

ონკოლოგიურ პაციენტთა უფლება ჯანმრთელობაზე



OPEN SOCIETY GEORGIA FOUNDATION
ფონდი ღია საზოგადოებასა და ადამიანთათვის



თბილისი
2017

კვლევა მომზადებულია ასოციაციის – „უფლება ჯანმრთელობაზე“ მიერ, ფონდ „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ მხარდაჭერით. კვლევაში გამოთქმული მოსაზრებები შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი კვლევის შინაარსზე პასუხს არ აგებს.

პროექტის გუნდი მადლობას უხდის დონორ ორგანიზაციას და ყველა იმ პირს, ვინც დაკავშირებული და/ან რაიმე ფორმით ჩართული იყო ანგარიშის მომზადების პროცესში.

განსაკუთრებული მადლობა ფარმაცევტული ბაზრის მკვლევარ-ანალიტიკოსს **თინა ტურძილაძეს** თანამშრომლობისათვის.

კვლევაზე მუშაობდნენ:

მარინა კვაჭაძე

იურიდულ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ეკატერინე სანიკიძე

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ირმა მანჯავიძე

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

კვლევის ასისტენტები:

შორენა ნაზლაიძე

ნინო ელბაქიძე

NSC – NCDC - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

WHO – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯმო)

GCP – კარგი კლინიკური პრაქტიკა

INCB – ნარკოტიკთა კონტროლის საერთაშორისო საბჭო

EDL – სასიცოცხლო მედიკამენტების ჩამონათვალი

INCC – ნარკოტიკების საერთაშორისო კონტროლის კომიტეტი

NCCPs – კიბოს კონტროლის ეროვნული პროგრამები

აგდ – არაგადამდები დაავადებები

PI – პარალელური იმპორტი

კმ – კონტროლირებადი მედიკამენტები

ქთ – ქიმიოთერაპია

ით – იმუნოთერაპია

სარჩევი

გამოყენებულ ტერმინთა განსაზღვრება.....	6
წინათქმა	8
შესავალი.....	12

ნაწილი 1

1.1. მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, პრობლემები და გამოწვევები ...	13
1.2. ონკოლოგიურ პაციენტთა ხელმისაწვდომობა კიბოს საწინააღმდეგო მედიკამენტებზე	22
1.3. ონკოდაავადებულთა უფლება ტკივილის მართვაზე	32
1.4. ონკოლოგიით დაავადებული რემისიის	
მდგომარეობაში მყოფ დასაქმებულ პირთა უფლებები	44
1.5. ევროპის ონკოდაავადებულ პაციენტთა უფლებების ბილი	45

ნაწილი 2

2.1. ონკოპაციენტთა უფლება ჯანმრთელობაზე საქართველოში	50
2.2. ონკოლოგიური დაავადებები არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის ფარგლებში.....	51
2.3. ონკოპაციენტების ჯანმრთელობის უფლების რეალიზების კუთხით არსებული ვითარება	54
2.4. ფასები მედიკამენტებზე.....	67
2.5. ონკოპაციენტთა მკურნალობის ორგანიზაცია საქართველოში.....	70
2.6. წამლებზე ხელმისაწვდომობა ონკოპაციენტებისათვის საქართველოში	74

ნაწილი 3

3.1 ონკოპაციენტთა ფოკუს-ჯგუფთან შეხვედრის ანალიზი	75
---	----

ნაწილი 4 - დასკვნითი ნაწილი

4.1 კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციები და პროტოკოლები	77
4.2 კიბოს ეროვნული სტრატეგია	79
4.3 სახელმწიფო სადაზღვევო პაკეტებისა და პროგრამების ანალიზი და მიმოხილვა ონკოლოგიურ პაციენტებთან მიმართებით .	80

გამოყენებულ ტერმინთა განსაზღვრება

ონკოლოგიური დაავადებები

კიბო ზოგადი ტერმინია და ის აერთიანებს დაავადებათა დიდ ჯგუფს, რომელიც შესაძლოა განვითარდეს ადამიანის სხეულის ნებისმიერ ნაწილში. მათ ასევე მოიხსენიებენ როგორც ავთვისებიან/ონკოლოგიურ დაავადებებს;

პალიატიური მკურნალობა

სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და მისი მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქება;

პატენტი

ექსკლუზიური უფლებების პაკეტი, რომელსაც სახელმწიფო ანიჭებს პიროვნებას (როგორც წესი გამომგონებელს) დროის გარკვეული, ფიქსირებული პერიოდის განმავლობაში. ზემოაღნიშნული ასევე ითვალისწინებს გამოგონების შესახებ გარკვეული დეტალების, მეთოდის, პროცესისა და შემადგენლობის საზოგადოებისთვის გამხელას. ექსკლუზიური უფლებები – მინიჭებული პატენტის მფლობელისთვის, უკრძალავს სხვებს დაპატენტებული გამოგონების შექმნას, გამოყენებას ან გაყიდვას;

პაციენტი

ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით;

პაციენტის ნათესავი

პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით აქვს უპირატესი უფლება, მონაწილეობა მიიღოს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში;

პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი

პაციენტის მეურვე ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

სამედიცინო მომსახურება

დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ

პაციენტისათვის ჩატარებული ნებისმიერი მანიპულაცია და პროცედურა;

გენერიკული ფარმაცევტული პროდუქტი

საერთაშორისო არაპატენტირებული კვლავწარმოებულ ფარმაცევტული პროდუქტი;

იმუნობიოლოგიური პრეპარატი

სამკურნალო საშუალება, რომელიც გამოიყენება იმუნობიოლოგიური პროფილაქტიკისა და თერაპიისათვის (ვაქცინები, შრ-ატები, ტესტისტიმები);

ფარმაცევტული პროდუქტი (სამკურნალო საშუალება)

წმალი ან ფიზიოლ-ოგიურად აქტიური, ბუნებრივი ან სინთეზური გზით მიღებული ნივთიერება ან მათი კომბინაცია, რომელიც ნებადართულია სამედიცინო გამოყენებისათვის, მათ შორის, ფარმაცევტული პროდუქტის სახელმწიფო რეგისტრაციის ეროვნული რეჟიმით ნებაყოფლობით რეგისტრირებული კომპლემენტარული სამკურნალო საშუალება, ბიოლოგიურად აქტიური დანამატი და პარასამკურნალო საშუალება;

სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტი

საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული ნარკოტიკული საშუალება, ფსიქ-ოტროპული ნივთიერება ან/და პრეკურსორი;

სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფარმაცევტულ პროდუქტთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალება

ფარმაცევტული პროდუქტი, რომელიც არ არის შეტანილი სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების სიაში, მაგრამ მისი უკანონო ბრუნვა და ბოროტად მოხმარება სერიოზულ საფრთხეს უქმნის მოსახლეობის ჯანმრთელობას, ამწვავებს ქვეყანაში შექმნილ ნარკოლოგიურ სიტუაციას და შეტანილია მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებულ ნუსხაში;

სუბსტანდარტული ფარმაცევტული პროდუქტი

სამკურნალო საშუალება, რომლის ხარისხობრივი მაჩვენებელი (მაჩვენებლები) არ აკმაყოფილებს სააგენტოს მიერ რეგისტრაციის პროცესში განხილულ და შეფასებულ ხარისხის სტანდარტებს, სპეციფიკაციის მოთხოვნებს ან/და საერთაშორისო სტანდარტებს.

წინათქმა

წინამდებარე დოკუმენტში წარმოდგენილია პროექტის – „**ონკოლოგიურ პაციენტთა უფლება ჯანმრთელობაზე**“ ფარგლებში ჩატარებული კვლევის შედეგები. კვლევის მიზანი იყო შეეჯამებინა ყველა ის პრობლემური ასპექტი, რომელიც ხელს უშლის ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯანმრთელობის უფლების რეალიზებასა და მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას. ამ მიზნის მისაღწევად საკითხი შესწავლილ იქნა რამდენიმე მიმართულებით და ჩატარდა შემდეგი სამუშაოები: ა) კანონმდებლობის მიმოხილვა; ბ) სახელმწიფო სადაზღვევო პაკეტებისა და პროგრამების ანალიზი და მიმოხილვა ონკოლოგიურ პაციენტებთან მიმართებით; გ) სამკურნალო პროტოკოლების ანალიზი; დ) კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიისა და მის საფუძველზე განხორციელებული ღონისძიებების შეფასება; ე) სხვადასხვა სტრუქტურების შეფასება კომპეტენციის ფარგლებში.

შესაბამისად, დოკუმენტში ასახულია ჩატარებული სამუშაოების შედეგად გამოვლენილი ძირითადი პრობლემები და მოწოდებულია ამ პრობლემათა გადაწყვეტაზე მიმართული გარკვეული რეკომენდაციები. სახელდობრ:

ა) **კანონმდებლობის მიმოხილვა** - ბოლო წლებში გამოიკვეთა ონკოლოგიური მომსახურების გაუმჯობესებასა და დარეგულირებაზე მიმართული პოზიტიური ცვლილებები, რომელთა საბოლოო მიზანია მაქსიმალურად სრულყოფილი, კომპლექსურ მიდგომაზე დაფუძნებული კიბოს სახელმწიფო პროგრამის დანერგვა ქვეყნის მასშტაბით და ამ პროცესის ხელშემწყობი ადამიანური და ფინანსური რესურსების მობილიზება, შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებების გატარება. პოლიტიკური ნებისა და კონკრეტული სტრატეგიის არსებობა უკვე მნიშვნელოვანი ნაბიჯია, თუმცა, როგორც ჩვენი კვლევით გამოიკვეთა, ამ სურვილის განხორციელებისათვის საჭიროა ინფრასტრუქტურის გამართვა, სხვადასხვა სერვისების ინტეგრირება და ფრაგმენტულ მომსახურებებს შორის მოქნილი ურთიერთკავშირის უზრუნველყოფა, კადრების მომზადება-გადამზადებისა და კომპეტენციების მკაფიოდ განსაზღვრის საკითხის მოწესრიგება, კიბოს რეგისტრის დახვეწა, მედიკამენტების რეგისტრაციისა და სახელმწიფო შესყიდვების, დაპატენტების, ფასწარმოქმნაზე მოქმედი ფაქტორების, ფარმაცევტულ ქსელში ონკოლოგიური პრეპარატების (ონკოპრეპარატები) გაყიდვის წესების კონტროლი და რეგულირება. შესაბამისად, დადგენილია საკანონმდებლო ხარვეზები, რომელთა არსებობაც აბრკოლებს მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას ონკოლოგიური პაციენტებისათვის. შემუშავდა სტრატეგიის მონახაზი – ხარვეზების აღმოფხვრის ყველაზე უფრო ეფექტური მეთოდების გამოსავლენად (საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტი, კონსტიტუციური სარჩელი) და მოქმედება – შესაბამისი მიმართულებით; კვლევის შედეგად საკანონმდებლო დონეზე დასარეგულირებელ საკითხთა სიაში, წამალზე ხელმისაწვდომობის გარდა, მოხვდა კიბოს პრევენციის გასაძლიერებლად საჭირო ღონისძიებების თემაც, სათანადო ინფორმაციული ხელმისაწვდომობით, დაწყებული საზოგადოების უზრუნველყოფის

ვალდებულებიდან, დამთავრებული ცალკეული მოქალაქის მიერ ქვეყანაში დანერგილი კიბოს რისკისა და ალბათობის დადგენის მეთოდებით სარგებლობის ვალდებულების კანონით გამყარების საკითხით. აქვე აღვნიშნავთ, რომ გამოიკვეთა სკრინინგის მეთოდების განახლების - გათანამედროვეებისა და შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფში HPV მასობრივი ვაქცინაციის სახელმწიფო ვალდებულების თემაც.

ბ) სახელმწიფო სადაზღვევო პაკეტებისა და პროგრამების ანალიზი და მიმოხილვა ონკოლოგიურ პაციენტებთან მიმართებით - არსებული სადაზღვევო პაკეტებისა და პროგრამების შესახებ ინფორმაციის მოძიებამ გამოავლინა, რომ არც ერთი ტიპის დაზღვევა, სამწუხაროდ, არ უზრუნველყოფს სრულ დაფინანსებას არა მარტო პროცენტულ ჭრილში, არამედ სრული მომსახურების 100%-იანი დაფინანსების შემთხვევაშიც კი (მაგ.: ონკოლოგიის კონსულტაცია, კიბოს სადიაგნოზო კვლევები, გეგმიური ამბულატორიული მანიპულაციები, მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაცია) და ონკოლოგიური შემთხვევის მართვის სრული ჯაჭვის ჭრილშიც. არ ფინანსდება გვერდითი მოვლენების მართვა და ფსიქოლოგიის მომსახურება, ამასთანავე ონკოფსიქოლოგია, როგორც ცალკე დარგი, ქვეყანაში არაა განვითარებული (ამ მხრივ გადადგმულია პირველი ნაბიჯები საქართველოს პაციენტთა კავშირის მიერ და იმედია, სათანადო ხელშეწყობის პირობებში, დაგეგმილი სწავლება, კვლევა და საერთაშორისო სახელმძღვანელო პრინციპების (გაიდლაინების)/მართვის სქემების (პროტოკოლების) დანერგვა განხორციელდება).

კერძო სადაზღვევო კომპანიებისთვის ბენეფიციარების მიზიდვის მიზნით, მომგებიანი უნდა იყოს სწორედ ასეთი გამოწვევების დაფინანსება. ის ფაქტი, რომ ბოლო ხანებში კიბოს განვითარების რისკის დაზღვევა დაიწყო, მიგვანიშნებს ამ მიმართულებით საიმედო ცვლილებების ალბათობაზე.

გ) სამკურნალო პროტოკოლების ანალიზი - კვლევამ გამოავლინა სიმსივნურ დაავადებათა მკურნალობის გარკვეული შესაბამისობა საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებთან, მაგრამ შეუსაბამობა ზოგი აუცილებელი სადიაგნოზო და მკურნალობის შემდგომი ღონისძიებების დაფინანსებასთან, რაც თანხების არქონის შემთხვევაში, პროტოკოლის დარღვევის საფუძველი ხდება. გამოიკვეთა, რომ პროტოკოლი შემუშავებული და დამტკიცებულია არაერთი სიმსივნური დაავადებისათვის, თუმცა არაერთი სახის ნოზოლოგიის ეროვნული პროტოკოლი არაა მოცემული. შესაბამისად, კლინიკებს შეუძლიათ იხელმძღვანელონ მათ მიერ შერჩეული საერთაშორისო საზოგადოების, ანუ სხვადასხვა პროტოკოლით. ამიტომ მაკონტროლებელ ორგანოებს, დარღვევის შემთხვევაში, პროტოკოლთან შესაბამისობის დადგენა სხვადასხვა სტანდარტით უწევთ, პაციენტებს კი სხვადასხვა კლინიკაში სხვადასხვა ფასის გარდა, შესაძლოა, სხვადასხვა მიდგომები დახვდეთ.

http://ncdc.ge/AttachedFiles/%E1%83%99%E1%83%98%E1%83%91%E1%83%D%E1%83%A1_%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%A0%E1%83%9D%E1%83%9A%E1%83%98_%E1%83%A1%E1%83%A2%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%A2%20%E1%83%94%E1%83%92%E1%83%98%E1%83%90_4f1c5b00-519d-480e-b28c-fa07b2b534f8.pdf

დ) კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიისა და მის საფუძველზე განხორციელებული ღონისძიებების ანალიზი -

2014 წელს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ინიციატივით შეიქმნა დოკუმენტი - „კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია“¹, მთელი რიგი მიზნებითა და სტრატეგიებით, ასევე შეიქმნა მის შესრულებაზე პასუხისმგებელი უწყებები და ორგანიზაციები. კვლევის ფარგლებში მოხდა ინფორმაციის გამოთხოვა და მსჯელობა დოკუმენტზე - მომუშავე გუნდში წევრ პირებთან სტრატეგიით დასახული მიზნების შესრულების თაობაზე. მოპოვებული ინფორმაციის ანალიზმა და შეფასებამ გამოავლინა როგორც დოკუმენტის შესაბამისობა ონკოლოგიური შემთხვევების მართვის თანამედროვე, კომპლექსურ სტანდარტებთან, ისე სტრატეგიის სრულყოფილად განხორციელების გზაზე არსებული ძირითადი დაბრკოლებები - პროგრამის სრული და დამოუკიდებელი დაფინანსებისა და ამ პროგრამის განმახორციელებელი ერთიანი, მრავალფუნქციური სახელმწიფო ბაზის არარსებობა (მაგ.: სახელმწიფო ონკოლოგიის ცენტრის სახით). რადგანაც ასეთი ბაზის აშენება, გამართვა, დაკომპლექტება და ამოქმედება საკმაოდ ძვირადღირებული, შრომატევადი და ხანგრძლივი პროცესია, ამ ეტაპზე სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება და შემდგომ ტენდერის გზით განმახორციელებელი დაწესებულებების შერჩევა, მკაცრი და ობიექტური კრიტერიუმებით, საკითხის დარეგულირების ყველაზე ეფექტიან გზად გვესახება.

ე) სახელმწიფო უწყებებისა და ორგანიზაციების შეფასება კომპეტენციის ფარგლებში - დოკუმენტში ასახულია ყველა იმ სახელმწიფო ინსტიტუციის საქმიანობის მიმოხილვითი შეფასება და ანალიზი, რომელიც გარკვეული ფორმით მონაწილეობს მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობისა და ჯანმრთელობის უფლების რეალიზების ჯაჭვში. მათ შორისაა: საქართველოს პარლამენტი, ჯანდაცვის სამინისტრო, საქპატენტი, ფარმაცევტული კომპანიები, კლინიკები. ამ მიმართულებით გამოიკვეთა ფასების რეგულირების აუცილებლობა ყველა მექანიზმის, მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, საერთაშორისო ორგანიზაციებსა და ექსპერტთა თანამონაწილეობით, გენერიკების ადგილზე წარმოების შესაძლებლობებისა და რისკ-სარგებლის განხილვის ჩათვლით (ინდოეთისა და ჰაიტის მაგ).

კვლევის პროცესში ცალკე გამოიკითხა პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრთა ჯგუფები, ჩატარდა შეხვედრები ფოკუს-ჯგუფებთანაც. კვლევა ხელმისაწვდომია ისეთი სამიზნე ჯგუფებისათვის, როგორცაა პარლამენტი, სახალხო დამცველის ოფისი, ჯანდაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ონკოლოგთა პროფესიული ასოციაციები, ეროვნული სკრინინგ ცენტრი, სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტო, სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციები, თემის წარმომადგენლები და სხვ., რათა ყველამ შეძლოს გამოთქვას თავისი შენიშვნები, მოსაზრებები, რჩევები და რეკომენდაციები და ერთობლივი ძალებით მაქსიმალურად იქნეს

ადიარებული აღნიშნულ სფეროში არსებული პრობლემები და ბარიერები, შემდგომ კი - წარმატებით დაძლეული.

ეს დოკუმენტი დიდ დახმარებას გაუწევს ყველა დაინტერესებულ პირს, ასევე იმ ადამიანის უფლებათა დამცველ ორგანიზაციებსა და იურისტების, რომელთაც შეიძლება ინტერესი გაუჩნდეთ, ჩაერთონ საკითხის ადვოკატირებისა და აქტუალიზაციის პროცესში.”

²<http://www.nplg.gov.ge/gsdll/cgi-bin/library.exe?e=d-01000-00---off-0samartal--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--11-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL4.2&d=HASH01b75e94e1fa8d3d8337472a.2.3>

შესავალი

პიროვნების ჯანმრთელობა, როდენ სუბიექტური და არამატერიალურიც არ უნდა იყოს ეს ცნება, ადამიანის კეთილდღეობისა და ღირსების მნიშვნელოვანი პირობაა. ზოგადი მოსაზრებით, სახელმწიფოს ამ მხრივ გარკვეული პასუხისმგებლობა აკისრია. ცხადია, სახელმწიფოებს არ შეუძლიათ კარგი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, მაგრამ სწორედ ისინი წარმოადგენენ იმ ერთეულს, რომლებსაც ყველაზე უკეთ ხელეწიფებათ იმ ძირითადი პირობების შექმნა, რითაც დაცულია პიროვნების ჯანმრთელობა და შესაძლებელია მისი გაუმჯობესება.²

ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნება, გაუმჯობესება ან სტაბილურობა შეუძლებელია მედიკამენტების გარეშე.

სამედიცინო დახმარების (ჯანდაცვის უფლება) და ძირითადი სამედიცინო პრეპარატების ხელმისაწვდომობა სულ უფრო ხშირად მოიაზრება ადამიანის ძირითად უფლებად. წამლებზე მაღალი ფასები, მათი არარაციონალური მოხმარება და მოხმარებლის მიერ ღირებულების პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდა, ხარისხთან, უსაფრთხოებასა და ეფექტურობასთან ერთად იყო და რჩება, ქართული ჯანდაცვის სისტემის მთავარ გამოწვევად.

აღსანიშნავია, რომ მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე ბევრი ფაქტორი მოქმედებს: მედიკამენტების ღირებულების განსაზღვრა ქიმიური და ბიოლოგიური შემადგენლობის გათვალისწინებით, სამედიცინო-კლინიკური კვლევების სიძვირე, პატენტები, დაფასოება, რეკლამა, დისტრიბუცია. ფასწარმოქმნის პროცესი საკმაოდ გრძელი და რთულია. სახელმწიფო ვალდებულია ისე დაარეგულიროს მედიკამენტების შესყიდვა, რომ არ გამოიწვიოს ხელოვნურად ფასების მატება და ხელმისაწვდომი გახადოს ის პაციენტებისათვის. ამას კი სახელმწიფო პოლიტიკის ჩამოყალიბება და დაგეგმვა სჭირდება.

განსაკუთრებით პრობლემურია მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის საკითხი ონკოლოგიაში, მით უფრო მაშინ, როდესაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით, დღეისათვის მსოფლიოში კიბოთი ყოვეწლიურად, საშუალოდ 10 000 000 ავადდება, და ამავე მიზეზით დაახლოებით 6 000 000 ადამიანი იღუპება.

აღნიშნული კვლევის ინტერესს სწორედ წამალზე ხელმისაწვდომობის საკითხები წარმოადგენს და ის სერვისები (მაგალითად, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია, სხივური თერაპია), რომლებსაც საჭიროებენ ონკოლოგიური პაციენტები.

ნაწილი I

1.1 მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, პრობლემები და გამოწვევები

ჯანმრთელობის უფლების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია ხელმისაწვდომობა მედიკამენტებზე, რომლის გარეშეც წარმოდგენილია ჯანმრთელობის შენარჩუნება ან ავადობის დაძლევა. მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტების წარმოება უმეტეს შემთხვევებში კერძო სექტორის ხელშია, სწორედ სახელმწიფოა პასუხისმგებელი შექმნას მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომი გარემო და არ დაუშვას დისკრიმინაცია ამ სფეროში.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, ადამიანი კიბოთი, ძირითადად, მისი პროფესიული და შემოქმედებითი განვითარების ოპტიმალურ ასაკში (45-65 წელი) ავადდება.

მსოფლიოს ოფიციალური სტატისტიკით, განვითარებულ ქვეყნებში კიბოს გავრცელების სიხშირე იზრდება, ხოლო ამ მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მცირდება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მომზადებულ ანგარიშში - „არაგადამდებ დაავადებათა გლობალური სტატუსი, 2014“, აღნიშნულია, რომ მსოფლიოში 2012 წელს 56 მლნ. ადამიანიდან 38 მლნ-ის (68%) სიკვდილის მიზეზი ავად იყო (12). ამასთან, ავად-ით გამოწვეული სიკვდილიანობის თითქმის ერთ მესამედს ადგილი ჰქონდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში. სიკვდილიანობის 82%-ის გამომწვევი მიზეზი იყო ოთხი ძირითადი ავად: გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (17.5 მლნ. ადამიანი, ავად-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის 46.2%), კიბო (8.2 მლნ. ადამიანი, ავად-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის 21.7%), ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები ასთმისა და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების ჩათვლით (4 მლნ. ადამიანი, ავად-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის 10.7%) და დიაბეტი (1.5 მლნ. ადამიანი, ავად-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის 4%).

კიბოთი დაავადებული პაციენტები ერთ-ერთი ყველაზე დიდი პოპულაციაა, რომლებსაც პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) ვარაუდობს, რომ 2030 წლისთვის ავთვისებიანი სიმსივნით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2007 წლიდან, 7.9 მილიონიდან 11.5 მილიონამდე გაიზრდება.³ გარდა ამისა, არსებული გათვლებით, 2030 წლისთვის კიბოს ახალი შემთხვევები 15.5 მილიონამდე გაიზრდება. ეს ციფრი 2007 წელს 11.3 მილიონს შეადგენდა.⁴ კიბოს ახალი შემთხვევების ნახევარზე მეტი ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში ჩნდება.⁵

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ მოამზადა აუცილებელი მედიკამენტების სია, „რომელიც აკმაყოფილებს მოსახლეობის პრიორიტეტულ საჭიროებებს ჯანდაცვის სფეროში“ და შეირჩა „დაავადების გავრცელების დონის, მტკიცებულების ეფექტურობის, უსაფრთხოებისა და შედარებითი რენტაბელობის გათვალისწინებით“. სიები შემდეგი სახელწოდებებით შემუშავდა: ძირითადი მედიკამენტების მოდელური სია (Model List of Essential Medicines) და ძირითადი მედიკამენტების მოდელური სია ბავშვებისთვის (Model List of Essential Medicines for Children). ეს ორი სია ეროვნული და ინსტიტუციური

ძირითადი მედიკამენტების სიების სახელმძღვანელოს წარმოადგენს. ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი #14 ზოგად კომენტარში აღნიშნავს, რომ სახელმწიფოები ვალდებული არიან უზრუნველყონ მიწოდება „იმ ძირითადი მედიკამენტებისა, რომელიც განსაზღვრულია WHO-ს მოქმედების პროგრამით“. ამ მედიკამენტების პაციენტებისთვის მიწოდება მინიმალური მთავარ ვალდებულებად, რაც ადამიანის უფლების დასაცავად არის საჭირო.⁵

ამავდროულად, 2007 წელს, ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციამ, პალიატიური მზრუნველობის 26 ორგანიზაციასთან თანამშრომლობით, შეიმუშავა ძირითადი მედიკამენტების სია პალიატიური მზრუნველობის სფეროში. ჩამოთვლილი 34 მედიკამენტიდან, WHO -ს მიერ მომზადებულ მოდელურ სიაში (უკანასკნელად განახლდა 2011 წელს) მხოლოდ თოთხმეტი შეტანილი. აღსანიშნავია, რომ მორფინი ერთადერთი ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებაა WHO -ს მედიკამენტთა სიაში. ორალური მორფინი განსაკუთრებით აუცილებელი საშუალებაა პალიატიური მზრუნველობისთვის, რადგან ის ტკივილის გაყუჩების იაფი შესაძლებლობაა. მიუხედავად ამისა, დაბალ ან საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში, ოპიოიდების ფორმებს შორის, მეტად ხელმისაწვდომია უფრო ძვირი და რთულად მოსახმარი საშუალებები, ისეთი როგორც არის ინექციური მორფინი. ოპიოიდების მაღალი ფასი კი მკურნალობის ხელმისაწვდომობის ხელისშემშლელი ფაქტორია.

დამატებით, მსოფლიო ჯანდაცვის ასამბლეამ, ძირითადი აუცილებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის თაობაზე, WHA 2002 წლის 55.14 რეზოლუციაში წევრ სახელმწიფოებს მოუწოდა კვლავ დაადასტურონ თავიანთი მზადყოფნა სამკურნალო მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე და აღნიშნული ვალდებულება ასახონ კონკრეტულ კანონებში; კერძოდ, სამკურნალო მედიკამენტების საკითხზე, ეროვნული პოლიტიკის მიღების გზით, ძირითადი აუცილებელი სამკურნალო მედიკამენტების სიის შედგენით, მტკიცებულებების საფუძველზე, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ შედგენილი სიის გათვალისწინებით გააქტიურონ სამკურნალო მედიკამენტების პოლიტიკაზე მუშაობა ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ფარგლებში და ხელმისაწვდომი გახადონ ამგვარი მედიკამენტების ხარისხიანი და რაციონალური გამოყენება. ასევე კვლავ დაადასტურონ ეროვნული პოლიტიკა სამკურნალო საშუალებებზე მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კონცეფციასთან მიმართებით.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა რამდენიმე სახედ იყოფა:

- **ფიზიკური ხელმისაწვდომობა:** როდესაც ამა თუ იმ დაავადების სამკურნალოდ ან პრევენციისათვის არ მოიპოვება (არაა გაყიდვაში) მედიკამენტი. მაგალითად, აივ ინფექციას/შიდსს აივ თერაპიით წლების განმავლობაში მკურნალობენ პაციენტები, თუმცა დღემდე

³ www.who.int/features/qa/15/en/index.html 4Ibid, იგივე

⁵ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO), კიბოს კონტროლის ეროვნული პროგრამები: პოლიტიკა და მართვის სახელმძღვანელოები (2002, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf>).

⁶ www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html.

მსოფლიოს არც ერთ ქვეყანაში არ მოიპოვება აივ ინფექციის/შიდსის სამკურნალო პრეპარატი, რომელიც პაციენტებს განკურნავს აღნიშნული დაავადებისაგან. გასათვალისწინებელია, რომ 20 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში მიმდინარეობს მუშაობა რამდენიმე მოლეკულაზე, თუმცა ჯერჯერობით მედიკამენტი არ არსებობს;

- **ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა:** სამწუხაროდ, აღნიშნული პრობლემა კვლავ აქტუალურია განვითარებად და ე.წ. „მწირი რესურსების მქონე“ ქვეყნებისათვის. საუბარია მედიკამენტებზე, რომლებიც დარეგისტრირებულია ქვეყნებში, როგორცაა აშშ, ევროპა, იაპონია, ავსტრალია, კანადა, მაგრამ მათი მაღალი ფასის და მწირი ბაზრის გამო მედიკამენტი არაა რეგისტრირებული მაგალითად აფრიკისა და აზიის ქვეყნები, ასევე საქართველოც. მაგალითისთვის საქართველოში დღეისათვის არაა რეგისტრირებული აივ ინფექციისათვის აუცილებელი მედიკამენტების უდიდესი ნაწილი და მათი ხელმისაწვდომობა ქვეყანაში მხოლოდ გლობალური ფონდის ან სხვა საერთაშორისო დონორების დამსახურებაა. საქართველოში მედიკამენტების რეგისტრაციის არარსებობის ძირითადი მიზეზი სწორედ საქართველოში არსებული მწირი ბაზარია;⁷
- **ფინანსური ხელმიუწვდომლობა:** როდესაც მედიკამენტი ფიზიკურად არსებობს და რეგისტრირებულია, თუმცა მისი ფასის გამო ხელმიუწვდომელია. ამის ნათელი მაგალითია C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტები. 2010 წლის სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით საქართველოში დაავადების პრევალენტობა იყო 6,7%⁸ (ზრდასრული მოსახლეობის დაახლოებით 200 000 ადამიანს⁹), C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ღირებულება - პეგილირებული ინტერფერონისა და რიბავირინის კომბინაციით, დაახლოებით 10, 000 ევროს შეადგენდა, მკურნალობის 48-კვირიანი კურსისათვის,¹⁰ ხოლო მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა დაახლოებით მოსახლეობის 1%-ს ჰქონდა (საკუთარი ხარჯებით, ვინაიდან არ არსებობდა სახელმწიფო პროგრამები ან სადაზღვევო პროგრამები, რომლებიც ამ მკურნალობის ხარჯებს დააფინანსებდა).¹¹

ერთ-ერთი დიდი პრობლემა, რომლის გადაჭრასაც ვერ ახერხებს თანამედროვე მსოფლიო, ჯანმრთელობის სიძვირეა. მისი დაფინანსების ზრდა მნიშვნელოვნად უსწრებს წინ ქვეყნების ეკონომიკის განვითარებას. მსოფლიო ჯანდაცვის ხარჯეფექტურობის გზების ძიებაშია. წამალი სწორედაც ის კომპონენტია, რომლის ხარჯეფექტურობის შესწავლამ აჩვენა, რომ დაბალანსებულად ხარჯის შემცირება ამ სეგმენტში ისე, რომ არ დაზარალდეს ინოვაციების შექმნა, ერთ-ერთი ეფექტური გამოსავალია.¹²

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და IMS Health-ის მონაცემებით გლობალური ჯანდაცვის წლიური დანახარჯი 2012 წელს 6.5 ტრილიონი აშშ

⁷ <http://aidscenter.ge>

⁸ Stvilia K, Tsertsvadze T, Sharvadze L, Aladashvili M, del Rio C, Kuniholm MH and Nelson KE. Prevalence of Hepatitis C, HIV, and Risk Behaviors for Blood-Borne Infections: A Population-Based Survey of the Adult Population of T'bilisi, Republic of Georgia. J Urban Health. 2006 Mar; 83(2):289-298.

