობითი სქესის ექიმები.²⁰

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე გავლენას ახდენენ ეთნიკური თავისებურებები. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, კალიფორნიის გადაუდებელი დახმარების ცენტრში, ლათინოამერიკელი პაციენტების 55%-მა, რომელთაც აღენიშნებოდათ კიდურების მოტეხილობა, ვერ მიიღეს ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები, მათი ეთნიკური სტატუსის გამო.²¹ აფროამერიკელი პაციენტებიც შედარებით ნაკლებად ღებულობენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, ვიდრე თეთრკანიანები. აშშ-ში ეთნიკური უმცირესობები უფრო მეტად არიან დაუზღვეველები და აქვთ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა. კვლევების მიხედვით, აფროამერიკელები, ლათინოამერიკელები ღებულობენ დაბალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას, ვიდრე თეთრკანიანი ამერიკელები, ხოლო ისეთ უბნებში, სადაც უფრო მეტად აფროამერიკელები და ლათინოამერიკელები ბინადრობენ, ბევრად ნაკლები პრაქტიკოსი ექიმი ეწევა სამედიცინო მომსახურებას.²²

¹⁹ Cunningham P., May J., Insured Americans Drive Surge in Emergency Department Visits, Center for Studying Health System Change Issue Brief, October 2003, <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14577417/>> [01.12.2024]

²⁰ Roter D.L., Hall J.A., Physician Gender and Patient-centered Communication, Annual Review of Public Health, Vol. 25, No. 1, 2004, 497-519.

²¹ Todd K.H., Deaton C., D'Adamo A.P.D., Goe L., Ethnicity and Analgesic Practice, Annals of Emergency Medicine, Vol. 35, No. 1, 11-26.

²² King T.E., Wheeler M.B., Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients, New York, 2007, 128-135.

IX. დასკვნა

სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა არის საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობა. სახელმწიფოს მთავარი ამოცანაა ეფექტური სამედიცინო სერვისების თანაბარი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად გაიზარდა სამედიცინო სერვისების ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე მეტყველებს მოხმარების ზრდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ. მიუხედავად აღნიშნულისა, ფინანსური რისკებისაგან თანაბარი დაცვა ისევ სერიოზულ პრობლემად რჩება. მოსახლეობის მაღალრისკიანი ჯგუფებისთვის, განსაკუთრებით, საპენსიო ასაკის ბენეფიციარებისთვის, პრობლემურია მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების მოდელის დანერგვის შემდეგ სახელმწიფოს მიერ დაწესდა ზედა ზღვრის შეზღუდვები პაციენტების მიერ გადახდილ გადასახადებზე, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტების კერძო დანახარჯები. თუმცა დიგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მოდელის დანერგვის შემდეგ გარკვეულ სერვისებზე დაწესებული თანაგადახდის ზემო ზღვარი საკმაოდ დიდი თანხაა, რაც ამცირებს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

გამოყენებული სამეცნიერო ლიტერატურა

- ვარდუკაძე მ., ვერულავა თ., საპენსიო ასაკის პირების ფინანსური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელ ონკო-ჰემატოლოგიურ მომსახურებაზე DRG მოდელის დანერგვის შემდეგ, ჟურნ. „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“, ტ. 7, N2, 2023 [varduk'adze m., verulava t., sap'ensio asak'is p'irebis pinansuri khelmisats'vdomoba gadaudebel onk'o-hemat'ologiuir momsakhureobaze DRG modelis danergvis shemdeg, zhurn. „jandatsvis p'olit'ik'a, ek'onomik'a da sotsiologia“, t'. 7, N2, 2023]
- ვერულავა თ., ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის, ჟურნ. „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“, N3, 2019 [verulava t., ambulat'oriuli medik'ament'ebis pinansuri khelmisats'vdomoba khandazmultatvis, zhurn. „jandatsvis p'olit'ik'a, ek'onomik'a da sotsiologia“, N3, 2019]
- ვერულავა თ., ჯანდაცვის პოლიტიკა, თბილისი, 2023 [verulava t., jandatsvis p'olit'ik'a, tbilisi, 2023]
- ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა., ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმა საქართველოში, ჟურნ. „ეკონომისტი“, ტ. 18, N3, 2022 [verulava t., jorbenadze a., hosp'it'aluri sekt'oris reporma sakartveloshi, zhurn. „ek'onomist'i“, t'. 18, N3, 2022]

