




შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვა
საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სექტორში: ესტონეთის გამოცდილების
ანალიზი

Implementing a Results-Based Financing Model in the Primary Health Care Sector
of Georgia: An Analysis of the Estonian Experience

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.11>


თენგიზ ვერულავა^{1a}

Tengiz Verulava^{1a}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^a verulava@cu.edu.ge

 <https://orcid.org/0000-0001-8110-5485>

აბსტრაქტი

შესავალი: პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ) წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, დაავადებების პრევენციისა და ჯანდაცვის ხარჯების შემცირების ფუნდამენტურ ინსტრუმენტს. საქართველოში მოქმედი დაფინანსების მოდელი ეფუძნებოდა ერთიან ფიქსირებულ კაპიტაციას, რომელიც სრულად ვერ ითვალისწინებს ასაკთან დაკავშირებულ განსხვავებულ ჯანმრთელობის საჭიროებებს და არ უზრუნველყოფს ხარისხის გაუმჯობესების საკმარის სტიმულს. ამ გამოწვევების საპასუხოდ, საქართველო 2025 წლის ივლისიდან იწყებს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმას, რომელიც ითვალისწინებს ასაკზე მორგებული კაპიტაციისა და შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურების მექანიზმების დანერგვას. მოცემული კვლევა მიზნად ისახავს რეფორმის მოსალოდნელი გავლენის ანალიზს ესტონეთის წარმატებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით. **მეთოდი:** გამოყენებულ იქნა შედარებითი პოლიტიკის ანალიზის მიდგომა. გაანალიზდა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელის შესახებ ოფიციალური დოკუმენტები, მინისტრის ბრძანებები და ნორმატიული აქტები. ჩატარდა ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის გამოცდილების ლიტერატურული მიმოხილვა. **შედეგები:** საქართველოში რეფორმა ცვლის ერთიან ფიქსირებულ კაპიტაციას ასაკზე მორგებული ანაზღაურების მოდელით, რომელიც უკეთესად ასახავს ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე არსებული ჯანმრთელობის საჭიროებებს. შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მექანიზმი ხელს უწყობს პირველადი ჯანდაცვის მომწოდებლებს შემდეგი კლინიკური ინდიკატორების შესრულებას: არტერიული წნევის კონტროლი, ბავშვთა იმუნოზაცია. ინდიკატორების 30%-ზე ნაკლები შესრულების შემთხვევაში დაწესებულება დაკარგავს გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლის სტატუსს. დაწესებულებებს ასევე მოეთხოვებათ კონკრეტული სტრუქტურული პირობების დაკმაყოფილება, მათ შორის ქრონიკული დაავადებების ელექტრონული რეესტრების წარმოება,



^a This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

გაფართოებული სერვისპაკეტების მიწოდება და სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფა. ესტონეთის გამოცდილებამ აჩვენა ასეთი მექანიზმების ეფექტიანობა. მსგავსი სისტემის დანერგვამ 2006 წლიდან მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ქრონიკული დაავადებების ადრეული გამოვლენა, გაზარდა პრევენციული შემოწმებების სიხშირე და გააუმჯობესა პაციენტთა შედეგები, ხელი შეუწყო პაციენტის კმაყოფილების ამაღლებას და შეამცირა ზედმეტი ჰოსპიტალიზაცია. **დისკუსია:** ასაკზე მორგებული კაპიტაცია უზრუნველყოფს რესურსების სამართლიან განაწილებას პაციენტთა საჭიროებების შესაბამისად, ხოლო შედეგებზე დაფუძნებული ანაზღაურება ქმნის ძლიერ სტიმულებს ხარისხის გაუმჯობესებისა და პრევენციული ჯანდაცვის განვითარებისათვის. წარმატებული განხორციელება მოითხოვს რამდენიმე გამოწვევის გადაჭრას: კვალიფიციური სამუშაო ძალის უზრუნველყოფას, ციფრული ჯანმრთელობის ინფრასტრუქტურის გაძლიერებას და პირველადი ჯანდაცვის გუნდების უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას. ასევე აუცილებელია მონიტორინგის მექანიზმების დანერგვა და ინდიკატორების რეგულარული შეფასება, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასასურველი შედეგები, როგორცაა მომწოდებლების დემოტივაცია. **დასკვნა:** ასაკზე მორგებული და შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვა მნიშვნელოვანი ცვლილებაა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. ევროპულ საუკეთესო პრაქტიკებზე დაყრდნობით და ესტონეთის წარმატებული მაგალითის გათვალისწინებით, რეფორმას აქვს პოტენციალი მნიშვნელოვნად გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი, მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგები და გაზარდოს ხარჯთეფექტიანობა. მისი წარმატება დამოკიდებული იქნება პოლიტიკის კოორდინირებულ განხორციელებაზე, ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობაზე და სისტემის უწყვეტ მონიტორინგზე. კვლევა ხაზს უსვამს საერთაშორისო გამოცდილების მნიშვნელობას ეროვნულ კონტექსტში როგორც უფრო ეფექტიანი და სამართლიანი პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების გზას.