⁹ www.ncdc.ge/ka-GE/Statistics/DiseaseStatistics

¹⁰ www.osgf.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=28&info_id=1225

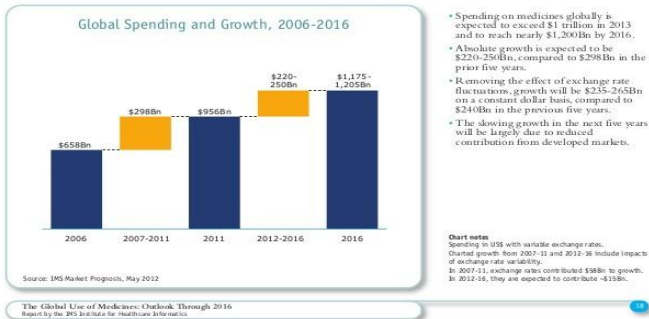
¹¹ http://www.osgf.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=15&info_id=2560

\$ იყო, მათ შორის, წამალზე დანახარჯი - 965 მილიარდი აშშ\$. 2011-დან 2016 წლამდე პროგნოზირებულია ამ დანახარჯის 220-250 მილიარდი აშშ\$-ით ზრდა და, შესაბამისად, მოსალოდნელია 2016 წელს წამლის დანახარჯმა 1.2 ტრილიონ აშშ\$-ს გადააჭარბოს.¹³

გლობალური ბაზრის ზრდის ტენდენცია¹⁴

GLOBAL SPENDING GROWTH

Absolute growth is forecast to be \$220–250Bn over the next five years



მიუხედავად მაღალი დანახარჯისა, მოსახლეობის, დაახლოებით მესამედს, 2 მილიარდამდე ადამიანს, არ შეუძლია სასიცოცხლოდ აუცილებელი წამლების რეგულარულად შეძენა, მით უმეტეს ისეთი წამლების, რომლებიც გამოიყენება ონკოლოგიაში.

ჯანდაცვის პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდის გამო, ადამიანები დგებიან ფინანსური პრობლემების წინაშე, რაც ნაწილისთვის (საერთაშორისო სტატისტიკის მიხედვით, მესამედისთვის), ფინანსური კატასტროფით სრულდება, რის გამოც მსოფლიოში ყოველწლიურად, დაახლოებით, 150 მილიონი ადამიანიდან 100 000 ლატაკდება. გაღარიბებული ადამიანი კი გაცილებით მეტ ფინანსურ მხარდაჭერას საჭიროებს სახელმწიფოს მხრიდან. შეზღუდული საბიუჯეტო სახსრების პირობებში სახელმწიფო პროგრამები ფინანსურად არამდგრადი ხდება. ფინანსურად არამდგრადი ჯანდაცვის სისტემების დანახარჯის ზრდა იწვევს ბიუჯეტის შემცირების საჭიროებას და ხელმისაწვდომობის პრობლემის კიდევ უფრო გამწვავებას. საყოველთაო ჯანდაცვის მთავარ გამოწვევად ექსპერტები პროგრამის ფინანსურ მდგრადობას მიიჩნევენ, წამალი კი ამ თვალსაზრისით დიდი რესურსის მქონე კომპონენტია, ვინაიდან წამლის ხარისხი, უსაფრთხოება, ეფექტურობა და რაციონალური მოხმარება ხარჯების ეფექტურად შემცირების შესაძლებლობას იძლევა.¹⁵

ფარმაცევტული ბიზნესის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქცია ხარისხიან სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაა. მკურნალობის პროცესში გამოყენებული სამკურნალო საშუალებების ეფექტიანობა, უსაფრთხოება და ფასი ის მაჩვენებლებია, რომლებიც,

¹² წამლის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა - საართველოს ჯანდაცვის გამოწვევები; ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველო“-თბილისი, 2015წ. გვ. 18-19.

¹³ იქვე გვ. 20.

¹⁴ იქვე გვ. 21.

საბოლოო ჯამში, მკურნალობის ხარისხს, ხანგრძლივობასა და ღირებულებას განაპირობებს.¹⁶

ამასთან დაკავშირებით, ძალიან აქტუალური ხდება სამკურნალო საშუალებებზე დანახარჯები, რომელიც მოსახლეობას მძიმე ტვირთად აწევს და უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში განუწყვეტლივ იზრდება. მედიკამენტებზე მაღალი დანახარჯი ძირითადად არარაციონალური ფარმაკოთერაპიის, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად დანიშვნისა და გამოყენების, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანებისა და არასაკმარისი გამოყენების, პაციენტთა მიერ თვითმკურნალობის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი დაფინანსების, ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგის შედეგია.

საქართველოში, ისევე, როგორც მთელ მსოფლიოში, ფარმაცევტული კომპანიები მწვავე კრიტიკის სამიზნეები არიან; ისინი ფოკუსირებას აკეთებენ წამლებზე, რომლებიც სტრუქტურულად მცირედ განსხვავდებიან უკვე არსებულისაგან; კლინიკური კვლევების ისეთ დიზაინს ქმნიან, რომ ისინი უკეთესად გამოიყურებოდნენ, ვიდრე სინამდვილეში არიან.¹⁷ ფაქტობრივად, ფარმაცევტული კომპანიები მონსტრ გაერთიანებებად გადაიქცნენ, რომელთა ხელში აღმოჩნდა ასევე დიდი კლინიკები და სამედიცინო დაწესებულებები.

საზოგადოება მეტწილად კარგავს ფარმაცევტული ინდუსტრიის მიმართ ნდობას. მიუხედავად იმისა, რომ ახალი წამლების რაოდენობა ყოველ წელს განუხრელად იზრდება, ფარმაცევტული ინდუსტრია მაინც განიცდის ინოვაციური, ახალი წამლების ნაკლებობას, რომლებიც საგრძნობ კლინიკურ გაუმჯობესებას იწვევენ.¹⁸

ონკოლოგიაში ძვირადღირებული მედიკამენტების ხელმიუწვდომლობა ფაქტობრივად არაეფექტურს ხდის იმ სამედიცინო სერვისებს, რომლებიც ონკოლოგიური დავადების (ონკოდაავადების) შემთხვევაში ენიშნებათ პაციენტებს.

გენერიკების როლი

გენერიკებს მნიშვნელოვანი როლის შესრულება შეუძლიათ ფარმაცევტული პროდუქტების ფასისა და თვითღირებულების შემცირების თვალსაზრისით, მაგრამ ქართულ ბაზარზე ისინი ამ როლს ვერ ასრულებენ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას აუცილებელი მედიკამენტების განახლებული ნუსხა აქვს, რომელიც ანალოგიური ნუსხის შესადგენად შეიძლება იქნეს გამოყენებული საქართველოში.

ფონდ „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ მიერ 2015 წელს ჩატარებულ კვლევაში-„წამლის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა - ქართული ჯანდაცვის გამოწვევები,“ აღნიშნულია, რომ 2010 და 2014 წლების მაჩვენებლების შედარებითა და ანალიზით გამოიკვეთა ცვლილება სხვა მიმართულებითაც,

¹⁵ იქვე გვ.34.

¹⁶ იქვე გვ.43.

¹⁷ იქვე გვ.45.

შემცირდა პაციენტების წილი (%), რომლებსაც არ შეეძლოთ დანიშნული წამლების შეძენა, შემცირდა კონსულტაციების წილიც, როცა ინიშნებოდა წამალი, მაგრამ პაციენტი მას ფასის გამო ვერ ყიდულობდა.

შეძენა			
წელი	სულ	ქალაქი	სოფელი
2010	82.1	81.5	82.6
2014	85.3	86.7	83.9

წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2014

კონსულტაციებისა და დანიშნული წამლების ფასის გამო ვერშეძენის პროცენტული მაჩვენებელი								
წელი	სულ	ქალაქი	სოფელი	უღარიბესი	2	3	4	უმდიდრესი
2010	13.1	12.6	13.6	21.7	14.2	11.1	9.4	10.3
2014	10.2	8.5	12.1	18.6	11.9	9.7	7.6	5.4

წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2014

¹⁸ www.gtu.ge/bef/pdf/Doqtorantura/.../avtoreferati_m.maridashvili.pdf

მონაცემთა და მაჩვენებელთა აღნიშნულ გაუმჯობესებაზე, სავარაუდოდ, რამდენიმე ვერტიკალური პროგრამის წამლის კომპონენტის გაფართოებამ იქონია მნიშვნელოვანი გავლენა.¹⁹

2014 წლის მდგომარეობით, ხელმისაწვდომობის პრობლემა კიდევ უფრო გამწვავდა უღარიბეს კვინტილში, წამლებზე პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდის მაჩვენებელი კი გაიზარდა.

ჯიბიდან გადახდები ამბულატორიულ ვიზიტსა და წამლებზე

ჯიბიდან გადახდები ყოველ ამბულატორიულ ვიზიტზე (ლარი)		ჯიბიდან გადახდები გამოწერილ წამლებზე (ლარი)	
2010	2014	2010	2014
43.4	49.7	30.8	26.9
47.4	43.2	25.8	28.0
28.9	21.7	20.2	23.7
36.1	36.4	25.8	24.8
45.9	46.6	25.7	29.5
53.6	51.8	33.3	28.1
57.3	67.9	33.1	29.8

წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2014

¹⁹ მაგალითად, — C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამა — 2014 წლის 1 ივლისიდან ამოქმედდა. პირველ ეტაპზე — C ჰეპატიტი დაავადებულებს საშუალება მიეცათ პეგილირებული ინტერფერონი და რიბავერინი 60%-იანი ფასდაკლებით შეესყიდათ. სოციალური მომსახურების სააგენტოში პროგრამით სარგებლობისათვის დარეგისტრირდა 1 800-მდე ბენეფიციარი. მათგან 845-მა შეიძინა ადგილობრივი ფარმაცეული კომპანია GMP-ის მიერ დამზადებული 14 960 ფლაკონი "პეგფერონი", რომლის საერთო ღირებულებამ 1 391 280 დოლარის ეკვივალენტი შეადგინა ლარში, მაშინ , როცა "რომეს" წარმოებული იმავე პრეპარატის შესყიდვას დასჭირდებოდა 3 740 000 დოლარი. შემდგომ ეტაპზე პროგრამის წამლის კომპონენტი გაფართოვდა ინოვაციური ფორმულით, სოფოსბუვირით და პროგრამაში ჩართული პაციენტი, სრულიად უსასყიდლოდ, თანაგადახდის გარეშე, სარგებლობს წამლის კომპონენტით მწარმოებელი კომპანიის გილედთან გაფორმებული შეთანხმების სფუძველზე კომპანია უსასყიდლოდ უზრუნველყოფს C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროექტს წამლით;

ოდნავ გაიზარდა და ისევე მაღალი რჩება წამლეების შესაძენად პირდაპირი გადახდის პროცენტული მაჩვენებელი ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტებისათვის.

დადებითად უნდა შეფასდეს ის ღონისძიებები, რომლებიც გატარდა სახელმწიფოს მხრიდან წამალზე ხელმისაწვდომობის კუთხით, კერძოდ, უფასო მედიკამენტთა პროგრამა, სადაც პერიოდულად იზრდება წამლების ჩამონათვალი. აღნიშნულ პროგრამაში ბენეფიციარები სოციალურად დაუცველი მოსახლეობაა. უნდა ითქვას, რომ ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე პროგრამებს შორის უფასო მედიკამენტების პროგრამას ყველაზე დადებითი გამოხმაურება მოჰყვა.

აღნიშნული პროგრამის მონაწილეები 2017 წლის ზაფხულიდან მედიკამენტებს სიმბოლურ ფასად - 1 ლარად იღებენ. ეს შეეხება ქრონიკული დაავადების მქონე ყველა იმ ადამიანს, რომლის სარეიტინგო ქულა 100 000-ს არ აღემატება. თუმცა საყურადღებოა, რომ აღნიშნული მედიკამენტები კიბოთი დაავადებული პაციენტებისთვის ნაკლებად საჭიროა.

ფონდ „კურაციოს“ მიერ 2017 წელს ჩატარებული კვლევა მიუთითებს, რომ ბარომეტრის მეცხრე ტალღაში გამოკითხულ სპეციალისტთა 66.7% მიიჩნევს, რომ ბოლო 6 თვეში მოსახლეობის ფინანსური დაცულობა გაუარესდა. რესპონდენტთა 69% მიიჩნევს, რომ ბოლო 6 თვის მანძილზე სამედიცინო მომსახურება გაძვირდა, 76.2% მიიჩნევს, რომ ამ პერიოდში მედიკამენტებზე ფასები გაიზარდა, 50% თვლის, რომ ბოლო 6 თვის პერიოდში ჯიბიდან გადახდებმა იმატა. სპეციალისტთა შეფასებები თანხვედრაშია საქსტატის ოფიციალურ მონაცემებთან, რომლის მიხედვითაც 2017 წლის პირველ ნახევარში ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება გაძვირდა 5.2%-ით, სამედიცინო პროდუქცია (მედიკამენტები) გაძვირდა 7.2%-ით.

მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის გაუარესებაზე მიუთითებს ასევე მსოფლიო ბანკის ანგარიშში მოყვანილი შედეგები, რომლის მიხედვითაც ირკვევა, რომ 2012 წლიდან 2015 წლამდე 6%-ით არის მომატებული იმ შინამეურნეობების (ოჯახების) რაოდენობა, რომლებსაც ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯი დაუდგათ.²⁰

წამლის ფასის გაძვირებას განაპირობებს აგრეთვე რამდენიმე კომპანიის დომინირება ბაზარზე, რაც წამლებზე მაღალი ფასნამატის არსებობას იწვევს. აღნიშნული, თავის მხრივ, ფარმაცევტულ პროდუქტებზე მაღალ დანახარჯს განაპირობებს. საქართველოში წამლების ფასზე დამატებული საშუალო ფასნამატი სხვა ევროპული ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებლებზე ბევრად მაღალია....“²¹

კონკურენციის ხელშეწყობისა და მონოპოლიური ძალაუფლების შესუსტების მიზნით, 2009-2010 წლებში გატარებული რეფორმის ფარგლებში „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონმდებლობით დაუშვეს პარალელური იმპორტი (PI), 2 რეჟიმით:

²⁰ წამლის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა - სართველოს ჯანდაცვის გამოწვევები; ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველო“; თბილისი, 2015წ.

²¹ ორგანიზაცია „სერთაშორისო გამჭვირვალობა-საქართველო“.

1. ე.წ. აღიარებითი რეგისტრაცია - ნებისმიერ აპლიკანტს შეუძლია დოკუმენტთა რეგლამენტირებული პაკეტით მიმართოს მარეგულირებელს და მოითხოვოს მთავრობის მიერ წინასწარ დადგენილ რეფერენს სახელმწიფოებში რეგისტრირებული წამლის ქართულ ბაზარზე იმპორტი;

2. უკვე რეგისტრირებული წამლის სხვა ბაზრისთვის განკუთვნილი განსხვავებული შეფუთვა-მარკირებით იმპორტი.

მართალია, კანონმდებლობა პირდაპირ PI ტერმინს არ იყენებს, მაგრამ ბაზარზე დაშვების ზემოაღნიშნული ორი რეჟიმი თვისობრივად პარალელური იმპორტია.

პარალელური იმპორტი ეფექტური ინსტრუმენტია მონოპოლიური ძალაუფლების წინააღმდეგ, ვინაიდან არღვევს ექსკლუზიური გარიგებების სივრცეს მწარმოებლებსა და იმპორტიორს შორის. ამასთან, იძლევა რეფერენს - ბაზრებიდან შედარებით იაფი წამლების შემოტანის შესაძლებლობას. რეფერენსი სახელმწიფოების ჩამონათვალი დამტკიცებულია მთავრობის 24-ე დადგენილებით.

და ბოლოს, ვერ განვიხილავთ წამლის ფასწარმოების პრობლემებს, თუ არ შევხებით პატენტის საკითხს. ასოცირების ხელშეკრულებით აღებული ვალდებულებების უზრუნველყოფის მიზნით, წინამდებარე პროექტის მიმდინარეობის ეტაპზე საქპატენტი მუშაობს საკანონმდებლო ცვლილებების, წამლებზე დამატებითი დაცვითი პატენტის შემოღების, დაცულობის გახანგრძლივების პროექტზე, რაც გადაავადებს ბაზარზე გენერიკული ასლების დაშვების შესაძლებლობას, ეს ჩვენი ტიპის ბაზრისთვის კიდევ უფრო გაამწვავებს ხელმისაწვდომობის პრობლემას.

წამლების ბაზარზე დაშვების ადმინისტრაციული პროცედურები ამცირებს მარკეტინგის ეტაპზე მათი პატენტით დაცულ ვადას, ახალი პროექტით, პროპრიტარულ წამლებს დამატებით ეძლევათ პატენტით დაცვის ვადის გახანგრძლივების შესაძლებლობა, ოღონდ არა უმეტეს 5 წლისა. პედიატრიული კვლევების ფლობის შემთხვევაში ვადა კიდევნათვით შეუძლიათ გაიხანგრძლივონ. ანალოგიურად ხდება მონაცემებთან დაკავშირებითაც, ისინი დახურულია მესამე პირებისათვის (რომ არ მოხდეს არაკეთილსინდისიერი კომერციული გამოყენება), კლინიკური კვლევების მონაცემებიც რჩება კონფიდენციალურად და იკრძალება მათი გამოყენება პროდუქტის ბაზარზე პირველად დაშვებიდან 6 წლის განმავლობაში. ვადის ათვლა იწყება მოცემული პროდუქტის ნებისმიერ ბაზარზე პირველად დაშვების თარიღიდან, სახელმწიფოს ეკისრება ვალდებულება არ დაუშვას იგივე ან ანალოგიური პროდუქტის რეალიზაციის უფლების მინიჭება ვინმესთვის ექსკლუზივის მფლობელის თანხმობის გარეშე.

დადგენილი ექვსწლიანი ვადა გაგრძელდება მაქსიმუმ შვიდ წლამდე, თუ ნებართვის მიღებიდან პირველი ექვსი წლის განმავლობაში ძირითადი ნებართვის მფლობელი მიიღებს ნებართვას პრეპარატის ერთი ან მეტი ახალი სამკურნალო დანიშნულებით გამოყენებაზე, რომელიც ითვლება მნიშვნელოვანი კლინიკური უპირატესობის მქონედ მკურნალობის არსებულ მეთოდებთან. კონტრადიქტული წამლები აქტუალურია გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებისათვის. როგორც წესი, გენერიკული კომპანიები ცდილობენ ქვეყნების საპატენტო კანონმდებლობაში მოძებნონ სუსტი ადგილი, გაარღვიონ

ის და შევიდნენ ბაზარზე პირველები, ეს ტაქტიკა ზოგჯერ აღწევს მიზანს, ზოგჯერ ვერა...²²

1.2. ონკოლოგიურ პაციენტთა ხელმისაწვდომობა კიბოს საწინააღმდეგო მედიკამენტებზე

კიბოს მკურნალობის სტრატეგიაში დღის წესრიგში ცენტრალურ საკითხად დგება იმ თანამედროვე სამკურნალო სქემების გამოყენება პრაქტიკაში, რომელთა შემუშავება წლობით მიმდინარეობდა მაღალაკადემიური სამეცნიერო კვლევების შედეგად და საფუძვლად უდევს თანამედროვე ევროპულ და ამერიკულ გაიდლაინებსა და პროტოკოლებს. მედიკამენტოზური თერაპიის როლი, როგორც ქირურგიული ოპერაციის ჩატარებამდე ისე შემდგომ, დამოუკიდებლად, თუ სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში, ერთმნიშვნელოვნად უდიდესია და ხშირად პაციენტის სრულ განკურნებას, კიბოს შეჩერებას, მდგომარეობის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებას ან სიცოცხლის გახანგრძლივებას განაპირობებს, კიბოს ფორმის, სტადიის, ჩატარებული მკურნალობისა და ორგანიზმის მკურნალობაზე საპასუხო რეაქციის მიხედვით. მსოფლიო ბაზარზე წარმოდგენილია როგორც კლასიკური, ამ ეტაპისთვის შედარებით მოძველებული კიბოს საწინააღმდეგო მედიკამენტები (ძირითადად ქიმიო და ჰორმონოპრეპარატები), ისე თანამედროვე, ახლად დანერგილი მედიკამენტები, ახალი თაობის ქიმიო და ჰორმონოპრეპარატები, ასევე, ე.წ. თარგეტო (სამიზნე-მცირე მოლეკულური ან მონოკლონური ანტისხეულები) და იმუნური თერაპიის საშუალებები (მონოკლონური ანტისხეულები, ციტოკინები, სამკ. ვაქცინები, BCG).

დღეისათვის მსოფლიოში რეგისტრირებულია კიბოს საწინააღმდეგო 200-ზე მეტი დასახელების მედიკამენტი.²³

მედიკამენტოზური თერაპიაში მოიაზრება:

- ქიმიოთერაპია
- ჰორმონოთერაპია
- იმუნოთერაპია
- დამიზნებითი თერაპია

²² ეს პრობლემა მწვევად დადგა 2001-2002 წლებში და საბოლოოდ, დიდი შედეგული შეთანხმდა აფრიკული ქვეყნებისთვის შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლაში აღმოეჩინათ მატერიალური მხარდაჭერა. ეს იყო პერიოდი, როცა შიდსის სამკურნალო თანამედროვე კოქტეილი ერთი პაციენტისათვის თვეში რამდენიმე ასეულ აშშ დოლარს შეადგენდა. მიუხედავად იმისა, რომ აფრიკის ქვეყნების მოსახლეობის 1/3 შიდსით იყო დაავადებული, მათ არ ჰქონდათ წამლებზე ხელმისაწვდომობა ფასის გამო. ინდურ კომპანიებს ლიბერალური საპატენტო კანონმდებლობის გამო ჰქონდათ ლეგალური უფლება თავიანთი ბაზრისათვის ამ კოქტეილის ასლის გამოშვებისა; ეს წამლები მათ აფრიკაშიც შეიტანეს, რაც გახდა სასამართლო დავის საგანი. საპატენტოს უფლების დაცვა არ არის მილიონი ადამიანის სიცოცხლის საპირფონო, შესაბამისად, დავა კონტრადიქტის სასარგებლოდ გადაწყდა. „ჯობია იყო მეკობრე, ვიდრე მკვლელი—“ ასე უპასუხა ბომბეის ცილას აღმასრულებელმა დირექტორმა ამარ ლულამ (Amar Lulla) პრესის კითხვას პროპრიეტარული პროდუქტების ნახევრად არალეგალურად წარმოების თაობაზე. იხ. „წამლის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა-საქართველოს ჯანდაცვის გამოწვევები—“; თბილისი, 2015. გვ.64.

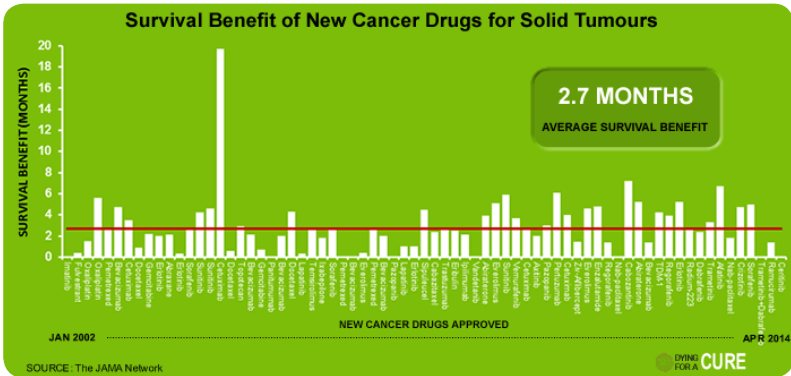
ქიმიოთერაპია (ქთ) გულისხმობს სიმსივნური უჯრედების განადგურებასა და მათი ზრდის შეჩერებაზე მიმართულ მკურნალობას. ქთვის მხრივ, ქ გამოიყენება დამოუკიდებლად, სხვა ქთამოიყენება დამ ან კიბოს საწინააღმდეგო სხვა ტიპის მკურნალობასთან ერთად. ქიმიოთერაპიისთვის წამლის შერჩევა დამოკიდებულია კიბოს ტიპზე, მის უჯრედულ შენებაზე, მეტასტაზირების არსებობასა და ორგანიზმის ზოგად მდგომარეობაზე. 100-ზე მეტი წამალია ქიმიოთერაპიისთვის ამჟამად ხელმისაწვდომი და მუდმივად მიმდინარეობს ახალი პრეპარატების შემუშავება. ქიმიოთერაპიულმუდმივად მიმდ გამოყენების სქემები და პროტოკოლები შედეგიანობის გარდა, მაქსიმალურადაა მორგებული მათ ტოქსიურობაზე. რადგან ისინი სიმსივნის უჯრედების გარდა, ჯანსაღ უჯრედებზეც ზემოქმედებენ, ამ უჯრედების დაზიანებისა და ზრდის შეფერხების გამო (ძირითადად სისხლის, კუჭ-ნაწლავის ამომფენი ეპითელის, კანის უჯრედები) ქიმიოთერაპიის პერიოდში სხვადასხვა ხარისხით, მაგრამ ყოველთვის ვლინდება გვერდითი მოვლენები. მათ შემცირებასა და მართვაზე მიმართულია არა მარტო ქთ-ის ციკლებად ჩატარების პრაქტიკა, არამედ შესაბამისი პრეპარატების, კვების რეჟიმის, ფსიქოლოგიური მეთოდების გამოყენებაც. ქთ გამოიყენება როგორც კიბოს ზრდის შესაჩერებლად-**სამკურნალოდ**, ისე სიმსივნის მოცულობის შესამცირებლად, მეტასტაზირების შესაჩერებლად-ანუ **მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად**, ასევე, რელაფსის თავიდან ასაცილებლად-ანუ მიღებული შედეგების **შესანარჩუნებლად**. სხვა (ქირურგიულ) მეთოდთან მიმართებაში განასხვავებენ ქიმიოთერაპიის რეჟიმს ოპერაციამდე (ნეოადიუვანტური) ან ოპერაციის შემდგომ (ადიუვანტური).

რადგანაც ქთ საშუალებებს ეფექტიანად შეუძლიათ კიბოს რიგი სახეობების განკურნება, ან მდგომარეობის გაუმჯობესება, როგორც მინიმუმ, გაუარესების აცილება, არსებული სტატუსის შენარჩუნება დაზიანებულ უჯრედთა ზრდის, მეტასტაზირების შეჩერებით, ქთ მკურნალობა აუცილებელი და მნიშვნელოვანი ნაწილია კიბოს მართვაში და უნდა იყოს სათანადოდ დაფინანსებული.

ქვემოთ მოცემულია კიბოს სახეობების, გამოვლენის სტადიის და სათანადო მკურნალობის მიხედვით (ბრიტანეთის მონაცემთა მაგალითზე) განკურნების პროცენტი.

ასევე, კიბოს რეგისტრში ბოლო წლებში მნიშვნელოვანი ინდიკატორია **გადარჩენადობა (survival)**, სადაც საბოლოო განკურნების დაუდგენლობის შემთხვევაშიც, მნიშვნელოვანი შემადგენელი კომპონენტი ხდება სტატისტიკური მონაცემები - მკურნალობის შედეგად სიკვდილის აცილების ან გადავადების, მდგომარეობის სტაბილიზაციის, გაუმჯობესების, დარჩენილი ცხოვრების გახანგრძლივებისა და მისი ხარისხის გაუმჯობესების შესახებ.

²³ <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/cancer-drugs/drugs>



ამრიგად, თანამედროვე მსოფლიოში კლინიკური, ეთიკურ-სამართლებრივი და ფსიქოლოგიური ასპექტების გათვალისწინებით, ონკოლოგიურ პაციენტთა (ონკოპაციენტთა) უფლებების რეალიზაციად ითვლება იმ მედიკამენტების დაფინანსება კი, რომელთა გამოყენება, შესაძლოა, ვერ უზრუნველყოფს განკურნებას, მაგრამ წარმოადგენს მდგომარეობის სტაბილიზაცია-გაუმჯობესების საშუალებას. უფრო მეტიც-იმ წამლებისაც კი, რომლებიც ცხოვრების გახანგრძლივებისა (თუნდაც თვეებით) და ხარისხის გაუმჯობესებას უზრუნველყოფენ.

ამ მიდგომების გათვალისწინებით, ბოლო წლებში ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში აქტიურად გამოიყენება ქთ-ის გარდა **თარგეტო და იმუნოთერაპიული მედიკამენტები**

თარგეტო (დამიზნებითი) თერაპიის არსია სიმსივნური უჯრედების შეცვლილი გენების ამოცნობა და მათზე ზემოქმედება, უკონტროლო დაყოფის შეჩერება, ეს ცვლილებები (მუტაციები) სხვადასხვაა როგორც სიმსივნის ლოკალიზაციისა და ტიპის მიხედვით (მაგ. ფილტვისა და ძუძუს კიბოს შემთხვევაში), ისე სხვადასხვა პაციენტის ერთი და იმავე ორგანოს (მაგ. ფილტვის კიბო ორივე შემთხვევაში) სიმსივნის დროს. ამდენად, არსებობს მრავალნაირი სამიზნე სიმსივნურ უჯრედებზე, შესაბამისად, მრავალი სხვადასხვა დამიზნებითი პრეპარატი. ამ პრეპარატების მოქმედების გზები სხვადასხვაა და ჯერ-ჯერობით მხოლოდ რამდენიმე ტიპის სიმსივნის დროს გამოიყენება, როგორც ძირითადი თერაპია. მაგ. მელანომისა და ლეიკემიის ზოგიერთ შემთხვევაში. სხვა ტიპის სიმსივნეებისთვის დამიზნებითი პრეპარატები კლინიკური კვლევების სტადიაშია. დამიზნებითი თერაპიის დასაწყებად, როგორც წესი, ტარდება წინასწარი ტესტირება გენებსა და ძირითად პროტეინებში არსებული ცვლილებების დასადგენად და ხდება შესაბამისი მედიკამენტების შერჩევა. დამიზნებითი პრეპარატები, მოქმედების მექანიზმების მიხედვით, იყოფა რამდენიმე ჯგუფად-სიმსივნური უჯრედების ზრდის ფაქტორის ბლოკერები, ანგიოგენეზის საწინააღმდეგო, მონოკლონური ანტისხეულები, რომლებიც სიმსივნურ უჯრედებზე სპეციფიკურ პროტეინებზე ზემოქმედებენ. თუმცა ეს დაყოფა პირობითია, რადგან ზოგი თარგეტული პრეპარატი სხვადასხვაგვარად მოქმედებს. მაგ., ზრდის ფაქტორის ინჰიბიტორი იმავდროულად, შესაძლოა, მონოკლონურ ანტისხეულს წარმოადგენდეს, ხოლო

ზოგი მონოკლონური ანტიცხეული, შესაძლოა, იმუნურ სისტემას ააქტიურებდეს სიმსივნური უჯრედების საწინააღმდეგოდ, ანუ იმუნოთერაპიულ პრეპარატებსაც მიეკუთვნებოდა.

იმუნოთერაპია ით-ის არსია იმუნური სისტემის პრომოცია სიმსივნური უჯრედების ამოსაცნობად დამათუე „მეტევის“ მისატანად. ითუკვესტანდარტული მკურნალობად ითვლება ზოგიერთი სახის სიმსივნის, მაგ. მელანომის დროს. სხვა ტიპის სიმსივნეებისთვის კი ეს პრეპარატები კლინიკური კვლევების რეჟიმშია. ით-ისთვის გამოყენებული ძირითადი ჯგუფებია - მონოკლონური ანტიცხეულები (MABs), ვაქცინები, ციტოკინები, უჯრედული ტრანსფერები (T უჯრედული თერაპია). თითოეული ამ ჯგუფის პრეპარატის თვისებაა იმუნური სისტემის აქტივირება. მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ სხვადასხვა გზებით აქტივირებული იმუნური სისტემა ახლო მომავალში შეძლებს სიმსივნურ უჯრედთა ამოცნობასა და მათთან გამკლავებას.

ამრიგად, დღეისათვის კიბოს მედიკამენტოზური მკურნალობისათვის შექმნილია და მოწოდებულია არაერთი ეფექტიანი და იმედის მომცემი პრეპარატი და თერაპიული სქემები. სამწუხაროდ, ეფექტურობასთან შესაბამისობაში, ამ პრეპარატების ფასი ბაზარზე მაღალია პაციენტთა ხელმისაწვდომობა კი - დაბალი. ამასთან, ეს ყველა ქვეყნის, მათ შორის, ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნების უმთავრესი პრობლემაა და ფასის წარმოქმნისა და დარეგულირების მექანიზმებიდან გამომდინარე, არა მარტო კიბოსთან ბრძოლის ორგანიზაციების, არამედ ქვეყნის ჯანდაცვის, ეკონომიკის სამინისტროებისა და საპარლამენტო კომიტეტების, მთავრობის პოლიტიკური ნების განხილვის საგანს წარმოადგენს. კიბოს საწინააღმდეგო პროგრამების, სახალხო თუ კერძო დაზღვევების ფარგლებში, სრული ან ნაწილობრივი დაფინანსება, ქვეყნების მიხედვით არსებული წყაროების საშუალებით, ძირითადად ხერხდება ონკოლოგიურ პაციენტთა მედიკამენტოზური მკურნალობის სტანდარტული სქემების ფარგლებში. მაგრამ ქვეყნებს ეს საკმაოდ ძვირი უჯდებათ, რის გამოც **დაფინანსების გაუმჯობესება ან დამატებითი და ახალი მედიკამენტების შეტანა დაფინანსებული წამლების სიაში სულ უფრო რთული ხდება.** ზემოხსენებული, თავის მხრივ, განაპირობებს კიბოს საწინააღმდეგო თანამედროვე, გაუმჯობესებულ მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე პაციენტების ფინანსური, ინფორმაციული და ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის ნაკლებობას ან არარსებობას (განსაკუთრებით საკუთარი ქვეყნის საზღვრებს გარეთ არსებული შესაძლებლობების შემთხვევაში), რაც, ერთი მხრივ, უკვე არის პაციენტის უფლებების დარღვევა, მეორე მხრივ, მათი მდგომარეობის გაუარესების ან ინკურაბელურ სტადიაზე დაავადების გადასვლის მიზეზი. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ახალი პრეპარატების დამკვიდრებასთან ერთად, მწარმოებლები ამცირებენ სტანდარტული, კლასიკური სქემების წამლების წარმოებას და შექმნილი დეფიციტი მალე აღარ დაუტოვებს ქვეყნებს არჩევანის შესაძლებლობას, ამიტომ ახალი, უფრო შედეგიანი მედიკამენტოზური მკურნალობისა და დაფინანსების საშუალებების გამოძებნა და მკაფიო სტრატეგიული პოლიტიკის განსაზღვრა ამ სფეროში დღესვეა აუცილებელი.

