

არ გვაქვს ჯანდაცვის მწყობრი სისტემა (ინტერვიუ)

საქართველოს ახალი ამბების სააგენტო ჯი-ეიჩ-ენი. 08.24.2015

ჯანდაცვის სიტემაში მიმდინარე რეფორმასა და სფეროში არსებულ პრობლემებზე „ჯი-ეიჩ-ენი“ მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, თენგიზ ვერულავას ესაუბრა.

- ბატონო თენგიზ, ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმას ჰყავს როგორც კრიტიკოსები, ასევე მხარდამჭერებიც. ბოლო დროს ხშირად გვესმის იმის შესახებ, რომ ჯანდაცვის რეფორმის სრულფასოვნად გასატარებლად სახელმწიფოს სახსრები არ ეყოფა. რამდენად რეალურია ეს და თუ ასე დგას საკითხი, რა შედეგი შეიძლება დადგეს უსახსრობის გამო?

- თქმა იმისა, რომ პირველადი ჯანდაცვის პროგრამისათვის სახელმწიფოს სახსრები არ ეყოფა, ჰგავს უფუნდამენტო, ჰაერს გამოკიდებული, სიურეალისტური შენობის დატოვებას დაუსრულებელ მშენებლობაზე.

ვიზუალურად რომ წარმოვიდგინოთ, ჯანდაცვის სისტემა სამსართულიანი შენობასავითაა: პირველი სართული, ანუ ფუნდამენტი, უჭირავს პირველად ჯანდაცვას, სადაც ხდება პაციენტის პირველი კონტაქტი ჯანდაცვის სისტემასთან. იგი მიეწოდება პაციენტის მიერ არჩეული, მისთვის სასურველი ოჯახის ექიმის მიერ, და მოიცავს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პრევენციასა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას. სწორედ პირველადი ჯანდაცვა, როგორც სისტემის კარიბჭე, შეადგენს სამედიცინო პერსონალთან ვიზიტების 80-90%-ს.

ჯანდაცვის სისტემის შენობის მეორე სართული, უჭირავს სპეციალიზებულ ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ მომსახურებას, მესამე სართული კი - მაღალტექნოლოგიურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას იშვიათი, კომპლექსური დაავადებების სამკურნალოდ.

- სისტემის ძალიან მარტივი და ამომწურავი შედარება გამოვიდა..

- ყოველი სისტემის გამართვა ასაგები შენობასავითაა, რომელსაც მცოდნე და ამასთან, პატიოსანი მშენებელ-ინჟინერი სჭირდება. მცოდნე ინჟინერმა კარგად იცის, რომ თუ ფუნდამენტის მშენებლობაში არ ჩადებ სათანადო თანხას, ყველა შემდგომი ინვესტიცია ქარს გატანებული უაზრო ხარჯია. პატიოსანი ინჟინერი კი ცდილობს სათანადო მასალა არ მოაკლოს და ზედმიწევნით სწორად, ყველა მიღებული წესების დაცვით ააგოს შენობა, განსაკუთრებით ისეთი კონსტრუქცია, რომელიც ადამიანის ჯანმრთელობასთანაა დაკავშირებული.

- როგორ ფიქრობთ, გრძელვადიან პერსპექტივაში, სახელმწიფოს მიერ ამჟამად გადადგმული ნაბიჯები რამდენად ეფექტური იქნება? ანუ თუ თქვენს შედარებას გამოვიყენებთ, რამდენად გამართულად შენდება ჯანდაცვის სისტემა?

- პირველადი ჯანდაცვა გულისხმობს უმთავრესად, დაავადებათა პრევენციას - მათ დროულად, საწყის სტადიებზე გამოვლენას. რაც უფრო ადრე იქნება გამოვლენილი დაავადება, მით უფრო შესაძლებელია მისი უფრო რთული, შორსწასული და შესაბამისად ძვირადღირებული ფორმების განვითარების თავიდან აცილება. პრევენციული სახის ღონისძიებები კი უფრო სტრატეგიულ მიზნებს ემსახურება და გრძელვადიან პერიოდზეა გათვლილი. საქართველოში არ უყვართ სტრატეგიული მიზნების დასახვა. ალბათ იმიტომ, რომ მისი სიკეთე და სარგებლები დღეს, ან ხვალ კი არა, რამოდენიმე წლის შემდეგ გამოვლინდება. მთელი ამ ორი ათეული წლის მანძილზე მთავრობა პრიორიტეტს ანიჭებდა მოკლევადიან მიდგომებს. ამიტომაც დღემდე არ