საკვანძო სიტყვები: პირველადი ჯანდაცვა, კაპიტაცია, შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება, ესტონეთი, ჯანდაცვის რეფორმა.

რეკომენდირებული ციტირება: ვერულავა თ. (2025). შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელის დანერგვა საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სექტორში: ესტონეთის გამოცდილების ანალიზი. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 9 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.11>

Abstract

Introduction: Primary health care (PHC) is a fundamental instrument for improving population health, preventing diseases, and reducing healthcare costs. In Georgia, the existing financing model was based on a uniform fixed capitation, which does not adequately account for age-related differences in health needs and fails to provide sufficient incentives for quality improvement. In response to these challenges, Georgia will launch a primary health care financing reform in July 2025, introducing age-adjusted capitation and performance-based payment mechanisms. This study aims to analyze the expected impact of the reform, drawing on Estonia's successful experience. **Methods:** A comparative policy analysis approach was used. Official documents, ministerial decrees, and normative acts related to Georgia's primary health care financing model were reviewed. Additionally, a literature review of Estonia's primary health care experience was conducted. **Results:** The reform in Georgia will replace the single fixed capitation with an age-adjusted payment model that better reflects health needs across different life stages. The performance-based financing mechanism incentivizes primary care providers to achieve specific clinical indicators such as blood pressure control and childhood immunization. If less than 30% of these indicators are met, the facility will lose its status as a provider of planned outpatient services. Facilities will also be required to meet

specific structural conditions, including maintaining electronic registries for chronic diseases, providing expanded service packages, and ensuring continuous medical education for staff. Estonia's experience has demonstrated the effectiveness of such mechanisms. Since the introduction of a similar system in 2006, Estonia has significantly improved early detection of chronic diseases, increased the frequency of preventive check-ups, enhanced patient outcomes, improved patient satisfaction, and reduced unnecessary hospitalizations. **Discussion:** Age-adjusted capitation ensures equitable allocation of resources according to patient needs, while performance-based payments create strong incentives for quality improvement and the development of preventive care. Successful implementation, however, requires addressing several challenges: ensuring a qualified workforce, strengthening digital health infrastructure, and promoting continuous professional development of primary care teams. Additionally, establishing monitoring mechanisms and regularly evaluating indicators are essential to prevent undesirable outcomes, such as provider demotivation. **Conclusion:** The introduction of an age-adjusted and performance-based financing model represents a significant shift in Georgia's primary health care system. Drawing on European best practices and Estonia's successful example, the reform has the potential to substantially improve service quality, population health outcomes, and cost-effectiveness. Its success will depend on coordinated policy implementation, stakeholder engagement, and continuous system monitoring. This study underscores the importance of leveraging international experience within the national context as a pathway toward more effective and equitable primary health care financing.

Keywords: Primary health care, capitation, results-based financing, Estonia, healthcare reform.

Recommended Citation: Verulava, T. (2025). Implementing a Results-Based Financing Model in the Primary Health Care Sector of Georgia: An Analysis of the Estonian Experience. *Health Policy, Economics and Sociology*, 9(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.02.11>

შესავალი

პირველადი ჯანდაცვა ჯანდაცვის სისტემის „მეკარიბჭეა“, სადაც ხდება პაციენტის პირველი კონტაქტი ორგანიზებულ სამედიცინო მომსახურებასთან (ვერულავა და აბაშიძე, 2024). პირველადი ჯანდაცვა განიხილება, როგორც სამედიცინო მომსახურების ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესების, ასევე ხარჯების კონტროლის უმთავრესი მექანიზმი (ვერულავა და ჯორბენაძე, 2022). საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემა სათანადოდ არ არის განვითარებული, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (ასრათაშვილი და სხვ., 2019; ვერულავა და ჯორბენაძე, 2020; ვერულავა და ბერუაშვილი, 2019).

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ხელშესაწყობად საჭიროა ოჯახის ექიმის და ექთნის სათანადო ანაზღაურება (ვერულავა, 2018). ბევრ ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის გუნდის დაფინანსებისას გათვალისწინებულია მოტივაცია, რაც გულისხმობს შესრულებული სამუშაოს ხარისხს, ადრეულ სტადიაზე დაავადებების გამოვლენას (ვერულავა და სხვ., 2022). განსაკუთრებით ყურადსაღებია ექიმების სტიმულირებადი ანაზღაურების მეთოდები ბენეფიციარებზე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ამ მხრივ, ოჯახის ექიმის დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურად განხორციელების ერთ-ერთ მთავარ ბერკეტს (ვერულავა, 2024).

2025 წლის 1-ლი ივლისიდან საქართველო იწყებს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმას, რომელიც ეტაპობრივად განხორციელდება და 2028 წლამდე გაგრძელდება. რეფორმის მთავარი მიზანია მოსახლეობაში დაავადებების ადრეული გამოვლენა და პრევენცია, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში მნიშვნელოვნად შეამცირებს სახელმწიფოს ფინანსურ დატვირთვას, გააუმჯობესებს ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხს.