შესაბამისად, კიბოს საწინააღმდეგო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის

პრობლემა მსოფლიოში, ერთი მხრივ, განპირობებულია ობიექტური მიზეზით - მათი მაღალი ფასით როგორც კონკრეტულ ქვეყანაში, ისე მის ფარგლებს გარეთ, მეორე მხრივ, სუბიექტური ფაქტორით - ამ ფასის დარეგულირებისა თუ კონკრეტული სახელმწიფოს მიერ სრულად დაფარვის სურვილისა და შესაძლებლობების ნაკლებობით ან არარსებობით.

მოკლედ განვიხლოთ ორივე ფაქტორი:

ობიექტური მიზეზი - მაღალი ფასი - მედიკამენტის ფასწარმოქმნა, ზოგადად, რთული და მრავალ კომპონენტური პროცესია. მასზე, როგორც წესი, რამდენიმე ფაქტორი მოქმედებს, რაზედაც შესავალში იყო საუბარი. ამიტომ, ცალკეული კომპონენტის გათვალისწინება და გამარტივება სხვადასხვა გზების გამოყენებით, ფასის შემცირებას შეუწყობს ხელს. შესაბამისად, კიბოს საწინააღმდეგო მედიკამენტებზე ფინანსური და ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ქვეყნების საკანონმდებლო ბაზების, შესაბამისი უწყებების, მწარმოებელი ფარმაცევტული და გადამზიდავი კომპანიებისა თუ დისტრიბუტორების გადაწყვეტილებებსა და კეთილ ნებაზე, ერთობლივ ძალისხმევაზე დამოკიდებული.

ონკოპაციენტების უზრუნველყოფა ადეკვატური კიბოს საწინააღმდეგო მედიკამენტებით დღეისათვის შესაძლებელია: ა) უკვე აპრობირებული, რეგისტრირებული წამლების შესყიდვით და ბ) გამოცდის მესამე ფაზაში მყოფი წამლების ნებაყოფლობითი გამოყენებით კვლევით პროგრამებში უფასოდ ჩართვის შემთხვევებში.

იმისათვის, რომ წარმოდგენა შეგვექმნას რამდენად ძვირია ქვეყნების, მით უმეტეს, ცალკეული პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ონკო პრეპარატები, შეგვიძლია, გავეცნოთ WHO -ის 2015 წლის მონაცემებს, რომლებიც მედიკამენტების ფასების კვლევის შედეგად დაიდო.²⁴

თუმცა, აქ მოკლედ აღვნიშნავთ, რომ კვლევაში განხილულია როგორც ონკოპრეპარატებზე გაღებული თანხები, მათ შორის, პაციენტების მიერ გადახდილი, ისე ფასთა დინამიკა წლების მიხედვით, ფასწარმოქმნის მექანიზმები, მაღალგანვითარებულ (აშშ), საშუალო და დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ფასთა სხვაობის ძირითადი მიზეზები, მათ შორის ბრენდირებულის, გენერიკული ვერსიების, ადგილზე და სხვა ქვეყნებში წარმოებისა და დაპატენტების როლი წამლების ფასების განსაზღვრაში. არსებითია, რომ კიბოს საწინააღმდეგო პრეპარატების ფასები წლიდან წლამდე საგრძნობლად იზრდება მთელ მსოფლიოში, ყველა ქვეყანაში, შემოსავლის მიუხედავად.

ახალი მედიკამენტების მაღალ ფასს, კერძოდ, იმ მედიკამენტების ფასს, რომლებიც გამოიყენება მომაკვდინებელი დაავადებების მკურნალობისთვის, დიდი ყურადღება ექცევა მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. მაგალითად, მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სიმსივნის საწინააღმდეგო ახალი მედიკამენტების ფასები გაცილებით მაღალია, ვიდრე საჯარო და კერძო ხარჯები ჯანდაცვისათვის, რაც გამოწვევას წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემებისა და ფიზიკური პირებისთვის. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ბოლო ათწლეულის

²⁴ (ACCESS TO CANCER TREATMENT A study of medicine pricing issues with recommendations for improving access to cancer medication A report prepared for OXFAM By Ellen 't Hoen, LL.M. - Medicines Law & Policy;) <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21758en>

განმავლობაში, სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტების ფასი გაორმაგებულია თვეში საშუალოდ 5.000 \$-დან 10.000 \$-მდე.

აშშ-ს მოქალაქეები შემფოთებულნი არიან იმის გამო, რომ ჯანდაცვის დაზღვევა არ ფარავს მძიმე ავადმყოფობას. 2007 წელს, აშშ-ში გამოცხადებული პირადი გაკოტრების შემთხვევების 62 პროცენტის მიზეზს სწორედ მედიკამენტების ღირებულება წარმოადგენდა. კერძოდ, შემფოთების საგანს წარმოადგენდა სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტების ფასები.

შემფოთების ერთ-ერთი მიზეზს ასევე წარმოადგენს მედიკამენტების ფასის ზრდა „Medicare“-ზე - სიბერისას ჯანმრთელობის დაზღვევაზე. „B კატეგორიის მედიკამენტების“ ხარჯები, რომელიც წარმოადგენს სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტების კატეგორიას, 1997 წლიდან 2004 წლამდე გაიზარდა 3 მილიარდიდან 11 მილიარდამდე. იმ პირთათვისაც კი, რომლებიც სარგებელს ნახულობენ „Medicare-სგან“ - სიბერისას ჯანმრთელობის დაზღვევისგან, გარკვეული სიმსივნის საწინააღმდეგო პრეპარატების ღირებულება შეიძლება დიდ პრობლემას წარმოადგენდეს, პაციენტის მხრიდან თანადაფინანსების გამო.

Sloan-Kettering-ის სახელობის სიმსივნის ცენტრის ონკოლოგებმა, სიმსივნის კოლორექტალური მედიკამენტის - ზალტრაპის, რომელიც აშშ-ს ბაზარზე სანოფსა და რეგენერონს შემოაქვთ, ყოველთვიური გამოყენებისთვის დაასახელეს 11.000\$-ის საჭიროება. „Medicare-ის“ ტიპური პაციენტი ყოველთვიურად საკუთარი სახსრებით 2.200\$-ს იღებს, რაც „Medicare-ის“ ნახევარ პაციენტთა ყოველთვიურ შემოსავალს აღემატება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ამ მედიკამენტის დანიშვნა ნიშნავს პაციენტთა ნახევრისა და ხშირად მათი ოჯახების საცხოვრებელი სახსრების გარეშე დატოვებას.²⁵

თუ რომელიმე კონკრეტული ქვეყნის მიხედვით ვიმსჯელებთ მედიკამენტთა ფასებზე, დავრწმუნდებით, რომ ყველგან ფასების ზრდის ტენდენციაა. ტრადიციულად განხილვად ამერიკის, ევროპის, ინდოეთისა თუ ტაილანდის ფასებს რომ გვერდი ავუაროთ და ვიხელომძღვანელოთ, მაგალითად, ახალი ზელანდიის 2008-2009 წლის მონაცემებით, დანახარჯი 511 მლნ. დოლარს შეადგენს წლიურად, რაც 2021 წლისთვის 117 მლნ-ით გაიზრდება. წილობრივად კი ყველაზე ხარჯიანად ითვლება ჰემატოლოგიური და ლიმფოიდური სიმსივნეები(38,834), რაც 26 მილიონით გაიზრდება 2021 წლისთვის. ამავე პერიოდისთვის ნავარაუდევია პროსტატის კიბოს მართვის ხარჯების ზრდა 51 მილიონით.²⁶

ჩვენ გამოვითვალეთ, რეგისტრირებული სიმსივნური დაავადების ხარჯი ერთი წლის განმავლობაში, რაც წარმოადგენს 511 მილიონ დოლარს (2008/09 წლების ფასები - სკრინინგისა და მხარდამჭერი მზრუნველობის პროგრამის გამოკლებით). ეს ხარჯები განსაკუთრებით ეხება საჯარო საავადმყოფოს (42%), ამბულატორიული პაციენტებს (22%) და საავადმყოფოებისთვის ფარმაციის გაცემას (10%). ინდივიდუალურად, ქალთა მკერდის სიმსივნე (15%), კოლორექტუმის - სწორი ნაწლავის ბოლო ნაწილი და ანუსის სიმსივნე (14%) და ჰემატოლოგიური და ლიმფოიდური სიმსივნე (13%). ექვსი წლის საშუალო ფასი

²⁵ ფასების მაგალითები კლუვიდან: ცხრ. 3, 4, 5 გვ 14.15. 17. გრაფიკი გვ 21-ენერიკის და საბრუნდოს ფასებში სხვაობა.

²⁶ <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/the-price-of-cancer-0811.pdf>

ერთი სიმსივნის შემთხვევაზე (1 წელი- დიაგნოზის წინამორბედი და 5 წელი მის განმავლობაში) გამოთვლილია როგორც 20.372.50\$ (2008.09 წლის ფასები- სკრინინგისა და მხარდამჭერი მზრუნველობის პროგრამის გამოკლებით). საშუალოდ ყველაზე ძვირი ჯდება ჰემატოლოგიური და ლიმფური სიმსივნის მკურნალობა (38.834 \$). 2021 წლისთვის ნავარაუდებია, რომ სიმსივნის მკურნალობის ხარჯები გაიზრდება 117 მილიონ დოლარამდე, რაც მეტია მიმდინარე წელთან შედარებით. ამ მაჩვენებელში გათვალისწინებულია შემთხვევათა საერთო შემცირების მაჩვენებელი (- 23 მილიონი), მოსახლეობის რაოდენობის ზრდა (+45 მილიონი) და მოსახლეობის დაბერების გავლენა (+95 მილიონი). ნავარაუდებია, რომ პროსტატის სიმსივნის ხარჯს 10 წლის განმავლობაში ყველაზე დიდი ზრდა ექნება (+51 მილიონი), რომელსაც მოსდევს ლიმფური და ჰემატოლოგიური სიმსივნე (+26 მილიონი).

სუბიექტური მიზეზი - ქვეყნის ნება და შესაძლებლობები, ფასის შემცირების შესაძლო სტრატეგიები

კიბოსთან ბრძოლის სტრატეგიით განსაზღვრული გეგმების განხორციელების შემთხვევაში ხარჯების შემცირების ყველაზე ეფექტიანი საშუალებაა **კიბოს პრევენციის** კომპლექსური პროგრამების განხორციელება-მოსახლეობისა და ზოგადი პროფილის ექიმების განსწავლა, დროული (ადრეულ სტადიებზე) გამოვლენის მეთოდების დანერგვა და სკრინინგი, რაც საწყის სტადიაზე მოითხოვს ამ პროგრამების დაფინანსებისთვის საჭირო გარკვეულ ხარჯებს, მაგრამ სამომავლოდ დაზოგავს სახელმწიფოთა სახსრებს შორს წასული შემთხვევების მკურნალობაზე. ასე მაგალითად, ძუძუს კიბოს გამოვლენა მესამე სტადიაზე სახელმწიფოს უჯდება ქირურგიული მკურნალობის ხარჯს + ქიმიოთერაპია + სხივური + მონიტორინგი + განმეორებითი მკურნალობა - რეციდივის ან მოგვიანებითი მეტასტაზის ან გართულების/ნარჩენი მოვლენის მკურნალობის დროს + შრომისუნარობის პერიოდის ანაზღაურება. ამ ხარჯმა, საერთო ჯამში, შესაძლოა, 12000-დან 25000-მდე ლარს მიაღწიოს. ხოლო სკრინინგის შემთხვევაში დროულად გამოვლენილი შემთხვევის ოპერაციული, მაქსიმუმ პრევენციული მედიკამენტოზური მკურნალობა - 1500 დან 5000 ლარამდე მერყეობდეს. ანუ 5 ჯერ ნაკლები! შედეგად, ასე დაზოგილი თანხები არა მარტო ამოიღებს პრევენციაზე დახარჯულ სახსრებს, არამედ გააჩენს თავისუფალ ფულს იმისათვის, რომ კიბოს მართვის ეს და სხვა მიმართულებები (დიაგნოსტიკის, რეაბილიტაციის, კვლევითი საქმიანობის დაფინანსება და სხვ.) გააძლიეროს.

დიაგნოზირების მეთოდების დახვეწასა და უახლესი ტესტების დანერგვაზე საუბრისას აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი მეთოდებით სიმსივნის ზუსტად განსაზღვრული ტიპირება უჯრედული ცვლილებების, გენური დეტერმინანტებისა და მუტაციების დონეზე, განაპირობებს ასეთივე სიზუსტით მედიკამენტის შერჩევას, ანუ დამიზნებით და პერსონიფიცირებულ მკურნალობას, რომლის ეფექტურობა უახლოეს მომავალში უფრო მაღალი იქნება, შედეგები კი - მყარი , შესაბამისად, საბოლოოდ გაამართლებს დიაგნოზირებასა და მკურნალობაში გადახდილ ხარჯებს.

რაც შეეხება დადგენილი კიბოს მედიკამენტოზური მკურნალობის ხარჯებს, ფასების შემცირებისა და დარეგულირების გზებს, WHO-ს მიერ რეკომენდებული სტრატეგიები შემდეგია:

- WHO-ის მიერ კიბოს სტანდარტული გაიდლაინების შემუშავება;
- ძირითადი წამლების სამოძლეო სიაში კიბოს საწინააღმდეგო წამლების დაუყოვნებელი შეტანა;
- WHO-ს მიერ კსწ-ის პრეკვალიფიკაცია;
- კსწ-ის ფასებისა და მისაწვდომობის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა;
- დაბალ ფასიანი გენერიკული წარმოების სტიმულირება;
- დიფერენცირებული ფასების მდგრადობის უზრუნველყოფა.²⁷

რეკომენდაცია სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტებზე მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე

სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა წარმოადგენს უმთავრეს ელემენტს იმისათვის, რომ გაზარდოს იმ ადამიანთა უზრუნველყოფის მაჩვენებელი, რომელთაც სჭირდებათ იგი. შემდგომი რეკომენდაციები, გათვალისწინებულია კონკრეტულად სიმსივნის მკურნალობისათვის საჭირო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის ბარიერების გადასალახად.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ განავითარა სიმსივნის სამკურნალო სტანდარტული სახელმძღვანელო

მნიშვნელოვანია, რომ WHO ანვითარებს და ავრცელებს სიმსივნის სამკურნალო სტანდარტულ სახელმძღვანელოს დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. აღნიშნული მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის ეროვნული ორგანოებისთვის და ეხმარება მათ მკურნალობის თაობაზე რაციონალური გადაწყვეტილებების მიღებასა და სამკურნალო პროდუქტებით უზრუნველყოფაში. დღესდღეობით ბევრად მეტი შესაძლებლობა არსებობს დაბალფასიანი სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის მხრივ, რის მნიშვნელოვან მაგალითსაც წარმოადგენს მკერდის სიმსივნე. მკერდის სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა 20 პროცენტს ესაჭიროება ტრასტუსუმამბი (ჰერცეპტინი). მკერდის კიბოს შემთხვევათა 80 პროცენტის მკურნალობა შესაძლებელია ნაკლებად ძვირადღირებული მედიკამენტებით. მნიშვნელოვანია, რომ მთავრობამ მიიღოს გარკვეული ზომები ტრასტუსუმამბის ფასის შესამცირებლად. თუმცა თანაბრად მნიშვნელოვანია სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტების შედარებით იაფი მედიკამენტებით შეცვლა. ტრასტუსუმამბის ხელმისაწვდომი ფასის დადგენა ბევრად ეფექტური იქნება იმ გარემოში, სადაც მკერდის კიბოს მკურნალობა ყველა ქალისთვისაა შესაძლებელი.

WHO სიმსივნის მედიკამენტების ჩართვა WHO-ს აუცილებელი სასწრაფო მედიკამენტების სიაში

ონკოლოგიური მედიკამენტების ჩართვა WHO-ს აუცილებელი მედიკამენტების სიაში მნიშვნელოვანია რიგი მიზეზების გამო:

²⁷ უფრო დაწვრილებით ამ სტრატეგიების შესახებ იხილეთ ზემოაღნიშნული კვლევის შედეგებში; გვ. 45-47.

- იგი უთითებს სახელმწიფოებს მედიკამენტებზე და შესაბამისად, ეხმარება მათ რაციონალური და ეფექტური შესყიდვის მხრივ;
- იგი ეხმარება შესაბამისი მედიკამენტების ბაზრის ჩამოყალიბებაში;
- იგი ხელმძღვანელობს მედიკამენტების ხარისხის გაუმჯობესებას.

2013 წელს WHO-ს ექსპერტთა კომიტეტმა რეკომენდაცია გაუწია ონკოლოგთა განყოფილებას მედიკამენტების სიის მიმოხილვასთან დაკავშირებით. ეს მიმოხილვა, დაუყოვნებლივ უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული. რაც შესაძლებელს გახდის ეფექტურ მკურნალობას (ხარჯების მიუხედავად) და შექმნის შემდგომ ქმედებათა საფუძველს, რომელიც უზრუნველყოფს სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტების არსებობას და ფასის მხრივ - ხელმისაწვდომობას. რადგანაც სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტები შედის ძირითად სიაში, ამგვარმა სიამ შესაძლოა ჩამოაყალიბოს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გადაკვალიფიცირების პროგრამის ინტერესის გამოხატვის საფუძველი, სახელმწიფოებს დაეხმაროს იაფი პროდუქციის მწარმოებლების მოხილვასა და მათ შერჩევაში.

სიმსივნის მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა: მედიკამენტების ფასების საკითხის შესწავლა სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის თაობაზე რეკომენდაციების გათვალისწინებით

WHO-ს მიერ სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტების და აივ ინფექციის სამკურნალო მედიკამენტების გადაკვალიფიცირებამ ხელი შეუწყო ხარისხიანი ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ბაზრის შექმნას. იგივე უნდა მოხდეს სიმსივნის მკურნალობისათვის საჭირო მედიკამენტებთან დაკავშირებით. WHO-ს უნდა მიმართონ გადაკვალიფიცირების პროგრამის გაფართოება და მისი ინტერესის სიაში სიმსივნის მკურნალობისათვის საჭირო მედიკამენტების ჩართვა. WHO-მ ასევე უნდა უზრუნველყოს ტექნიკური სახელმძღვანელო ბიოპრეპარატებისთვის.

სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტების ფასების გამჭვირვალობის შესწავლამ გვაჩვენა, რომ ფასთა გამჭვირვალობა და ძირითადი მედიკამენტების წყაროები აუცილებელია ფასების შემცირებისა და რაციონალური და ეფექტური შესყიდვის გარანტირებისათვის. Global Task-ის ზოგადი მიმოხილვა ფასების შესახებ აჩვენებს ფასთა ფართო სპექტრს, რომელიც დაბალ და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში იქნა გადახდილი მედიკამენტებში. ინფორმაცია მედიკამენტის საჯარო ფასსა და წყაროზე მუდმივად ხელმისაწვდომი და განახლებადი უნდა იყოს.

ერთგვაროვანი პროდუქციის დაბალი ღირებულების სტიმულირების, მათი ძლიერი მწარმოებლური შესაძლებლობის და ფასის მხრივ ხელმისაწვდომი, ჯანდაცვის პროდუქტების კომერციალიზაციის უნარის გათვალისწინებით, ისეთ სახელმწიფოებს როგორცაა ბრაზილია, ჩინეთი, ინდოეთი და მექსიკა, გააჩნიათ უნარი უზრუნველყონ მსოფლიო, რადგანაც ისინი აწარმოებენ სიმსივნის სამკურნალო პროდუქტებს. იმ შემთხვევებში, როდესაც შეუძლებელია ერთგვაროვანი პროდუქციის წარმოება პატენტის გამო, ხელმისაწვდომი უნდა იქნეს ლიცენზიები. უნდა მოხდეს პატენტის მფლობელთა სტიმულირება, რათა მოახდინონ მათი პატენტების ლიცენზირება სიმსივნის სამკურნალო

მედიკამენტების წარმოებისათვის. The Medicines Patent Pool – MPP გვთავაზობს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდელს. ლიცენზიები დიდი გეოგრაფიული თვალსაწიერით ეხმარება ეკონომიკური სკალის შექმნას და შესაბამისად, პროდუქციის ფასების შემცირებას. მთავრობამ უნდა უზრუნველყოს ერთგვაროვან პროდუქტებზე სავალდებულო ლიცენზიები იმ შემთხვევაში თუ პატენტის მფლობელი უარს ამბობს მისაღებ ლიცენზირებულ პირობებზე. მნიშვნელოვანი იქნება ინტელექტუალური საკუთრების შესახებ კანონების მოქნილობა, რომლებიც ქვეყნებისათვის წარმოადგენს მედიკამენტებზე პატენტის ნეგატიური ეფექტის სამართლებრივ დაცვის შესაძლებლობას. ამ მოქნილობის გამოყენება, სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად, სრულიად კანონიერია საერთაშორისო სამართლის ფარგლებში.

მთავრობამ უნდა წახალისოს და ხელი შეუწყოს კომპანიებს სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტების მიწოდებისათვის ისეთ ფასში, რომ ისინი ხელმისაწვდომი იყოს პატარა და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისთვის. შესაძლოა კონკურენტულ ფასებზე საჭირო გახდეს შეთანხმებების არსებობა საერთაშორისო დონეზე, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებისგან ფასდაკლების მოთხოვნა, რომელიც განკუთვნილია დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებისთვის.

დაპატენტებული მედიკამენტების დიფერენციალური ფასის დადგენის ეფექტური მექანიზმია ლიცენზირება. დაბალფასიანი პროდუქტების მწარმოებელი კომპანიები გვთავაზობენ მკვეთრ ფასდაკლებებს.

სიმსივნის მკურნალობისათვის გამოყენებული მრავალი პროდუქტი მისაღებ ფასად ხელმისაწვდომია სხვადასხვა წყაროების საშუალებით. იმისათვის, რომ ეს მედიკამენტები ხელმისაწვდომი გახდეს სიმსივნით დაავადებული პაციენტებისთვის, მთავრობამ უნდა შემოიღოს სიმსივნის სკრინინგისა და მკურნალობის სტრატეგია. უახლესი სამედიცინო საშუალებები ხშირად დაპატენტებულია და შესაბამისად, ხელმისაწვდომია მხოლოდ ერთი წყაროდან. ეს ნიშნავს, რომ ბაზარზე არ არსებობს ფასის ერთიანი დაბალი ეკვივალენტი. ეს მედიკამენტები ხშირად ძალიან მაღალ ფასიანია და მიუწვდომელი დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებისა და მათი მოსახლეობისთვის. ერთგვაროვანი სიმსივნის სამკურნალო მედიკამენტები, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ეს მთავრობისა და კომპანიებისგან მოითხოვს გარკვეული ქმედებების განხორციელებას. აივ ინფექციის მაგალითმა გვაჩვენა, თუ რომელი მექანიზმია ეფექტური დაბალი ფასის მისაღებად. ერთადერთი მომწოდებლის შემთხვევაში, მხოლოდ დიფერენციალური ფასის დადგენაზე დაყრდნობა არ უზრუნველყოფს ფასების მყარ შემცირებას.

აუცილებელია WHO ძირითად სიაში სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტების შეტანა, ასევე ამგვარი პროდუქტების გადაკვალიფიცირების შეთავაზება. როდესაც პატენტები წარმოადგენს სიმსივნის საწინააღმდეგო ერთგვაროვანი მედიკამენტების მიწოდების ბარიერს, კომპანიებმა უნდა წარმოადგინონ ლიცენზია და იმ შემთხვევაში თუკი მას ვერ წარმოადგენენ, მთავრობამ უნდა გამოიყენოს სავალდებულო ლიცენზირების სტრატეგია. ამისთვის კი საჭიროა სამოქალაქო საზოგადოება, რომელიც მოითხოვს ამჟამინდელი სიტუაციის შეცვლას.

ამრიგად, ჩვენ მიმოვიხილეთ მედიკამენტოზური თერაპიის მნიშვნელობა პაციენტებისათვის, მაღალი ფასის მიზეზები და რეგულირების მექანიზმები და თუ შევხედავთ საკითხს ბიოსამედიცინო ეთიკის პრიზმიდანაც, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ზემოთ აღნიშნული მტკიცებულებები და ფონდების ალოკაციის ეთიკა ავალდებულებს კონკრეტულ ქვეყანას, გადაანაწილოს თანხები ისე, რომ მათი ადეკვატური მასა მიმართოს პრიორიტეტული სფეროებისკენ. თუ რომელიმე ქვეყანაში არის ამ ნების ნაკლებობა, როგორც წესი, ირთვება ადვოკაციის მექანიზმი. შედეგად, შესაძლოა, მიღწეულ იქნეს ცვლილებები როგორც საკანონმდებლო, ისე დაფინანსების კუთხით, რათა რეალიზებულ იქნეს კიბოს მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე ყველა ტიპის ხელმისაწვდომობის უფლება ონკოპაციენტებისათვის.

1.3. ონკოდაავადებულთა უფლება ტკივილის მართვაზე

აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ ტკივილის მართვა მნიშვნელოვანი ფაქტორია გარკვეული ტიპის სიმსივნეებისა და ტერმინალური მდგომარეობისას. კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილი აუტანელია. ტკივილი შესაძლოა გამოწვეული იყოს თავად დაავადებით, დაავადების მკურნალობასთან დაკავშირებული შედეგებით ან მისი თანმხლები აშლილობით.

ტკივილის შემსუბუქების მიზნით, ძირითად მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა მკურნალობისა და განსაკუთრებით პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს. ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის შემთხვევაში, დაავადებით გამოწვეული ტკივილი და ტანჯვა იწვევს სისუსტეს, თუმცა აღნიშნული სიმპტომების შემსუბუქება შესაძლებელია ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების გამოყენებით.

რამდენიმე ათეული წლის წინ, საერთაშორისო თანამეგობრობამ მიიჩნია, რომ ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების გამოყენება სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის საჭიროა და უზრუნველყო ამგვარი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა კონვენციების საფუძველზე (1972 წლის ოქმის მიხედვით შეტანილი ცვლილებების გათვალისწინებით დამტკიცებული 1961 წლის „ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ ერთიან კონვენცია“ და 1971 წლის „ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა თაობაზე კონვენცია“).²⁸

1961 წლის „ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ ერთიანი კონვენციის“ შესაბამისად, შეიქმნა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტი, როგორც ორგანო, რომელიც ვალდებულია განახორციელოს ნარკოტიკების კონტროლზე საერთაშორისო ხელშეკრულებების წევრი სახელმწიფოების მონიტორინგი და გაუწიოს მათ აუცილებელი დახმარება.

თავის მოხსენებაში კომიტეტი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ოპიოიდების სამედიცინო საჭიროებები, კერძოდ, ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის მკურნალობა, არ არის სრულად უზრუნველყოფილი. გარდა ამისა, კომიტეტი

²⁸ კონტროლირებადი საშუალებების მიმოქცევის საერთაშორისო სამართალს გაეროს სამი კონვენცია ქმნის: გაეროს 1961 წლის „ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკული ნივთიერებების შესახებ“ (1972 წელს შესული შესწორებებით), 1971 წლის „კონვენცია ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ“, 1988 წლის კონვენცია „ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ“. საქართველო სამივე კონვენციის ხელმომწერი. საქართველო 1971 წლისა და 1988 წლის კონვენციებს შეუერთდა 1997 წელს, ხოლო 1961 წლის კონვენციას - 2000 წლის 26 აპრილიდან.

რეკომენდაციას აძლევს მთავრობებს:

- კრიტიკულად შეაფასონ საკუთარი მეთოდები ოპიატის გამოყენების საჭიროებისას, ასევე განსაზღვრონ მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზის მეთოდების საჭიროება;
- დაადგინონ, რა დონეზეა მათი ჯანდაცვის სისტემები, კანონები და დებულებები, რომელიც უშვებს ოპიატის გამოყენებას სამედიცინო მიზნებისთვის;
- მიუთითონ რა დაბრკოლებები შეიძლება არსებობდეს ამ სახის გამოყენებისთვის.

ეკონომიკურმა და სოციალურმა საბჭომ 1990/31 და 1991/43 რეზოლუციებში კომიტეტს შესთავაზა, პირველ რიგში, ყურადღება გამახვილებინა მონიტორინგის საკითხებზე. 1994 წელს, კომიტეტმა გაანალიზა ნარკოტიკების კონტროლზე საერთაშორისო შეთანხმებების ეფექტიანობა. ამ კვლევაში კომიტეტმა დაასკვნა, რომ საერთაშორისო ხელშეკრულებების მიზანი, რომელიც შექმნილია სამედიცინო საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებებით-განსაკუთრებით კი ოპიატებით უზრუნველსაყოფად - მიღწეული არ არის.

აღნიშნული 1961, 1971, 1988 წლების კონვენციები ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებული საერთაშორისო სამართლის შემადგენელი ნაწილია, მათ საფუძვლად უდევთ ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. კონვენციები ითვალისწინებენ მხარეთა შეთანხმებას ორმაგ ვალდებულებაზე:

- **სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნით კონტროლირებად წამლებზე სათანადო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;**
- **ლეგალური ბრუნვიდან უკანონო გადინების აღმოფხვრა.**

ეს ორმაგი ვალდებულება ასახულია ნარკოტიკების საერთაშორისო კონტროლის კომიტეტის მანდატში (INCC), რაც უნდა იყოს ნაციონალური სისტემების ფუნქციონირების ამოცანაც, ნაცვლად - პაციენტებისთვის სამედიცინო ჩვენებით წამლებზე ხელმისაწვდომობის არაადეკვატური შეზღუდვისა.

გაეროს 1961 და 1971 წლების კონვენციებში ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებები კლასიფიცირებული არიან 4 ჯგუფად. კლასიფიცირება ხდება ა) თერაპიული ღირებულებების, ბ) დამოკიდებულების გაჩენის და გ) ჯანმრთელობისათვის საშიშროების რისკის მიხედვით; ამ ჯგუფების რეგულაციების რეჟიმები განსხვავებულია.²⁹

ნივთიერებების სია განახლებადია; კონვენციით დადგენილი სათანადო პროცედურების გავლის შემდეგ, ის ივსება ბაზარზე შემოსული ახალი ან რეკლასიფიცირებული საშუალებებით.

სიაში ცვლილების შეტანის განხილვის პროცედურის უახლოესი მაგალითია კეტამინი - კეტამინი საანესთეზიო და ანალგეზიური ეფექტის მქონე პრეპარატია,

რომელიც ფართოდ გამოიყენება ბაზისური ქირურგიული პროცედურების დროს. კეტამინი შეტანილია WHO-ს სასიცოცხლო მედიკამენტების ჩამონათვალში (EDL).³⁰

ჩინეთიდან, ინდონეზიიდან, ავსტრალიიდან, აშშ-დან და ა.შ. შემოსული ინფორმაციით გამოვლინდა, რომ კეტამინი რეკრეაციული ნარკოტიკის სახითაც გამოიყენება და ჩინეთმა მოითხოვა, 1971 წლის კონვენციით გათვალისწინებული ყველაზე მკაცრი კონტროლის რეჟიმის დაწესება მასზე; აღნიშნულთან დაკავშირებით იმსჯელეს WHO-სა და INCB-ის ექსპერტებმა - შეაფასეს კეტამინის თერაპიული ღირებულება, რეკრეაციული მოხმარების პოტენციური რისკები და მიიჩნიეს, რომ წარმოდგენილი მონაცემები საკმარისი არ არის პრეპარატის საერთაშორისო კონტროლის რეჟიმზე გადაყვანისთვის, თუმცა 2006 წელს, ნარკოტიკული პრეპარატების კომისიამ მოუწოდა მთავრობებს, რომ „გაკონტროლონ კეტამინის გამოყენება და შეიტანონ იგი იმ ნივთიერებების ჩამონათვალში, რომლებიც კონტროლდება ეროვნული კანონმდებლობებით, თუკი საშინაო მდგომარეობა ამას მოითხოვს.

