



ეკონომისტი



ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პაატა გუგუშვილის სახელობის ეკონომიკის ინსტიტუტის რეცენზირებადი, ბეჭდურ-ელექტრონული, საერთაშორისო სამეცნიერო-ანალიტიკური ჟურნალი

თენგიზ ვერულავა. ამბულატორიული მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა ხანდაზმულთათვის

რეზიუმე

ხანდაზმულები, ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, განკუთვნიებიან ერთ-ერთ მაღალრისკიან ჯგუფს. საქართველოში პენსიონერები მოცულა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო სოციალურად დაუცველი ქრონიკული ავადმყოფებისათვის დამატებით მოქმედებს მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა. კვლევის მიზანია ხანდაზმულთათვის მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შეფასება. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 700 პენსიონრის გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. რესპოდენტთა უმრავლესობა ერთდროულად იყენებს სამზე მეტ მედიკამენტს(54%), რომელსაც იღებს ოჯახის ექიმთან მიმართვის გარეშე (57%) და ეწევა თვითმკურნალობას (37%), რისთვისაც თვეში ხარჯავს 51-75 ლარს(39%). მედიკამენტებზე საშუალო ხარჯი შეადგენს 72 ლარს, რაც პენსიონრის პერსონალური შემოსავლის 33%-ია. რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები ისევ მაღალია. პენსიონერთა 29% თვეში ჯიბიდან იხდის 51-75 ლარს. მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს 56 ლარს, რაც პენსიონრის პერსონალური შემოსავლის 25%-ია. გამოკითხულთა საკმაო ნაწილმა მთავარ პრობლემად მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები დასახელა (26%). თითქმის მესამედმა (31%) სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა. უმეტესობამ (64%) არაფერი იცოდა იმის თაობაზე, რომ სახელმწიფო ანაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების ხარჯებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერთათვის. ხანდაზმულთა მიერ მედიკამენტების შეძენა ოჯახის ექიმის გარეშე, აჩვენებს მათ არარაციონალურ არჩევანს საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემის მოსაგვარებლად. 2017 წელს ამოქმედებულმა სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ გარკვეულწილად შეამსუბუქა ხანდაზმულების, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა. თუმცა, რესპოდენტები უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შეძენას. დაბალია დაზვევულთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. ამგვარად, მიუხედავად იმისა, რომ გაუმჯობესდა სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, მედიკამენტებზე დანახარჯები მძიმე ტვირთად აწევა იმ ხანდაზმულთა შემოსავლებს, რომლებიც არ არიან სოციალურად დაუცველები. მიზანშეწონილია, ქრონიკული დაავადებების მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ, სოციალურად დაუცველების გარდა, მოიცვას საპენსიო ასაკის ქრონიკული ავადმყოფებიც, რადგან პროგრამით მოუცველ პენსიონერთათვის მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები, არაიშვიათად, ძალზე მაღალია და შესაძლოა, მათი გალატაკების მიზეზი გახდეს.

საკვანძო სიტყვები: ხანდაზმულები, პერსონალური შემოსავლები, მედიკამენტებზე დანახარჯები, მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

შესავალი

საქართველოში, ისევე როგორც ბევრ ქვეყნებში, შეინიშნება მოსახლეობის დაბერება, ანუ მოსახლეობაში ხანდაზმული ასაკის პირების წილის ზრდა. 1989 წელს ხანდაზმულთა - 65 წლისა და უფროსი ასაკის წილი საქართველოს მთლიან მოსახლეობაში შეადგენდა 8,8 პროცენტს, ხოლო 2014 წელს - 14,3 პროცენტს[სუსე, 2018]. გაეროს პროგნოზის თანახმად, 65 წლისა და უფროსი ასაკის პირების წილი მთლიან მოსახლეობაში მიაღწევს 18,9 პროცენტს 2030 წელს და ეს მაჩვენებელი 25,3 პროცენტამდე გაიზრდება 2050 წლისათვის[ბრუნი, ჭითანავა, 2018].