მოქმედი ერთიანი, ფიქსირებული ანაზღაურების მოდელის ნაცვლად, რეფორმა ითვალისწინებს ასაკზე დაფუძნებული კაპიტაციის დანერგვას. ეს გულისხმობს, რომ სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებზე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები მიიღებენ დიფერენცირებულ დაფინანსებას, რაც შესაძლებლობას იძლევა დაფინანსება უფრო მეტად დაეყრდნოს მოსახლეობის რეალურ სამედიცინო საჭიროებებს.

რეფორმის მეორე მნიშვნელოვანი კომპონენტია შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების მოდელი (Performance-based financing). ის ეფუძნება მკაფიოდ განსაზღვრულ კლინიკურ ინდიკატორებს, როგორცაა:

- არტერიული წნევის რეგულარული მონიტორინგი ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში,
- მიკროალბუმინურიის ტესტის დანიშვნა თირკმლის ფუნქციის შესაფასებლად,
- ბავშვების სრულად იმუნიზაციის მაჩვენებელი წითელას, წითურასა და ყბაყურას საწინააღმდეგოდ.

დაწესებულებები, რომლებიც ინდიკატორებს დააკმაყოფილებენ, მიიღებენ დამატებით ფინანსურ წახალისებას. ინდიკატორების 30%-ზე ნაკლებ შესრულების შემთხვევაში კი, დაწესებულებებს შეუწყდებათ პირველადი ჯანდაცვის გეგმური ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებლის სტატუსი.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში, გეგმური ამბულატორიული სერვისების მომწოდებელ დაწესებულებებს ეკისრებათ რიგი სტრუქტურული, ტექნიკური და პროფესიული სტანდარტების დაკმაყოფილების ვალდებულება. მათ შორისაა:

- გაფართოებული გეგმური ამბულატორიული სერვისების პაკეტის მიწოდება, რაც მოიცავს ქრონიკული დაავადებების პრევენციასა და მართვას;
- თანამედროვე სამედიცინო აპარატურით აღჭურვა (მათ შორის, წნევის, შაქრის, წონის, სიმაღლის, სისხლისა და შარდის სწრაფი ტესტირების აპარატურა);
- ინფორმაციის მიწოდება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრალური სამედიცინო ჩანაწერების სისტემაში (C-EMR), რაც უზრუნველყოფს პაციენტთა ისტორიის ელექტრონულ მართვასა და ზედამხედველობას;
- სამედიცინო პერსონალის მონაწილეობა უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამებში, როგორც ექიმებისთვის, ისე ექთნებისთვის;
- ელექტრონული რეესტრების წარმოება ქრონიკული დაავადებების მართვისთვის – მათ შორის არტერიული ჰიპერტენზიისა და შაქრიანი დიაბეტისთვის;
- იმუნიზაციის მაღალი მოცვა: წითელა-წითურა-ყბაყურას მეორე დოზით და ჰექსავალენტური ვაქცინის მესამე დოზით აცრის მოცვა არანაკლებ 80%-ით;
- დაკომპლექტებული გუნდი – ოჯახის ექიმებისა და ექთნების განსაზღვრული რაოდენობა და მათი კვირაში მინიმუმ 40-საათიანი სამუშაო დრო.

დაწესებულებებმა 2025 წლის 1 ნოემბრამდე უნდა წარადგინონ განაცხადი ზემოაღნიშნული კრიტერიუმების დაკმაყოფილების შესახებ საქართველოს ჯანმრთელობის ეროვნულ სააგენტოში. სააგენტო განახორციელებს შეფასებას, რის საფუძველზეც 2026 წლის 1 მარტიდან მხოლოდ დადებითი შეფასების მქონე დაწესებულებები მიიღებენ მონაწილეობას განახლებული დაფინანსების მოდელში.

2026 წლის იანვრიდან ივნისის ჩათვლით ყველა მიმდინარე მიმწოდებელი ვალდებული იქნება უზრუნველყოს პაციენტების ხელახალი რეგისტრაცია გეოგრაფიული პრინციპით. 2028 წლის 1-ლი იანვრიდან, განახლებულ მოდელში სოფლის ექიმების სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებლებიაც ჩაერთვებიან.

მომავალში მოხდება მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული ინდიკატორების სისტემის გაძლიერება, რომელთაგან უმთავრესებია:

- ქრონიკული დაავადებების შედეგად 30–70 წლის ასაკში სიკვდილიანობის მაჩვენებელი,

- ტიპი 2 დიაბეტით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობა (100,000 მოსახლეზე),
- ონკოლოგიური და რესპირატორული დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებლები,
- ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ამბულატორიულად მართვადი დაავადებებისთვის,
- იმ პაციენტთა წილი, რომლებიც განიცდიან კატასტროფულ დანახარჯებს ჯანდაცვაზე,
- მოსახლეობის სკრინინგის მოცვა პრიორიტეტული დაავადებების მიმართ.

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა მნიშვნელოვან პარალელებს ავლენს ესტონეთის წარმატებულ მოდელთან, რომელმაც ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში შეძლო ძლიერი, შედეგებზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის შექმნა. ორივე ქვეყნის მიზანია — ქრონიკული დაავადებების პრევენცია, სამედიცინო სერვისების ხარისხის ამაღლება და ხარჯთეფექტური მენეჯმენტის უზრუნველყოფა.

ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი ხშირად განიხილება როგორც წარმატებული მაგალითი, განსაკუთრებით პოსტსაბჭოთა სივრცეში. ის ეფუძნება სოლიდარობისა და სოციალური დაზღვევის პრინციპებს, რაც უზრუნველყოფს სამართლიანობასა და ხელმისაწვდომობას.

ჩვენი ნაშრომის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმის შეფასება ესტონეთის მაგალითზე. ესტონეთის გამოცდილების ანალიზი იძლევა შესაძლებლობას გაანალიზდეს, თუ როგორ შეიძლება დაფინანსების მექანიზმების ცვლილება გამოიყენოს სახელმწიფომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის, ეფექტიანობისა და ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად.

აღნიშნული ინფორმაცია წარმოადგენს მნიშვნელოვან ანალიტიკურ რესურსს საქართველოსთვის, სადაც პოლიტიკის შემმუშავებლები უკვე მრავალი წელია ცდილობენ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებას სხვადასხვა რეფორმების გზით.

ესტონეთის შემთხვევა განსახილველად საინტერესოა როგორც წარმატებული, ეტაპობრივი და სტრატეგიულად გათვლილი ცვლილებების მაგალითი, რომელიც განსაკუთრებით ფასეულია იმ ქვეყნებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან გარდამავალ პერიოდში და ცდილობენ ჯანდაცვის სისტემის მოდერნიზებას.

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების ესტონეთის გამოცდილება

1990-იანი წლების დასაწყისში ესტონეთმა დაიწყო საკუთარი ჯანდაცვის სისტემის მიდგომების გადახედვა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება. მისი მიზანი იყო ოჯახის ექიმებზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოდელის შექმნა, რისთვისაც ესტონეთმა მაგალითად გამოიყენა ისეთი ქვეყნები, როგორებიცაა ფინეთი, დიდი ბრიტანეთი და ნიდერლანდები.

1991 წელს ესტონეთმა დაიწყო მოქმედი ექიმების გადამზადების კურსები და დაამკვიდრა საოჯახო მედიცინა როგორც კლინიკური სპეციალობა. შეიქმნა 3-წლიანი რეზიდენციის პროგრამა ოჯახის ექიმების მოსამზადებლად, რომელიც 2019 წელს 4 წლამდე გახანგრძლივდა. დამატებით, 2003 წლამდე პრაქტიკის ექიმებს საშუალება ჰქონდათ ჩაებარებინათ გადამზადების სპეციალური პროგრამა და მიეღოთ ოჯახის ექიმის სპეციალიზაცია (Kasekamp და სხვ., 2022).

პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი რეფორმის გარდამტეხი ეტაპი დაიწყო 1998 წელს, როდესაც ოჯახის ექიმთა საკმარისი რაოდენობა იყო გადამზადებული და მზად იყვნენ დამოუკიდებლად ემუშავათ ახალი რეგულაციების და დაფინანსების შესაბამისად. მას შემდეგ ეტაპობრივად გაგრძელდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება.

ესტონეთმა ჯგუფური პრაქტიკის წახალისების აუცილებლობა ხარისხის გასაუმჯობესებლად და ეფექტურობის გაზრდის მიზნით ჯერ კიდევ 2003 წელს აღიარა. 2009

წლიდან ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად ჩამოყალიბდა მრავალპროფილური პირველადი ჯანდაცვის სისტემაზე გადასვლა, რაც გულისხმობს მულტიდისციპლინური პირველადი ჯანდაცვის გუნდების შექმნას (Koppel და სხვ., 2003).

ესტონეთში წლების განმავლობაში მიმდინარეობდა პირველადი ჯანდაცვის ადამიანური რესურსების რეფორმა, რომლის მთავარი მიზანი იყო პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების ფინანსური სტიმულირება, რომ მათ მეტი პასუხისმგებლობა აეღოთ დიაგნოსტიკურ მომსახურებასა და მკურნალობაზე, უზრუნველყოთ სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა, გაეუმჯობესებინათ ხანდაზმულ პაციენტებზე ზრუნვა და ემუშავათ დაშორებულ რეგიონებში.

ამ რეფორმებს თან ახლდა იმის გაცნობიერება, რომ მცირე რაიონული საავადმყოფოები უნდა გარდაქმნილიყვნენ საზოგადოებრივ საავადმყოფოებად, რომლებიც ინტეგრირდებოდნენ პირველადი ჯანდაცვის ქსელის აუცილებელ ნაწილად. მიუხედავად იმისა, რომ ეს რეფორმები ეტაპობრივად ხორციელდებოდა, ისინი ტექნიკურად და პოლიტიკურად რთული იყო.

ოჯახის ექიმი - პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მეკარიბჭე

ესტონეთში პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა დაიწყო 1998 წელს. მისი მიზანი იყო ისეთ მოდელზე გადასვლა, სადაც მოსახლეობის პირველადი ჯანდაცვის საჭიროებების უმეტეს ნაწილს ოჯახის ექიმი უზრუნველყოფდა.