დღეს კეტამინი 50 ქვეყანაში, მათ შორის, საქართველოში ლოკალური რეჟიმის კონტროლირებადი მედიკამენტია .

მნიშვნელოვანია კონვენციების მონაწილე წევრმა სახელმწიფოებმა კარგად გაიაზრონ, პაციენტის უფლებებიდან გამომდინარე, კონტროლირებადი ნივთიერებათა მნიშვნელობა თერაპიული გამოყენების სფეროში. მსოფლიოში აღიარებულია, რომ კონტროლირებადი ნივთიერებების, რომლებიც მთელ რიგ შემთხვევებში შეუცვლელნი არიან სამედიცინო თვალსაზრისით, ბოროტად გამოყენებამ შესაძლოა დიდი ზიანი მიაყენონ პაციენტსა და საზოგადოებას. ამ ნივთიერების კონტროლისთვის შეიქმნა კონტროლის საერთაშორისო სისტემა, რომელიც მოწოდებულია, ერთი მხრივ, უზრუნველყოს კონტროლირებადი მედიკამენტების სამედიცინო დანიშნულებით და სამეცნიერო მიზნით ხელმისაწვდომობა და მეორე მხრივ, აღკვეთოს მათი უკანონო მიმოქცევა და ბოროტად გამოყენება. კონტროლის საერთაშორისო სისტემას ქმნიან საერთაშორისო კონვენციები, რომლებშიც ასახულია:

- კონტროლირებადი ნივთიერებები - ნარკოტიკული და ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, რომელიც შეტანილია წამლის კონტროლის საერთაშორისო კონვენციებში;
- კონტროლირებადი მედიკამენტები (კმ) - მედიკამენტი, რომელიც შეიცავს კონტროლირებად ნივთიერებებს. მათი თერაპიული გამოყენების არეალი ძალიან დიდია, დაწყებული ტკივილის თერაპიიდან, სიმსივნეების,

²⁹ I სიაში მოცემულია ბრუნვისათვის მკაცრად შეზღუდული ნარკოტიკული საშუალება (საქართველოში სამედიცინო მიზნით გამოყენებისათვის აკრძალული, განსაკუთრებით სიაში ნარკოტიკული საშუალება, რომლის გამოყენებაც ნებადართულია მხოლოდ სასწრაფო, სამედიცინო-კვლევითი და საექსპერტო-დიაგნოსტიკური საქმიანობის განხორციელების მიზნით); I სია ექვემდებარება უფრო მკაცრ კონტროლს ვიდრე II. II სიაში - ბრუნვისათვის შეზღუდული ნარკოტიკული საშუალება (საქართველოში სამედიცინო მიზნით გამოყენებისათვის ნებადართული ნარკოტიკული საშუალება); II სია ექვემდებარება უფრო მკაცრ კონტროლს ვიდრე III. III სიაში - ფსიქოტროპული ნივთიერებები; III სია ექვემდებარება უფრო მკაცრ კონტროლს ვიდრე IV. IV სიაში - პრეკურსორები. IV სიის №1 ცხრილში შეტანილი პრეკურსორი ექვემდებარება კონტროლის უფრო მკაცრ რეჟიმს, ვიდრე IV სიის №2 ცხრილში შეტანილი პრეკურსორი. აკრძალულია საერთაშორისო კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერების იმ სიაში გადატანა, რომელზედაც დაწესებულია ნაკლებად მკაცრი კონტროლი, ვიდრე ეს საერთაშორისო მოთხოვნებით არის გათვალისწინებული.

³⁰ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფარმაცევტულ პროდუქტთან გათანაბრებული სამკურნალო საშუალებების ნუსხა: 1. თიორადაზინი; 2. კლოფელინი (მხოლოდ თვალის წვეთები და ამპულაები); 3. ნარკოტიკული საშუალებების შემცველი კომბინირებული პრეპარატები; 4. პროპანოლიდი; 5. ქლოპრომიპაზინი; 6. ტრაიპროლფენილი ჰიდროქლორიდი; 7. ბაკლოფენი; 8. გაბაპენტინი; 9. დექსტრომეტორფანის შემცველი კომბინირებული პრეპარატები; 10. ზოპიკლონი; 11. ზალეპლონი; 12. ტრაოპამიდი.

აივ/შიდსის, გულსისხლძარღვთა დაავადებებისას, ქრონიკული რესპირატორული დაავადებების, დიაბეტის, მშობიარობის, ქირურგიული ოპერაციების, ტრავმებისა და სხვა რიგი დაავადებების, მათ შორის, წამალდამოკიდებულების სინდრომის ჩათვლით;

ჯანმრთელობის უფლების რელიზებისათვის აუცილებელია (ფიზიკური) ხელმისაწვდომობა - წამლის მიღების შესაძლებლობა მათთვის, ვისაც ის სჭირდება საჭიროების მომენტიდან, მინიმალური სამართლებრივი, სოციალურ - ფსიქოლოგიური ბარიერების გარეშე.

აღნიშნულის მიუხედავად, 5.5 მილიარდ ადამიანს საერთოდ არ აქვს ან გააჩნია შეზღუდული წვდომა იმ მედიკამენტებზე, რომლებიც შეიცავენ ნარკოტიკულ საშუალებებს, როგორცაა კოდეინი და მორფინი. რის შედეგადაც, მსოფლიო მოსახლეობის 75 პროცენტს არ აქვს წვდომა ადეკვატურ მკურნალობაზე ტკივილის შესამსუბუქებლად. მსოფლიოში გამოყენებული მორფინის დაახლოებით 92 პროცენტი მოიხმარება იმ ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობა მსოფლიო მოსახლეობის მხოლოდ 17 პროცენტს შეადგენს. ძირითადად ეს ქვეყნებია აშშ, კანადა, დასავლეთ ევროპის ქვეყნები, ავსტრალია და ახალი ზელანდია. ამგვარი არასაკმარისი ხელმისაწვდომობა ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის 25-ე მუხლს: „ყველას აქვს უფლება ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე, საკვების, ტანსაცმლის, საცხოვრებლის, სამედიცინო და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია თვითონ მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად, და უფლება - უზრუნველყოფილი იყოს უმუშევრობის, ავადმყოფობის, ინვალიდობის, ქვრივობის, მოხუცებულობის ან მისგან დამოუკიდებელ გარემოებათა გამო არსებობის საშუალებათა დაკარგვის სხვა შემთხვევაში.“

როგორც აღვნიშნეთ, WHO-ს მონაცემებით, ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყურებელი ტკივილით, 5,5 მილიონ პაციენტში ჯერ კიდევ არ ხდება საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა. სიმსივნის შორს წასული ფორმებით დაავადებულ ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-ზე მეტი ტკივილით იტანჯება, რაც ხშირად განპირობებულია უშუალოდ სიმსივნის ინფილტრაციით. ტკივილი მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს და წარმოადგენს სიმსივნის პროგრესირების კლინიკურ ინდიკატორს. კიბოსმიერი ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული და საჭიროებს შესაბამის მართვას. კიბო არ არის ტკივილის გამომწვევი ერთადერთი მიზეზი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გამოთვლით, ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყურებელი ტკივილით, კიბოსგან განსხვავებული დაავადებებისა თუ ფიზიკური მდგომარეობის გამო და მათთვის საჭიროა ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების გამოყენება, რომელთა უმრავლესობა კონტროლირებადია. ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება.

განსაკუთრებით შემამფოთებელია ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობის დისბალანსი. ნარკოტიკული საშუალებების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს მონაცემებით, 2009 წელს მსოფლიოს მასშტაბით

ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების 90% პროცენტზე მეტს შექმნა განხორციელდა ავსტრალიაში, კანადაში, ახალ ზელანდიაში, აშშ-სა და ევროპის რამდენიმე ქვეყანაში. შედეგად კი მსოფლიოს 80 პროცენტზე მეტს არასაკმარისად, ან საერთოდ არ მიუწვდება ხელი ოპიოიდურ მედიკამენტებზე. სწორედ ამიტომ, მსოფლიოს მოსახლეობის უმეტესობა ტკივილისა და ტანჯვის შემსუბუქების შესაძლებლობის გარეშე რჩება. ამავე დროს, ბოლო წლებში შეიმჩნევა იმ წამლების ბოროტად გამოყენება, რომლებიც გაიცემა რეცეპტით და სიკვდილიანობის ზრდა გადამეტებული დოზის მიღების შედეგად ისეთ ქვეყნებში, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე მოიხმარება ოპიოიდური ანალგეტიკების დიდი რაოდენობა.

INCB უკვე დიდი ხანია გამოთქვამს წუხილს, კონტროლირებადი ნივთიერებების სამედიცინო დანიშნულებით არაადეკვატური მოხმარების გამო (ცალკეულ ქვეყნებში - ძალიან მაღალი, ცალკეულ ქვეყნებში - ძალიან დაბალი).³¹

INCB-ის 2011 წლის მოხსენებაში - „სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნით კონტროლირებადი ნივთიერებების სათანადო ხელმისაწვდომობის შესახებ“, კონტროლირებადი ანალგეტიკების მსოფლიოს მასშტაბით მოხმარების 90% მოდის ავსტრალიაზე, კანადაზე, ახალ ზელანდიაზე, აშშ-სა და კიდევ რამდენიმე ევროპულ სახელმწიფოზე. ზოგიერთ მათგანში შეინიშნება ჭარბი მოხმარება, პარალელურად მსოფლიოს მოსახლეობის 80%-ს მეზღუდული აქვს ან საერთოდ არა აქვს ამ წამლებზე სამედიცინო ჩვენებით წვდომა.

საერთაშორისო უფლებადამცველი ორგანიზაცია Human Rights Watch-ის 2011 წლის ანგარიშში¹³ სახელმწიფო მოხვდა (ბურკინა-ფასო, ბურუნდი, კამბოჯა, ცენტრალური აფრიკის რესპუბლიკა, ჩადი, კოტდიუარი, ეფიოპია, ჰაიტი, მალავია, მალი, ნიგერია, ნიგერი და რუანდა), სადაც სიმსივნით და აივ/შიდსის ტერმინალური სტადიის პაციენტების 1%-თვისაც არ იყო საკმარისი კვოტირებული ოპიატები.³²

Human Rights Watch-ის 2015 წლის ანგარიშში აღწერილია სომხეთის პალიატიური დახმარების სისტემის პრობლემები - გამოწვეული ოპიოიდური ანალგეტიკების დეფიციტით. 2011 წელს სიმსივნით გარდაცვლილი პაციენტების მხოლოდ 8% იღებდა ოპიოიდებს, სომხეთი წლის განმავლობაში იყენებს მხოლოდ 1.1 კგ მორფინს, ეს რაოდენობა მათი სიმსივნით და აივ/შიდსით დაავადებული პაციენტების მხოლოდ 3 პროცენტში იძლევა ტკივილის კუპირების ადეკვატურ შესაძლებლობას.³³

INCB-ის და WHO-ს მეთოდოლოგიებით,³⁴ ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის მართვისთვის საჭირო ოპიოიდების რაოდენობა საქართველოს სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე საშუალოდ უნდა შეადგენდეს 22–25კგ. მორფინს წლიურად. ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის სააგენტოს

³¹ ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო, ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს ანგარიში საერთაშორისოდ კონტროლირებადი წამლების ხელმისაწვდომობაზე: წამლის ადეკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნით ((2010). http://www.unodc.org/documents/southerncon/news/2011/03-marco/ife/Report_of_the_Board_on_the_availability_of_controlled_substances.pdf.

³² <https://www.hrw.org/eng/report/2011/05/12/256203>

³³ www.hrw.org

³⁴ კონტროლირებადი ნივთიერებების საჭიროების სწორი გამოთვლა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია როგორც ხელმისაწვდომობის მხარდაჭერისთვის, ისე ჭარბი მოხმარების პრევენციისთვის. კონტროლირებადი ნივთიერებებზე მოთხოვნის რაოდენობრივი შეფასებისა და გაზომვისთვის სამი მეთოდი შეიმუშავებულია, მოხმარების სტატისტიკაზე დაფუძნებული მეთოდი; სერვისების მონაცემებზე დაფუძნებული მეთოდი; ავადობის სტატისტიკაზე დაფუძნებული მეთოდი. პრაქტიკაში ყველაზე ეფექტურია რამდენიმე მეთოდის კომბინაციაში ან თანმდევად გამოყენება.

მონაცემების მიხედვით კი 2007–2010 წლებში ამავე მიზნებისთვის მოხმარებული მორფინის რაოდენობა არ აღემატება 5–7კგ. წელიწადში. საქართველოც იმ ქვეყნების რიგშია, სადაც კონტროლირებადი მედიკამენტების მოხმარების დონე არ შეესაბამება ჯანდაცვის საჭიროებებს.

როგორც ჩანს, საერთაშორისო სტრატეგია - კონტროლირებად მედიკამენტებთან დაკავშირებით ორმაგი ვალდებულებების ბალანსის თაობაზე, ცალკეულ ქვეყნებში, მათ შორის, საქართველოში ბოლომდე კარგად გაცნობიერებული არ არის.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ INCB-მ 2011 წელს გაანალიზა წევრი სახელმწიფოების ეროვნული რეგულაციები და გამოვლინდა რიგი კანონები და ინსტრუქციები, რომლებიც დაუსაბუთებლად ზღუდავენ კონტროლირებადი მედიკამენტების დანიშვნა-მოხმარებას, მაგალითად:

- ოპიოიდებსა და რიგ სხვა კონტროლირებად მედიკამენტებზე რეცეპტის გამოწერის უფლება აქვთ მხოლოდ ვიწრო სპეციალიზაციის ექიმებს (ონკოლოგებს);
- ხელოვნურად იზღუდება იმ აფთიაქების რაოდენობა, რომლებსაც ამ კატეგორიის წამლების გაყიდვის ნებართვა აქვთ;
- იზღუდება კონტროლირებადი წამლების დოზები და კურსის ხანგრძლივობა;
- რთულია ამ ტიპის რეცეპტების გაფორმების პროცედურა;
- არაპროპორციულია სანქციები უმნიშვნელო შეცდომებისა და ხარვეზებისთვის.

საინტერესოა, რომ ინდოეთში - 1985 წლიდან 2014 წლამდე, ბევრ შტატში სამედიცინო დაწესებულებას მორფინის შესაძენად 2 სამთავრობო დაწესებულებიდან 5 სხვადასხვა ლიცენზია სჭირდებოდა, რომელთა მოქმედების ვადებიც კი არ ემთხვეოდა ერთმანეთს! შედეგი იყო ის, რომ მორფინის ლეგალური მოხმარება შემცირდა 97%-ით, ვინაიდან სავადმყოფოები და აფთიაქები უბრალოდ აღარ იძენდნენ მორფინს. 2014 წლიდან გაუქმდა ეს მოთხოვნა და ძალაში დარჩა მხოლოდ ერთი ლიცენზია.

მექსიკაში რეფორმამდე ჭარბი რეგულაციების გამო, პრაქტიკულად დაბლოკილი იყო კონტროლირებადი მედიკამენტების დანიშვნა-გამოწერა, ფაქტობრივად, დედაქალაქის გარეთ პრაქტიკოსი ექიმები არც კი ცდილობდნენ სათანადო ლიცენზიის მიღებას, რომელიც მისცემდა მათ უფლებას ოპიოიდების დანიშვნაზე, გარდა ამისა, მათ უნდა შეეძინათ სპეციალური სტიკერები - შტრიხ-კოდებით სპეციალურ პუნქტში პირადად; პროცედურა იყო დამძლეული, ამიტომ საერთოდ არ ცდილობდნენ ამ უფლების მიღებას, რის გამოც პაციენტებს და მათი ოჯახის წევრებს უხდებოდათ დანიშნულებისთვის დედაქალაქში ჩამოსვლა. 2015 წელს აღნიშნული სისტემა მექსიკაში შეიცვალა ელექტრონული რეცეპტის სისტემით და დანიშვნაც დაცული საიტებიდან ხდება.

ზედმეტად მკაცრი, ჭარბი, რისკების არაპროპორციული, ზოგიერთ შემთხვევაში გაურკვეველი რეგულაციები, განაპირობებს ჯანდაცვის მუშაკების სამართლებრივ პასუხისმგებლობას, რაც ცხადია, იწვევს ჰიპერირებულ სიფრთხილეს და ხშირად უარს ამ სერვისებზე, რითაც ისინი არღვევენ პაციენტის უფლებებს ჯანმრთელობაზე.

საერთაშორისო კონტროლის სისტემის წევრი სახელმწიფოები სავალდებულო წესით წარუდგენენ INCB -ს ყოველწლიურ გათვლებს კონტროლირებადი ნივთიერებების საჭიროებების შესახებ (ე.წ. კვოტები); სამწუხაროდ, ხშირად კვოტები არ ასახავენ რეალურ საჭიროებებს, ვინაიდან რიგი მიზეზების გამო, სახელმწიფოების ნაწილი არ ფლობს საკმარის მონაცემებს ადეკვატური გათვლებისთვის, ხშირად ეყრდნობიან წინა წელს მოხმარებული ოდენობების სტატისტიკას, რომელიც თავად არის არაადეკვატური და ასე გრძელდება წლების განმავლობაში.

გაეროს ფარგლებში არაერთხელ გაჟღერებულა მოსაზრება - ტკივილგამაყუჩებლების ხელმისაწვდომობაზე უარი, თუკი ეს იწვევს მძიმე ტკივილსა და ტანჯვას, წარმოადგენს სასტიკ, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახველ მოპყრობას და დასჯას, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში კიბოთი დაავადებულთა სიკვდილსაც იწვევს.

პანაიტესკუ რუმინეთის წინააღმდეგ (17/08/ 2014) (დიდი პალატის გადაწყვეტილება)

Panaiteescu v. Romania

2005 წლის აპრილში განმცხადებელს დაუდგინეს კიბო. იმავე წელს მას სახელმწიფო საავადმყოფოში ოპერაციის შედეგად თირკმლიდან ამოკვეთეს სიმსივნე.

მას შემდეგ, რაც მან ვეღარ შეძლო მკურნალობის ხარჯების გადახდა, განმცხადებელმა მიმართა ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურების სააგენტოს, რათა უფასოდ მიეცათ მკურნალობისთვის საჭირო ორი მედიკამენტი. მან ასევე მიმართა სხვა ინსტიტუტებს, თუმცა უშედეგოდ.

კონვენციის მე-2 მუხლი (სიცოცხლის უფლება): კონვენციის მიზნებიდან გამომდინარე, სახელმწიფოებს არა მარტო ეკრძალებათ ხელყონ ადამიანების სიცოცხლე უკანონოდ, არამედ ეკისრებათ პოზიტიური ვალდებულება დაიცვან ადამიანების სიცოცხლე თავისი იურისდიქციის ფარგლებში.

სასამართლომ აღნიშნა, რომ განმცხადებელს კანონმდებლობის თანახმად, ჰქონდა მედიკამენტებზე უფასოდ წვდომისა და სამედიცინო დახმარების უფლება. ეს უფლება მიენიჭა 2002 წლის სასამართლო გადაწყვეტილებით. სასამართლომ ასევე სხვა, 2005 წლის გადაწყვეტილებით მიუთითა მთავრობას, რომ უზრუნველყო განმცხადებელი რეცეპტით გაცემული კიბოს საწინააღმდეგო სამკურნალო კურსი, ასევე სახელმწიფოს უნდა დაებრუნებინა უკან განმცხადებლის მიერ მკურნალობაში გადახდილი ხარჯები. 2005 წლის სასამართლო გადაწყვეტილება დაემთხვა განმცხადებლის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას, განსაკუთრებით მაშინ, როცა განმცხადებელს უკვე აღარ შეეძლო მკურნალობის ხარჯების უზრუნველყოფა. ამის გამო, მისი ჯანმრთელობა უკიდურესად დამძიმდა და საბოლოოდ განმცხადებელი 2006 წელს გარდაიცვალა.

სასამართლომ ხაზი გაუსვა, რომ სახელმწიფოებმა არ უნდა მოიყვანონ საზაბად სახსრების სიმწირე მაშინ, როცა საქმე ეხება ადამიანების სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას. სასამართლო აცნობიერებდა, რომ რეცეპტით გაცემულ

მედიკამენტებს დადებითი ზეგავლენის მოხდენა შეეძლო განმცხადებლის ჯანმრთელობაზე. შესაბამისად, ხელისუფლებამ იცოდა ან უნდა სცოდნოდა ის ფაქტიც, რომ თუ არ მოხდებოდა განმცხადებლის მკურნალობა, მისი სიცოცხლე დადგებოდა საფრთხის წინაშე. ხელისუფლებამ ვერ მოახერხა, თავიდან აერიდებინა რისკები.

შესაბამისად, ადგილი ჰქონდა კონვენციის მე-2 მუხლის დარღვევას.

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლის შესაბამისად, სახელმწიფოები ვალდებული არიან უზრუნველყონ თანაბარი ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობის უფლებაზე და მიიღონ გონივრული ზომები ნებისმიერი პრაქტიკული ან დამამცირებელი მოპყრობის თავიდან ასაცილებლად. აღნიშნულის თანახმად, ჯანდაცვის პოლიტიკა უნდა აკმაყოფილებდეს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ადამიანების მოთხოვნებს; ისეთი წამლები, როგორცაა მორფინი, ხელმისაწვდომია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, ხოლო დეზულებები მედიკამენტების შესახებ არ არის იმ პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი, რომლებიც განიცდიან მწვავე ტკივილებს და საჭიროებენ სათანადო მკურნალობას. ასეთი ზომების უგულებელყოფით ირღვევა ჯანმრთელობის უფლება.

კოსტა-რიკა

ქ-ნი სიდონია ვარგასი სან ხუან დე დიოს საავადმყოფოს წინააღმდეგ Mrs Sidonia Vargas vs Hospital San Juan de Dios

საკონსტიტუციო სასამართლო
07/09/1994

ფაქტობრივი გარემოებები:

ქალბატონმა, რომელიც იტანჯებოდა მწვავე ლეიკემიისა და დიაბეტისგან, მიმართა სან ხუან დე დიოს საავადმყოფოს, სადაც იგი გადიოდა პერიოდულ სამედიცინო შემოწმებებს. კერძოდ, მომჩივანმა საავადმყოფოსგან მოითხოვა აუცილებელი სამედიცინო პრეპარატებით უზრუნველყოფა, რათა თავად მიეღო იგისახლში. საავადმყოფომ უარი განუცხადა წამლების მიცემაზე უსაფრთხოებისა და ადმინისტრაციული მიზეზებიდან გამომდინარე. აღნიშნული უარი, თავის მხრივ, გამომდინარეობდა ეროვნული ჯანდაცვის სისტემიდან. ქ-ნმა ვარგასმა შეიტანა კონსტიტუციური სარჩელი, რათა გაესაჩივრებინა მიღებული უარი. აპლიკანტი დავობდა, რომ მას დაერღვა ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, რომელიც სიცოცხლის უფლებას უკავშირდებოდა.

გადაწყვეტილება: სასამართლომ დაასკვნა, რომ ქვეყნის კონსტიტუციით აღიარებული სიცოცხლის უფლების მნიშვნელობის გათვალისწინებით, საავადმყოფოში ასეთი წამლების სავალდებულო გამოყენების მარეგულირებელი წესები გარკვეული გამონაკლისების დაშვების საშუალებას იძლეოდა.

წინამდებარე საქმე წარმოადგენდა იმ შესაძლო საგამონაკლისო შემთხვევას, როცა წამლით უზრუნველყოფის ერთადერთი საშუალება იყო მისი გამოყენება პაციენტის სახლში, კვალიფიცირებული ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ჯანმრთელობის დაცვის უფლების, როგორც სიცოცხლის უფლების აუცილებელი კომპონენტის განხილვით, სასამართლომ დაადგინა კოლექტიურ და ინდივიდუალურ უფლებებს შორის არსებული ლოგიკური კავშირი. საბოლოოდ, წინამდებარე გადაწყვეტილება ასახავს წამალზე ხელმისაწვდომობის უფლების სპეციფიკურ როლს და მის პრაქტიკულ გამოყენებას.

გარდა ამისა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2013-2020 წლების გლობალური სამოქმედო გეგმის ფარგლებში, არაინფექციური დაავადებების პრევენცია, მათთან ბრძოლა, პალიატიური მზრუნველობა შედის წევრი სახელმწიფოების მიერ შემოთავაზებული პოლიტიკის ნაწილში, რომელიც 2013 წლის მაისში ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეამ დაამტკიცა, როგორც არაინფექციური დაავადებებით გამოწვეული ტანჯვის შემცირების საშუალება.

2013 წლის კიბოს მსოფლიო დეკლარაცია, რომელიც შემუშავებულია კიბოს წინააღმდეგ საერთაშორისო კავშირის მიერ და დაფუძნებულია გლობალურ სამოქმედო გეგმაზე, მიზნად ისახავს კიბოთი დაავადებულთა ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირებასა და გადარჩენას, ცხოვრების დონის გაუმჯობესებას. დეკლარაცია ითვალისწინებს ცხრა მიზანს, რომელიც 2005 წლისთვის უნდა იყოს მიღწეული. ერთ-ერთი მათგანია ტკივილისა და ტანჯვის შემცირების უზრუნველყოფა.

დეკლარაციაში ასევე განსაზღვრულია რიგი ქმედებები ყველა დაინტერესებული პირისთვის, კერძოდ, მთავრობებისთვის, რომლებიც ცდილობენ დასახული მიზნების მისაღწევად პროგრესის დაჩქარებას. დეკლარაცია მთავრობებს მოუწოდებს:

- მიიღონ ზომები, ტკივილის გაყუჩების მრავალი დაბრკოლების არსებობის აღმოფხვრასთან დაკავშირებით;
- ითანამშრომლონ ყველა დაინტერესებულ მხარესთან, მათ შორის, მთავრობასთან, სამოქალაქო საზოგადოებასა და კერძო სექტორის შესაბამის წარმომადგენლებთან - ტკივილგამაყუჩებლების ჭარბი მოხმარების პრობლემის დასარეგულირებლად;
- ითანამშრომლონ საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, მათ შორის, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან, გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიუროსა და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტთან, იმ მიზნით, რომ მოხდეს კიბოთი დაავადებულთათვის ტკივილგამაყუჩებლების ხელმისაწვდომობის ბალანსის დაცვა და ასეთი საშუალებების ბოროტად გამოყენების აღმოფხვრა.
- 2035 წლისთვის მიღწეულ უნდა იქნეს 70 %-იანი გრძელვადიანი გადარჩენა კიბოთი დაავადებული პაციენტებისათვის, ხელი შეეწყოს კიბოს პრევენციას, კიბოს კონტროლსა და მასთან დაკავშირებულ პროგრესს პაციენტისათვის კარგი გამოცდილების უზრუნველსაყოფად და ცხოვრების ხარისხის გასუმჯობესებლად.

რეგიონალური ორგანიზაციები ასევე ხაზს უსვამენ საერთაშორისო დონეზე კონტროლირებადი სამედიცინო დანიშნულებისთვის მედიკამენტების საკმარისი რაოდენობით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საჭიროებას. 2013-2020 წლებში ნარკოტიკულ საშუალებებთან მიმართებით ევროკავშირის სტრატეგია, ხაზს უსვამს საერთაშორისო კონტროლის ქვეშ არსებული ნარკოტიკული საშუალებების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების უზრუნველყოფას, რაც წარმოადგენს ბოლო წლებში გამოვლენილ ერთ-ერთ პრობლემას.

სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენებაზე კონტროლმა ხელი არ უნდა შეუშალოს მის გამოყენებას. ხელმისაწვდომობა განისაზღვრება საკმარისი რაოდენობის ხელმისაწვდომობით, რომელიც შეესაბამება საერთაშორისო ხელშეკრულებებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2010 საანგარიშო წლის ბოლოს აღრიცხული იყო 31370 ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პაციენტი, მათ შორის 5628 ახალი შემთხვევა. ავთვისებიანი სიმსივნით დიაგნოსტირებული პაციენტების 12.8% გარდაიცვალა;

სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ინფორმაციით, ბოლო სამი წლის განმავლობაში კიბოთი გარდაცვალების მაჩვენებელი 35,5 პროცენტით გაიზარდა. გაზრდილია, როგორც გარდაცვალების, ისე ავადობის მაჩვენებელიც. მაგალითად, 2015 წლამდე ყოველწლიურად კიბოს 7000-მდე ახალი შემთხვევა ფიქსირდებოდა, წელს კი ეს რიცხვი უკვე 11 ათას მიუახლოვდა.

საქართველოში ტკივილის მართვაში გარკვეული წინგადადგმული ნაბიჯების მიუხედავად, ათეულობით ათასი ადამიანი კვლავ იტანჯება და შველას საჭიროებს. მათი უმეტესობა სახლშია და მათი ტკივილი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე უნდა კონტროლდებოდეს – ეს შესაძლებელიცაა და აუცილებელიც.

WHO მოუწოდებს მთავრობებს, სამოქალაქო საზოგადოებას და ყველა დაინტერესებულ მხარეს წევრმა სახელმწიფოებმა გააკეთონ მათ ხელთ-არსებული შესაძლებლობების მაქსიმუმი იმისათვის, რომ კონტროლირებადი წამლები საზოგადოების ჯანმრთელობას ემსახურებოდეს, ამის მიღწევა მხოლოდ დაბალანსებული პოლიტიკის პირობებშია შესაძლებელი, სადაც ოპტიმალურადაა ორმაგი ვალდებულება რეალიზებული: სამედიცინო დანიშნულებებით კონტროლირებადი წამლების ხელმისაწვდომობის მაქსიმიზაცია და ბოროტად გამოყენების მინიმიზაცია:

მითითება 1: წამლის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა უნდა ითვალისწინებდეს, კონტროლირებადი მედიკამენტების აბსოლუტურ აუცილებლობას სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის;

მითითება 2: მთავრობებმა უნდა შეასრულონ საერთაშორისო ვალდებულებები და ეროვნული კანონმდებლობისა და წამლის კონტროლის პოლიტიკის გამოყენებით უზრუნველყონ კონტროლირებადი მედიკამენტების ადეკვატური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის;

მითითება 3: მთავრობებმა უნდა შექმნან ეროვნული ორგანო - ჯანდაცვის სფეროში კონტროლირებადი წამლების სათანადო უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის მისაღწევად;

მითითება 4: მთავრობებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ ხელმძღვანელმა ორგანოებმა, რომელნიც ჩართულნი არიან კონტროლირებადი მედიკამენტების პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში, ითანამშრომლონ, მოაწყონ შეხვედრები საჭიროების მიხედვით, სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის ასეთი ნივთიერებების უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის, აგრეთვე, მათი ბოროტად გამოყენების, დამოკიდებულების სინდრომისა და არამიზნობრივი გამოყენების პრევენციის მიზნით;

მითითება 5: მთავრობებმა უნდა უზრუნველყონ ისეთი ფორუმის შექმნა, სადაც წამლების კონტროლის ხელმძღვანელი ორგანოები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოები ითანამშრომლობენ და საჭიროების მიხედვით შეხვედებიან ჯანდაცვის პროფესიულ ორგანიზაციებს და სხვა დაინტერესებულ მხარეებს, სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის კონტროლირებადი წამლების უზრუნველყოფისა და ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის, აგრეთვე, ბოროტად გამოყენების, დამოკიდებულების სინდრომისა და არამიზნობრივი გამოყენების პრევენციის მიზნით;

მითითება 6: ყველა სამთავრობო სააგენტომ, მისი როლისა და ვალდებულებების მიხედვით, უნდა უზრუნველყოს, რომ საკუთარი მოვალეობების შესრულებისას, ხელი არ შეეშალოს ჯანდაცვის პოლიტიკასა და კონტროლირებადი მედიკამენტებით კანონიერი მკურნალობის ხელმისაწვდომობას. ჯანდაცვის ხელმძღვანელმა ორგანოებმა უნდა მიაწოდონ მკურნალობის პრინციპების შესახებ სათანადო ინფორმაცია წამლის კონტროლის სფეროში ჩართულ სამართალდამცავ ორგანოებს და სხვა შესაბამის უწყებებს;

მითითება 7: მთავრობებმა ეროვნული ფარმაცევტული პოლიტიკის გეგმებში უნდა შეიტანონ სათანადო სამედიცინო გამოყენებისათვის კონტროლირებადი წამლების უზრუნველყოფა და ხელმისაწვდომობა. აგრეთვე დავადებათა კონტროლის სპეციფიკურ ეროვნულ პროგრამებსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა დირექტივებში უნდა შეიტანონ რელევანტური კონტროლირებადი მედიკამენტები და სათანადო სერვისები.