შემუშავებულია სტრატეგიული, გრძელვადიანი პროგრამა. შედეგად სახეზეა: ჩვენ არ გვაქვს ჯანდაცვის მწყობრი სისტემა, სადაც თავის კუთვნილ ადგილს დაიკავებდა ჯანდაცვის ორგანიზაციული დონეები პირველადი, მეორეული და მესამეული ჯანდაცვის სახით, რომლებიც მთლიანობაში ქმნიან ჯანდაცვის ჩამოყალიბებულ სისტემას. ჯანდაცვა, ისევე, როგორც ყოველი სისტემა ცოცხალი ორგანიზმია, სადაც თითოეულ ორგანოს გააჩნია თავისი ფუნქცია, დანიშნულება. თუ რომელიმე ორგანო არ ფუნქციონირებს სათანადოდ, მთელი ორგანიზმი მოშლილი და დაავადებულია. ამიტომაც აქვს მნიშვნელობა რეფორმისადმი სისტემურ მიდგომას. დღეს ძნელია შეაფასო, თუ რამდენად ეფექტური იქნება სახელმწიფოს მიერ გადადგმული ნაბიჯები. დღეისათვის გვაქვს მხოლოდ განაცხადი რომ მთავრობას დაგეგმილი აქვს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირება და დასახელდა 3 კომპონენტი: 1. ექიმების განათლება-გადამზადება 2. პირველადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის განვითარება და 3. ექიმების სათანადო ანაზღაურება. სამივე კომპონენტი აუცილებელია სისტემის რეფორმირებისათვის.

- საქართველოში ხომ რამოდენიმეჯერ სცადეს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება, მაგრამ უშედეგოდ?

- დიახ და ამიტომაც, დღევანდელმა მთავრობამ უნდა გაითვალისწინოს ის შეცდომები, რაც წინა მთავრობების მიერ იქნა დაშვებული.

- რა იყო წარუმატებლობის მიზეზი?

- წარუმატებლობის ერთ-ერთი მიზეზია, ახალი ველოსიპედის გამოგონების განუწყვეტელი მცდელობა იქ, სადაც გარკვეულ საკითხზე არსებობს მსოფლიო გამოცდილება, უამრავი კვლევები. მახსოვს, როდესაც ერთ თანამდებობის პირს ვკითხე, თუ რატომ არ ითვალისწინებენ რეფორმის მიმდინარეობისას მსოფლიოში არსებულ პრაქტიკებს, მიპასუხა: ჩვენ არ გავიმეორებთო კაცობრიობის მიერ დაშვებულ

შეცდომებს. კავკასიელებში განსაკუთრებულისადმი სწრაფვა არ არის უცხო, მაგრამ ამბიციები მაინც ძნელი დასაჯერებელია.

თუმცა, ჩვენი განსაკუთრებულობა ისეთ ნეგატიურ მაჩვენებელში ვლინდება, როგორცაა მედიკამენტების ხარჯვის დიდი წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში (დაახლოებით 40-45 %), რაშიც მსოფლიოში პირველი ადგილი გვიკავია. ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა მაჩვენებლით ბოლო ადგილზე ვართ ევროპის რეგიონში (ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებისათვის იგი 7.5-მდე აღწევს). სწორედ ამ მაჩვენებლებით იზომება ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც მიგვანიშნებს, რომ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება დაბალ დონეზეა.

- რა აუცილებელი ნაბიჯები უნდა გადადგას სახელმწიფომ, რომ რეფორმა წარმატებულად განხორციელდეს?

- პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა უპირველესად ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშესაწყობად უნდა იყოს მიმართული. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ვერ განხორციელდება სათანადო განათლების ოჯახის ექიმის/ექთნის გარეშე. საქართველოს დაახლოებით 2200 ოჯახის ექიმი და ექთანი სჭირდება. ქვეყანაში არსებობენ საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრები. უნდა ხდებოდეს ოჯახის ექიმების უწყვეტი სამედიცინო განათლების ხელშეწყობა.