რეფორმის თანახმად, სტანდარტული ოჯახის ექიმის პრაქტიკა უნდა შემდგარიყო ოჯახის ექიმისა და ოჯახის ექთნისგან, რომლებიც ერთად იმუშავებდნენ. მოქალაქეები რეგისტრირდებოდნენ ოჯახის ექიმთან სარეგისტრაციო სიების სისტემით.

2001 წლის ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზაციის შესახებ კანონმა განსაზღვრა ოჯახის ექიმებისა და ოჯახის ექთნების პასუხისმგებლობები და დაადგინა ისინი როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში პირველი კონტაქტის წერტილი. ამ კანონით ოჯახის ექიმს წამყვანი როლი უკავია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. თითოეულ მოქალაქეს ჰყავს ოჯახის ექიმი, რომელიც არის სისტემის კარიბჭე, მომსახურების კოორდინატორი. პაციენტი უმეტეს სპეციალისტთან ვერ მოხვდება ოჯახის ექიმის გარეშე (გარდა გადაუდებელი შემთხვევებისა), რაც უზრუნველყოფს მიმართვიანობის მართვასა და რესურსების რაციონალურ განაწილებას. ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე სპეციალისტთან კონსულტაციის შემთხვევაში პაციენტმა სრულად უნდა გადაიხადოს მომსახურების ღირებულება საკუთარი ჯიბიდან.

თუმცა, პაციენტებს შეუძლიათ მიმართონ შემდეგ სპეციალისტებს ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე: ოფთალმოლოგი, დერმატოვენეროლოგი, გინეკოლოგი, ფსიქიატრი, სტომატოლოგი და პულმონოლოგი (ტუბერკულოზის შემთხვევაში), ასევე ნებისმიერი სპეციალისტი გადაუდებელი ტრავმის ან სხვა საგანგებო შემთხვევისას საავადმყოფოს გადაუდებელ განყოფილებაში.

ესტონეთის ეროვნული აუდიტის სამსახურმა აღნიშნა, რომ პაციენტები ხშირად გვერდს უვლიან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს და პირდაპირ მიდიან საავადმყოფოს გადაუდებელ განყოფილებებში: მათგან 40%-მა განაცხადა, რომ ოჯახის ექიმი ხელმისაწვდომი არ იყო, ხოლო 25%-მა აღნიშნა, რომ არ სურდა ოჯახის ექიმთან მისვლა სხვადასხვა მიზეზის გამო (NAO, 2019).

ოჯახის ექიმების სტატუსი

კანონი ასევე განსაზღვრავს ოჯახის ექიმების სტატუსს როგორც კერძო პრაქტიკოსებისა, რომლებიც კონტრაქტით არიან დაკავშირებულნი ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდთან. ოჯახის ექიმები გახდნენ ინდივიდუალური მეწარმეები (როგორც თვითდასაქმებულები) ან ოჯახის ექიმების საკუთრებაში არსებული კერძო კომპანიების დაქირავებული თანამშრომლები.

თუმცა, ოჯახის ექიმების კომპანიებს არ შეუძლიათ იყვნენ პარტნიორები ან აქციონერები იმ კომპანიებში, რომლებიც სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფენ. მაგალითად, თუ ოჯახის ექიმი არის მცირე კლინიკის მფლობელი ან თანამფლობელი, ამ კლინიკას არ შეუძლია ჰქონდეს კაპიტალური წილი (მფლობელობა, აქციები, პარტნიორობა) ისეთ კომპანიაში, რომელიც, ვთქვათ, გათავაზობთ კარდიოლოგიურ, ნევროლოგიურ ან ქირურგიულ მომსახურებას.

ასევე, სპეციალიზებული მომსახურების მომწოდებლებს ეკრძალებათ პირველადი ჯანდაცვის კომპანიების კაპიტალში მონაწილეობა. მაგალითად, თუ სპეციალისტი ექიმი ან სპეციალიზებული კლინიკა ფლობს სამედიცინო დაწესებულებას, მას არ შეუძლია გახდეს ოჯახის ექიმების კლინიკის მფლობელი ან ინვესტორი.

ეს რეგულაცია ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემაში მიზნად ისახავს პირველადი (ოჯახის ექიმების) და სპეციალიზებული (სპეციალისტების მიერ გაწეული) სამედიცინო მომსახურების მკაფიო დაყოფას როგორც მმართველობით, ისე ფინანსურ დონეზე. იგი დაწესებულია იმისათვის, რომ პირველადი ჯანდაცვა არ მოექცეს სპეციალიზებული მედიცინის გავლენის ქვეშ და შეინარჩუნოს დამოუკიდებლობა. ასევე, თავი აარიდოს ინტერესთა კონფლიქტს: მაგალითად, არ მოხდეს სპეციალისტებზე გადამისამართება მხოლოდ იმ მიზეზით, რომ ოჯახის ექიმს ეკონომიკური სარგებელი აქვს ამ კლინიკაში. ეს წესი უზრუნველყოფს, რომ ოჯახის ექიმები პაციენტის საჭიროებებზე იყვნენ ორიენტირებულნი და არა კერძო კლინიკების მოგებაზე.