მოსახლეობის დაბერებასთან ერთად, საქართველოში სულ უფრო მკვიდრდება დასავლური ცხოვრების სტილი. ამ ცვლილებების შედეგად, წლიდან წლამდე იზრდება იმ ხანდაზმულთა წილი, რომლებიც ცხოვრობენ მარტო ან მხოლოდ მეუღლესთან ერთად. 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის 32,9% ცხოვრობს დამოუკიდებლად: ან მეუღლესთან ერთად(16,6%)ან მარტო (16,3%). იგივე ასაკის მოსახლეობის 35,6% მეუღლის გარეშე ცხოვრობს, კერძოდ, ეს კატეგორია ან არასდროს ყოფილა ქორწინებაში, ან, ხშირ შემთხვევაში ქვრივია და ცხოვრობს 65 წლამდე ასაკის ოჯახის წევრებთან -უმეტეს შემთხვევაში, შვილებთან ერთად. დარჩენილი 31,5% ძირითადად არიან ხანდაზმული წყვილები, რომლებიც ცხოვრობენ მათზე ახალგაზრდა თაობის წარმომადგენლებთან ერთად[ბრუნი, ჭითანავა, 2018]. კვლევები ადასტურებენ, რომ საცხოვრებელი პირობები, კერძოდ, მარტო ცხოვრება, ხელს უწყობს ჯანმრთელობის დაბალ თვითშეფასებას და შეზღუდული შესაძლებლობებისა და დეპრესიის მაღალ დონეს ხანდაზმულ ქრონიკულ ავადმყოფებში [Fortinet al. 2010; Do & Malhotra 2012; Dong at al. 2010].

ხანდაზმულებში მედიკამენტების მოხმარების ზრდა იწვევს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას [Morganat al. 2004; Thomas at al. 2001; Alpert, 2015]. ხანდაზმულები, განსაკუთრებით მარტოხელები, არიან სოციალური იზოლირების მაღალი რისკის ქვეშ [Liffie, 1992]. ამასთან, საქართველოს, როგორც დაბალშემოსავლიან ქვეყანას, არ გააჩნია სათანადო სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა, როგორცაა ხანდაზმულთა პენსია. აღნიშნული განაპირობებს ხანდაზმულთა სიღარიბეს [Verulavaet al. 2016].

კვლევების მიხედვით, ხანდაზმული მოსახლეობის 84,2 პროცენტისთვის პენსია შემოსავლის ძირითად წყაროა[ბრუნი, ჭითანავა, 2018]. მათ უფრო ხშირად აქვთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, მათ შორის ქრონიკული და ისეთი დაავადებები, რომლებიც იწვევენ შესაძლებლობების შეზღუდვას, ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას [McDonaldat al. 2008]. დაბერების შედეგად სუსტდება იმუნური სისტემა, ქვეითდება ორგანიზმის თვითდაცვის უნარი და იზრდება სხვადასხვა დაავადებების განვითარების საფრთხე. ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის რიცხოვნობის ზრდასთან ერთად იზრდება მათ ჯანდაცვაზე გასაწევი ხარჯები [Verulavaat al. 2018].

2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. საპენსიო ასაკის პირები სარგებლობენ პროგრამით გათვალისწინებული სრული მომსახურებით[Verulava at al. 2017a]. პროგრამით გათვალისწინებულია როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული გეგმიური და გადაუდებელი სერვისები [Verulava at al. 2017b]).

საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა[გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018]. 2015-2017 წლებში იმ შინამეურნეობების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჯანდაცვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა არ ჰქონდათ, 43.1%-დან 22.3%-მდე შემცირდა.

2015 წლის კეთილდღეობის მონიტორინგის კვლევის[UNICEF, 2016] თანახმად, პენსიონერთა ორი მესამედისთვის (65 პროცენტი) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა სამედიცინო ხარჯების დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს. დარჩენილი ერთი მესამედისთვის, სამედიცინო ხარჯები ძირითად შინამეურნეობის ბიუჯეტიდან ან მეგობრებისა და ნათესავებისაგან მიღებული დახმარებით იფარება. ექიმთან უკანასკნელი ვიზიტის დროს სამედიცინო კონსულტაციებზე ხანდაზმულების მიერ გადახდილი თანხა(საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიერ დაფარული ხარჯების მიღმა) საშუალოდ 25ლარს შეადგენს.

2017 წლის ივლისიდან ამოქმედდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა. პროგრამით სარგებლობა შეუძლია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ დარეგისტრირებული ნებისმიერი ასაკის მოქალაქეს, რომლის სარეიტინგო ქულა 100 000-ს არ აღემატება და აქვს შემდეგი ტიპის დაავადებები: გულსისხლძარღვთა, ფილტვის, დიაბეტი (ტიპი 2), ფარისებრი ჯირკვლის ქრონიკული დაავადებები [საქსდს, 2017]. პროგრამა ხელს შეუწყობს სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. თუმცა იგი ვრცელდება მხოლოდ იმ პენსიონერებზე, რომლებიც რეგისტრირებული არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში. სასურველი იქნებოდა, პროგრამას მოეცვა არა მარტო სოციალურად დაუცველები, არამედ საპენსიო ასაკის ქრონიკული ავადმყოფები, რადგან პროგრამით მოუცველ პენსიონერთათვის სამკურნალო მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები არაიშვიათად ძალზე მაღალია და შესაძლოა, მათი გადატაკების მიზეზი აღმოჩნდეს.

სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯები ფინანსურად კატასტროფულია, როდესაც იგი საფრთხეს უქმნის ოჯახს, შეინარჩუნოს ჩვეულებრივი ცხოვრების დონე [Berki, 1986] და როცა აღემატება მის გადახდელუნარიანობას. ოჯახის შემოსავლების მიხედვით განისაზღვრება ის ბარიერი, რომლითაც მის მიერ ჯიბიდან დანახარჯები განაპირობებს ფინანსურად კატასტროფულ ხარჯებს. მაგალითად, ხარჯები ფინანსურად კატასტროფულად შეიძლება ჩაითვალოს, როდესაც იგი აღემატება ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 15%-ს [Wyszewianski, 1986]. სხვა კვლევებში მიხედვით, ჯანდაცვის ხარჯები „კატასტროფულად“ მიიჩნევა, თუ იგი შინამეურნეობის ხარჯების 10 პროცენტზე მეტს ან შინამეურნეობის არასასურსართო ხარჯების 25 პროცენტზე მეტს შეადგენს[გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018]. ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შესაფასებლად სხვადასხვა მკვლევარები სხვადასხვა ზღვარს იყენებენ, რომელიც მერყეობს ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 5 პროცენტიდან 20 პროცენტამდე [Xu, 2007].

საქართველოში ჩატარებული მოსახლეობის კეთილდღეობის 2017 წლის კვლევის მიხედვით[გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018], ზოგიერთი შინამეურნეობის სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები კატასტროფულად მაღალია. აღნიშნულმა ხარჯებმა მთლიანი ხარჯის 10 პროცენტზე მეტი შეადგინა შინამეურნეობების მთლიანი რაოდენობის 34.2%-ისთვის – რაც 2015 წლის მაჩვენებელს (29.8%) აღემატება. გარდა ამისა, შინამეურნეობების 26.4%-ისთვის, ჯანდაცვის ხარჯებმა არასასურსართო ხარჯის 25%-ზე მეტი შეადგინა, რაც 2015 წლის მონაცემს (25.1%) აღემატება. აღნიშნული ზრდის ერთ-ერთ მიზეზად მედიკამენტების ღირებულება სახელდება. შინამეურნეობების დაახლოებით 27.8%-მა (2015 წ. – 26.4%) აღნიშნა, რომ მედიკამენტების შექმნა მათთვის უმთავრესი პრობლემა იყო. მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების საშუალო მაჩვენებელი საგრძნობლად გაიზარდა ხარჯების სხვადასხვა კვინტილში[გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018].

ამ მხრივ რთულ მდგომარეობაში იმყოფებიან საპენსიო ასაკის ბენეფიციარები, რომლებშიც თავიანთი ასაკის გამო, უფრო ხშირია ავადობა და განეკუთვნებიან ერთ-ერთ მაღალრისკიან ჯგუფს [Verulava,2018]. აქედან გამომდინარე, ბევრ ქვეყანაში, მოსახლეობის ამ ნაწილის სამედიცინო მომსახურებას, მათ შორის მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, სახელმწიფო ფარავს.

საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მზარდი და დიდი წილი მედიკამენტებზე მოდის [Verulava, 2018]. სხვადასხვა ადგილობრივი თუ საერთაშორისო კვლევებით დასტურდება, რომ საქართველოში პაციენტები მედიკამენტებზე საშუალოდ ორჯერ მეტს ხარჯავენ, ვიდრე ევროპაში. კვლევები ადასტურებენ, რომ შინამეურნეობების მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების ძირითადი წილი (69%) მედიკამენტებზე მოდის[გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018], რაც ერთ-ერთი მაღალი მაჩვენებელია მსოფლიოში. ევროპის ქვეყნებში იგივე მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს[საქსდს, 2013]. ამის მიზეზებია: არარაციონალური ფარმაცოთერაპია, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენება და დანიშნა, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანება ან არასაკმარისი გამოყენება, პაციენტთა მიერ თვითმკურნალობა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ფინანსური ღირებულება, აგრეთვე ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგი[საქსდს, 2013].

თუ გავითვალისწინებთ, რომ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი უმეტესად საპენსიო ასაკისაა, ადვილი წარმოსადგენია ჯანდაცვის სერვისებზე და განსაკუთრებით მედიკამენტებზე მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები [Verulava at al. 2015a; Verulava at al. 2016b].