მითითება 8: მთავრობებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ მოსახლეობის ყველა ფენამ, დისკრიმინაციის გარეშე, თანაბრად ისარგებლოს რაციონალური სამედიცინო მიზნებისათვის კონტროლირებადი წამლების უზრუნველყოფითა და ხელმისაწვდომობით, აგრეთვე, განახორციელონ არამიზნობრივი გამოყენების, ბოროტად გამოყენებისა და დამოკიდებულების პრევენციის პოლიტიკის გატარება ;

მითითება 9: მთავრობებმა უნდა გადაამოწმონ წამლის კონტროლის კანონმდებლობა და პოლიტიკის მიმართულებები იმ მიზნით, რომ გამოავლინონ ზედმეტად მკაცრი დებულებები, რომელიც გავლენას ახდენს კონტროლირებად მედიკამენტებთან დაკავშირებული სათანადო სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე. მათ აგრეთვე უნდა უზრუნველყონ, რომ დებულებები ორიენტირებული იყოს ჯანმრთელობის დაცვის შედეგებზე და უნდა შეიტანონ საჭირო შესწორებები. სამედიცინო საკითხებზე გადაწყვეტილებები, ჩვეულებრივ, უნდა მიიღონ ჯანდაცვის მუშაკებმა;

მითითება 10: წამლების კონტროლის ეროვნულ კანონმდებლობაში ტერმინოლოგია და პოლიტიკა უნდა იყოს ნათელი და გასაგები, რათა არ მოხდეს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის კონტროლირებადი მედიკამენტების აღრევა ასეთი მედიკამენტების არამართებულ გამოყენებასთან;

მითითება 11: სათანადო განათლებისა და კვალიფიკაციის მქონე ექიმებსა და საჭიროების შემთხვევაში, ექთნებს და ჯანდაცვის სფეროს სხვა მუშაკებს უნდა ჰქონდეთ უფლება, რომ გამოწერონ და დანიშნონ კონტროლირებადი მედიკამენტები მათი ზოგადი პროფესიული ლიცენზიის, თანამედროვე სამედიცინო ცოდნისა და სათანადო პრაქტიკის საფუძველზე, რაიმე სხვა ლიცენზიის მოთხოვნის გარეშე;

მითითება 12: სათანადოდ მომზადებული და კვალიფიციური ფარმაცევტები ჯანდაცვის ყველა დონეზე უფლებამოსილნი უნდა იყვნენ, რომ გასცენ კონტროლირებადი წამლები ზოგადი პროფესიული ლიცენზიის, თანამედროვე სამედიცინო ცოდნისა და

სათანადო პრაქტიკის საფუძველზე, სხვა დამატებითი ლიცენზიის მოთხოვნის გარეშე;

მითითება 13: მთავრობებმა ხელი უნდა შეუწყონ იმას, რომ სამედიცინო, ფარმაცევტულ და საექთნო სასწავლებლებში ისწავლებოდეს ტკივილის მკურნალობის, ნივთიერების გამოყენების დარღვევები კონტროლირებადი წამლების სამედიცინო გამოყენების კონტექსტში და ჯანმრთელობის მდგომარეობის სხვა შემთხვევები, რომლებიც მოითხოვს კონტროლირებადი მედიკამენტებით მკურნალობას;

მითითება 14: მთავრობებმა ორგანიზება უნდა გაუწიონ საგანმანათლებლო ინიციატივებს ჯანდაცვის მუშაკებისათვის, იმ მიზნით, რომ უზრუნველყოფილი იყოს კონტროლირებადი მედიკამენტების რაციონალური გამოყენება;

მითითება 15: მთავრობებმა უნდა შეიმუშაონ პრაქტიკული მეთოდი იმისათვის, რომ სათანადო ინფორმაციის გამოყენებით რეალისტურად შეაფასონ კონტროლირებადი მედიკამენტების სამედიცინო და სამეცნიერო მოთხოვნები;

მითითება 16: მთავრობებმა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს უნდა მიაწოდონ მონაცემები და განსაზღვრული ან დადგენილი მოთხოვნები ლეგიტიმური სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის კონტროლირებადი წამლების საჭირო რაოდენობის შესახებ (ყოველწლიური მიახლოებითი მონაცემები ნარკოტიკული პრეპარატებისა და კონკრეტული წინამორბედი ნივთიერებებისათვის, ასევე შეფასებები ფსიქოტროპული ნივთიერებებისათვის, სულ მცირე, სამ წელიწადში ერთხელ). მთავრობებმა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს უნდა მიაწოდონ დამატებითი სავარაუდო მონაცემები ან შეცვლილი სავარაუდო მონაცემები, თუ ლეგიტიმური მიზნებისათვის განკუთვნილი კონტროლირებადი ნივთიერებების არსებული რაოდენობა არ აღმოჩნდება საკმარისი მათზე რეგულარული მოთხოვნის თავდაპირველი არასწორი პროგნოზის, გადაუღებელი შემთხვევების, ან განსაკუთრებული მოთხოვნის გამო;

მითითება 17: მთავრობებმა უნდა წარუდგინონ სტატისტიკური ანგარიშები ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს ნარკოტიკული პრეპარატებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ, ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კონვენციების შესაბამისი დებულებებისა და ეკონომიკური და სოციალური საბჭოს სათანადო რეზოლუციების შესაბამისად;

მითითება 18: მთავრობებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ იმ კომპანიებსა და სააგენტოებთან თანაშრომლობით, ვინც არეგულირებს განაწილებას, კონტროლირებადი წამლების შესყიდვა, დამზადება და განაწილება ხდებოდა დროულად მთელი ქვეყნის ტერიტორიაზე, რომ არ შეიქმნას დეფიციტი და ასეთი წამლები, საჭიროების შესაბამისად, ყოველთვის ხელმისაწვდომი იყოს; ამავე დროს, განხორციელდეს სათანადო კონტროლი არამიზნობრივი გამოყენების, ბოროტად გამოყენებისა და დამოკიდებულების სინდრომის პრევენციისათვის;

მითითება 19: მთავრობებმა მინიმუმამდე უნდა შეამცირონ კონტროლისა და უსაფრთხოების ზომების უარყოფითი ზეგავლენა კონტროლირებადი მედიკამენტების შექმნის შესაძლებლობასა და უზრუნველყოფაზე;

მითითება 20: წამლების კონტროლის ხელმძღვანელი ორგანოები უნდა იცნობდნენ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტულ მითითებებს გადაუდებელი სამედიცინო გამოყენებისათვის კონტროლირებადი მედიკამენტების საერთაშორისო უზრუნველყოფის შესახებ, რომელიც წარმოადგენს გამარტივებულ პროცედურას კონტროლირებადი მედიკამენტების იმპორტისა და ექსპორტისათვის ისეთ ქვეყანაში, სადაც წამლების კონტროლის ხელმძღვანელი ორგანოების ფუნქციონირება შეფერხებულია სტიქიური უბედურების გამო;

მითითება 21: მთავრობებმა, რომლებიც მიიღებენ გადაწყვეტილებას ეროვნული კონტროლის დაწესების შესახებ ისეთ მედიკამენტებზე, რომლებიც არ კონტროლდება წამლების კონტროლის საერთაშორისო კონვენციებით, უნდა გამოიყენონ ეს მითითებები თანაბრად ეროვნულ დონეზე კონტროლირებადი მედიკამენტებისთვისაც.

1.4 ონკოლოგიით დაავადებული რემისიის მდგომარეობაში მყოფ დასაქმებულ პირთა უფლებები

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, ადამიანი კიბოთი ძირითადად მისი პროფესიული და შემოქმედებითი განვითარების ოპტიმალურ ასაკში (45-65 წელი) ავადდება.

ასოციაციის - „უფლება ჯანმრთელობაზე“ ინფორმაციით: „ონკოლოგიური პაციენტები არიან შრომისუუნაროები და სრული დატვირთვით არ შეუძლიათ მუშაობა, ამიტომ დამსაქმებელმა ნაცვლად იმისა, რომ შეწყვიტოს შრომითი ურთიერთობები, დასაქმებული უნდა გადაიყვანოს ნახევარ განაკვეთზე, ან სახლში უნდა მისცეს სამუშაო, ან სხვა პოზიციაზე დაასაქმოს. თუ ამ ყველა ღონისძიების გატარების შემდეგ პაციენტი/დასაქმებული ვერ შეასრულებს დაკისრებულ მოვალეობას, კომპანიას უნდა შეეძლოს, მიიღოს მისი

გათავისუფლების შესახებ გადაწყვეტილება. ამ შემთხვევაში კი, სახელმწიფომ უნდა მიანიჭოს პაციენტს შშმ პირის სტატუსი და დაუნიშნოს პენსია, რადგან ის შრომისუუნაროა. თუ პირს პენსია არ დაენიშნა, მამინ მას უნდა დაუფინანსდეს გვერდითი მოვლენების მართვის კურსი. ჩვენ არ ვითხოვთ, რომ პროგრამამ ყველაფერი დააფინანსოს, თუმცა უნდა მოვძებნოთ გამოსავალი და შემუშავდეს მკაცრი კრიტერიუმები“.

მიუხედავად იმისა, რომ ამგვარ პირებს არ გააჩნიათ რაიმე შეუზღუდავი უფლება - მიიღონ ან შეინარჩუნონ დასაქმების ადგილი, მათ აქვთ უფლება მოეპყრან ინდივიდუალური შესაძლებლობების გათვალისწინებით და არ გახდნენ დისკრიმინაციის მსხვერპლნი. ორი ფედერალური კანონი - შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ამერიკელთა აქტი (the Americans with Disabilities Act (ADA)) და საოჯახო და სამედიცინო შვებულების აქტი (FMLA), გვთავაზობს ონკოლოგიით დაავადებული რემისიის მდგომარეობაში მყოფ პირთა დაცვას სამუშაო ადგილზე დისკრიმინაციისგან. კერძოდ, ეს უკანასკნელი დამსაქმებლებისგან, რომლებიც ასაქმებენ მინიმუმ 50 პირს, მოითხოვს უზრუნველყონ თანამშრომლები 12- კვირიანი უხელფასო შვებულებით სერიოზული დაავადების, მათ შორის, ონკოლოგიური დაავადების მკურნალობისათვის.

ინგლისში, შოტლანდიასა და უელსში, გასაუბრებისას დამსაქმებლებს მხოლოდ გამონაკლის პირობებში შეუძლიათ კითხონ კანდიდატს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. მათ უნდა უზრუნველყონ, რომ არ მოხდეს კანდიდატის დისკრიმინაცია მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. დასაქმებულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა კონფიდენციალურია და დაცულია 1998 წლის მონაცემთა დაცვის აქტით.

1.5 ევროპის ონკოდაავადებულ პაციენტთა უფლებების ბილი

ევროპაში მოქმედი ევროპის ონკოდაავადებულ პაციენტთა უფლებების ბილი შეიცავს ყველა იმ საკითხს, რომელიც აქტუალურია ამ დაავადების მქონე პირების უფლებების დასაცავად (2016 წლის დოკუმენტი).

Box 1 ევროპაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა უფლებებზე ორიენტირებული ანგარიშგების პრინციპები:

1. ევროპის ქვეყნების ყოველი მოქალაქის უფლებაა მიიღოს ზუსტი ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და თავად განსაზღვროს მზრუნველობის პოლიტიკა;
2. ევროპის ქვეყნების ყოველი მოქალაქის უფლებაა ჰქონდეს დიაგნოზის ოპტიმალური და დროული ხელმისაწვდომობა შესაბამის სპეციალიზირებულ მოვლაზე, რომელიც გამყარებული იქნება კვლევითა და ინოვაციებით;
3. ევროპის ქვეყნების ყოველი მოქალაქის უფლებაა მიიღოს მზრუნველობის მომსახურება ჯანმრთელობის სისტემაში, რომელიც მაქსიმალურად უზრუნველყოფს კიბოს პრევენციას, დროულ სავარაუდო კიბოს დიაგნოზს, გაუმჯობესებულ შედეგებს, პაციენტის რეაბილიტაციას, ცხოვრების

საუკეთესო ხარისხსა და ხელმისაწვდომ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის შესაძლებლობას.

Box 2 ევროპის ქვეყნების ყოველი მოქალაქის უფლებათა მიიღოს ზუსტი ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და იყოს პროაქტიულად ჩართული საკუთარ მზრუნველობაში

კიბოს კონტროლის ეროვნულმა პროგრამებმა (NCCPs) უნდა განავითარონ კიბოთი დაავადებულთათვის მომსახურება, რომელიც კონცენტრირებულია პაციენტზე, ითვალისწინებს პაციენტებისა და მათი ოჯახების შეხედულებებსა და საჭიროებებს. მათი დაავადების შესახებ საიმედო და ამომწურავ ინფორმაციაზე წვდომა, მკურნალობისა და კიბოთი დაავადების შემთხვევაში მომსახურების მიღების შესაძლებლობა საშუალებას მისცემს პაციენტებს ჰქონდეთ მაღალი ხარისხის პასუხები და არჩევანი საკუთარ მკურნალობასთან დაკავშირებით, რომელიც თავის მხრივ, დაეხმარება მომსახურების ხარისხის აწევაში და ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწე პროფესიონალებისა და სისტემის ჩართულობაში. ფიზიკურ პირებს, შესაძლოა ჰქონდეთ საკუთარი საჭიროებების ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწე პროფესიონალებისგან განსხვავებული აღქმა. ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებსა და პაციენტებს შორის ჯანსაღი კომუნიკაცია საგრძნობლად გააუმჯობესებს და გაზრდის პაციენტის კმაყოფილებას. გადაწყვეტილების მიღებაში მონაწილეობა, რომელიც მოიცავს ორ გამჭვირვალე პროცესს ჯანდაცვის სფეროს პროვაიდერებსა და ევროპის მოქალაქეებს შორის, უნდა იყოს ძირითადი თემა ზემოაღნიშნული პირველი პრინციპისა.

ევროპის მოქალაქეებს უნდა შეემძღოთ კიბოს კონტროლის ეროვნული პროგრამების (NCCPs) საშუალებით ხელმძღვანელობა, რომელიც უზრუნველყოფს:

- სურვილის შემთხვევაში, პაციენტს ჰქონდეს წვდომა სრულ ინფორმაციაზე საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და პროაქტიულად მიიღოს მონაწილეობა საკუთარი მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღებაში;
- პაციენტზე ორიენტირებულ საინფორმაციო სტრატეგიას, რომელიც ნათლად და გასაგებ ენაზეა ფორმულირებული, ასევე მის უფლებას ნებისმიერ სტადიაზე ოპტიმალური სტანდარტით კიბოს მკურნალობაზე;
- ინფორმაციას, რომ კიბოს სამკურნალო ერთეული ან ცენტრი აკმაყოფილებს სავალდებულო ოპტიმალურ ხარისხს, მკურნალობის შესაბამის ხარისხთან მიმართებით;
- მკურნალობისა და ჯანდაცვის დაწესებულებებში კლინიკური შედეგების, კიბოს შესახებ რეესტრის, დამოუკიდებელი აუდიტის პროგრამის, მკურნალობის დაწყებამდე ყველა ანონიმური მონაცემების გამჭვირვალობას;
- მკურნალობის დაწყებამდე, მკაფიო და გამჭვირვალე ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმას, განსხვავებული აზრის ქონის უფლების შესაძლებლობით;

³⁵ The European Cancer Patient's Bill of Rights, update and implementation 2016 . March 28, 2017 <http://esmoopen.bmj.com/>

- პაციენტის მონაცემების კონფიდენციალურობას მისი სურვილის შესაბამისად;
- ინფორმაციაზე წვდომას კვლევასა და ინოვაციურ საქმიანობაზე, რომელიც დაკავშირებულია მათ დაავადებასთან და ხელმისაწვდომია ლოკალურ, ეროვნულ და ევროპის დონეზე;
- ინფორმაციასა და ინდივიდუალური გეგმას კიბოს შემდგომ მკურნალობასა და მხარდაჭერ სერვისებზე;
- პაციენტის დამკველ ორგანიზაციებთან წარმომადგენლობას და მხარდაჭერას, რომელიც საშუალებას აძლევს პაციენტს იყოს თანასწორი პარტნიორი ყველა სფეროში, რომელიც გავლენას ახდენს მის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე;
- მკურნალი ჯგუფის წარდგენილი წევრის თანდასწრებას, რომელსაც შეუძლია პასუხი გასცეს პაციენტს და საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტის მხარდაჭერით კოორდინირება გაუწიოს მკურნალობას.³⁵

Box 3 ევროპის ქვეყნების ყოველი მოქალაქის უფლებაა ჰქონდეს დიაგნოზის ოპტიმალური და დროული ხელმისაწვდომობა შესაბამის სპეციალიზირებულ მოვლაზე, რომელიც გამყარებული იქნება კვლევისა და ინოვაციების შესაბამისად.

აუცილებელ დიაგნოზსა და კიბოს თერაპიულ მომსახურებაზე წვდომა უნდა იყოს ევროპის ყოველი მოქალაქის უფლება, მიუხედავად მათი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსისა, სქესისა, ასაკისა თუ ეროვნებისა. კლინიკის ინოვაციებსა და მასთან დაკავშირებულ სამეცნიერო კვლევითი საქმიანობის ხელმისაწვდომობაზე პაციენტს უნდა ეცნობოს დაავადების ყველა ეტაპზე. ზემოაღნიშნული პრინციპი დამოკიდებულია კიბოს მკურნალობაზე სამართლიან და გამჭვირვალე წვდომაზე.

ევროპელი პაციენტები უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ მკურნალობის სიტემით, რომელიც უზრუნველყოფს:

- დროულ და კარგად ორგანიზებულ წვდომას დამოწმებულ დიაგნოზზე, მიუხედავად სიმსივნის ტიპისა, სპეციალისტის განსხვავებულ მიდგომას - ექვის შემთხვევაში, რათა უზრუნველყოს ზუსტი და დროული კიბოს სავარაუდო დიაგნოზი;
- ზუსტი ინფორმაციის მიწოდებას დელიკატურად სპეციალისტის/კლინიკის გამოცდილი თანამშრომლის მიერ;
- შესაბამისი ხარისხის სათანადო მულტიდისციპლინალურ სპეციალიზებულ ზრუნვაზე დროულ ხელმისაწვდომობას, მათ შორის, შესაბამის კლინიკურ კვლევასა და ინოვაციაზე, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს საუკეთესო შესაძლო შედეგები;
- მკურნალობის განვითარების ბოლო ეტაპზე წვდომას კიბოს თითოეულ მოდალობაზე, რომელიც ხელს უწყობს საუკეთესო პრაქტიკას, მათ შორის, ოპერაციას, სხივურ თერაპიას, ქიმიოთერაპიას, იმუნოთერაპიასა და ინტერვენციულ რადიოლოგიას;
- ყველა პაციენტს ჰქონდეს შესაძლებლობა ისარგებლოს კიბოს

დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მზარდი სიზუსტის მქონე საშუალებებით, რომელიც მაქსიმალურად ზრდის სარგებლის შანსს და ამცირებს ტოქსიურობის რისკს;

- მკურნალობას, რომელიც შესაძლებელია მიწოდებული იყოს ლოკალურად, ასევე ცენტრალიზებულად, რა დროსაც რეკომენდირებულია ეროვნულ ან საერთაშორისო დონეზე დამტკიცებული დირექტივები და მკურნალობაზე ექსპერტის რეკომენდაციები;
- კიბოს ყველა ეტაპზე შესაბამისი ფსიქოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობას, რათა გაუმკლავდნენ სკრინინგს, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, ცხოვრების ხარისხსა და დაავადების შემდგომ მოვლენებს;
- უფლებას, აირჩიონ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ლოკაცია, მათ შორის უფლებას მათი სამედიცინო ინფორმაციის საზღვარგარეთ გატანაზე, მიზნის მისაღწევად.
- თითოეული კიბოთი დაავადებული პაციენტისთვის სწრაფ წვდომას დიაგნოზსა და მკურნალობის თაობაზე უახლესი ინოვაციების შესახებ;
- უფლებას, მათი საჭიროებების შესაბამისად და გადახდისუნარიანობის მიუხედავად მიიღონ კარგი ხარისხი;
- უფლებას, მიიღონ მათი დაავადების კონკრეტული ტიპის კვლევა და შეთავაზება კლინიკური კვლევების ხელმისაწვდომობაზე, რომელიც მათი მდგომარეობის შესაბამისია;
- უფლებას, ბავშვთა და მოზარდთა კიბოთი დაავადების შემთხვევაში, მიიღონ ოპტიმალური მკურნალობის სტანდარტი სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში, რომელიც გამყარებული იქნება კვლევით.

Box 4 ევროპის ქვეყნების ყოველი მოქალაქის უფლებაა მიიღოს მზრუნველობის მომსახურება ჯანმრთელობის სისტემაში, რომელიც მაქსიმალურად უზრუნველყოფს კიბოს პრევენციას, დროულ სავარაუდო კიბოს დიაგნოზს, გაუმჯობესებულ შედეგებს, პაციენტის რეაბილიტაციას, ცხოვრების საუკეთესო ხარისხსა და ხელმისაწვდომ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის შესაძლებლობას.

კიბოს პრევენცია და მოვლა ეროვნულ დონეზე ორგანიზებული უნდა იყოს ინტეგრირებული ჯანდაცვის სისტემების მიხედვით, ასევე აუცილებელია გონივრულად დაფინანსებული კიბოს კონტროლის ეროვნული პროგრამა (NCCP), რომელიც შეესაბამება ევროპულ დირექტივებსა და კარგ საერთაშორისო პრაქტიკას. კიბოს კონტროლის ეროვნულმა პროგრამამ (NCCP) უნდა განავითაროს კიბოს ცენტრი/კავშირი/მულტიდისციპლინური გუნდის მოდელი, რომელიც მოიცავს კიბოს ყველა ასპექტს, კვლევასა და განვითარებას - დიაგნოზს, მკურნალობასა და რეაბილიტაციას, მათ შორის, პაციენტის დაავადების შემდგომ მდგომარეობას და სიცოცხლის ბოლო წუთებში ზრუნვას. ჯანდაცვის სისტემებმა უნდა აღიარონ სოციალურ-ეკონომიკური უთანასწორობა კიბოთი დაავადების შემთხვევაში და შეეცადონ მინიმუმამდე დაიყვანონ იგი.

ევროპის მოქალაქეებსა და პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა სისტემაზე, რომლის თანახმად:

- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციები, რომელიც უზრუნველყოფს კიბოს პრევენციას, ითვლება

- კიბოს კონტროლის ქვაკუთხედად და მოიცავს რამდენიმე ყველაზე ეფექტურ და ხელმისაწვდომ მიდგომას კიბოს წინააღმდეგ;
- დროულად მოწოდებული მაღალი ხარისხის სკრინინგი და დიაგნოსტიკური მომსახურება აკრედიტირებული უნდა იყოს ოპტიმალური სტანდარტის უზრუნველსაყოფად;
 - კიბოს კონტროლის ეროვნული პროგრამები (NCCPs) ორგანიზებული უნდა იყოს ეროვნული დირექტივების მიხედვით და რეგულარულად უნდა განიხილებოდეს გარე ექსპერტების მიერ, მათ შორის, პაციენტის წარმომადგენლების მიერ;
 - როგორც, კიბოს კონტროლის ეროვნული პროგრამის (NCCPs) ნაწილი, უნდა განხორციელდეს შედეგების აუდიტი, ოპტიმალური პროგრესისა და პაციენტთათვის სარგებლის მისაღწევად; რეგულარული აუდიტისა და რეზულტატის შედეგები გამოყენებული უნდა იქნეს ინფორმირების გასაუმჯობესებლად;
 - კიბოს ყველა ეტაპზე გათვალისწინებული უნდა იყოს ეფექტური ზრუნვა, ადრეული დიაგნოსტიკის მეშვეობით მკურნალობა და დახმარება. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ეკონომიკური ანალიზის შესაბამის გამოყენებას შეუძლია უზრუნველყოს გაუმჯობესებული, ეფექტური და ხელმისაწვდომი მზრუნველობა;
 - დაავადებული პაციენტი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი საზოგადოებაში აქტიური რეინტეგრაციითა და სამუშაო ადგილით. ევროპელ მოქალაქეებს უნდა ჰქონდეთ კარგი, ამომწურავი და განგრძობადი მკურნალობის პოლიტიკა ერთდროულად ორი ქრონიკული დაავადების დროს, მთელ სოციალურ-ეკონომიკურ სივრცეში;
 - უნდა არსებობდეს ტკივილისა და სიმპტომების ოპტიმალური მართვის სტრატეგია კიბოთი დაავადებულ პაციენტებისათვის;
 - პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებაში აუცილებელია სათანადო ექსპერტიზა და გამოცდილება კიბოს კონკრეტული სახეობის მკურნალობაზე, მათ შორის, სამედიცინო პერსონალის განათლება და მომზადება;
 - პაციენტის დამცველი ორგანიზაციები აღიარებულნი უნდა იყვნენ როგორც თანასწორი პარტნიორები კიბოს კონტროლის, კიბოთი დაავადებასთან დაკავშირებული მომსახურების განვითარების, კვლევისა და ინოვაციების ყველა ასპექტში;
 - სპეციალიზირებული მულტიდისციპლინარული გუნდი უნდა შეესაბამებოდეს ეროვნულ მოთხოვნებს, რომელიც აღიარებულია ევროპის ქვეყნების მიერ;
 - აუცილებელია მომდევნო დროული და რეფერალური გამჭვირვალობა, რომელიც უზრუნველყოფს აუცილებელ მკურნალობას ოპტიმალურ და წინასწარ განსაზღვრულ დროში, ჯანდაცვის კავშირს/პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და კიბოთი დაავადებულთა კავშირს ან ცენტრს შორის;
 - პროფესიონალებმა უნდა უზრუნველყონ პაციენტთა დაცვა პოტენციურად სუსტი ფუნქციონირების ჯანდაცვის მომსახურების, სამედიცინო

ქმედებათა ან შეცდომებისაგან.

Box 5 მომდევნო ნაბიჯები უფლებების შესახებ კანონპროექტისათვის

- ვეთანხმები ჩვენს მაღალი დონის მიზანს. 2035 წლისთვის მიღწეულ უნდა იქნეს 70 %-იანი გრძელვადიანი გადარჩენა კიბოთი დაავადებული პაციენტებისათვის, ხელი შეეწყოს კიბოს პრევენციას, კიბოს კონტროლს და მასთან დაკავშირებულ პროგრესს პაციენტისათვის, ცხოვრების კარგი ხარისხის უზრუნველსაყოფად.
- განისაზღვროს ძირითადი მიზნები 70: 35 ხედვის მიწოდების მხარდაჭერისთვის: (1) დაინერგოს სისტემატური და მკაცრი გაზიარების საუკეთესო პრაქტიკა მთელი ევროპული კიბოს ჯანდაცვის სისტემაში; (2) კვლევის აქტიური ხელშეწყობა და ინოვაცია, ფოკუსირებული შედეგების გაუმჯობესებაზე; (3) ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ახალი და დადგენილი გზებისა და კიბოთი დაავადებულთა მზრუნველობის საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარებით რაც მოიაზრებს ამ პრაქტიკის განვითარებას, დამტკიცებას, შესყიდვების წარმოებას და კიბოს სადიაგნოსტიკო ტესტებისა და მკურნალობის ანაზღაურებას.
- მიღწეულ იქნეს სხვა ორგანიზაციებთან მუშაობა, რათა შემოვიდეს ევროპული ცენტრი, რომელიც (1) მოახდენს სისტემატურ იდენტიფიცირებას; შეაფასებს, შეამოწმებს და გაავრცელებს საუკეთესო პრაქტიკას კიბოთი დაავადებულთათვის მართვის თაობაზე სხვადასხვა ქვეყანაში და რეგიონში (2) ხელს შეუწყობს კვლევისა და სიახლეების თარგმნას, რათა მაქსიმალურად გაზარდოს მისი გავლენა და შედეგების გაუმჯობესება.

ნაწილი II

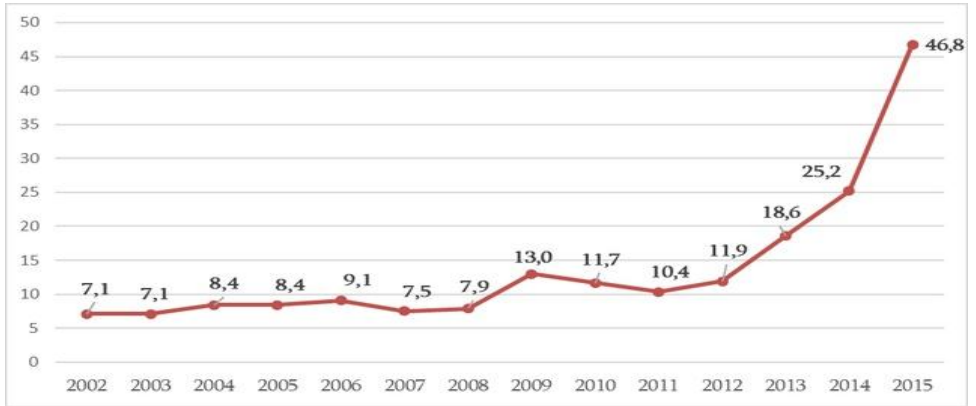
2.1. ონკოპაციენტთა უფლება ჯანმრთელობაზე საქართველოში

საქსტატის მონაცემებით საქართველოში 2015 წლის მონაცემებით სიმსივნით 46 800 ადამიანი დაავადებული.

2015 წლის მაჩვენებლებით, წინა წელთან შედარებით, დარეგისტრირებული/ გამოვლენილი შემთხვევების რიცხვი დაახლოებით 1.8-ჯერ არის გაზარდილი. 2002 წლის შემდეგ კი, სიმსივნით დაავადების მაჩვენებელი 6.6-ჯერ გაიზარდა.

2015 წლის მონაცემებით, სიმსივნით დაავადებულია 600 მოზარდი (0-დან 14 წლამდე). ეს მაჩვენებელი უცვლელია წინა წელთან შედარებით. თუმცა, ბოლო 5 წლის განმავლობაში მოზარდებში სიმსივნის დიაგნოზი 6-ჯერ გაიზარდა.

მონაცემები 2011 წლიდან 2015 წლის ჩათვლით:



დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, თბილისში 2015 წელს ონკოლოგიური დაავადებების 7 675 შემთხვევა დაფიქსირდა, ეს მაჩვენებელი წინა წელთან შედარებით 3.5-ჯერ, 2013 წელთან შედარებით კი 3.7-ჯერ არის გაზრდილი. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის განმარტებით 2015 წელს გაზრდილი მაჩვენებლების ძირითადი ხვედრითი წილი უკავშირდება რეგისტრაციის გაუმჯობესებას.

2.2. ონკოლოგიური დაავადებები არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის ფარგლებში

საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 11 იანვრის N2 დადგენილებაში - „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017–2020 წლების ეროვნულ სტრატეგიაში“ აღნიშნულია, რომ არაგადამდები დაავადებები მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს გლობალური ჯანმრთელობისათვის. მიუხედავად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციებისა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ცალსახა პროგრესისა, არაგადამდები დაავადებები კვლავც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის“. არაგადამდები დაავადებების ავადობისა და სიკვდილიანობის მზარდი ტენდენცია მძიმე ტვირთად აწევა მოსახლეობასა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას.

აღსანიშნავია ისიც, რომ „საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2017–2020 წლების ეროვნულ სტრატეგიაში“ მითითებულია: „არაგადამდები დაავადებები მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის; ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილიანობის 94%

გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით. ამასთან საერთო სიკვდილიანობის 69 % მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 14%- ონკოლოგიურ დაავადებებზე, 1% -დიაბეტზე, 4 % ქრონიკულ რესპირაციულ და 6% სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე.“

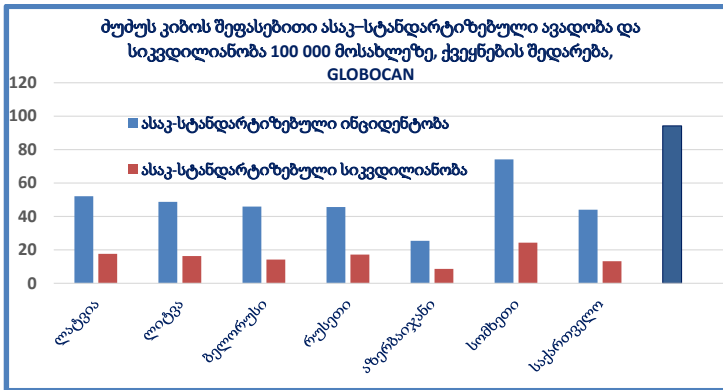
2015 წლიდან ქვეყანაში შეიქმნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი, რამაც გააუმჯობესა ონკოლოგიურ დაავადებათა მონიტორინგი. საქართველოში ძუძუს კიბო ქალებსა და ფილტვის კიბო მამაკაცებში ყველაზე გავრცელებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს წარმოადგენს. დაბალია 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი. პაციენტთა 30 %-ზე ნაკლები ცოცხლობს დიაგნოზის დასმიდან 5 წლის მანძილზე ან უფრო დიდხანს. მაღალი სიკვდილიანობისა და დაბალი გადარჩენის მაჩვენებელი ძირითადად განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ კიბოს შემთხვევების 60 %-ის დიაგნოსტიკა მესამე და მეოთხე სტადიაზე ხდება. მიზეზები მრავალგვარია, მათ შორის, მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობის დონე და ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დაბალი ჩართულობა.