რეფორმა მიმართული უნდა იყოს ამბულატორიების მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვის გასაუმჯობესებლად. პირველ დონეზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის აუცილებელი ფიზიკური ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობა პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციის ფუნქციონირების თავისებურებებს და პაციენტების საჭიროებებს უნდა ითვალისწინებდეს. უზრუნველყოფილი უნდა იყოს

ძირითად სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ოპტიმალური გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა,

აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის შრომის ნორმალური ანაზღაურების უზრუნველყოფა. დღეისათვის, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხდება მასთან აღრიცხვაზე მყოფი ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით. თითოეულ ბენეფიციარზე პროგრამას ყოველთვიურად გამოყოფილი აქვს 1,93 ლარი, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებას ერიცხება. სამედიცინო დაწესებულება კი ოჯახის ექიმს ამ თანხის 10-12%-ით აფინანსებს. შესაბამისად, იგი ხელზე საშუალოდ 19-20 თეთრს იღებს, ექთან კი ამის ნახევარს. თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ერთ ოჯახის ექიმთან დაახლოებით 2000 ბენეფიციარია რეგისტრირებული, მისი ყოველთვიური ხელზე ასაღები ხელფასი 400, ექთნის კი 200 ლარი გამოდის.

- ცხადია, ასეთი ანაზღაურებით ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი ვერ განვითარდება.

- გეთანხმებით. უცხოური გამოცდილებით, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები უფრო მეტად დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებს წარმოადგენენ, რომლებსაც საკუთარი ოფისები და ანგარიში აქვთ, სადაც მათთან რეგისტრირებულ ბენეფიციარებზე გაწეული სამედიცინო მომსახურებისათვის ერიცხებათ კუთვნილი ანაზღაურება როგორც სახელმწიფო პროგრამებით, ასევე კერძო დაზღვევის კომპანიებიდან. იგივე სქემა საქართველოშიც არსებობს, თუმცა ძალიან მცირე წილი უკავია. მის განვითარებას მეტი სტიმული უნდა მიეცეს. აღნიშნული გულისხმობს არა ამბულატორია-პოლიკლინიკების როლის დაქვეითებას, არამედ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციული სქემების არსებობის მხარდაჭერას. პაციენტებს უნდა მიეცეთ ოჯახის ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლება, რაც ხელს შეუწყობს ოჯახის ექიმთა გუნდებს შორის კონკურენციას, რაც, თავის მხრივ, გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

- ხშირად მომისმენია პაციენტების უკმაყოფილება იმის შესახებ, რომ მათ სავალდებულოდ უწევთ ოჯახის ექიმთან მისვლა, მაშინ როდესაც ვიწრო პროფილის სპეციალისტი სჭირდებათ. არის პრეტენზიები ოჯახის ექიმის შერჩევის შეზღუდვასთან დაკავშირებითაც.

- ეს პრეტენზიები ჩემთვისაც ცნობილია. ზოგიერთ ქვეყანას ოჯახის ექიმის „მეკარიბჭეობის“ პრინციპის მიმართ აქვს მკაცრი მიდგომა, როცა პაციენტი სამედიცინო მომსახურების საჭიროებისას ვალდებულია მიმართოს ოჯახის ექიმს და მხოლოდ მისი მიმართვის შემდეგ ხდება სხვა ვიწრო ექიმ-სპეციალისტებთან მიმართვა. ასეთი სისტემა მუშაობს ნიდერლანდებში, დიდ ბრიტანეთში. ზოგ ქვეყანაში კი პაციენტებს, ცხადია, ჰყავთ ოჯახის ექიმები, თუმცა, მათ შეუძლიათ ზოგ შემთხვევებში მის გარეშე მიმართონ სხვა ექიმ-სპეციალისტებს. სახელმწიფომ ესეც უნდა გაითვალისწინოს, თუ რომელ მიდგომას ირჩევს ამ კუთხით. საბჭოთა სისტემაში მოსახლეობა გადანაწილებული იყო ტერიტორიული უბნების მიხედვით, სადაც ყველას ჰყავდა თავისი უბნის ექიმი, მაგრამ მას არ შეეძლო მისთვის სასურველი უბნის ექიმის არჩევა. ასეთი მიდგომა მიუღებელია. თავად პაციენტი უნდა წყვეტდეს, ვინ იქნება მისი ოჯახის ექიმი და სურვილის შემთხვევაში უნდა შეეძლოს მისი შეცვლა.

- ხშირად აკრიტიკებენ სახელმწიფო პოლიტიკას კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან დაკავშირებით. როგორ ფიქრობთ არსებული დამოკიდებულება - საყოველთაო დაზღვევის იმ მოდელით, რომელსაც ხელისუფლება გვთავაზობს, გრძელვადიან პერსპექტივაში იქნება ეფექტური? რა ნაბიჯები უნდა გადაიდგას არსებული ხარვეზების გამოსასწორებლად?