2003 წლამდე პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზებაზე პასუხისმგებელი იყვნენ რეგიონული ხელისუფლებები, რის შემდეგაც ეს ფუნქცია გადაეცა ჯანმრთელობის საბჭოს (Health Board). 2008 წლიდან ადგილობრივ თვითმმართველობებს მიეცათ უფლება, იყვნენ პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის პარტნიორები და აქციონერები. 2022 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზებაზე პასუხისმგებელია ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი. 2022 წლისთვის მხოლოდ <1%-ს ჰქონდა მუნიციპალური მფლობელობა.

ოჯახის ექიმებს, რომელთაც ჰყავთ პაციენტთა სია, უნდა ჰქონდეთ კონტრაქტი ესტონეთის ჯანდაცვის დაზღვევის ფონდთან. არსებობს სხვადასხვა ტიპის კონტრაქტები ჯგუფური და ინდივიდუალური პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკისთვის.

თითოეულ ოჯახს ექიმს გააჩნია თავისი მომსახურების არეალი (როგორც წესი, ეს ადგილობრივი თვითმმართველობის ტერიტორიაა). დადგინდა ერთ ოჯახის ექიმთან რეგისტრაციისათვის საჭირო მოსახლეობის რაოდენობა. ზოგადად, თითოეული ოჯახის ექიმის სარეგისტრაციო სიაში უნდა ყოფილიყო 1,200-დან 2,000-მდე პაციენტი, საშუალოდ კი დაახლოებით 1,600 დაზღვეული. გამონაკლისს წარმოადგენდნენ შორეული რაიონები და მცირე კუნძულები. გამოთვლილ იქნა, რომ ქვეყნის მასტაბით პირველადი სამედიცინო მომსახურებისათვის საკმარისი იყო 808 ოჯახის ექიმი. 2022 წელს ესტონეთში რეგისტრირებული იყო 749 ოჯახის ექიმის პრაქტიკის სია. 2022 წლის დეკემბრის მონაცემებით, საშუალო სია მოიცავდა დაახლოებით 1728 პირს.

2022 წლიდან სოციალური საქმეთა სამინისტრომ გაზარდა სუბსიდიები იმ ექიმებისთვის, რომლებიც მოღვაწეობას იწყებენ დაშორებულ რეგიონებში, და ასევე გაამარტივა პაციენტთა სიის მიღების პროცედურები.

პაციენტებს აქვთ უფლება ნებისმიერ დროს შეცვალონ ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმს შეუძლია უარი თქვას ახალი პაციენტის მიღებაზე მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი პაციენტთა სია აჭარბებს 2000 ადამიანს ან თუ პაციენტი არ ცხოვრობს ექიმის მომსახურების ზონაში. მიუხედავად ამისა, ოჯახის ექიმს შეუძლია მიიღოს პაციენტი, თუკი მისი ოჯახის რომელიმე წევრი უკვე დარეგისტრირებულია ამ ექიმთან.

ყველა ესტონელი ახალშობილი ავტომატურად ირიცხება დედის ოჯახის ექიმის სიაში. თუმცა, 2019 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, ჯანმრთელობის საბჭომ, ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდმა და ოჯახის ექიმთა ასოციაციამ

ხელი მოაწერეს კეთილი ნების შეთანხმებას, რომლის მიხედვითაც ოჯახის ექიმის ოპტიმალურ პაციენტთა რაოდენობად განისაზღვრა 1600 ადამიანი. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ ოჯახის ექიმების სამუშაო ტვირთი გაიზარდა (Family Physicians Association, 2019). შედეგად, ბევრმა ოჯახის ექიმმა დაიწყო ახალი პაციენტების მიღებაზე უარის თქმა ამ შეთანხმების მითითებით, რაც ახალ პაციენტებს ართულებს ოჯახის ექიმის მოძიებას.

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრები

2014 წელს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მოდელი ოფიციალურად იქნა აღიარებული. დღეისათვის ესტონეთში არსებობს 59 პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრი, რომელშიც დასაქმებულია 341 პრაქტიკის მქონე ოჯახის ექიმი. ოჯახის ექიმების გაერთიანება ჯგუფურ პრაქტიკებში ან გაფართოებული სერვისების მქონე ჯგუფურ პრაქტიკის ცენტრებში წარმოადგენს ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ პრიორიტეტს. თუმცა, ფინანსური წახალისების მიუხედავად, ბევრი ესტონელი ექიმი კვლავ ამჯობინებს ინდივიდუალურ პრაქტიკას, რაც ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებისთვის.

ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებში ემსახურებიან იმ ადამიანების 45%-ს, რომლებიც დარეგისტრირებულნი არიან ოჯახის ექიმის სიებში. მხოლოდ ამ ტიპის ცენტრებშია სავალდებულო ფიზიოთერაპიის, ბეზიაქალისა და შინმოვლის სერვისების მიწოდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. 2022 წელს ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებიდან 30%-ს ჰყავდა დასაქმებული ფიზიოთერაპევტი, 33%-ს – შინმოვლის მედდა და 56%-ს – ბეზიაქალი.

ევროკავშირის როლი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების განვითარებაში

2020 წელს მიღებულ იქნა ესტონეთის ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების გეგმა, რომელიც გამოყენებულ იქნა როგორც საფუძველი ევროკავშირის სტრუქტურული ფონდებიდან დაფინანსების მისაღებად, რათა პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ინფრასტრუქტურაში განხორციელებულიყო ინვესტიცია.