კვლევა მიზნად ისახავდა საპენსიო ასაკის მოსახლეობის მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის შეფასებას.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მიზნობრივ ჯგუფად განისაზღვრა საპენსიო ასაკის მოსახლეობა. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა ქ. თბილისში მცხოვრები საპენსიო ასაკის ბენეფიციარები, რომლებიც სარგებლობენ ლიბერთი ბანკის ერთი კონკრეტული სერვის ცენტრის მომსახურებით. ბენეფიციართა შერჩევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა მარტივი შერჩევის მეთოდი. შეირჩა 700 ბენეფიციარი.

კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი, სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. კვლევა ჩატარდა 2018 წლის თებერვალი-ივნისის პერიოდში. ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-45 წთ.

შედეგები

გამოკითხული 700 ხანდაზმული რესპონდენტიდან 56.4% ქალი იყო (395) და 43.5 % (305) კაცი. გამოკითხულ ხანდაზმულთა ასაკი მერყეობდა 60 წლიდან 80 წლამდე, რომელთა საშუალო ასაკი შეადგენდა 68 წელს (SD=5.2).რესპოდენტთა უმეტესი რაოდენობა 66-დან 70 წლის ასაკისაა (36,3%).

ჟურნალი ეკონომისტი

როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, გამოკითხულთა შორის ქვრივები სჭარბობს (50%). რესპოდენტთა 16% ცხოვრობს დამოუკიდებლად: ან მეუღლესთან ერთად, ხოლო რესპოდენტთა 17% - მარტო. რესპოდენტთა 36% ცხოვრობს ერთ ან მეტ 60 წლამდე ასაკის ოჯახის წევრებთან - უმეტეს შემთხვევაში, შვილებთან ერთად, მეუღლის გარეშე. რესპოდენტთა 31% არიან ხანდაზმულები, რომლებიც ცხოვრობენ მათზე ახალგაზრდა თაობის წარმომადგენლებთან ერთად. გამოკითხულთა უმრავლესობის შინამეურნეობის თვიური შემოსავალი 500-1000 ლარის ფარგლებში მერყეობს (287 პირი, 41%). იმის გათვალისწინებით, რომ რესპოდენტთა უმრავლესობისათვის (76%) შემოსავლის მთავარი წყარო პენსიაა, პერსონალური შემოსავალი შეადგენს 200 ლარზე ნაკლებს, ხოლო საშუალო შემოსავალი - 220 ლარს.

ცხრილი 1 რესპოდენტთა მონაცემები

მახასიათებლები	რესპოდენტთა რაოდენობა (n=700)	%
სქესი		
კაცი	305	43.5
ქალი	395	56.4
ასაკი		
60-65	122	17.4
66-70	254	36.3
71-75	195	27.9
≥75	129	18.4
საშუალო ასაკი	68 ± 5.2	
ქორწინებითი მდგომარეობა		
ქორწინებაში მყოფი	315	45
განქორწინებული	21	3
ქვრივი	350	50
არასდროს ყოფილან ქორწინებაში	14	2
საცხოვრებელი პირობები		
ცხოვრობს მარტო	119	17
ცხოვრობს მხოლოდ მეუღლესთან ერთად	112	16
ცხოვრობს ერთ ან მეტ 60 წლამდე ზრდასრულთან ერთად, მეუღლის გარეშე	252	36
ცხოვრობს ერთ ან მეტ 60 წლამდე ზრდასრულთან ერთად, მეუღლესთან ერთად	217	31
შემოსავლის ძირითადი წყარო		
პენსია	532	76
სამუშაოდან მიღებული შემოსავალი	91	13
სხვა შემოსავლები (საკუთრებიდან ან დანაზოგიდან მიღებული შემოსავალი, უცხოეთიდან ფულადი გზავნილები და სხვა წყაროებიდან მიღებული)	77	11
პერსონალური შემოსავალი		
200-ზე ნაკლები	532	76
200 - 500	105	15
500 – 1000	70	10
1000-ზე მეტი	0	0
საშუალო შემოსავალი	220 ± 15	
შინამეურნეობის შემოსავლები (ლარი)		
200-ზე ნაკლები	38	12
200 - 500	126	18
500 – 1000	287	41
1000-ზე მეტი	203	29
საშუალო შემოსავალი	780 ± 56	

მედიკამენტების მომხმარებელია 60-75 წლის პენსიონერთა 78% და 75 წელზე მეტი ასაკის 92%. რესპოდენტთა 20% (140) ერთდროულად იყენებს ხუთზე მეტ, ხოლო 34% (238) - სამ ან ხუთ მედიკამენტს. საშუალოდ, თითოეული პირის მიერ გამოყენებული მედიკამენტების რაოდენობა შეადგენდა 3.1 (SD = 2.3) (ცხრილი 2). ხანდაზმულები ყველაზე ხშირად იყენებენ გულსისხლძარღვთა სისტემის სამკურნალო საშუალებებს (66%).