- ვერულავა თ., ჯორბენაძე რ., ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობა, როგორც ფუნდამენტური უფლება თუ პრივილეგია?, ჟურნ. „ეკონომიკა და ბიზნესი“, ტ. 12, N4, 2020 [verulava t., jorbenadze r., jandatsvaze khelmisats'vdomoba, rogorcs pundament'uri upleba tu p'rivilegia?, zhurn. „ek'onomik'a da biznesi“, t'. 12, N4, 2020]
- მასიუკოვიჩი ნ., ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება დასავლეთ ბალკანეთის ქვეყნებში, ჟურნ. „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“, ტ. 7, N1, 2023 [masiuk'ovichi n., parmatsevt'uli bazris regulireba dasavlet balk'anetis kveq'nebshi, zhurn. „jandatsvis p'olit'ik'a, ek'onomik'a da sotsiologia“, t'. 7, N1, 2023]
- Cunningham P., May J., Insured Americans Drive Surge in Emergency Department Visits, Center for Studying Health System Change Issue Brief, October 2003, <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14577417/>> [01.12.2024]
- Fu S., Rose L., Knowlton L., The Affordable Care Act and Insurance Status, Stage, and Timely Treatment Among Patients With Cancer: What Are the Possible Effects?, JAMA Network Open, Vol. 3, No. 2, 2020
- Goginashvili, K., Nadareishvili M., Habicht T., Can people Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Georgia (No. 9789289055802), World Health Organization, Regional Office for Europe, 2021
- Kaiser Family Foundation, Key Facts about the Uninsured Population, December 2018
- King T.E., Wheeler M.B., Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients, New York, 2007
- Kronick R., Health Insurance Coverage and Mortality Revisited, Health Services Research, Vol. 44, No. 4, 2009
- Roter D.L., Hall J.A., Physician Gender and Patient-centered Communication, Annual Review of Public Health, Vol. 25, No. 1, 2004
- Seifert R.W., Rukavina M., Bankruptcy Is the Tip of a Medical-debt Iceberg, Health Affairs Web Exclusive, 2006
- Todd K.H., Deaton C., D'Adamo A.P.D., Goe L., Ethnicity and Analgesic Practice, Annals of Emergency Medicine, Vol. 35, No. 1
- Verulava T., Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (Country), HealthMED, Vol. 8, No. 9, 2014
- Wilper A.P., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U., Hypertension, Diabetes, and Elevated Cholesterol among Insured and Uninsured U.S. Adults, Health Affairs, Vol. 28, No. 6, 2009
- Woolhandler S., Himmelstein D.U., The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly?, Annals of Internal Medicine, Vol. 167, No. 6, 2017
- Zhao J., Han X., Nogueira L., Fedewa S.A., Jemal A., Halpern M.T., Yabroff K.R., Health Insurance Status and Cancer Stage at Diagnosis and Survival in the United States, CA: A Cancer Journal for Clinicians, Vol. 72, No. 6, 2022

Tengiz Verulava*

ACCESEBILITY OF MEDICAL SERVICES: ISSUES AND POTENTIAL SOLUTIONS

Abstract

Access to medical services is the ability to receive medical services when needed. Millions of people in the world, including Georgia, suffer from inadequate access to medical services. Access barriers to medical services are categorized into two types: financial and non-financial. Financial barriers primarily include solvency. Non-financial barriers include geographical accessibility of medical personnel and institutions, cultural and linguistic accessibility, and timely receipt of relevant medical services for those who need them. Among these types, financial and geographical accessibility are most frequently identified as primary challenges.

The main task of the state is to ensure equal geographic and financial access to effective medical services. Since 2013, as a result of the implementation of the universal healthcare program, financial access to medical services has increased in Georgia; however, equal protection from financial risks remains a serious problem. The aim of this paper is to analyze the problems related to financial access to healthcare, which are particularly relevant in the current context.

Keywords: Accessibility to Medical Services, Financial Access to Health Care, Medical Services.

* Professor at Caucasus University, tverulava@cu.edu.ge <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>