ეს ინვესტიციები უკიდურესად საჭირო იყო, რადგან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერთა ინფრასტრუქტურა მოძველებული იყო და წარმოადგენდა ერთ-ერთ მთავარ ბარიერს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გაფართოების გზაზე, ჯგუფური პრაქტიკის დანერგვის პროცესში და მრავალპროფილური გუნდების ჩამოყალიბების მიმართულებით.

ევროკავშირის სტრუქტურული ფონდებიდან პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების მშენებლობის ან განახლებისთვის გრანტებზე წვდომის უფლებამოსილების მისაღებად საჭირო იყო მინიმუმ სამი ოჯახის ექიმისგან შემდგარი ჯგუფები სოფლად ან მინიმუმ ექვსი ოჯახის ექიმისგან შემდგარი ჯგუფები ქალაქად. ჯანდაცვის სამინისტრომ ეს მიდგომა გამოიყენა იმისთვის, რომ წახალისებინა მცირე, ფრაგმენტული და არამდგრადი პრაქტიკების გაერთიანება.

მულტიდისციპლინური გუნდების განვითარების ხელშეწყობის მიზნით, ინვესტიციისთვის უფლებამოსილ ცენტრებს აუცილებლად უნდა მიეწოდებინათ ბეზიაქალის მომსახურება, შინ მოვლა და ფიზიოთერაპიული სერვისები.

ოჯახის ექთნების როლის გაძლიერება პირველადი ჯანდაცვის გუნდებში

ეტაპობრივმა რეფორმებმა დროთა განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ოჯახის ექთნების როლი და მოვალეობები პირველადი ჯანდაცვის გუნდებში.

ექთნები პასუხისმგებელნი არიან ქრონიკულად ავადმყოფების, ორსული ქალებისა და ჯანმრთელი ახალშობილების მეთვალყურეობაზე, ავადმყოფობისას შვებულების ფურცლების გაცემაზე და გარკვეული მედიკამენტების დანიშვნაზე (სათანადო ტრენინგის გავლის შემთხვევაში). ამან მნიშვნელოვნად გაზარდა მოთხოვნა კვალიფიციურ ოჯახის ექთნებზე.

ამასთან ერთად, გაიზარდა დისტანციური კონსულტაციების რაოდენობაც — ექთნები ხშირად უწევენ პაციენტებს კონსულტაციას ტელეფონით ან ელექტრონული ფოსტით.

მიუხედავად კვალიფიციური ოჯახის ექთნების მნიშვნელოვანი დეფიციტისა, დღეისათვის ესტონეთში თითოეულ ოჯახის ექიმს ჰყავს მინიმუმ ერთი ექთანი თავის გუნდში. რეფორმის ადრეულ ეტაპებზე ხშირად არ სრულდებოდა კრიტერიუმი, რომლის მიხედვითაც ყველა ოჯახის ექიმს უნდა ჰყოლოდა სრული განაკვეთით მომუშავე ერთი ოჯახის ექთანი მაინც. ამიტომ შემუშავდა ფინანსური წახალისების მექანიზმი: იმ პროვაიდერებს, რომლებსაც არ ჰყავდათ სრული განაკვეთით მომუშავე ექთანი, კაპიტაციის ანაზღაურების 80% გადაუხადეს. ეს მოთხოვნა დღესაც ძალაშია.

2013 წლიდან ამოქმედდა ძლიერი ფინანსური წახალისება პრაქტიკის სიაში მეორე ექთნის დასაქმებისთვის. შედეგად, 2021 წლისთვის ოჯახის ექიმების 79%-ს უკვე ჰყავდა მეორე ექთანი. თუმცა, მეორე ექთნის დასასაქმებლად პირველადი ჯანდაცვის გუნდებმა უნდა დააკმაყოფილონ სამუშაო სივრცის გარკვეული მოთხოვნები.

2021 წლიდან ჯგუფურ პრაქტიკებს შესაძლებლობა აქვთ მიიღონ დამატებითი დაფინანსება მესამე ექთნის ან სხვა დამხმარე მედიკოსის დასაქმებისთვის (მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთანი ან კლინიკური ფსიქოლოგი). პროვაიდერები თავად წყვეტენ, რომელი სპეციალისტის დამატება არის მათთვის ყველაზე საჭირო.

პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების რეგულირება

ესტონეთში ჯანდაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს მინიმალურ სტანდარტებს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ოთახებისა და აღჭურვილობისთვის, ასევე ოჯახის ექიმის მომსახურების მოცულობას, რაც განსაზღვრულია მისი კონტრაქტით ესტონეთის ჯანდაცვის დაზღვევის ფონდთან. დროთა განმავლობაში ოჯახის ექიმების მიერ გაწეული მომსახურების მოცულობა გაიზარდა, რასაც ხელი შეუწყო ფინანსურმა სტიმულებმა.