ჟურნალი ეკონომისტი

კითხვაზე, ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში რა ქმედებებს განახორციელებენ, რესპოდენტთა უმრავლესობამ უპასუხა, რომ ისინი მედიკამენტებს შეიძენენ ავთიაქში რეცეპტის გარეშე (57%), ასევე მაღალია იმ რესპოდენტთა წილი, რომლებიც ეწევიან თვითმკურნალობას (37%). თუმცა, ექიმთან კონსულტაცია აღნიშნა რესპოდენტთა საკმაოდ მნიშვნელოვანმა ნაწილმა (46%).

რესპოდენტთა მეტი წილი (39%) თვეში ხარჯავს 51-75 ლარის მედიკამენტს. მედიკამენტებზე საშუალო ხარჯი შეადგენს 72 ± 13 , რაც პენსიონრის პერსონალური შემოსავლის 33%-ია. რესპოდენტთა 27% ჯიბიდან არაფერს იხდის მედიკამენტებზე, რადგან ისინი ჩართულნი არიან სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამაში. რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული ხარჯები ისევ მაღალია. პენსიონერთა 29% თვეში ჯიბიდან იხდის 51-75 ლარს, ხოლო 16% - 76-100 ლარს. მედიკამენტებზე ჯიბიდან გაწეული საშუალო ხარჯი შეადგენს 56 ± 11 , რაც პენსიონრის პერსონალური შემოსავლის 25%-ია.

ცხრილი 2. რესპოდენტები და მედიკამენტები

მახასიათებლები	რესპოდენტთა რაოდენობა (n=700)	%
მედიკამენტების გამოყენება ასაკის მიხედვით		
60-75	445 (n=571)	78
≥75	119 (n=129)	92
არ იყენებს	136 (n=700)	19
ერთდროულად გამოყენებული მედიკამენტების რაოდენობა		
1-2 მედიკამენტი		
3-5 მედიკამენტი	322	46
≥ 5	238	34
მედიკამენტების საშუალო რაოდენობა გამოყენებული თითო პირის მიერ	140 3.1 ± 2.3	20
ფარმაკოლოგიური ჯგუფები, რომლებსაც ყველაზე ხშირად იყენებენ *		
გულსისხლძარღვთა სისტემა	462	66
ანალგეზიური/ანთების საწინააღმდეგო	217	31
ვიტამინები	168	24
ცენტრალური ნევრული სისტემის	182	26
ჰიპოგლიკემიური	126	18
სხვა	287	41
ქმედებები ჯანმრთელობის პრობლემების შემთხვევაში*		
ექიმთან კონსულტაცია	322	46
მედიკამენტების მიღება საოჯახო ავთიაქიდან	189	27
მედიკამენტების ყიდვა ავთიაქში რეცეპტის გარეშე	399	57
სხვა ადამიანების მოსაზრების გაზიარება	77	11
თვითმკურნალობა	259	37
მედიკამენტებზე დანახარჯები თვეში		
50 ლარზე ნაკლები	196	28
51-75 ლარი	273	39
76-100 ლარი	140	20
100 ლარზე მეტი	92	13
საშუალო დანახარჯი	72 ± 13	
მედიკამენტებზე ჯიბიდან დანახარჯები		
0 ლარი	189	27
50 ლარზე ნაკლები	133	19
51-75 ლარი	203	29
76-100 ლარი	112	16
100 ლარზე მეტი	63	9
საშუალო ხარჯი	56 ± 11	

მრავალი არჩევანის კითხვა

გამოკითხულთა დიდმა ნაწილმა ოჯახში არსებულ მთავარ პრობლემად დაბალი პენსია (28%) დაასახელა, შემდეგ მოდის მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები (26%). რესპოდენტთა თითქმის მესამედი (31%) აღნიშნავს, რომ სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო გამოკითხულთა 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა.

პენსიონერთა 54% შეძლო დანიშნული მედიკამენტის სრულად შექმნა.

ცხრილი 1

	n	%
ოჯახის მთავარი პრობლემა		
მედიკამენტზე ხარჯები საკმაოდ მაღალია		26
უმუშევრობა		16
დაბალი პენსია		28
საკვების ყიდვა		23
კომუნალური გადასახადები		5
არადაამკაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები		2
ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შექმნა		
სრულად ვერ შევიძინე.	217	31
საერთოდ ვერ შევიძინე.	105	15
სრულად შევიძინე	378	54
ხანდაზმულთა ინფორმირებულობა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ		
მაქვს ინფორმაცია	252	36
არ მსმენია პროგრამის შესახებ	448	64

შესწავლილ იქნა პენსიონერთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. რესპოდენტთა პასუხებმა გვაჩვენა, რომ ამ მხრივ ხანდაზმულთა ინფორმირებულობის დონე დაბალია. გამოკითხულ პენსიონერთა უმეტესობამ (64%) არაფერი იცოდა იმის თაობაზე, რომ სახელმწიფო უნაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტების ხარჯებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერებს. აღნიშნულის შესახებ რესპოდენტთა მხოლოდ 36%-ს ჰქონდა ინფორმაცია.