- საქართველოში, ისევე როგორც თანამედროვე მსოფლიოში, ჯანდაცვის სისტემის მთავარი გამოწვევაა ხარჯების ზრდა. ეს ბუნებრივია, რადგან წლიდან წლამდე უმჯობესდება და იხვეწება სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მოწყობილობა-დანადგარები, მედიკამენტები. ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა ხშირად წინ უსწერებს ქვეყნის

ეკონომიკური ზრდის მაჩვენებელს. მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს ხარჯების ზრდის შეკავების მექანიზმების ეფექტური გზების ძიება. თანამედროვე მსოფლიოში ხარჯების შეკავების ერთ-ერთ ასეთ გზად მიჩნეულია და დარგის ბევრი ექსპერტი აღიარებს “რეგულირებადი, ანუ მართული კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის” კონცეფცია. ამ კონცეფციის მთავარი არსი იმაში მდგომარეობს, რომ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვაში მონაწილეობენ ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო ორგანიზაციები და დაზღვეულს შეუძლია მათ შორის არჩევანი გააკეთოს. სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, პაკეტი, მკურნალობის ხარისხი, რაც ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, რესურსების ეფექტურად გამოყენებას და ხარჯების შეკავებას. კონცეფციის არსი მარტივად რომ გადმოვცეთ, იქ, სადაც საბაზრო მექანიზმები ეფექტურად მოქმედებენ, მიზანშეწონილია ჯანდაცვის სისტემაში მათი გამოყენება, ხოლო იქ სადაც ბაზარი არაეფექტურია, საჭიროა რეგულირება. ამიტომაც ქვია ამ მოდელს „მართული, ანუ რეგულირებადი კონკურენცია“.

- 2013 წლამდე არსებულ სისტემაზე რას იტყვით?

- იმ სისტემას რომელიც არსებობდა 2013 წლამდე, არანაირად არ შეიძლება ვუწოდოთ კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, რადგან ერთ რაიონში ერთი სადაზღვევო კომპანია იყო წარმოდგენილი და პაციენტს არ ჰქონდა არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება, არამედ არანაკლებ უმთავრესი უფლება – თავად აერჩია სამედიცინო დაწესებულება, ვინაიდან ეს უკანასკნელი უმეტეს რაიონებში სადაზღვევო კომპანიის მფლობელობაში იყო. ასეთ ვითარებაში, პაციენტი იძულებული ხდება შემოიფარგლოს მხოლოდ მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, და ამ კომპანიის საკუთრებაში მყოფი კლინიკის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით.

- თუ კონკურენციაზე ვსაუბრობთ, 2013 წლიდან სფეროში კონკურენცია აბსოლუტურად ნიველირებულია.

- 2013 წლიდან საქართველომ აირჩია ერთი გადამხდელის სისტემით დაფინანსება, რომელიც ასევე გამორიცხავს კონკურენციას, და შესაბამისად ხარჯების ზრდას უწყობს ხელს. რეგულირების რა სისტემაც არ უნდა მოიფიქროს სახელმწიფომ, მას ყოველთვის გაუჭირდება ერთი ცენტრიდან იმ ნეგატიური პროცესების მართვა, რომელიც ასე დამახასიათებელია ჯანდაცვის სისტემისათვის. ჯანდაცვის ერთ-ერთი ასეთი საყოველთაოდ ცნობილი ნეგატიური ნიშანია არააუცილებელი, დაუსაბუთებელი სამედიცინო მომსახურების ჩატარებისკენ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების გაზრდილი მოტივაცია. აშშ-ის კონგრესმა ჩაატარა კვლევა, თუ თუ რატომ ხარჯავდა ქვეყანა ყველაზე მეტ ხარჯებს მსოფლიოში (დაახლოებით 2 ტრილიონი დოლარი, რაც მთლიანი მსოფლიო ხარჯების 40 %-ს შეადგენს) და მიუხედავად ამისა ზოგიერთი მაჩვენებლებით ჩამორჩება ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს. კვლევის მიხედვით დადგინდა, რომ გაწეული ხარჯების დაახლოებით 30%-ს შეადგენდა დაუსაბუთებელი, არააუცილებელი სამედიცინო მომსახურება, ანუ უფრო მარტივად რომ ვთქვათ, პაციენტს არ სჭირდება გარკვეული სამედიცინო მომსახურება და ექიმი მაინც უნიშნავს პირადი, ფინანსური დაინტერესების გამო.