ეროვნული სტრატეგიით განსაზღვრულ სამიზნეებს შორის აღსანიშნავია 2020 წლისთვის ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ზრდის შეჩერება (ნულოვანი ზრდა); ონკოლოგიურ დაავადებათა ძირითადი რისკის ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულთა 10%-იანი ზრდა; სკრინინგს დაქვემდებარებული კიბოს (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელისა და კოლორექტალური კიბოს) ადრეულ ეტაპზე (I და II სტადია) გამოვლენის 30%-იანი მატება; სკრინინგულ პროგრამებში მიზნობრივი პოპულაციის მონაწილეობის მაჩვენებლის 20%-იანი ზრდა. ქირურგიული სამედიცინო მომსახურების 100%-იანი ხელმისაწვდომობა; ქიმიოთერაპიის 80%-იანი ხელმისაწვდომობა; იმუნოთერაპიის 40%-იანი ხელმისაწვდომობა (ამჟამად 10-15%-ია); სხივური თერაპიის 70%-იანი ხელმისაწვდომობა; ესენციური მედიკამენტების 80%-იანი ხელმისაწვდომობა; იოდოთერაპიის 80%-იანი ხელმისაწვდომობა; 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლის 20%-იანი მატება; პალიატიური მზრუნველობით პაციენტთა მაჩვენებლის 30%-იანი მატება.

სხვა სამიზნეებთან ერთად ონკოლოგიურ დაავადებებთან მიმართებაში პირდაპირ და არაპირდაპირ ბენეფიტებზე მიუთითებს არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობის რისკის შემცირება-კიბოს სიკვდილიანობის შეჩერება (ნულოვანი ზრდა). ხოლო მკურნალობასთან დაკავშირებით „ძირითადი ავდ მკურნალობისათვის ბაზისურ ტექნოლოგიებსა და ესენციურ მედიკამენტებზე 80%-იანი ხელმისაწვდომობა“.

სტრატეგიულ ამოცანებში აღნიშნულია: „არაგადამდებ დაავადებათა სამედიცინო მომსახურებასა და მის მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების შესახებ“.

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის 5-წლიან სამოქმედო გეგმაში სხვადასხვა მნიშვნელოვანი საკითხებია გაშუქებული, მათ შორის, სრულყოფილი მონაცემებისადმი ხელმისაწვდომობა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემების მიხედვით.



კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ორგანიზებული სკრინინგისა და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების დანერგვის გზით უნდა ჩატარდეს სარძევე ჯირკვლის სკრინინგი - 40–70 წლის ქალებში 2 წელიწადში ერთხელ; საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი 25–60 წლის ქალებში წელიწადში ერთხელ; კოლორექტალური სკრინინგი ორივე სქესის 50–70 წლის ადამიანებში ყოველწლიურად; პროსტატის კიბოს მენეჯმენტი 50–70 წლის კაცებში ყოველწლიურად.

სტრატეგიულ ამოცანებში მითითებულია, რომ შესაძლებელია კიბოთი სიკვდილიანობის შემცირება, შემდეგი ამოცანების დაძლევის გზით: დროული კლინიკური დიაგნოსტიკა და მისი ჰისტომორფოლოგიური დადასტურება; თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი პათოლოგ-ანატომიური სამსახურის განვითარება; სხივური დიაგნოსტიკის სხვადასხვა მეთოდების ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების შესაბამის დონეზე; ენდოსკოპიური კვლევების ხელმისაწვდომობის გაზრდა ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს (საყლაპავი, კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, ფილტი, ბრონქები, კოლინჯი და სწორი ნაწლავი) დიაგნოსტიკების მიზნით.

გადარჩენის მაქსიმალური შესაძლებლობისა და სწორი მკურნალობის საშუალებით ცხოვრების ხარისხიანი წლების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია: კიბოს მკურნალობის გაიდლაინების შექმნა/დანერგვის ხელშეწყობა; სამედიცინო დაწესებულებების ხელშეწყობა ხარისხის კონტროლის დანერგვის მიზნით; მკურნალობის სპეციფიკური მეთოდების გაზრდილი ხელმისაწვდომობა, როგორცაა: ქირურგიული ჩარევა, სხივური/მედიკამენტური თერაპია და ბირთვული მედიცინის განვითარება.

ერთ-ერთ სტრატეგიულ ამოცანას წარმოადგენს მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა, ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობით მაქსიმალური მოცვა და ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია.

ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობით მაქსიმალური მოცვა გულისხმობს:

- პალიატიური მზრუნველობის ქსელის დამკვიდრებას სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე;

- პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფას ადამიანური რესურსებით და აუცილებელი მოხმარების მედიკამენტებით; ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის ყველა დონეზე ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფას.

სტრატეგიულ ამოცანებში ასევე განიხილება: ადამიანური რესურსების განვითარება- კიბოს კონტროლისა და მართვის მიზნით; პრეციზიოზული (ზუსტი/ პერსონალიზებული) მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა; კვლევებისა და მკურნალობის თანამედროვე მიდგომების დანერგვა ონკოლოგიაში.

2.3. ონკოპაციენტების ჯანმრთელობის უფლების რეალიზების კუთხით არსებული ვითარება

ონკოლოგიური პაციენტების ჯანმრთელობის უფლების რეალიზების შესახებ, არსებული სიტუაციის შესწავლის მიზნით არასამთავრობო ორგანიზაციის - „უფლება ჯანმრთელობაზე“ მიერ, კვლევის პროცესში გამოთხოვილ იქნა საჯარო ინფორმაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან, ქ. თბილისის მერიიდან და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებიდან საქართველოს მასშტაბით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან გამოთხოვილ იქნა ინფორმაცია ქვემოთ ჩამოთვლილი საკითხების მიხედვით:

- რა მხარდაჭერას ითვალისწინებდა ონკოლოგიური პაციენტებისთვის 2013 წლიდან 2017 წლის 30 აპრილის ჩათვლით მოქმედი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა;
- 2013-2017 წლის 30 აპრილის ჩათვლით, წლების მიხედვით, რამდენმა ონკოლოგიურმა პაციენტმა მიმართა ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობისთვის აუცილებელი დაფინანსების თხოვნით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში არსებულ რეფერალურ კომისიას და რა ტიპის მკურნალობის დაფინანსებას ეხებოდა განცხადება;
- რამდენი მათგანის მოთხოვნა დაკმაყოფილდა და რა თანხა იქნა გამოყოფილი და შემდეგ გახარჯული ონკოლოგიური პაციენტების საჭიროებებისთვის;
- რის საფუძველზე და რა კრიტერიუმებზე დაყრდნობით განხორციელდა რეფერალური კომისიის მიერ კონკრეტული განმცხადებლის მოთხოვნის დაკმაყოფილება;
- 2013 წლიდან 2017 წლის 30 აპრილის ჩათვლით, პროგრამების მიხედვით, რა დასახელების მედიკამენტების შესყიდვა განხორციელდა ონკოლოგიური პაციენტებისთვის (მედიკამენტების ჩამონათვალისა და ფასების მითითებით, წლების მიხედვით);
- მედიკამენტების შესყიდვის რა წესს იყენებდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და რა ფასად მოხდა მათი შესყიდვა.

ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოების მიმართ მოთხოვნილი ინფორმაცია ითვალისწინებდა:

- 2013-2017 წლის 30 აპრილის ჩათვლით, წლების მიხედვით, რამდენმა ონკოლოგიურმა პაციენტმა მიმართა ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობისთვის აუცილებელი დაფინანსების თხოვნით და რა ტიპის მკურნალობის დაფინანსებას ეხებოდა განცხადება;
რამდენი მათგანის მოთხოვნა დაკმაყოფილდა სრულად და რამდენის ნაწილობრივ;
რა თანხა გამოიყო და დაიხარჯა ონკოლოგიური პაციენტების საჭიროებებისთვის, მათ შორის, მედიკამენტების შესაძენად;
რა წესით და რა კრიტერიუმებზე დაყრდნობით ხდება მოთხოვნაზე გადაწყვეტილების მიღება.

თბილისის მერიის მიმართ ინფორმაციის მოთხოვნა კი მოიცავდა ქვემოთ ჩამოთვლილ საკითხებს:

- 2013-2017 წლის 30 აპრილის ჩათვლით რამდენმა ონკოლოგიურმა პაციენტმა მიმართა ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობისთვის აუცილებელი დაფინანსების თხოვნით ქ. თბილისის მერიას და რა ტიპის მკურნალობის თხოვნით;
- რამდენი მათგანის მოთხოვნა დაკმაყოფილდა სრულად, რამდენის ნაწილობრივ და რა თანხა დაიხარჯა ონკოლოგიური პაციენტების საჭიროებებისთვის;
- რა წესით და რა კრიტერიუმებზე დაყრდნობით ხდება დაფინანსებაზე გადაწყვეტილების მიღება;
- რამდენმა პაციენტმა მიმართა და რამდენი მათგანის მოთხოვნა დაკმაყოფილდა ზემოთ მითითებულ პერიოდში ე.წ. „ჰერცეპტინის პროგრამის“ ფარგლებში და რა თანხა დაიხარჯა ამ მიზნით წლების მიხედვით;
- ე.წ. „ჰერცეპტინის პროგრამის ფარგლებში“ მიმართვაზე გადაწყვეტილების მიღების რა წესი არსებობს.

მიღებული ინფორმაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან, ქ. თბილისის მერიიდან და ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოებიდან იყო მრავალფეროვანი, ზოგ შემთხვევაში ვერ იქნა მიღებული კონკრეტული ინფორმაცია დეტალურად, ვინაიდან ამ სახით რეგისტრაცია მიმართვიანობისა და დაფინანსების შესახებ არ ხდება.

ონკოპაციენტებისათვის ხელმისაწვდომი სახელმწიფო სერვისები და მედიკამენტები სხვადასხვა უწყებების მონაცემთა მიხედვით

ონკოპაციენტთა დაფინანსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, რომელთა ფარგლებში ხორციელდება ონკოლოგიური პაციენტების სკრინინგი, მკურნალობა და

პალიატიური მზრუნველობა:

- დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი;
- ბავშვთა ონკოპემატოლოგიური მომსახურება;
- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა;
- ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა;
- რეფერალური მომსახურება.

ონკოდაავადებათა სკრინინგი ითვალისწინებს:

- საშვილოსნოს ყელისა და კოლორექტული კიბოს სკრინინგს ქვეყნის მასშტაბით, გარდა ქ. თბილისში რეგისტრირებული მოსარგებლეებისა. მათ შორის, მუძუს კიბოს სკრინინგს 40-დან 70 წლის ჩათვლით ასაკის ქალებში, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგს - 25-დან 60 წლის ჩათვლით ასაკის ქალებში და მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგს - 50-დან 70 წლის ჩათვლით ორივე სქესისათვის;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებულ სკრინინგს გურჯაანის მუნიციპალიტეტის მასშტაბით;
- პროსტატის კიბოს მართვას, რაც მოიცავს 50-70 წლის ასაკის მამაკაცებში სპეციფიკურ ანტიბიოტულ გამოკვლევას ქვეყნის მასშტაბით, გარდა ქ. თბილისში რეგისტრირებული მოსარგებლეებისა.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ონკოდაავადებათა სკრინინგზე გამოყოფილი თანხები გაიზარდა 2015 წლიდან 2017-მდე 20–25 %-ით. რაც შეეხება ბავშვთა ონკოპემატოლოგიური მომსახურებას, პროგრამა ფარავს ონკოპემატოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობას. ამ მიმართულებით ბიუჯეტი 2015 წლიდან 2017 წლამდე თითქმის 4-ჯერ გაიზარდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ონკოპაციენტების სამედიცინო მომსახურების მიმართულებით გამოთხოვილი ინფორმაციის საფუძველზე

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით უზრუნველყოფილია ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა, კერძოდ:

ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, ასევე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები - წლიური ლიმიტი 12 000 ლარი და 15 000 ლარი (საპენსიო ასაკის, 6 წლამდე ბავშვების, 18 წლამდე ასაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების, სტუდენტებისა და მკვეთრად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის);

გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას განხორციელებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული გამოკვლევები - წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი.

ხოლო 2017 წლის 1 მაისიდან ამოქმედდა ე.წ. „საბაზისო პაკეტის“ დიფერენცირებული პაკეტები. დიფერენცირება ეფუძნება პირის დაზღვევის სტატუსსა (დაზღვეული, დაუზღვეველი) და მისი შემოსავლების შესახებ სსიპ – შემოსავლების სამსახურის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას.

პაციენტები დაყოფილნი არიან სხვადასხვა კატეგორიად, რაც მოცემულია N1 ცხრილში.

პაციენტების კატეგორიები და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სახეები

კატეგორიები		გეგმიური ქირურგია	ონკოლოგია	
			ლომიტი 12,000 ლარი	
			ქიმიო +ჰორმონი +კვლევები	სხივიური
პირი, რომლის შემოსავალი წელიწადში > 40,000 ლარზე (გარდა საპენსიო ასაკისა)	2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით დაზღვეულები	X	X	X
	2017 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაზღვეულები	X	X	X
	არადაზღვეულები	X	X	X
პირი, რომლის შემოსავალი წელიწადში > 40,000 ლარზე და თვიური დარიცხული ხელფასი > საშუალო ხელფასზე (1000 ლარი თვეში)	2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით დაზღვეულები	X	X	X
	2017 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაზღვეულები	X	✓	X
	არადაზღვეულები	30% თანაგ, არანაკლებ 1,000 ლ	✓	✓
	მინიმალური პაკეტი (გარდამავალ პერიოდში 6 თვე, მაგრამ არაუადრეს 2017 ლის 1 ნოემბრისა)	X	✓	X
პირი, რომლის თვიური დარიცხული ხელფასი < საშუალო ხელფასზე (1000 ლარი თვეში) ან არარეგულარული შემოსავლის მქონე პირი ან თვითდასაქმებული ან სხვა	2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით დაზღვეულები	X	X	X
	2017 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაზღვეულები	X	✓	✓
	არადაზღვეულები	30% თანაგ, არანაკლებ 500ლ	✓	✓
	მინიმალური პაკეტი (გარდამავალ პერიოდში 6 თვე, მაგრამ არაუადრეს 2017 ლის 1 ნოემბრისა)	X	✓	✓
70.000 - 100.000 ქილის მქონე პირი	2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით დაზღვეულები	X	X	X
	2017 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაზღვეულები	30% თანაგად	✓	✓
	არადაზღვეულები		✓	✓
	მინიმალური პაკეტი (გარდამავალ პერიოდში 6 თვე, მაგრამ არაუადრეს 2017 ლის 1 ნოემბრისა)	X	✓	✓
6-18 წლამდე მოზარდი	2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით დაზღვეულები	X	X	X
	2017 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაზღვეულები	30% თანაგად	✓	✓
	არადაზღვეულები		✓	✓
	მინიმალური პაკეტი (გარდამავალ პერიოდში 6 თვე, მაგრამ არაუადრეს 2017 ლის 1 ნოემბრისა)	X	✓	✓

დაფინანსება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში 2016 წლის განმავლობაში გაცემულია: ქიმიომედიკამენტის დაფინანსებაზე - 34617 რეცეპტი , სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელმა თანხამ შეადგინა 5 648 333 ლარი; სხივური თერაპიის დაფინანსებაზე -1379 მიმართვა, ასანაზღაურებელი თანხა - 12 668 656 ლარი;

ონკოქირურგიული მომსახურების დაფინანსებაზე - 3373 მიმართვა (ავთვისებიანი ონკოლოგიური დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა) ასანაზღაურებელი თანხა - დაახლოებით 25 მლნ ლარი.

რეფერალური მომსახურება მოიცავს ადრეული ძუძუს აგრესიული HER-2 რეცეპტორ დადებითი დიაგნოზის მქონე პირების მედიკამენტით (ტრასტუზუმაბი) ნაწილობრივ ან სრულად უზრუნველყოფას;

იმ მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება, რომლებიც იფარება სახელმწიფო პროგრამის - „რეფერალური მომსახურების“ ფარგლებში, სამედიცინო დახმარების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ხდება სპეცილური კომისიის მიერ მიღებული რეკომენდაციის შესაბამისად.

სახელმწიფო პროგრამის - „რეფერალური მომსახურების“ ფარგლებში დაფინანსებული ონკოლოგიური პაციენტები.

წლები	მომართვათა რაოდენობა	დაფინანსებული პაციენტების რაოდენობა	გამოყოფილი დაფინანსება/ლარი
2013		4533	7 084 870.04
2014		3421	6 224 276.82
2015		3112	6 350 000.00
2016		3293	6 660 858.23
2017	2344	1481	2 733 740.98
სულ		15840	29 053 746.07

ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს ინკურაბელური (მ.შ. ონკოინკურაბელური) პაციენტების ამბულატორიულ, სტაციონარულ-პალიატიურ მზრუნველობას და სიმპტომურ მკურნალობას. ასევე, ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფას; თუ 2016 წლის ბიუჯეტი - 1 754 000 ლარს შეადგენდა, 2017 წლის ბიუჯეტის მიხედვით თანხა - 2 000 000 ლარამდე გაიზარდა.

ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის მიერ ძუძუს კიბოს სამკურნალო მედიკამენტების დაფინანსება

ქვეპროგრამის შექმნის მიზანია ძუძუს კიბოს მკურნალობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და მედიკამენტის სრულფასოვანი მკურნალობის უზრუნველყოფის გზით ძუძუს კიბოს დიაგნოზის მქონე პირთა სიცოცხლის გახანგრძლივება/განკურნება.

2016 წელს ადრეული ძუძუს კიბოს მკურნალობის დაფინანსება, მედიკამენტი ტრასტუზუმაბის მიწოდება - HER-2 დადებითი ძუძუს კიბოს ადგილობრივად გავრცელებული (I-III სტადია) ფორმის მქონე ქ. თბილისში რეგისტრირებული პირებისათვის, განხორციელდა შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:

სოციალურად დაუცველი პირი (150 000 სარეიტინგო ქულა) ფინანსდებოდა სრულად (ედლეოდა მატერიალიზებული ვაუჩერი - ზემოაღნიშნული მედიკამენტის 1 ფლაკონის, არა უმეტეს 2700 ლარისა) - 100 %-ით, ხოლო ყველა სხვა პირებისათვის მკურნალობა ფინანსდებოდა 80%-ით.

ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერიის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით 2015 წელს: დაფინანსდა 80 ბენეფიციარი, გაიცა 605 ფლაკონი და სულ დაიხარჯა 1 299 888 ლარი. მიღებული მონაცემების მიხედვით ზუსტად ვერ ხერხდება ხარჯების ზრდის დაფიქსირება. თუმცა აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ 2017 წელს HER-2 დადებითი ძუძუს მეტასტაზური კიბოს დიაგნოზის მქონე თბილისში რეგისტრირებული პირებისათვის გამოყოფილი იყო დაფინანსება შემდეგ მედიკამენტებზე: ტრასტუზუმაბი, პერტუზუმაბი+ტრასტუზუმაბი, ლაპატინიბი და ტრასტუზუმაბი (კანქვემ შესაყვანი ფორმა).

დაფინანსება ხდებოდა მატერიალიზებული ვაუჩერით: 1 ფლაკონი პერტუზუმაბი+ტრასტუზუმაბის ღირებულება იყო არა უმეტეს 7500 ლარი; 1 ფლაკონი ლაპატინიბის - არა უმეტეს 1045 ლარი ;

სოციალურად დაუცველი პირები (150 000 სარეიტინგო ქულა) ფინანსდებოდნენ 100 %-ით, ხოლო ყველა სხვა პირებისათვის 80%-ით იფარებოდა მკურნალობის ხარჯები.

2017 წლის განმავლობაში

- მედიკამენტი ტრასტუზუმაბი (ადრეული ძუძუს კიბო) დაუფინანსდა 100 ბენეფიციარს, გაიცა 1254 ფლაკონი, მკურნალობა დაასრულა 41 პირმა;
- მედიკამენტი ტრასტუზუმაბი (მეტასტაზური ძუძუს კიბო), დაუფინანსდა 21 ბენეფიციარს, გაიცა 95 ფლაკონი;
- მედიკამენტი პერტუზუმაბი+ტრასტუზუმაბი დაუფინანსდა 21 ბენეფიციარს;
- გაიცა 92 ფლაკონი პერტუზუმაბი და 93 ფლაკონი ტრასტუზუმაბი;
- მედიკამენტი ლაპატინიბით მკურნალობა დაუფინანსდა 9 ბენეფიციარს,
- გაიცა 51 ფლაკონი;

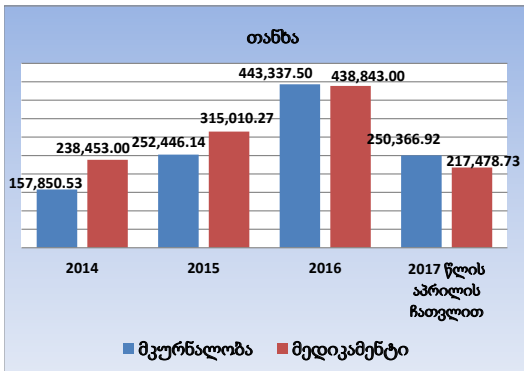
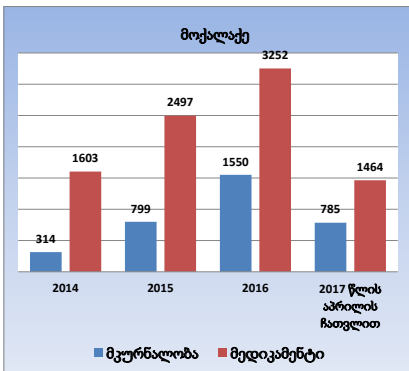
ქ. თბილისის მერიის იურიდიული სამსახურის მიერ მოწოდებულ წერილში (N 10–01171492902) მითითებულია, რომ 2015 წლიდან 2017 წლის მასამდე შემოსული 14 962 მოთხოვნიდან დაკმაყოფილდა 14508 მოთხოვნა. მათ შორის, სრულად დაფინანსდა 1400 მოთხოვნა, დაკმაყოფილებულ მოთხოვნათა 9,65%. პერცეპტინის ქვეპროგრამაში 2016 წელს ჩართული იყო 76 პაციენტი (თანხამ შეადგინა 1 316 688 ლარი), ხოლო 2017 წლის იანვარი-აპრილის თვის პერიოდში მედიკამენტი მიეწოდა 139 პაციენტს. 2017 წლის 4 თვის მონაცემები 1,9-ჯერ აღემატება მთლიანად 2016 წელს დაფინანსებულ მოთხოვნებს.

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის ისნის რაიონის გამგეობა

გამგეობა სტატისტიკას ონკოლოგიური პაციენტების დაფინანსების კუთხით არ აწარმოებს. ქვემოთ მოყვანილია 2014-2017 წლის აპრილის თვის ჩათვლით გაწეული სამუშაოს შესახებ ინფორმაცია:

როგორც ცხრილიდან ჩანს, თუ 2016 წელს 3252 მოქალაქე სარგებლობდა მედიკამენტებით, უკვე 2017 წლის 4 თვეში მედიკამენტების მომხმარებელთა რიცხვმა 1464 ადამიანს მიაღწია. უნდა ვივარაუდოთ, რომ ქ. თბილისი ისნის რაიონის მუნიციპალიტეტს წლის ბოლოს 2016 წელთან შედარებით მეტ მოსახლეზე ექნება მედიკამენტები დაფინანსებული.

ასევე საყურადღებოა ისიც, რომ ყოველწლიურად იზრდება თანხების გამოყოფა მკურნალობასა და მედიკამენტებზე. ეს შესაძლოა ირიბად მიუთითებს ონკოდაავადებათა მომატებაზე. თანხების ზრდა განპირობებულია ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლე ონკოდაავადებულთა დიდი რაოდენობით.



ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის კრწანისის რაიონის გამგეობა

ქალაქ თბილისის მუნიციპალიტეტის კრწანისის რაიონის გამგეობა მის ტერიტორიაზე რეგისტრირებული ონკოლოგიურად დაავადებული მოქალაქეების სასარგებლოდ გაცემს სოციალურ დახმარებას სამედიცინო დიაგნოსტიკური კვლევების, მედიკამენტოზური მკურნალობის, ქიმიოთერაპიისა და ქირურგიული ოპერაციების დაფინანსების სახით, საგარანტიო წერილების გაცემის ფორმით.

ონკოლოგიურად დაავადებული პირის მომართვიანობა ერთი კალენდარული წლის განმავლობაში შეუზღუდავია, მსგავსი პაციენტების მომართვიანობის სტატისტიკური აღრიცხვა და შესაბამისი რეესტრის წარმოება გამგეობაში არ ხორციელდება.

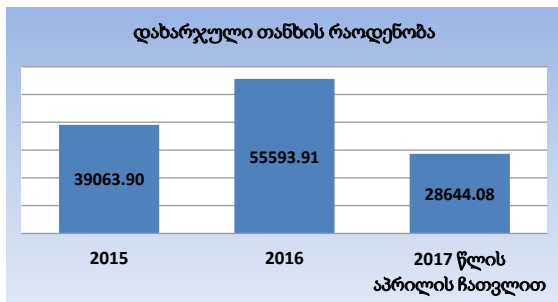
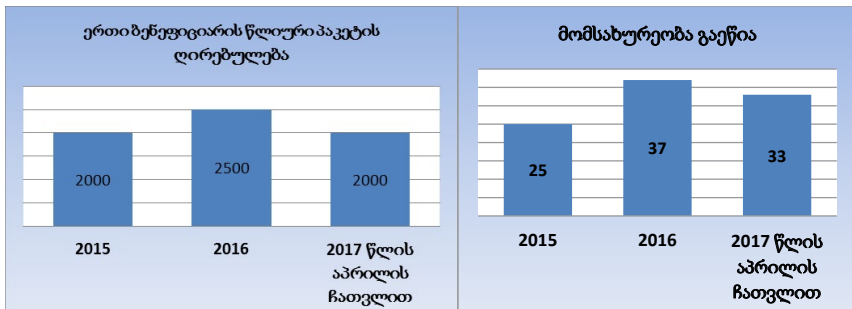
გლდანის, საბურთალოსა და ვაკის რაიონის გამგეობა არ აწარმოებს ცალკე ონკოლოგიური ავადმყოფების აღრიცხვიანობის რეესტრს.

საქართველოს რეგიონებში ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ ონკოპაციენტთა მიმართვიანობა და დაფინანსება (მიღებული საპასუხო წერილების ანალიზის საფუძველზე)

„უფლება ჯანმრთელობაზე“ ასოციაციის მიერ სხვადასხვა რაიონების მუნიციპალიტეტებიდან გამოთხოვილ იქნა ინფორმაცია - 2015-2016 და 2017 წლებში ჯანდაცვის პროგრამების ფარგლებში ონკოდაავადებულ მოქალაქეთათვის მკურნალობის დაფინანსების შესახებ. როგორც ქვევით მოყვანილი ინფორმაციიდან ჩანს, სხვადასხვა რეგიონები სხვადასხვაგვარად აღრიცხავენ ჯანდაცვის პროგრამაზე დახარჯულ თანხებს. მაგრამ მონაცემთა ანალიზი ცხადყოფს, რომ ძირითადად თანხები გამოყოფილ იქნა და მოხმარდა მედიკამენტებისა და ქიმიო და სხივური თერაპიის მკურნალობას.

ახალციხე

ახალციხის მუნიციპალიტეტის 2015-2016-2017 წლების ბიუჯეტიდან სოციალური დახმარების გაცემის წესებში, ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, გათვალისწინებულ იქნა ახალციხის მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე რეგისტრირებულ ონკოლოგიურად დაავადებულ მოქალაქეთა მკურნალობისათვის (მედიკამენტოზური მკურნალობა, ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია, რადიოთერაპია და სხვა) ფულადი პაკეტი, კერძოდ:



2014-2017 წლების განმავლობაში ონკოლოგიურად დაავადებულ მოქალაქეებს მერიის მხარდაჭერით დაუფინანსდათ ოპერაციები 500 ლარიდან - 1500 ლარის ფარგლებში.

ზუგდიდი

2014 წელს, ჯანდაცვის კუთხით განხორციელდა ორი ქვეპროგრამა: ძვირადღირებული მედიკამენტებისა და გამოკვლევების (კტ, მრტ, კორონოგრაფია) დაფინანსება. პროგრამით ისარგებლა 144 მოქალაქემ (63 030.98 ლარის მომსახურება), მათ შორის, ონკოპაციენტებმაც.

2015 წელს ონკოპაციენტებისათვის მერია დამატებით ახორციელებდა ძვირადღირებული ოპერაციების თანადაფინანსებას. ასევე მათ, სხვა მოსარგებლეებისაგან განსხვავებით, ძვირადღირებული მედიკამენტები უფინანსდებოდათ მაქსიმალური ლიმიტით (500.00 ლარი).

წელი	მიმართა	უარი ეთქვა დაფინანსებაზე	მედიკამენტები დაუფინანსდა	მედიკამენტებზე დახარჯული თანხა	გამოკვლევა	გამოკვლევაზე დახარჯული თანხა	ოპერაცია	ოპერაციაზე დახარჯული თანხა	სულ ბიუჯეტიდან გაიხარჯა
2015	88	2	63	28 887.36	16	6 484.00	7	4 684.65	40 056.01

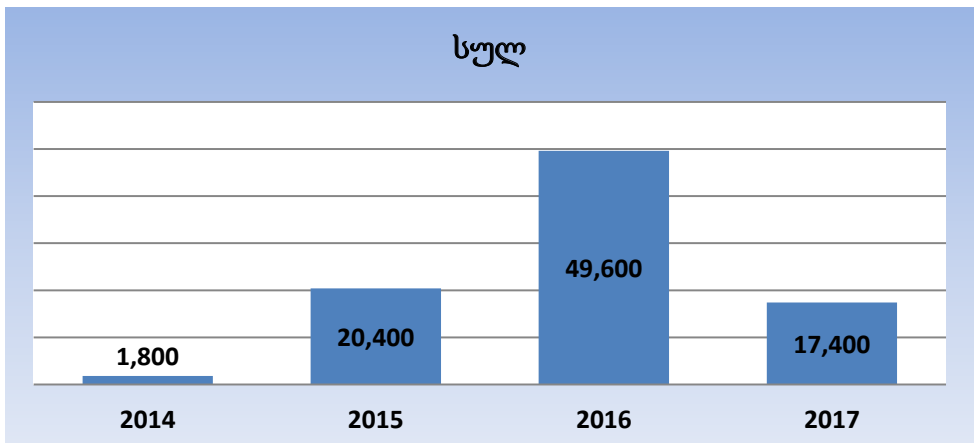
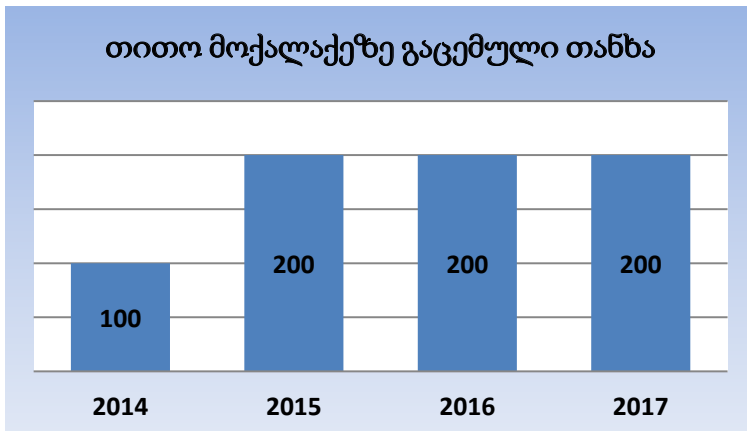
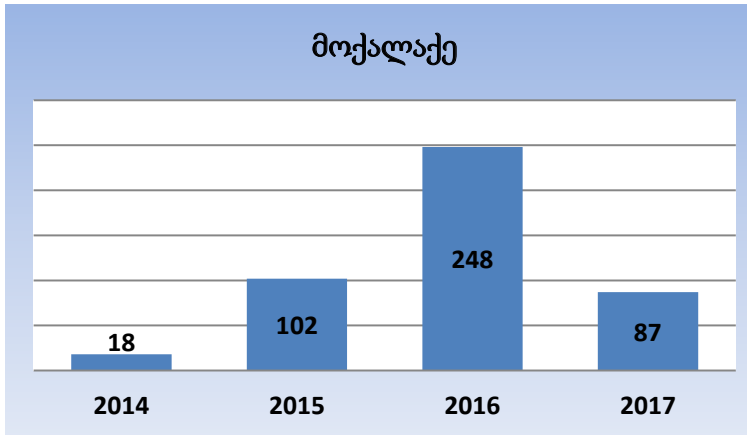
2016 წელს მერიამ დააფინანსა 2158 მოქალაქე, მაგრამ იმ პერიოდში უშუალოდ ონკოპაციენტთა სტატისტიკა არ წარმოებდა.