დისკუსია

კვლევის შედეგებით, გამოკითხულთა შორის ძველებს სიჭარბე აჩვენებს ოჯახური კავშირების და ურთიერთობების ცვლილებებს ხანდაზმულობის ასაკში. ერთ-ერთი მთავარი გარდაცვალების გამო. შედეგად, ხანდაზმულები მოკლებული არიან მეუღლეთა მხრიდან პრაქტიკულ და ემოციურ თანადგომას. მეუღლის გარდაცვალება ასევე ნიშნავს ორიდან ერთი პენსიის დაკარგვას, რაც შინამეურნეობის დონეზე აღარ იძლევა მასშტაბის ეკონომიის მიღწევის საშუალებას. შედეგად, დაქვრივება აუარესებს ფინანსურ მდგომარეობას. ხანდაზმულები სოციალური იზოლაციისა და ეკონომიკური სიდუხჭირის საფრთხის წინაშე დგანან.

ჩატარებული კვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ხანდაზმულთათვის მედიკამენტები ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მედიკამენტების მომხმარებელ ხანდაზმულთა რაოდენობა 78-92%-ის ფარგლებში მერყეობს, რაც მცირედ აღემატება საერთაშორისო კვლევებში დაფიქსირებულ მაჩვენებლებს [Chen at al. 2001].

კვლევით დადგინდა პოლიფარმაცია, ანუ პაციენტი იღებს იმაზე მეტ წამლებს, ვიდრე კლინიკურად ნაჩვენებია ავადმყოფის მდგომარეობისათვის. რესპოდენტთა 54% ერთდროულად იყენებს სამზე მეტ მედიკამენტს (20% - ხუთზე მეტს, ხოლო 34% -3-5-ს).

რესპოდენტთა უმრავლესობა (57%) ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში ექიმის ნაცვლად მიმართავს აფთიაქს, სადაც ყიდულობს მედიკამენტებს რეცეპტის გარეშე. სხვა კვლევებით რეცეპტის გარეშე მედიკამენტების ყიდვა შეადგენს 37%-ს [Coelho at al. 2004]. ასევე, მაღალია იმ რესპოდენტთა წილი, რომელიც ეწევა თვითმკურნალობას. აღნიშნული აჩვენებს ხანდაზმულთა არარაციონალურ არჩევანს საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემის დროს. ამ მხრივ, აფთიაქი და თვითმკურნალობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სამედიცინო მომსახურების არაფორმალურ ქსელში. მიუხედავად ამისა, რესპოდენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის მედიკამენტების მიღების მთავარი წყარო ექიმი (46%).

რესპოდენტთა შინამეურნეობის საშუალო თვიური შემოსავალი 500-1000 ლარის ფარგლებში მერყეობს (41%), რაც საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ დადგენილ ერთ შინამეურნეობაზე საშუალო თვიურ შემოსავალს (1110.7 ლარი) ჩამორჩება. პენსიონერები საშუალოდ საკუთარი შემოსავლის 33%-ს ხარჯავენ მედიკამენტებზე. მიუხედავად ამისა, კვლევა აჩვენებს, რომ ხანდაზმულთა უმრავლესობა (54%) ახერხებს, შეიძინოს მათთვის საჭირო მედიკამენტები. თუმცა, რესპოდენტები ოჯახის უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შექმნას (26%). მათი მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის მედიკამენტებზე ჯიბიდან დახარჯული თანხა 50 ლარს აღემატება, ხოლო საშუალო თვიური დანახარჯი საკუთარი პერსონალური შემოსავლის 25%-ია. რესპოდენტთა თითქმის მესამედი (31%) აღნიშნავს, რომ სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო გამოკითხულთა 15%-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შექმნა. ჩატარებული კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ სამკურნალო საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა ისევ პრობლემად რჩება პენსიონერთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის.