ჯანდაცვის ეკონომიკაში მოქმედებს პრინციპი - მიმწოდებელი, ანუ ექიმი განსაზღვრავს პაციენტის მოთხოვნას სამედიცინო მომსახურებაზე, განსხვავებით ჩვეულებრივი ეკონომიკისაგან, სადაც მომხმარებელი განსაზღვრავს მოთხოვნას. შესაბამისად, პაციენტი მთლიანად დამოკიდებულია ექიმზე. ამიტომ, პაციენტს ჯანდაცვის სისტემაში სჭირდება მეგზური, აგენტი, რომელიც დაეხმარება მისთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების მიღებაში. ასეთ მეგზურს ჯანდაცვის სისტემაში წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმმა, როგორც სისტემის „მეკარიბჭემ“, უნდა დააკვალიანოს პაციენტი, საჭიროების შემთხვევაში მისცეს მიმართვები სხვა სპეციალისტებთან. თუ პირველადი ჯანდაცვა და ოჯახის ექიმის

ინსტიტუტი ქვეყანაში განვითარებული არ არის, იქმნება ქაოტური სისტემა. პაციენტი დაბნეულია, სამედიცინო მომსახურებაზე ფულს ხარჯავს არაეფექტურად.

აღნიშნული გამოწვეულია იმ გარემოებით, რომ ჩვენ არ ვაკითხავთ ოჯახის ექიმს, და პირდაპირ, მისი რჩევის გარეშე მივმართავთ აფთიაქს, სადაც ან ფარმაცევტს ვეკითხებით და მისი რჩევის მიხედვით ან თავად ვყიდულობთ მედიკამენტს საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე. ამ შემთხვევაში, ოჯახის ექიმთან მიმართვა, ანუ პირველადი ჯანდაცვის საფეხური მთლიანად ამოგდებულია. ოჯახის ექიმთან მიმართვის შემთხვევაში, მედიკამენტების ყიდვა იქნებოდა უფრო რაციონალური და, შესაბამისად, შეამცირებდა ხარჯებს. გარდა ამისა, ოჯახის ექიმი ახორციელებს პაციენტთა კოორდინაციას, თუ საით მიმართოს იგი.

ხარჯების შეკავების მიზნით თანამედროვე მსოფლიოში დარგის სპეციალისტების მიერ აღიარებულ იქნა რამოდენიმე მექანიზმი, რომელთა შორის უმთავრესია პირველადი ჯანდაცვის განვითარება და რეგულირებადი კონკურენციის მოდელის დანერგვა. თვით სოციალური დაზღვევის ქვეყნებიც კი, როგორცაა, გერმანია, ნიდერლანდები, შვეიცარია, ბელგია, ისრაელი და ა.შ. გადავიდნენ რეგულირებადი კონკურენციის მოდელზე. ვფიქრობ, საქართველომ უნდა გაითვალისწინოს მსოფლიოს თანამედროვე ხედვა ჯანდაცვის სისტემის მოწყობის მიმართ.

- თქვენ ხარჯების ეკონომიაზე და ეფექტურ მართვაზე საუბრობთ. საყოველთაო ჯანდაცვის არსებული პროგრამა კი უდიდეს ტვირთად აწევს ბიუჯეტს და თითოეულ მოქალაქეს.

- რაც შეეხება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას, საყოველთაობა და უნივერსალიზმი მოითხოვს დიდ ფინანსურ რესურსებს, რაც დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის ბიუჯეტისათვის მძიმე ტვირთია. საქართველოს არ შეუძლია ყველასთვის ჯანდაცვის სრული პაკეტის დაფინანსება. სახელმწიფოს უმთავრესი მიზანი

ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შემცირება უნდა გახდეს. სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს ბენეფიციარებზე, რომელთაც ამ დახმარების გარეშე სიღარიბე ემუქრებათ. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სადაზღვევო პროგრამის გაფართოება და იმ კომპონენტების ჩართვა, რომლებიც ჯანდაცვაში ერთ-ერთ მნიშვნელოვანს წარმოადგენს (მედიკამენტები). მოსახლეობის დანარჩენი ჯგუფები უნდა იყვნენ დაცული კატასტროფული ხარჯებისაგან (მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისები) წინასწარი გადახდის სქემების მეშვეობით.