2017 წლის მაისის მონაცემები:

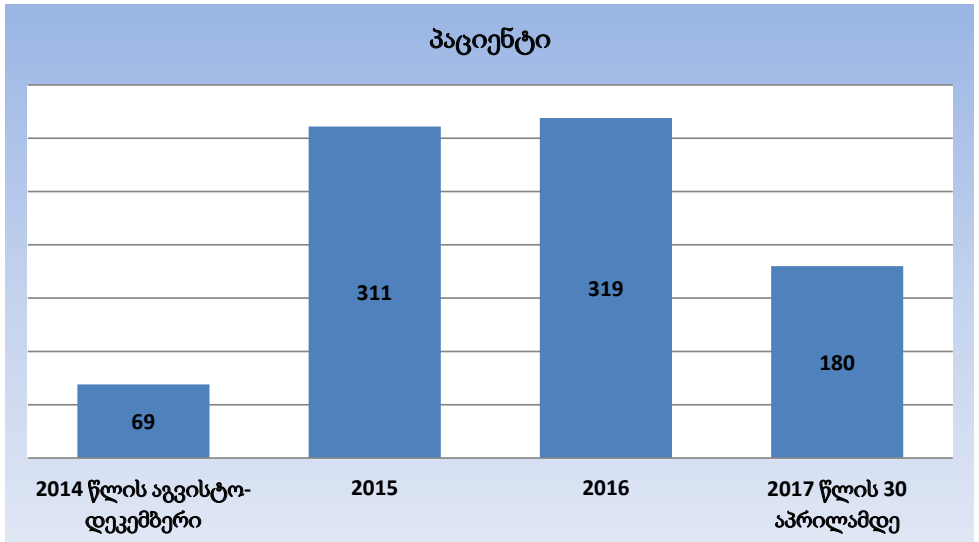
წელი	მიმართა	გადამისამართდა ³⁶	მედიკამენტები დაუფინანსდა	მედიკამენტებზე დახარჯული თანხა	გამოკვლევა	გამოკვლევაზე დახარჯული თანხა	ოპერაცია	ოპერაციაზე დახარჯული თანხა	სულ თანხის რაოდენობამ შეადგინა
2017	76	2	54	12 157.37	5	1 240.00	14	10825.74	40 056.01

³⁶ გადამისამართდა ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის გამგეობაში (რეგისტრაციის მიხედვით)

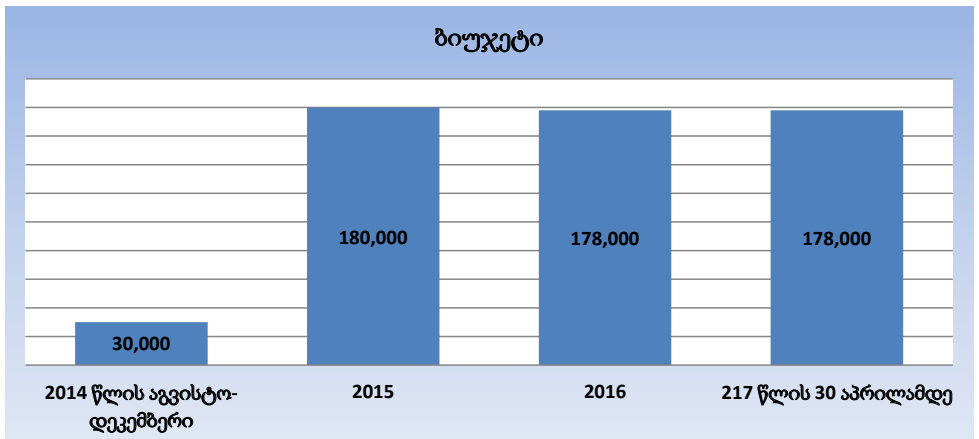
სოციალური დახმარების მხრივ ონკოპაციენტებს გაეწიათ ერთჯერადი ფულადი დახმარება:



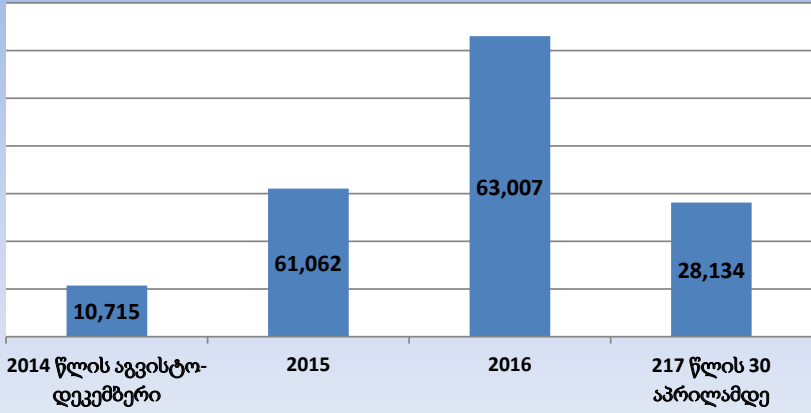
გორის მუნიციპალიტეტის მერია
 ონკოლოგიური პაციენტების მომართვიანობა (სტაციონარული, კვლევები და მედიკამენტები) წლების მიხედვით:



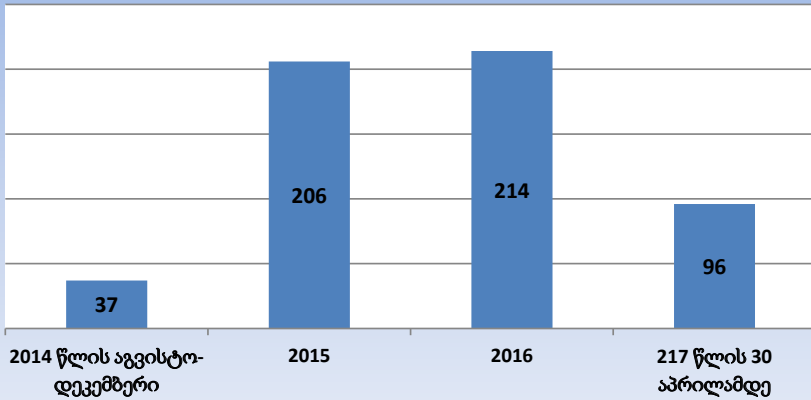
ონკოლოგიური პაციენტებისთვის ბიუჯეტში გამოყოფილი და მედიკამენტებზე გახარჯული თანხები:



მედიკამენტებზე გახარჯული თანხა



ბენეფიციარი



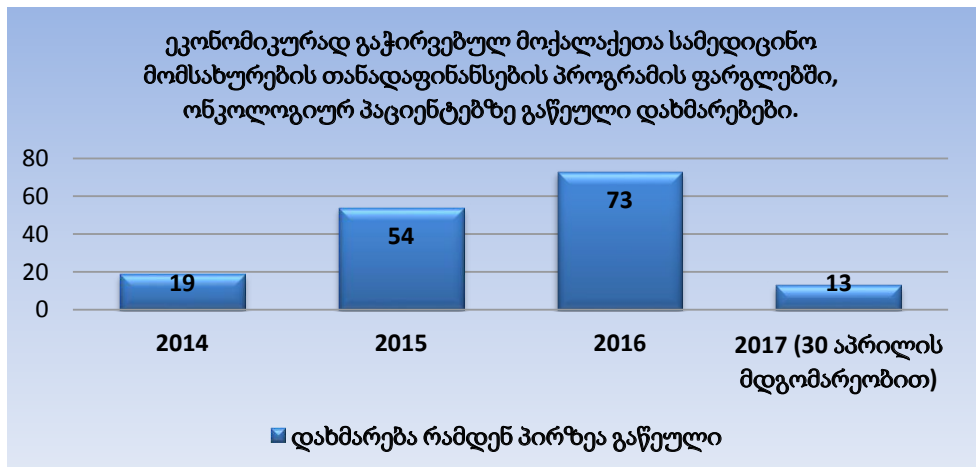
ამბროლაური

ამბროლაურის მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე რეგისტრირებული მუდმივად მცხოვრები მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების სოციალური პროგრამა და დაფინანსების წესი	ბენეფიციარი	თანხა
ონკოლოგიური/სიმსივნური დაავადების მქონე პაციენტთა დაფინანსების/თანადაფინანსების ქვეპროგრამა:		
5 პროგრამით მოსარგებლეა		

<p>ონკოლოგიური/სიმსივნური დაავადების მქონე პაციენტი, რომელსაც ავადობის დიაგნოზით ესაჭიროება ბიოფსია, ქირურგიული ოპერაცია და სხვა;</p> <p>6 მოსარგებლე ფინანსდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, წლიური 2 000-ლარიანი ლიმიტის ამოწურვამდე;</p> <p>7 ქვეპროგრამის ფარგლებში არ დაფინანსდება საზღვარგარეთ მკურნალობა და უკვე ჩატარებულ სამედიცინო მომსახურება</p>		
2014 წელი	3	1976.76
2015 წელი	17	16084.09
2016 წელი	25	26930.79
2017 წლის 30 აპრილის ჩათვლით	17	17119.83

თელავი

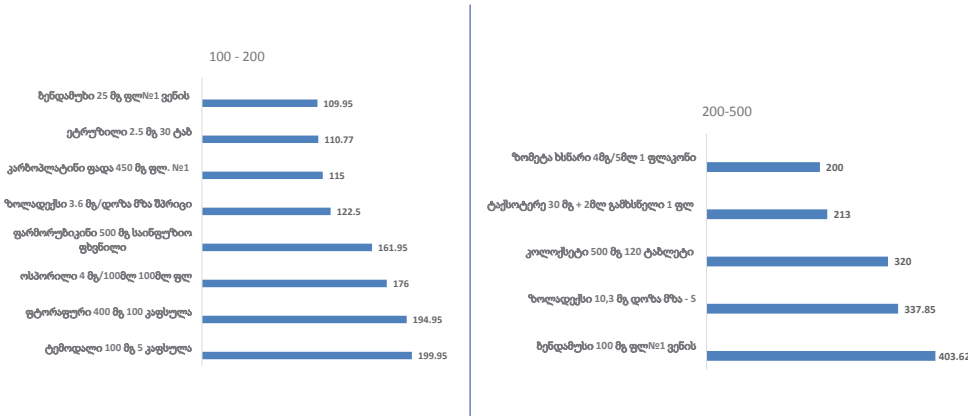
2014 წლის აგვისტოდან, თელავის მუნიციპალიტეტის მერია ახორციელებს ეკონომიკურად გაჭირვებულ მოქალაქეთა სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსების პროგრამას, რომლის ფარგლებშიც დახმარება გაიცემა, როგორც ოპერაციული, ისე სტაციონარული მომსახურებისა და მკურნალობისათვის საჭირო მედიკამენტების დასაფინანსებლად (მიახლოებითი მონაცემები):



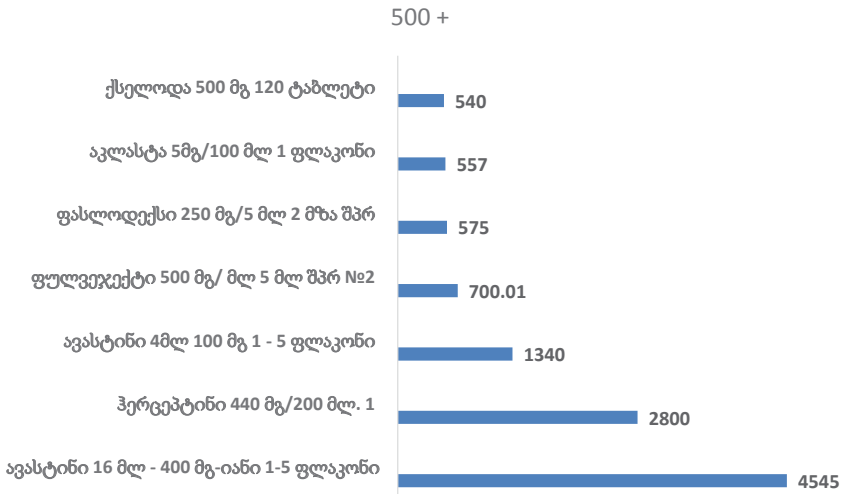
2.4. ფასები მედიკამენტებზე

ქვევით მოცემულია ასოციაციის მიერ შესწავლილი და გაანალიზებული იმ მედიკამენტების ფასები, რომლებიც გამოიყენება ონკოლოგიაში .

100 ლარიდან 500 ლარამდე



500 ლარზე მაღალი ფასის მედიკამენტები



ასევე საინტერესოა საერთაშორისო ფონდ „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები. კვლევამ (კვლევის მე-7 ტალღა) გამოავლინა ქართულ ბაზარზე მედიკამენტთა ფასების ზრდა.³⁷ „კურაციოს“ კვლევა მიზნად ისახავს მედიკამენტების ფასებისა და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის შეფასებას, ჯანდაცვის პოლიტიკის ინფორმირებას და მისი გაუმჯობესების ხელშეწყობას.³⁸ წარმოდგენილი კვლევის ანალიზი ეფუძნება, როგორც მიმდინარე, ასევე წინა 4 ტალღის შედეგებს, რომლებიც საერთაშორისო ფონდმა „კურაციომ“ 2009 წლიდან დღემდე განახორციელა.

მედიკამენტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა

სადღეისოდ, გენერიკებთან შედარებით ორიგინალი ბრენდების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა თითქმის ორჯერ უფრო მაღალია.

გენერიკების შესახებ ცოდნის ან მათი ხარისხის მიმართ მოსახლეობაში ნდობის ნაკლებობა;

მოსახლეობაში გენერიკებზე დაბალი მოთხოვნა;

ფარმაცევტული კომპანიების შემოსავლების მაქსიმიზაციის სტრატეგია.

გენერიკული და ბრენდული მედიკამენტების ფასების ტენდენციები და მიმდინარე მოვლენებთან მიზეზ-შედეგობრივი კავშირები

ორიგინალ ბრენდებზე ფასების კლების ტენდენცია, რომელიც 2009-დან 2012 წლამდე იყო შენარჩუნებული, სავარაუდოდ, წამლის შესახებ კანონში 2009 წლის ბოლოს განხორციელებულმა ცვლილებებმა განაპირობა. აღნიშნული ტენდენცია საპირისპირო მიმართულებით შეიცვალა და ფასების მნიშვნელოვანი ზრდა დაფიქსირდა 2016 წელს.

ორიგინალი ბრენდები მეტწილად იმპორტირებულია ევროპული ქვეყნებიდან, აქედან გამომდინარე, ბრენდულ მედიკამენტებზე 2016 წელს დაფიქსირებული ფასების ზრდა შესაძლოა ნაწილობრივ აიხსნას ეროვნული ვალუტის გაუფასურებით აშშ დოლარსა და ევროსთან მიმართებით, რაც დაიწყო 2014 წლის ბოლოს და გაგრძელდა მთელი 2015 წლის განმავლობაში. ორიგინალ ბრენდებზე ფასებმა მოიმატა ყველა სააფთიაქო ქსელსა და დამოუკიდებელ აფთიაქში.

სავარაუდოა, რომ რეცეპტურის დანერგვისთვის საჭირო ინსტრუმენტების არასაკმარისმა რაოდენობამ საშუალება მისცა ფარმაცევტულ კომპანიებს რეცეპტები ფინანსური მოგების გაზრდის მიზნით გამოეყენებინათ. ამას ცხადყოფს ის ფაქტი, რომ **თუკი 2012 წელს ფასნამატის დონე რეცეპტურული და ურეცეპტოდ გასაცემი წამლებისათვის შესადარისი იყო, 2016 წელს ამ მხრივ მნიშვნელოვანი განსხვავებები იქნა გამოვლენილი.** კერძოდ: ა) რეცეპტურულ ორიგინალ ბრენდებზე ფასნამატის დონე 89%-ით მეტია, ვიდრე ამავე კატეგორიის ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებზე; ბ) რეცეპტურულ გენერიკებზე ფასნამატის დონე 210%-ით უფრო მეტია, ვიდრე ამავე კატეგორიის

³⁷ მედიკამენტების ფასებისა და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ძირითადი მაჩვენებლები საქართველოში 2009-2016წწ., თბილისი, 2016. <http://curatiofoundation.org/newbkspsite/wp-content/uploads/2016/06/FINAL-PHARMA-STUDY-10.06.2016.pdf>

³⁸ <http://curatiofoundation.org/ge/pharma-market/>

ურეცეპტოდ გასაცემ მედიკამენტებზე.

მოულოდნელად, ადგილობრივი წარმოების გენერიკები აღმოჩნდა იმპორტულ ანალოგებთან შედარებით უფრო ძვირი. მსხვილი სადისტრიბუციო ქსელების მარკეტინგული სტრატეგიების ფარგლებში ხდება იმპორტულ ანალოგებთან შედარებით ადგილობრივი პროდუქციის უპირატესი რეკლამირება. სუსტად რეგულირებულ ფარმაცევტულ ბაზარზე კი ეს საშუალებას აძლევს ადგილობრივ მწარმოებლებს ეფექტურად გამოიყენონ საკუთარი საბაზრო ძალაუფლება.³⁹

მედიკამენტების ფასების შემცირება და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, სავარაუდოდ, შეუძლებელი იქნება ცალკეული ინტერვენციების გზით. საჭიროა მრავალმხრივი ინსტრუმენტების ერთობლივი გამოყენება სახელმწიფოს მიერ, რაც შეიძლება გამოიხატოს შემდეგში:⁴⁰

- **გენერიკების ხელმისაწვდომობის გაზრდა** მთელი ქვეყნის მასშტაბით, რაც მოსახლეობისთვის შეამცირებს მკურნალობის ხარჯებს, ანუ **რეცეპტის სისტემის კიდევ უფრო გაძლიერება** და რეცეპტის, როგორც მექანიზმის გამოყენება ფარმაცევტულ ბაზარზე გენერიკული მედიკამენტების დასამკვიდრებლად. აღნიშნული მეთოდი გამყარებული უნდა იყოს დამხმარე ინსტრუმენტებით, როგორებიცაა: რეცეპტების ელექტრონული სისტემის დანერგვა და ადმინისტრაციული მექანიზმის გამართვა ადეკვატური მონიტორინგის განხორციელების მიზნით;
- **ფარმაცევტულ ბაზარზე ეტალონური ფასწარმოქმნის სისტემის დანერგვა** მსგავსად სხვა ევროპული და განვითარებული ქვეყნებისა;
- მკაცრი რეგულაციებისა და კონტროლის დაწესება მედიკამენტების მარკეტინგზე, რეკლამირებაზე, მათ შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებაზე;
- **ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის გაუმჯობესება** სახელმწიფო პოლიტიკის ან მისი განხორციელების სუსტი მხარეების ადეკვატური კორექციის მიზნით.

³⁹ იქვე

⁴⁰ ფარმაცევტულ ბაზარზე დაკვირვება საერთაშორისო ფონდმა „კურაციომ“ 2009 წლიდან დაიწყო. კვლევის სხვადასხვა ტალღები განხორციელდა 2010, 2011 და 2012 წლებში.

2.5. ონკოპაციენტთა მკურნალობის ორგანიზაცია საქართველოში

კიბოს ადრეული გამოვლენა და ეფექტური მკურნალობა ნიშნავს მეტ გადარჩენილ სიცოცხლეს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) 2017 წლის დასაწყისში გამოაქვეყნა ახალი რეკომენდაციები, რომელიც მოიცავს:

1. საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდას კიბოს სიმპტომების შესახებ და ამ სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში მიმართვიანობის წახალისებას;
2. დროული და ზუსტი დიაგნოზირების უზრუნველყოფას სათანადო ტექნიკური აღჭურვილობისა და პერსონალის გადამზადების გზით;

3. პაციენტებისათვის უსაფრთხო და ეფექტურ მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობას (მათ შორის, ტკივილგამაყუჩებლებზე). WHO ქვეყნებს მიმართავს რეკომენდაციით, შეამცირონ მოსახლეობის დანახარჯები მედიკო-სანიტარულ მომსახურებაზე, რაც აიძულებს პაციენტებს თავი შეიკავონ მიმართვიანობისაგან. ასევე, გამოთქვავს იმედს, რომ WHO-ს რეკომენდაციების განხორციელებით პასუხისმგებელი სახელმწიფო მოხელეები შეძლებენ გააუმჯობესონ ადრეული დიაგნოზირების მაჩვენებელი და უზრუნველყონ ოპერატიული მკურნალობა. აღნიშნული ხელს შეუწყობს მეტი ადამიანის გამოჯანმრთელებას და შეამცირებს ხარჯებს მკურნალობაზე.

საყურადღებოა, რომ გვიანი გამოვლენა მნიშვნელოვნად ზრდის ფინანსურ დანახარჯებს, რაც მოიცავს არა მარტო მკურნალობის ხარჯებს, არამედ იმ გარემოებასაც რომ გვიანი გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტი მოკლებულია შესაძლებლობას განაგრძოს მუშაობა და საკუთარი თავისა და ოჯახის ფინანსური უზრუნველყოფა.

კიბოს ეფექტური მკურნალობისათვის აუცილებელია კომპლექსური მიდგომა, რაც მოიცავს პროფილაქტიკას, სკრინინგს, ადრეულ დიაგნოზირებასა და მკურნალობას; ასევე პალიატიურ ზრუნვას და გამოჯანმრთელებული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგს.⁴¹

საქართველოში მკურნალობა ინიშნება მხოლოდ ონკოლოგის მიერ, სპეციალიზებულ კლინიკაში ან დეპარტამენტში. ონკოლოგიურ დაავადებათა სახელმწიფო პროგრამა არ არის დანერგილი, პაციენტთა დიაგნოზირება და მკურნალობა კერძო სექტორის მიერ ხორციელდება კერძო სექტორში, ქირურგიული, რადიო და ქიმიოთერაპია ფინანსდება საყოველთაო და კერძო დაზღვევის ფარგლებში (კატეგორიებისა და სადაზღვევო პაკეტის მიხედვით). დამიზნებითი თერაპია და იმუნოთერაპია არ ფინანსდება, ახალი მედიკამენტების მიღება შესაძლებელია კვლევითი პროექტების ფარგლებში, ქვეყანაში დაინერგა ჰერცეპტინის პროგრამა, ხვადასხვა დონეზე დაწყებულია საადვოკაციო საქმიანობა ავასტინის დასაფინანსებლად კერძო სექტორში, ქირურგიული, რადიო და ქიმიოთერაპია ფინანსდება საყოველთაო და კერძო

⁴¹<http://www.who.int/.../releases/2017/early-cancer-costs/ru/> <http://www.who.int/.../releases/2017/early-cancer-costs/en/>

დაზღვევის ფარგლებში (კატეგორიების და სადაზღვევო პაკეტის მიხედვით).

მედიკამენტოზური თერაპიის პრინციპები მოიცავს: ქიმოთერაპიას, ჰორმონოთერაპიას (საქართველოში ფინანსდება); დამიზნებით თერაპიას (მცირე მოლეკულური ან მონოკლონური ანტიბიოციტები); იმუნოთერაპიას (მონოკლონური ანტიბიოციტები, ციტოკინები, სამკურნალო ვაქცინები, BCG).⁴²

პაციენტზე ორიენტირებული, პერსონიფიცირებული მიდგომა გულისხმობს ინდივიდუალურ მკურნალობას თითოეული პაციენტისათვის მისი მონაცემების საფუძველზე.

საქართველოში ონკოპაციენტთა უფასო გამოკვლევები შემდეგია:

სკრინინგის პროგრამა მცირედით განსხვავდება თბილისსა და რეგიონში რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქეებისთვის.

დავადებათა სკრინინგის პროგრამას, თბილისში რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქეებისთვის, სრულად აფინანსებს თბილისის მერია.

თბილისში რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქეებისთვის უფასო:

- **ძუძუს გამოკვლევები - 40-დან 70 წლის ჩათვლით,** რაც ითვალისწინებს მამოგრაფიულ გამოკვლევას; პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში - ძუძუს ექსკოპიასა და გასინჯვას მამოლოგის მიერ; საჭიროების შემთხვევაში, ასევე უფასოა ბიოფსიური მასალის აღება და ციტოლოგიური კვლევა. ძუძუს კიბოს სკრინინგი უფასოა **2 წელიწადში ერთხელ.** მიუხედავად ამისა, ექიმის რეკომენდაციით, შესაძლოა, არა

⁴² აპრობირებული მედიკამენტები დამიზნებითი თერაპიისთვის (FDA): Adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction: Trastuzumab (Herceptin®), ramucirumab (Cyramza®) Bladder cancer: Atezolizumab (Tecentriq™), nivolumab (Opdivo®), durvalumab (Imfinzi™), avelumab (Bavencio®), pembrolizumab (Keytruda®); Brain cancer: Bevacizumab (Avastin®), everolimus (Afinitor®); Breast cancer: Everolimus (Afinitor®), tamoxifen (Nolvadex), toremifene (Fareston®), Trastuzumab (Herceptin®), fulvestrant (Faslodex®), anastrozole (Arimidex®), exemestane (Aromasin®), lapatinib (Tykerb®), letrozole (Femara®), pertuzumab (Perjeta®), ado-trastuzumab emtansine (Kadcyla®), palbociclib (Ibrance®), ribociclib (Kisqali®), neratinib maleate (Nerlynx™), abemaciclib (Verzenio™); Cervical cancer: Bevacizumab (Avastin®); Colorectal cancer: Cetuximab (Erbix®), panitumumab (Vectibix®), bevacizumab (Avastin®), ziv-aflibercept (Zaltrap®), regorafenib (Stivarga®), ramucirumab (Cyramza®), nivolumab (Opdivo®); Dermatofibrosarcoma protuberans: Imatinib mesylate (Gleevec®); Endocrine/neuroendocrine tumors: Lanreotide acetate (Somatuline® Depot), avelumab (Bavencio®); Head and neck cancer: Cetuximab (Erbix®), pembrolizumab (Keytruda®), nivolumab (Opdivo®); Gastrointestinal stromal tumor: Imatinib mesylate (Gleevec®), sunitinib (Sutent®), regorafenib (Stivarga®); Giant cell tumor of the bone: Denosumab (Xgeva®); Kidney cancer: Bevacizumab (Avastin®), sorafenib (Nexavar®), sunitinib (Sutent®), pazopanib (Votrient®), temsirolimus (Torisel®), everolimus (Afinitor®), axitinib (Inlyta®), nivolumab (Opdivo®), cabozantinib (Cabometyx™), lenvatinib mesylate (Lenvima®); eukemia: Tretinoin (Vesanoïd®), imatinib mesylate (Gleevec®), dasatinib (Sprycel®), nilotinib (Tasigna®), bosutinib (Bosulif®), rituximab (Rituxan®), alemtuzumab (Campath®), ofatumumab (Arzerra®), obinutuzumab (Gazyva®), ibrutinib (Imbruvica®), idelalisib (Zydelig®), blinatumomab(Blincty®), venetoclax (Venclexta™), ponatinib hydrochloride (Iclusig®), midostaurin (Rydapt®), enasidenib mesylate (Idhifa®), inotuzumab ozogamicin (Besponsa®), tisagenlecleucel (Kymriah®), gemtuzumab ozogamicin (Mylotarg™), rituximab and hyaluronidase human (Rituxan Hycela™); Liver cancer: Sorafenib (Nexavar®), regorafenib (Stivarga®), nivolumab (Opdivo®); Lung cancer: Bevacizumab (Avastin®), crizotinib (Xalkori®), erlotinib (Tarceva®), gefitinib (Iressa®), afatinib dimaleate (Gilotrif®), ceritinib (LDK378/Zykadia™), ramucirumab (Cyramza®), nivolumab (Opdivo®), pembrolizumab (Keytruda®), osimertinib (Tagrisso™), necitumumab (Portrazza™), alectinib (Alecensa®), atezolizumab (Tecentriq™), brigatinib (Alunbrig™), trametinib (Mekinist®), dabrafenib (Tafinlar®); ymphoma: Ibrutinomab tixetant (Zevalin®), denileukin difitox (Ontak®), brentuximab vedotin (Adcetris®), rituximab (Rituxan®), vorinostat (Zolinza®), romidepsin (Istodax®), bexarotene (Targretin®), bortezomib (Velcade®), pralatrexate (Folotyng®), ibrutinib (Imbruvica®), siltuximab (Sylvant®), idelalisib (Zydelig®), belinostat (Beleodaq®), obinutuzumab (Gazyva®), nivolumab (Opdivo®), pembrolizumab (Keytruda®), rituximab and hyaluronidase human (Rituxan Hycela™), copanlisib hydrochloride (Aliqopa™), axicabtagene ciloleucel (Yescarta™); Microsatellite instability-high or mismatch repair-deficient solid tumors: Pembrolizumab (Keytruda®); Multiple myeloma: Bortezomib (Velcade®), carfilzomib (Kyprolis®), panobinostat (Farydak®), daratumumab (Darzalex™), ixazomib citrate (Ninlaro®), elotuzumab (Epluciti™); Myelodysplastic/myeloproliferative disorders: Imatinib mesylate (Gleevec®), ruxolitinib phosphate (Jakafi®); Neuroblastoma: Dinutuximab (Unituxin™); Ovarian epithelial/fallopian tube/primary peritoneal cancers: Bevacizumab (Avastin®), olaparib (Lynparza™), rucaparib camsylate (Rubraca™), niraparib tosylate monohydrate (Zejula™); Pancreatic cancer: Erlotinib (Tarceva®), everolimus (Afinitor®), sunitinib (Sutent®); Prostate cancer: Cabazitaxel (Jevtana®), enzalutamide (Xtandi®), abiraterone acetate (Zytiga®), radium 223 dichloride (Xofigo®); kin cancer: Vismodegib (Erivedge®), sonidegib (Odomzo®), ipilimumab (Yervoy®), vemurafenib (Zelboraf®), trametinib (Mekinist®), dabrafenib (Tafinlar®), pembrolizumab (Keytruda®), nivolumab (Opdivo®), cobimetinib (Cotellic™), alitretinoin (Panretin®), avelumab (Bavencio®); off tissue sarcoma: Pazopanib (Votrient®), olaratumab (Lartruvo™), alitretinoin (Panretin®); tomach cancer: Pembrolizumab (Keytruda®); Systemic mastocytosis: Imatinib mesylate (Gleevec®), midostaurin (Rydapt®); yroid cancer: Cabozantinib (Cometriq®), vandetanib (Caprelsa®), sorafenib (Nexavar®), lenvatinib mesylate (Lenvima®).

უმეტეს წელიწადში ორჯერ, უფასო გამოკვლევით სარგებლობა;

- **საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევები - 25-დან 60 წლის ჩათვლით**, რაც ითვალისწინებს პაპ-ტესტს; პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში - კოლპოსკოპიას (საშვილოსნოს ყელის მიკროსკოპიული გამოკვლევა); საჭიროების შემთხვევაში, ასევე, უფასოა კოლპოსკოპიისას ბიოფსიური მასალის აღება და ჰისტოლოგიური კვლევა. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი უფასოა **3 წელიწადში ერთხელ**. მიუხედავად ამისა, ექიმის რეკომენდაციით, შესაძლოა, არა უმეტეს წელიწადში ორჯერ, უფასო გამოკვლევით სარგებლობა;
- **პროსტატის გამოკვლევა - 50-დან 70 წლის ჩათვლით**, რაც ითვალისწინებს სისხლში პროსტატის კიბოს სპეციფიკური ანტიგენის (PSA) განსაზღვრას. პროსტატის კიბოს სკრინინგი უფასოა **წელიწადში ერთხელ**. მიუხედავად ამისა, ექიმის რეკომენდაციით, შესაძლოა, არა უმეტეს წელიწადში ორჯერ, უფასო გამოკვლევით სარგებლობა;
- **მსხვილი ნაწლავის გამოკვლევები - 50-დან 70 წლის ჩათვლით**, რაც ითვალისწინებს ფარულ სისხლდენაზე სპეციალურ ტესტს (FOBT); პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში, ასევე, უფასოა კოლონოსკოპიაც. კოლორექტული კიბოს სკრინინგი უფასოა **ორ წელიწადში ერთხელ**; თუ მცა, მიუხედავად ამისა, ექიმის რეკომენდაციით, შესაძლოა, არა უმეტეს წელიწადში ორჯერ, უფასო გამოკვლევით სარგებლობა.

რეგიონში რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქეებისთვის უფასოა:

- **ძუძუს გამოკვლევები - 40-დან 70 წლის ჩათვლით**, რაც ითვალისწინებს მამოგრაფიულ გამოკვლევასა და მამოლოგის მიერ გასინჯვას. საჭიროების დადასტურების შემთხვევაში, ასევე უფასოა ძუძუს ექოსკოპიაც. ძუძუს კიბოს სკრინინგი უფასოა **ორ წელიწადში ერთხელ**;
- **საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევები - 25-დან 60 წლის ჩათვლით**, რაც ითვალისწინებს პაპ-ტესტს; საჭიროების დადასტურების შემთხვევაში, უფასოა კოლპოსკოპიაც (საშვილოსნოს ყელის მიკროსკოპიული გამოკვლევა); აუცილებლობის შემთხვევაში, ასევე უფასოა კოლპოსკოპიის დროს აღებული ბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური კვლევა. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი უფასოა **სამ წელიწადში ერთხელ**;
- **პროსტატის გამოკვლევა - 50-დან 70 წლის ჩათვლით**, რაც ითვალისწინებს სისხლში პროსტატის კიბოს ანტიგენის (PSA) გამოკვლევას. შენიშვნა: ამ პროგრამაში ჩასართავად აუცილებელია ოჯახის ექიმის ან შესაბამისი სპეციალისტის მიმართვა. პროსტატის კიბოს სკრინინგი უფასოა **წელიწადში ერთხელ**;
- **მსხვილი ნაწლავის გამოკვლევები - 50-დან 70 წლის ჩათვლით**, რაც ითვალისწინებს ფარულ სისხლდენაზე სპეციალურ ტესტს (FOBT); საჭიროების დადასტურების შემთხვევაში, უფასოა კოლონოსკოპიაც; აუცილებლობის შემთხვევაში, ასევე უფასოა კოლონოსკოპიის დროს აღებული ბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური კვლევა. მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი უფასოა **ორ წელიწადში ერთხელ**.