თუმცა, სამკურნალო საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა შედარებით გაუმჯობესდა. 2014 წელს ჩატარებულ კვლევათან [Verulava, 2014] შედარებით, გამოვლინდა, რომ თუ დღეისათვის რესპოდენტთა დიდი ნაწილისათვის მთავარი პრობლემა დაბალი პენსია (28%), ხოლო შემდეგ - მედიკამენტებზე მაღალი ხარჯები (26%), 2014 წელს ჩატარებული კვლევის დროს მთავარ პრობლემად დასახელდა მედიკამენტების შექმნა (36%). იმ პენსიონერთა რაოდენობა, რომლებმაც სიძვირის გამო სრულად ვერ შეიძინა ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტი, 38%-დან 31%-მდე შემცირდა. ხოლო იმ პენსიონერთა რაოდენობა, რომლებმაც საერთოდ ვერ შეძლეს მისი შექმნა, 32.4%-დან 15%-მდე შემცირდა. შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ 2017 წელს ამოქმედებულმა სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამამ გარკვეულწილად შეამსუბუქა ხანდაზმულების, განსაკუთრებით სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა მედიკამენტებზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობა.

დაბალია დაზღვეულთა ინფორმირებულობის დონე ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შესახებ. ხანდაზმულთა უმეტესობამ არ იცის, რომ სახელმწიფო ანაზღაურებს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებს გარკვეული კატეგორიის პენსიონერთათვის.

დასკვნა

2017 წლის ივლისიდან ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის შემოღებამ დადებითი როლი ითამაშა სოციალურად დაუცველ ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. მიუხედავად ამისა, მედიკამენტებზე დანახარჯები მძიმე ტვირთად აწევს იმ ხანდაზმულთა შემოსავლებს, რომლებიც არ არიან რეგისტრირებულნი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში. კვლევამ აჩვენა, რომ მედიკამენტებზე საშუალო დანახარჯები ხანდაზმულთა საპენსიო შემოსავლების საკმაო ნაწილს შეადგენს.

სასურველი იქნებოდა, პროგრამას მოეცვა არა მხოლოდ სოციალურად დაუცველები, არამედ საპენსიო ასაკის ქრონიკული ავადმყოფები, რადგან პროგრამით მოუცველ პენსიონერთათვის სამკურნალო მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯები შესაძლოა მათი გაღატაკების მიზეზი აღმოჩნდეს.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ბრუნინი, ჭითანავა მ. (2017). მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულები საქართველოში. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მოსახლეობის ფონდი. Source (http://census.ge/files/results/publication/ge/2.%20Ageing_GEO_Print%20_F_0.pdf)
2. გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევის მოკლე მიმოხილვის ანგარიში. Link (http://unicef.ge/uploads/WMS_brochure_unicef_eng_web.pdf).
3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო(სშჯსდს) 2013. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში. Link (<http://moh.flash.ge/ka/news/1362/#!>).
4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-177/ო, 8 აგვისტო 2017 წელი (სშჯსდს, 2017). „ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის“ ფარგლებში დაავადებათა ჩამონათვალისა და მედიკამენტების გაცემის წესის განსაზღვრის შესახებ. Link (<http://www.moh.gov.ge/en/554/>)
5. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (სეს). 2018. საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა ასაკისა და სქესის მიხედვით.
6. Alpert PT.(2015). Issues Surrounding Polypharmacy. Home Health Care Management and Practice. 27(4):256-258. Sage Journals (<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1084822314554281>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Alpert%2C+PT.+Issues+Surrounding+Polypharmacy&btnG=).
7. Berki SE.(1986). A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. Health Affairs.5(4):138-145. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3102333>), Link (<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.5.4.138>). Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=A+Look+at+Catastrophic+Medical+Expenses+and+the+Poor&btnG=).
8. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. (2001). Analysis Group of The MRCCFA Study. The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Self-reported medication use for older people in England and Wales. J Clin Pharm Ther.26(2):129-140. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11350536>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Self-reported+medication+use+for+older+people+in+England+and+Wales.&btnG=).
9. Coelho, Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. (2004). Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil. Rev Saude Publica.38(4):557-564.
10. Do YK, Malhotra C. (2012). The effect of coresidence with an adult child on depressive symptoms among older widowed women in South Korea: an instrumental variables estimation. J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.67(3):384-391. Link (<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/67B/3/384/569625>),
11. Dong X, Simon M, Fulmer T, Mendes LCF, Rajan B, Evans DA.(2010). Physical function decline and the risk of elder self-neglect in a community-dwelling population. The Gerontologist.50(3):316-326. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20019180>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Physical+function+decline+and+the+risk+of+elder+self-neglect+in+a+community-dwelling+population&btnG=).
12. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker M, Almirall J. (2010). Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. BMC Health Serv Res.10:111. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907759/>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Prevalence+estimates+of+multimorbidity%3A+a+comparative+study+of+two+sources.&btnG=).
13. Iliffe S, Tai SS, Haines A, Gallivan S, Goldenberg E, Booroff A, Morgan P. (1992). Are elderly people living alone at risk group? BMJ. 305(6860):1001-1004. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1884040/>).
14. Morgan SG, Agnew JD, Barer ML. (2004). Seniors' prescription drug cost inflation and cost containment: evidence from British Columbia. Health Policy.68(3):299-307. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15113641>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Seniors%E2%80%99+prescription+drug+cost+inflation+and+cost+containment%3A+evidence+from
15. McDonald MV, Peterson LE, Dugan L.(2008). Finding success in medication management. Home Health Care Management and Practice.20(2):135-140. Sage Journals (<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1084822307306630>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Finding+success+in+medication+management&btnG=).
16. Thomas CP, Ritter G, Wallack SS. (2001). Growth in prescription drug spending among insured elders. Health Aff. 20(5):265-277. Link (<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.20.5.265>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Growth+in+prescription+drug+spending+among+insured+elders&btnG=).
17. UNICEF (2016). *The Welfare Monitoring Survey 2015. Summary.* Tbilisi, UNICEF. Link (http://unicef.ge/uploads/Welfare_Monitoring_Survey_Georgia-ENG_WEB.pdf).
18. Verulava T. (2014). Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country). HealthMED.8(9):1078-1082. Link (https://www.researchgate.net/profile/Riffat_Mehboob2/publication/265693774_Novel_R42C_mutation_identified_in_Early_Onset_R42C-mutation-identified-in-Early-Onset-of-Parkinsons-disease-in-Pakistani-Patients.pdf#page=70), Google Scholar