- გასაგებია, რომ ერთ ინტერვიუში შეუძლებელია ჩამოყალიბდეს ჯანდაცვის იდეალური მოდელი, მაგრამ მარტივად რომ ავხსნათ, თქვენი შეხედულებით როგორია ამ იდეალური მოდელის ფორმულა?

დიდი ფრანგი მწერლის ონორე დე ბალზაკის სიტყვებით: „ქვეყნად არაფერია სრულყოფილი, გარდა უბედურებისა“. იდეალური და სრულყოფილი არც არაფერი არსებობს. სრულყოფილებისაკენ განუწყვეტელი მისწრაფება არსებობს, ანუ პროცესია. შეიძლება გამოვყოთ, ამ ეტაპზე მსოფლიოში დაგროვილი გამოცდილებით და ცხადია, ქვეყნის სპეციფიკის გათვალისწინებით ჯანდაცვის მოწყობის ყველაზე ეფექტური მოდელი. ჩემი გადმოსახედიდან, ასეთ მოდელად მივიჩნევ სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემისა და სადაზღვევო სისტემის კომბინირებულ მოდელს. მასში არაჩვეულებრივადაა შერწყმული პიროვნების პასუხისმგებლობისა და სოლიდარობის პრინციპები. ასეთ მოდელს ვუწოდებ ჯანდაცვის სისტემის ოქროს შუალედს.

- რას გულისხმობს სამედიცინო შემნახველი ანაბრები?

- სამედიცინო შემნახველი ანაბრების უმთავრესი მიზანია პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლება. იგი ეფუძნება იმ მოსაზრებას, რომ ადამიანთა უმრავლესობა პასუხისმგებელი უნდა იყოს ჯანდაცვის საკუთარ დანახარჯებზე.

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის დროს მოქმედებს ეკონომიკური პრინციპი - ჯანდაცვის სერვისების მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ფასი, შესაბამისად მცირდება მისი ზედმეტად მოხმარება, არააუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ჩატარების სტიმული. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის დროს პაციენტი დაინტერესებულია გასწიოს ჯანდაცვის ხარჯებზე კონტროლი, რადგან რაც უფრო ნაკლებ თანხას დახარჯავს, მით მეტი დაუგროვდება ანგარიშზე და მით მეტად იქნება დაცული მომავალში ჯანდაცვის მოსალოდნელი მაღალი ხარჯებისაგან.

- რამდენად საკმარისი შეიძლება აღმოჩნდეს ანაბარზე დაგროვილი თანხა?

- ინდივიდუალური ანაბრებით დაგროვილი თანხა არ არის საკმარისი კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისგან დასაცავად (მაგ., ქრონიკული დაავადებები, თირკმლის უკმარისობა...). კატასტროფულ ხარჯებთან გამკლავება მხოლოდ სხვა ადამიანებთან ერთად სოლიდარობის, ანუ დაზღვევის უმთავრესი პრინციპის გაზიარებითაა შესაძლებელი. სოლიდარობა გულისხმობს ერთი ადამიანის შესაძლო რისკის განაწილებას სხვა დანარჩენებზე, ანუ რისკები გადანაწილდება ყველა დაზღვეულზე და მათგან ანაზღაურებას მიიღებს მხოლოდ ის, ვისაც მიადგა ზარალი. დაზღვევის დროს ადამიანები თავიანთ რისკს გადასცემენ საერთო ფონდს. რაც უფრო მეტი ადამიანი უზიარებს ერთმანეთს რისკს, მით მეტია სარგებელი, და რაც მთავარია, მით ნაკლებია სადაზღვევო პრემია, და შესაბამისად ნაკლებია სამედიცინო მომსახურების ხარჯი.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების ეფექტიანად განსახორციელებლად მიზანშეწონილია საბაზრო ძალებისა და სახელმწიფო ჩარევების გონივრული დაბალანსება. საქართველომ უდავოდ უნდა გაიზიაროს ჯანდაცვის სფეროში სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკით დაგროვილი გამოცდილება.

- მადლობა საინტერესო საუბრისთვის.

„ჯი-ეიჩ-ენი“, ესაუბრა გიორგი კალანდაძე

საქართველოს ახალი ამბების სააგენტო ჯი-ეიჩ-ენი. 08.24.2015

წყარო: <http://ghn.ge/com/news/view/137365>