ასევე მნიშვნელოვან მიღწევად უნდა ჩაითვალოს 2017 წლის 25 ოქტომბრის საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილება, რომელიც, მართალია, პირდაპირ არ ეხება ონკოპაციენტებს, მაგრამ ირიბად იცავს მათ უფლებებს:

„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების №1 დანართის (საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა) მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის სიტყვების - „იმ შემთხვევაში, თუ ამა თუ იმ მიზეზით შეწყდა სადაზღვევო კონტრაქტის მოქმედება, ასეთი პირები უფლებამოსილი იქნებიან მიიღონ ამ დადგენილების დანართი №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება, ასევე „ა.დ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული სისხლის საერთო ანალიზი და შარდის საერთო ანალიზი, „ბ.დ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ... და დანართი №1.2-ით გათვალისწინებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება“ (2015 წლის პირველი იანვრიდან 2017 წლის პირველ მარტამდე მოქმედი რედაქცია), კონსტიტუციურობა საქართველოს კონსტიტუციის მე-14 მუხლთან მიმართებით;

2) №652 კონსტიტუციურ სარჩელზე: „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების №1 დანართის (საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა) მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის სიტყვების - „2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით იმ შემთხვევაში, თუ ამა თუ იმ მიზეზით კერძო სადაზღვევო სქემაში ჩართული პირის მიმართ შეწყდა სადაზღვევო კონტრაქტის მოქმედება, ასეთი პირები უფლებამოსილი იქნებიან, მიიღონ ამ დადგენილების დანართი №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება, ასევე, „ა.დ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული სისხლის საერთო ანალიზი და შარდის საერთო ანალიზი, „ბ.დ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება (2014 წლის 1 იანვრიდან) და დანართი №1.2-ით გათვალისწინებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება“ (2015 წლის პირველი იანვრიდან 2017 წლის პირველ მარტამდე მოქმედი რედაქცია), კონსტიტუციურობა საქართველოს კონსტიტუციის მე-14 მუხლთან მიმართებით;

კონსტიტუციური სარჩელი №629 („საქართველოს მოქალაქე როინ გავაშელიშვილი საქართველოს მთავრობის წინააღმდეგ“) დაკმაყოფილდა და არაკონსტიტუციურად იქნა ცნობილი საქართველოს კონსტიტუციის მე-14 მუხლთან მიმართებით „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების №1 დანართის (საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა) მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის სიტყვების - „იმ შემთხვევაში, თუ ამა თუ იმ მიზეზით შეწყდა სადაზღვევო კონტრაქტის მოქმედება, ასეთი პირები უფლებამოსილი იქნებიან მიიღონ ამ დადგენილების დანართი №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება, ასევე „ა.დ“ ქვეპუნქტით

განსაზღვრული სისხლის საერთო ანალიზი და შარდის საერთო ანალიზი, „ბ.დ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ... და დანართი №1.2-ით გათვალისწინებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება“ (2015 წლის პირველი იანვრიდან 2017 წლის პირველ მარტამდე მოქმედი რედაქცია), ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ამ დადგენილებით დამტკიცებული დანართი №1.1-ით განსაზღვრული პირობების მოსარგებლეთა წრიდან გამორიცხავს პირებს, რომლებიც შრომითი ხელშეკრულების შეწყვეტის გამო არ არიან ჩართულნი კერძო სადაზღვევო სქემებში.⁴³

2.6. წამლებზე ხელმისაწვდომობა ონკოპაციენტებისათვის საქართველოში

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით ბიოთერაპიული პრეპარატები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს კიბოს ზოგიერთი სახეობის მკურნალობაში. გენერირების მსგავსად, ბიოანალოგები შეიძლება გახდეს ხარჯების შეკავების კარგი საშუალება, იყოს ბევრად უფრო იაფი და შესაბამისად, უფრო ხელმისაწვდომი, ვიდრე ინოვაციური ბიოთერაპიული პრეპარატები.

სექტემბრიდან WHO მწარმოებლებს შესთავაზებს მიმართონ განცხადებით ორი ისეთი პრეპარატის ბიოანალოგების პრეკვალიფიკაციაზე, როგორცაა რიტუქსიმაბი (ძირითადად გამოიყენება არა ჰოჯკინის ლიმფომისა და ქრონიკული ლიმფოციტური ლეიკემიის სამკურნალოდ) და ტრასტუზუმაბი (გამოიყენება ძუძუს კიბოს სამკურნალოდ). WHO -ს მიერ მათი შეფასება მოხდება ხარისხის, უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის მიხედვით ორიგინალ პრეპარატებთან შესაბამისობაში.

გეგმიური ონკოლოგიური მკურნალობა საქართველოში მოიცავს: ქიმიოთერაპიას, ჰორმონოთერაპიას და სხივური თერაპიას, აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევებსა და მედიკამენტებით მკურნალობას, აქედან ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და გამოკვლევები 18 წელზე მეტ პირებს 80 %-ით უფინანსდებათ (20% თანაგადახდა, რომელიც ბევრი დაავადებულისთვის ხელმიუწვდომელია) და ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და გამოკვლევები 18 წლამდე და შშმ ბავშვებისათვის. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ წლიური ლიმიტი 12 000 ლარს არ აღემატება.

ქიმიოპრეპარატების არასრული დაფინანსების გამო პაციენტებს უწევთ თანხის შევსება არა დაწესებული პროცენტის მიხედვით, არამედ კლინიკის ტარიფამდე; იმუნო და თარგეტო თერაპიის არჩევის შემთხვევაში საჭიროა ჯიბიდან გადახდა, ასევე პაციენტს უწევს სპეციალიზებული დაწესებულების, დეპარტამენტის შერჩევა გვერდითი მოვლენებისა და თანმხლები დაავადებების მართვისთვის, საჭირო მედიკამენტების შესყიდვა საკუთარი ძალებით ამასთან სახეზეა სპეციალიზებული დეპარტამენტების ნაკლებობა.

⁴³<http://constcourt.ge/ge/legal-acts/judgments/1-11-629-652-saqartvelos-moqalaqeebi-roin-gavashlishvili-da-valeriane-migineishvili-saqartvelos-mtavrobis-winaagmdg.page> გადაწყვეტილება #1/11/629, 652/ 25.10.2017

ძირითად დაბრკოლებას წარმოადგენს:

- ფინანსური მხარე - წამლის მაღალი ფასი, ფინანსების სიმწირე შრომისუნარიანობის დაკარგვის/დაქვეითების გამო;
- ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა - ამბულატორიული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად შორ მანძილზე სიარული ან საცხოვრებელი ადგილის დროებით შეცვლა შესაბამისი ხარჯებით;
- ორგანიზაციული მხარე - სტაციონარული ქიმიოთერაპიისა და გვერდითი მოვლენების მართვის არარსებობა ან სიმწირე, შესაბამისი ხარჯებით;
- ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა - ინფორმაციის არქონა ან სიმწირე მკურნალობის მეთოდების, წამლების ხელმისაწვდომობის, დაფინანსების დამატებითი წყაროების და შესაბამისი პროექტების შესახებ.

აქედან გამომდინარე, ხელმისაწვდომობის უფლების სათანადოდ რეალიზება ვერ ხდება.

აქვე უნდა აღინიშნოს საქართველოში მომუშავე სადაზღვევო კომპანიების პასიურობა ამ მიმართულებით. თუმცა 2017 წლიდან ბაზარზე ახალი სადაზღვევო პროდუქტების გამოჩენა დაიწყო. ასე მაგალითად, GPI ჰოლდინგმა დაიწყო ონკო ქეარის დაზღვევის პაკეტის დანერგვა, რაც ქართულ სადაზღვევო ბაზარზე ახალი პროდუქტია. კერძოდ, სადაზღვევოთა მიერ ამ მკურნალობის დაუფინანსებლობის გამო ზუსტი სტატისტიკა საქართველოსთვის არ არსებობს, მაგრამ პაციენტთა გამოკითხვის მონაცემებით, ხარჯი თვეში 500 და 5000 ლარამდე მერყეობს. GPI ჰოლდინგის მონაცემებით ის 65 წლამდე პაციენტებს სთავაზობს 150 000 ლარამდე მომსახურებას. სადაზღვევო თანხის არჩევა ხდება დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებისას და თანხას ირჩევს თავად პაციენტი. სადაზღვევო თანხის გაცემა ხდება დიაგნოსტიკური ელავისებიანი სიმსივნური დაავადების შემთხვევაში. დაზღვევის ხელშეკრულების გაფორმებიდან 6 თვის განმავლობაში სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში სადაზღვევო თანხის გაცემა არ ხდება (მოცდის პერიოდი). აღსანიშნავია ისიც, რომ სიმსივნური დაავადების დაზღვევა არ მოიაზრებს სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებას ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში. კომპენსაციის სახით გაცემული სადაზღვევო თანხა დაზღვეულმა შეიძლება ნებისმიერი მიზნისთვის გამოიყენოს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაზღვევა აღნიშნული პროდუქტის შექმნის მიზეზით არ გაუქმდება ანუ ონკო ქეარით დაზღვეული შეიძლება დარჩეს სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლედ.

ნაწილი 3

3.1 ონკოპაციენტთა ფოკუს-ჯგუფთან შეხვედრის ანალიზი

2017 წლის 5 ივლისს გაიმართა ონკოპაციენტთა ფოკუს-ჯგუფთან შეხვედრა, სადაც განხილულ იქნა ონკოდაავადებების მართვაში არსებული მდგომარეობა და განსაზღვრულ იქნა დადებითი და ხარვეზიანი მხარეები. შეხვედრის შედეგად, გამოიკვეთა შემდეგი:

ზოგადად, კიბოს და კონკრეტულად, ცალკეული ჩარევის, ძირითადად კი დაფინანსების წყაროებისა და შესაძლებლობების შესახებ ინფორმაციის მოძიების სირთულე და ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით უფროსი თაობის მოქალაქეებისათვის;

ფინანსური ბარიერები-სადიაგნოზო კვლევების, თანაგადახდის, გვერდითი მოვლენების მართვისთვის აუცილებელი, მონიტორინგისა და რეაბილიტაციისთვის საჭირო თანხების უქონლობა.

ტერიტორიული ბარიერები-საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მაღალკვალიფიციური (მესამე დონის) სერვისების არქონა, მონიტორინგისა და მკურნალობის მიზნით ადგილმონაცვლეობის აუცილებლობა, დროებით მაინც.

სამედიცინო ბარიერები -ერთი მხრივ, სკრინინგისა და პრევენციული კვლევების შესახებ არასაკმარისი ინფორმაცია და ზედაპირული დამოკიდებულება, მეორეს მხრივ, სხვადასხვა დაწესებულებაში მათი შესრულებისა და ინტერპრეტაციის სხვადასხვა ხარისხი. მკურნალობის ადგილისა და პერსონალის მნიშვნელობა - ნდობა მხოლოდ დედაქალაქის ცნობილი კლინიკებისა და ექიმების მიმართ. აქედან გამომდინარე, არათბილისელებისათვის ტერიტორიული ბარიერის საკითხი.

სოციალური ტიპის პრობლემები - შრომისუნარიანობის ხანგრძლივი დროით ან სამუდამოდ დაკარგვა, არასაკმარისი პენსია, თანხლები დაავადებებისა და გვერდითი მოვლენების მართვის, სარეაბილიტაციო ჩარევებისა და ფინანსების არარსებობა. ინვალიდობის მინიჭების კრიტერიუმები, ანაზღაურება და ინვალიდობის გადამოწმების აბსურდულობა ყოველწლიურად იმ შემთხვევაში, როცა შედეგები სამუდამოა.

ფსიქოლოგიური ბარიერი - ერთი მხრივ, ჯანმრთელობისა და მეორე მხრივ, ფინანსების უკმარობის გამო მუდმივი დამაბულობა, სტრესი, სტიგმა, უიმედობა და დანებება, მონიტორინგის ან მკურნალობის შეწყვეტა. მკურნალობის ახალი მეთოდების გამოყენების სურვილის ფონზე შიში და შფოთვა, უსახსრობით გამოწვეული მედიკამენტებსა და მომსახურებაზე ხელმიუწვდომლობის გამო.

დასკვნები:

თვალსაჩინოა, ონკოლოგიაში არსებული, თითქოს არც თუ ცუდი დაფინანსების პირობებში ფინანსური ბარიერების უპირატესობა სხვა ბარიერებთან შედარებით;

გამოიკვეთა მოსახლეობის, სახელდობრ, ონკოპაციენტების განსწავლის მკვეთრი საჭიროება და ამ მხრივ პროექტის დაგეგმვის აუცილებლობა;

აშკარაა ხარისხიანი და სანდო ონკოსერვისების არათანაბარი გადანაწილება ქვეყნის მასშტაბით.

რეკომენდაციები:

- ადვოკატირება პროგრამული და სრული დაფინანსებისათვის;
- ონკოლოგიური მომსახურების ინფრასტრუქტურის დახვეწა-სტანდარტიზაცია;
- მოსახლეობისა და ონკოპაციენტების ინფორმირებისა და განსწავლის ცნობადი და ხელმისაწვდომი ქსელის შექმნა-ამუშავება (ონკოპაციენტთა ბაზაზე);

- სკრინინგული და სხვა პრევენციული ღონისძიებების გაფართოება -გააქტიურება, სარეაბილიტაციო სერვისების განვითარება და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

4. დასკვნითი ნაწილი

4.1 კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციები და პროტოკოლები

წინათქმა

სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხი, მსოფლიოს თანამედროვე სტანდარტებთან შესაბამისობა - ქვეყნის ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში, ნებისმიერი ექიმისგან, ერთნაირად სრულფასოვანი და ობიექტური, სტანდარტული, ფაქტებსა და კვლევათა შედეგებზე დაფუძნებული, აპრობირებული და ლიცენზირებული მომსახურების მიღების უზრუნველყოფა შესაძლებელია, თუ ქვეყანაში შემუშავებულია, დამტკიცებულია და ჯეროვნად მოქმედებს დაავადებათა მართვის ეროვნული გაიდლაინები (სახელმძღვანელო პრინციპები) და პროტოკოლები (მართვის კონკრეტული სქემა).

ეს ის აუცილებელი ინსტრუმენტებია, რომელთა გამოყენებითაც, ერთი მხრივ, შესაძლებელი ხდება უკვე გამოცდილი მეთოდებით, სტანდარტიზებულად, მოხდეს დაავადებათა დიაგნოზირება, მკურნალობა და მეთვალყურეობა, მეორე მხრივ, კი განხორციელდეს მათი პრაქტიკაში დანერგვისა და მოქმედების ზედამხედველობა და შეფასება.

ვითარება საქართველოში

საქართველოში ეროვნული რეკომენდაციების შემუშავება მიმდინარეობდა 2006 წლიდან, რისთვისაც ჯანდაცვის სამინისტროსთან შექმნილი იყო შესაბამისი სტრუქტურა - კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების (გაიდლაინები), დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭო. მოპოვებულ იქნა თანხები, ჩართულ იქნა დარგობრივი სამედიცინო ასოციაციები და მათი საქმიანობის შედეგად წარდგენილი სახელმძღვანელოები (ე.წ. გაიდლაინები) და პროტოკოლები განხილულ და დამტკიცებულ იქნა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ 2007 წლიდან. ონკოლოგიის დარგში ეროვნული პროტოკოლები ძირითადად 2014-2015 წლებში დამტკიცდა. ამის შემდგომ ეროვნული პროტოკოლების გადახედვას ადგილი არ ჰქონია, თუმცა არც დამტკიცებული პროტოკოლების განხორციელების მონიტორინგისა და შეფასების მწყობრი სისტემა არ ამოქმედებულა. ცალკეულ შემთხვევებში, პაციენტის ჩვილის, ან რეგულირების სააგენტოს მიერ, სხვადასხვა მიზეზით ამა თუ იმ დაწესებულების/ექიმის საქმიანობით დაინტერესების შემთხვევაში, შესაძლოა, კონკრეტული სამედიცინო ისტორია, კონკრეტული პაციენტის დაავადების მართვა განხილული ყოფილიყო პროტოკოლის შესაბამისად, რაც

ხშირად დავისა და გაუგებრობის საგნად რჩებოდა, რადგან პროტოკოლის მოთხოვნები და დაწესებულების ან პაციენტის/სადაზღვევოს შესაძლებლობები გარკვეული გამოკვლევების ან მკურნალობის მეთოდების გამოყენებისთვის, არ შეესაბამება ერთმანეთს, ან არ ეწინააღმდეგება დაწესებულების მიმართ სამთავრობო დადგენილებებს, სამინისტროს ბრძანებებს, მაგრამ, იმავდროულად ვერ აკმაყოფილებს პროტოკოლით გათვალისწინებულ ვალდებულებებს. ამასთან, ქვეყანაში დამტკიცებულია ძირითადი დაავადებების პროტოკოლი, სხვა დაავადებებისთვის კი კლინიკები თავად წყვეტენ, რომელი საერთაშორისო ასოციაციის გაიდლაინებით იხელმძღვანელონ. ესეც განაპირობებს მიდგომებში განსხვავებას და სხვადასხვა დაწესებულებაში მომსახურების სხვადასხვა სტანდარტების შეთავაზებას ერთსა და იმავე შემთხვევებში.

დასკვნები:

შესაბამისად, სიმსივნური დაავადებების მართვის ამჟამად მოქმედი სქემის შემთხვევაში სახეზეა შემდეგი ხარვეზები:

- არ არსებობს ყველა სიმსივნური დაავადების მართვის გაიდლაინები/პროტოკოლები. არსებული - ძუძუს, თირკმლის, კოლინჯის, კუჭის, საკვერცხის/ფალოპის მილის, სასქესო ასოს, საყლაპავი მილის/გასტროეზოფაგურის, საშვილოსნოს ყელის, სწორი ნაწლავის, ფილტვის, შარდის ბუშტის კიბოს გაიდლაინებისა და პროტოკოლების უმეტესობა გადასახედა დიაგნოზირებისა და მკურნალობის განახლებული მეთოდების დანერგვის გამო მსოფლიოს და საქართველოს კლინიკებში (მოლეკულური გენეტიკა, ახალი მიდგომები და მეთოდები ქირურგიაში, ქიმია და სხივურ თერაპიაში, ახალი მედიკამენტები და სხვ);
- პროტოკოლით მოთხოვნილი აუცილებელი სადიაგნოზო კვლევების ჩატარება ხშირად შეუძლებელია პაციენტის უსახსრობის ან კუთვნილი სადაზღვევო პაკეტი/საყოველთაო დაზღვევით დაუფინანსებლობის გამო;
- პროტოკოლით მოთხოვნილი რიგი სამკურნალო მანიპულაცია ან თერაპიული საშუალება არ არის სრულად ან ნაწილობრივ მაინც ხელმისაწვდომი პაციენტისათვის იგივე მიზეზების გამო;
- პროტოკოლით გათვალისწინებულ ზოგიერთ სადიაგნოზო-სამკურნალო (უპ. ინვაზიურ) მეთოდზე თავად პაციენტი აცხადებს უარს სამედიცინო, ფინანსური ან ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის მოსაზრებების გამო. თუ მაგალითად ექოსკოპიური და ციტოლოგიური კვლევით დიაგნოზი ნათელია, შემდგომ კტ, მორფოლოგიურ, იმუნოჰისტოქიმიურ კვლევაზე, შესაძლოა, პაციენტმა განაცხადოს უარი, თუმცა ამ კვლევათა შეუსრულებლობის გამო დამფინანსებელმა/რეგულირების სააგენტომ მომსახურება შეაფასოს, როგორც არასრულყოფილი და მოსთხოვოს შესაბამისი პასუხისგება ექიმს/დაწესებულებას;
- რიგ დაწესებულებებში დანერგილია კვლევისა და მკურნალობის უფრო თანამედროვე და ეფექტური მეთოდები, ვიდრე პროტოკოლებშია მოცემული, რის გამოც, ჩატარებული მომსახურება არ შეესაბამება პროტოკოლის მოთხოვნას, რაც შესაძლოა, გახდეს საკანონმდებლო

ჭრილში დავის საგანი. ამიტომ, ასეთ შემთხვევებში საჭიროა, მოთხოვნილ იქნეს დაწესებულების შიდა გაიდლაინები, დამტკიცებული დაწესებულების მიერ, ლიტერატურისა და დარგობრივი ასოციაციის რეკომენდაციის მითითებით. ასეთ შემთხვევებში, სწორედ შიდა გაიდლაინებთან შესაბამისობაში უნდა იქნეს განხილული და შეფასებული ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება და არა ეროვნულ პროტოკოლთან შესაბამისობაში.

4.2. კიბოს ეროვნული სტრატეგია

წინათქმა

სახელმწიფოში კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო 5-წლიანი გეგმა ჯერ კიდევ 2014 წელს იქნა შემუშავებული და წარმოდგენილი განხილვისათვის, მოსაზრებებისა და შენიშვნების გაზიარებისათვის. ონკოლოგთა, ჯანდაცვის მენეჯერთა, პაციენტთა კავშირების ჩართულობით დაინტერესებული პირებისა და ორგანიზაციების მიერ ნამდვილად მოხდა ამ სტრატეგიის საფუძვლიანი შესწავლა და განხილვა, მოსაზრებები კი წერილობითი სახით მიუწოდა სტრატეგიის ავტორებს.

სამწუხაროდ, სახელმწიფო სტრატეგიის სრულფასოვანი დანერგვა ქვეყნის მასშტაბით ვერ განხორციელდა და ფრაგმენტული სახით მიმდინარეობს საყოველთაო ჯანდაცვის, ონკოპრევენციის პროგრამისა და ადგილობრივი მუნიციპალური ბიუჯეტის ფარგლებში.

არსებული ვითარება

ქვეყანაში ჯერ-ჯერობით არ არსებობს კიბოს ეროვნული ცენტრი, რომელიც სახელმწიფო დაფინანსებაზე არსებული და კიბოს ეროვნული სტრატეგიის განმახორციელებელი ძირითადი ბაზა იქნებოდა.

მოცემულ ეტაპზე სახელმწიფო კიბოს სადიაგნოზო და სამკურნალო ღონისძიებებს აფინანსებს საყოველთაო დაზღვევის ბიუჯეტიდან, არსებობს დაფინანსების სხვადასხვა სქემების სხვადასხვა პროცენტული წილით სახელმწიფო ტარიფიდან, რასაც ემატება თანაგადახდა, რომელიც შედგება სახელმწიფო ტარიფის დარჩენილ წილს დამატებული კერძო სამედიცინო დაწესებულების ფასის შესაბამისი დანამატი. რეალურად, გაცემული კალკულაციის შესაბამისი ფასებიდან საყოველთაო დაზღვევის მიერ დაფინანსებული გამოდის არა 70-80%, არამედ ნაკლები, ზოგჯერ - 25-30 %.

კერძო სადაზღვევო კომპანიები სიმსივნური დაავადების მართვას აფინანსებენ პაციენტთან პოლისით გათვალისწინებული პროცენტისა და დაწესებულებასთან სახელმეკრულებო ფასის გათვალისწინებით. აქ უპირატესობა გამოიხატება კარგი პოლისის შემთხვევაში სრულ ან წილობრივად მისაღებ გადასახადსა და სადიაგნოზო თუ საკონტროლო კვლევებისა და კონსულტაციების დაფინანსებაში.

რეკომენდაციები

პირველი და მნიშვნელოვანი საკითხი არის ეროვნული სტრატეგიის

განმახორციელებელი ძირითადი სახელმწიფო ბაზის (მაგ. სსიპ „კიბოს ეროვნული ცენტრი“) და კიბოსთან ბრძოლის ცალკე პროგრამის (თავისი სტანდარტებით და ბიუჯეტით) არარსებობა.

აქ მთავარი მაინც პროგრამაა, რადგან ბაზის აშენება ან თუნდაც რეკონსტრუქცია და უმაღლესი სტანდარტების შესაბამისად მოწყობა დღეს სახელმწიფოს საკმაოდ ძვირი დაუჯდება. ამიტომ, ცალკე დაფინანსებული და გაწერილი პროგრამის შემთხვევაში, გამოიყენებს რა არსებულ კერძო სტრუქტურებს, ერთი მხრივ, შეძლებს კიბოს არა მარტო მკურნალობის, არამედ დიაგნოზირებისა და პრევენციის, თანმხლები მოვლენების, გართულებების, მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის დაფინანსებას, **ამასთან 100 %-ით და არა ნაწილობრივ.**

მეორე მხრივ, ასეთი მიდგომა საყოველთაო დაზღვევის ბიუჯეტიდან კიბოს მკურნალობაზე ხარჯებს მკვეთრად შეამცირებს და სახელმწიფოს არასიმბიოზურ დაავადებებზე დაფინანსების გაზრდის საშუალებას მისცემს. ამასთან, მკვეთრად გაზრდის პაციენტების სრულყოფილ მომსახურებას, კმაყოფილებას და რაც მთავარია, ეფექტურობას, რადგან პრევენციისა და დიაგნოზირების დაფინანსება პროგრამის ფარგლებში შეამცირებს დაავადების დაგვიანებულ გამოვლენას, შესაბამისად, შეამცირებს კომპლექსური და ძვირადღირებული მკურნალობის, მკურნალობის შემდგომი გართულებებისა და პალიატივის შემთხვევებსა და ხარჯებს, რაც საბოლოო ჯამში, ისევ პროგრამის შესაძლებლობების გაძლიერებას მოხმარდება.

მეორე მნიშვნელოვანი საკითხი თავად სტრატეგიის სრულყოფილებაა. ჩვენ 2017 წლისთვის მოვისმინეთ კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის 20017-2020 წწ. განახლებული, შევსებული ვერსია, რომელიც ამჯერად ნამდვილად აკმაყოფილებს პაციენტების ძირითად მოთხოვნებს. დასახვეწია მხოლოდ ცალკეული ტექნიკური და საფინანსო დეტალები- დაკავშირებული პროგრამის განმახორციელებელი დაწესებულებების/პერსონალის შერჩევის კრიტერიუმებთან, დაფინანსების სამართლიანი და დროული მოდელის შემუშავება-დანერგვასთან, პრევენციული, ძირითადი დაავადებების თანმხლები და მკურნალობის გვერდითი მოვლენების მართვასა და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებზე გათვალისწინებულ ხარჯების ხვედრითი წილის გაზრდასთან.

4.3. სახელმწიფო სადაზღვევო პაკეტებისა და პროგრამების ანალიზი და მიმოხილვა ონკოლოგიურ პაციენტებთან მიმართებით

წინათქმა

ერთი მხრივ, 2013 წლიდან ქვეყანაში საყოველთაო დაზღვევის შემოღება უდავოდ იყო მეტად გაბედული, პროგრესული და საჭირო ნაბიჯი, რათა ქვეყნის მოსახლეობას, განსაკუთრებით კი, მის ყველაზე შეჭირვებულ ფენას, ჰქონოდა ბაზისური სამედიცინო კვლევების, კონსულტაციების მიღების საშუალება, თუნდაც პირველადი ჯანდაცვის რგოლში და საკმაოდ ძვირადღირებული მკურნალობის შესაძლებლობა გამართულ და კარგი სტანდარტების კლინიკებში. მეორე მხრივ, საყოველთაო დაზღვევის შემოღება არასახარბიელო აღმოჩნდა სამედიცინო ბიზნესის გარკვეული ნაწილისთვის - კერძო სადაზღვევო

კომპანიებისთვის, მცირე კლინიკებისა და დიდი კლინიკების იმ სექტორისათვის, სადაც სახელმწიფოს დიდი დავალიანებები დაუგროვდა და ამასთან, ბიუჯეტის ხარჯი მოსალოდნელზე გაცილებით მეტი აღმოჩნდა. შესაბამისად, 2017 წლის 1 მაისიდან მოდელი შეიცვალა და კატეგორიებზე მორგებული გახდა.

ამჟამად არსებული ვითარება

ქვეყანაში მოქმედებს საყოველთაო და კერძო დაზღვევა. პირველი უზრუნველყოფს კატეგორიების მიხედვით მოსახლეობის დაზღვევას, ონკოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში - დაფინანსების სხვადასხვა მოდელით, შემოსავლებიდან გამომდინარე. მიუხედავად იმისა, რომ ამ მოდელით სადიაგნოზო კვლევები მონიტორინგთან დაკავშირებული გამოწვევების გარდა, არ ფინანსდება, საყოველთაო დაზღვევის ბიუჯეტს მძიმე ტვირთად აწვება ონკოლოგიური მიმართულების საკმაოდ ძვირადღირებული მკურნალობის - ქირურგიული, ქიმიოთერაპიული თუ სხივური თერაპიის დაფინანსება. ამასთან, თუ გავითვალისწინებთ, რომ შემთხვევათა უმრავლესობა მკურნალობის ორ ან სამივე მეთოდის გამოყენებას გულისხმობს, გასაგები გახდება, რომ ცალკეული პაციენტის დაფინანსება 10-დან 20-25 000 ლარამდე მერყეობს. განმეორებითი კურსების და რეციდივის შემთხვევაში ეს ხარჯი ერთ პაციენტზე იზრდება და ხშირად ორმაგდება. რეესტრის არასრულყოფილება არ გვამღვეს ზუსტი ციფრის განსაზღვრის საშუალებას, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ, რომ ბოლო სტატისტიკით წელიწადში სიმსივნის 7-10 000 შემთხვევა ფიქსირდება, მაშინ ონკოპაციენტების მკურნალობაზე საყოველთაო დაზღვევის ბიუჯეტიდან ყოველწლიურად საშუალოდ 170 მლნ-ის გამოყოფა იქნება საჭირო. ამიტომ, როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, კიბოსთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამის შემუშავება და ცალკე ბიუჯეტის განსაზღვრა, პრევენციის, სადიაგნოზო კვლევების, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ხარჯების გათვალისწინებით უფრო პროგნოზირებადსა და მართვადს გახდიდა სახელმწიფოსთვის კიბოსთან ბრძოლისთვის საჭირო რეალურ ხარჯებს, რამდენიმე წელიწადში-სკრინინგსა და დროულ გამოვლენაზე, ვაქცინაციაზე მიმართული ღონისძიებების ხვედრით წილსაც გაზრდიდა და ამით გაცილებით ძვირადღირებული, რადიკალური და განმეორებითი ოპერაციების, ქიმიო და სხივური თერაპიების ხარჯების წილს შეამცირებდა.

რაც შეეხება კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, აქ დაზღვეულებს მეტი შანსი აქვთ, პოლისის ტიპის გათვალისწინებით, დაუფინანსდეთ როგორც სადიაგნოზო, ისე სამკურნალო ჩარევები და კიბოს რისკის დაზღვევაც მიიღონ.

დასკვნები და რეკომენდაციები:

ამრიგად, სადაზღვევო კუთხით პრობლემური თემაა:

საყოველთაო დაზღვევის პაციენტებისთვის სადიაგნოზო კვლევების დაფინანსება როგორც საწყის, ისე მონიტორინგის ეტაპზე;

დაზღვეული პაციენტებისთვის კერძო დაზღვევის პაკეტის ტიპი და ლიმიტები;

ასეთ დროს ე.წ. ონკოდაზღვევა დანაკლისის შევსების მშვენიერი გზა იქნებოდა, თუმცა ეს გზა ჯერ გასაკვალი და დასანერგია ქვეყანაში.

მეორე პრობლემური თემაა ხარჯთეფექტურობა, რომლის მოწესრიგების ერთი გზა უკვე აღვნიშნეთ კიბოსთან ბრძოლის პროგრამის სახით, ხოლო მეორე საშუალებაა სამართლებრივი საკითხების მოგვარება და დაფინანსების კრიტერიუმების განსაზღვრა:

ა) სავალდებულო სკრინინგი/პრევენციული კვლევები;

ბ) ვაქცინაცია;

იმ შემთხვევაში, თუ მოქალაქეს არ ექნება საპატოო მიზეზი, რომელთა გამოც ვერ ჩაიტარა სავალდებულო აქტივობები და მას დაუდგინდება კიბო, სახელმწიფომ სამედიცინო ჩარევები ან არ უნდა დაუფინანსოს ან დაუფინანსოს მხოლოდ ნაწილობრივ.

ასეთი შეთანხმების შემთხვევაში მოქალაქეები აუცილებელი წესით ჩაიტარებენ პრევენციულ კვლევებსა და ჩარევებს, რაც დროული გამოვლენისა და შესაბამისად, ნაკლებხარჯიანი მომსახურებების საჭიროების საწინდარი იქნება.

ვიდრე ეს ცვლილებები განხორციელდება, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, გამოინახოს სახსრები მესამე დონის კლინიკაში დანიშნული ძვირადღირებული სადიაგნოზო კვლევების დასაფინანსებლად, რათა თანხების უქონლობის გამო არ დაიკარგოს დრო და საწყის სტადიებზე რეფერირებული სიმსივნეზე საექვო პაციენტი - სამედიცინო მეთვალყურეობის პირობებში, თანხების უქონლობის გამო, არ იქცეს დაგვიანებულ შემთხვევად.