(https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Access+to+Medicines+within+the+State+Health+Insurance+Program+for+Pension+Age+Population)

19. Verulava T, Sibashvili N. (2015a). Accesibility to Psychiatric Services in Georgia. African Journal of Psychiatry (South Africa).;18 (3):1-5.Link (<https://www.omicsonline.org/open-access/accesibility-to-psychiatric-services-in-georgia-Psychiatry-1000278.php?aid=52622>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Accesibility+to+Psychiatric+Services+in+Georgia&btnG=).
20. Verulava T, GabulidaniM. (2015b). Accessibility of Urgent Neurosurgery Diseases by the State Universal Healthcare Program in Georgia (country). Gazi Medical Journal.26(2): 42-45.Link (<http://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/1104>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Accessibility+of+Urgent+Neurosurgery+Disease+Services+Covered+by+the+State+Universal+Health
21. Verulava T, Adeishvili I, Maglakelidze, T. (2016). Home Care Services for Elderly People in Georgia. Home Health Care Management Practice.28 (3):170-177. DOI: 10.1177/1084822315627785.Sage Journals (<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1084822315627785>), Google Scholars (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Home+Care+Services+for+Elderly+People+in+Georgia&btnG=).
22. Verulava T, Jorbenadze R, Barkalaia T. (2017). Introduction of universal health program in Georgia: Problems and Perspectives. Georgian Medical News. 262 (1): 116-120. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252441>), Google Scholars (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Introduction+of+universal+health+program+in+Georgia%3A+Problems+and+Perspectives.&btnG=).
23. Verulava T, Grdzlishvili A, Magaldadze M, Makharashvili A, Chibukhaia G, Jorbenadze R, Dangadze. B. (2018a). Social problems of Alzheimer's patients and their family members. Home Health Care Management & Practice. Sage Journals (<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1084822318775703>), Google Scholars (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Social+problems+of+Alzheimer%27s+patients+and+their+family+members&btnG=).
24. Verulava T. (2018b). Pension System in South Caucasus: Challenges and Reform Options. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences.;12 (1):168-174.Link (http://science.org.ge/bnas/t12-n1/27_Verulava.pdf), Google Scholars (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Pension+System+in+South+Caucasus%3A+Challenges+and+Reform+Options.&btnG=).
25. Verulava T, Maglakelidze T. (2018c). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences.;11(2): 143-150.Link (http://eprints.iliauni.edu.ge/6592/1/23_Verulava.pdf), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Health+Financing+Policy+in+the+South+Caucasus%3A+Georgia%2C+Armenia%2C+Azerbaijan&btnG=).
26. Wyszewianski L. (1986). Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. Inquiry.23(4):382-394. Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2947859>), Google Scholar (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Financially+catastrophic+and+high-cost+cases%3A+definitions%2C+distinctions%2C+and+their+implications+for+policy+formulation&btnG=).
27. Xu K, Evans DB, Carrin G, AguilarRivera AM, Musgrove P, Evans T.(2007). Protecting household from catastrophic health spending. Health Affairs.26(4):972-83.Medline (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17630440>), Link (<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.26.4.972>), Google Scholars (https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Protecting+Households+From+Catastrophic+Health+Spending&btnG=).