ჯანდაცვისა და სოციალური საქმეთა სამინისტრო, ჯანმრთელობის საბჭო და ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდი აკონტროლებენ პირველადი ჯანდაცვის ხარისხსა და ხელმისაწვდომობას. პრაქტიკის მიმღები ოფისი უნდა იყოს ღია სამუშაო დღეებში მინიმუმ 8 საათის განმავლობაში, საიდანაც ერთი დღე უნდა გაგრძელდეს მინიმუმ 18:00 საათამდე. პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრები კი ვალდებული არიან იყვნენ ღია ყოველდღე 08:00–დან 18:00 საათამდე.

ოჯახის ექიმებსა და ექთნებს კვირაში მინიმუმ 20 საათი უნდა ჰქონდეთ გამოყოფილი პაციენტებთან ვიზიტებისთვის. ოჯახის ექიმი ვალდებულია, მწვავე მდგომარეობის შემთხვევაში პაციენტი იმავე დღეს მიიღოს, ხოლო არასასწრაფო შემთხვევებში – ხუთ სამუშაო დღეში.

2018 წელს პროვაიდერების 99%-მა დააკმაყოფილა მოთხოვნები მწვავე შემთხვევებზე, ხოლო 98%-მა – არასასწრაფო შემთხვევებზე მომსახურების მიწოდებაში (EHIF, 2018). თუმცა 2019 წლიდან ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდმა შეწყვიტა ოჯახის ექიმებთან ლოდინის დროის მონიტორინგი.

2005 წლიდან ესტონეთში მოქმედებს ოჯახის ექიმის ცხელი ხაზი, რომელიც მოქალაქეებს 24-საათიან რეჟიმში სთავაზობს პირველადი ჯანდაცვის კონსულტაციებს. ცხელი ხაზი შექმნილია იმისთვის, რომ მოქალაქეებმა მიიღონ სამედიცინო რჩევა მაშინ, როცა ოჯახის ექიმის კაბინეტები დახურულია, და ამავდროულად, შემცირდეს გადაუდებელი დახმარების სამსახურებზე და სასწრაფო დახმარებაზე დატვირთვა. აღნიშნული სერვისი ხელმისაწვდომია ყველასთვის, მიუხედავად დაზღვევის ან რეზიდენციის სტატუსისა.

ცხელი ხაზის გამოყენება გაიზარდა: 2005 წელს საშუალოდ დღეში 380 ზარი მიიღებოდა, ხოლო 2021 წელს ეს მაჩვენებელი 1 400 ზარს გაუტოლდა (EHIF, 2021b). ცხელი ხაზის მომხმარებელთა წილი გაიზარდა 4%-დან (2006) 32%-მდე (2021) (Kantar EMOR, 2022). COVID-19-ის პანდემიის პერიოდში ცხელი ხაზი ყველაზე აქტიურად გამოიყენებოდა. იმ პერიოდში ცხელი

ხაზის მედპერსონალს შესაძლებლობა ჰქონდა, პაციენტის სურვილის შემთხვევაში, ესტონეთის ჯანდაცვის ელექტრონული სისტემიდან მიეღო წვდომა პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებზე. ამან შესაძლებელი გახადა, რომ მომხმარებლებს შაბათ-კვირას და დღესასწაულებზე წამლების რეცეპტები გაეგრძელებინათ. ასევე, ცხელი ხაზი იძლეოდა COVID-19 ტესტირებაზე მიმართვის საშუალებას.

დაფინანსების სისტემა

ჯანდაცვის სექტორის ძირითადი დამფინანსებელია ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი (Estonian Health Insurance Fund). ფონდის ბიუჯეტის 90%-ზე მეტი მოდის სავალდებულო სოციალური გადასახადებიდან. დაზღვევის შენატანი (13%) იკრიბება შრომითი შემოსავლებიდან, რომელსაც იხდის დამსაქმებელი დასაქმებულის სახელით. უმუშევარი ან არამუშაობისუნარიანი ჯგუფების (ბავშვები, პენსიონერები, სტუდენტები და სხვ.) დაფინანსება ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდში ტრანსფერების გზით.

ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა გამორჩეულია თავისი ეფექტიანობით, გამჭვირვალობითა და შედეგებზე ორიენტირებული მიდგომით (Habicht და სხვ., 2022). პირველადი ჯანდაცვა ფინანსდება ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის ბიუჯეტიდან.

ესტონეთის ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდს პირდაპირი კონტრაქტები აქვს გაფორმებული პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან. დროთა განმავლობაში, პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტი გადაკეთდა უფრო კომპლექსურ და შერეულ გადახდის მოდელად.

1998 წელს დანერგილი მარტივი გადახდის სისტემა მოიცავდა ხუთ კომპონენტს:

- ასაკობრივად შეწონილი კაპიტაციის საფასური თითოეული რეგისტრირებული დაზღვეული პირისთვის თვეში;
- შესრულებულ მომსახურებაზე დაფუძნებული გადახდები (fee-for-service);
- ყოველთვიური საბაზისო დანამატი;
- შორეულ უბნებში (დისტანციური მუშაობის) კომპენსაცია;
- საოჯახო მედიცინის ტრენინგის დასრულებისთვის გაცემული ერთჯერადი ბონუსი;

ზემოთ ჩამოთვლილი ხუთი კომპონენტის გარდა, 2022 წლისთვის ოჯახის ექიმებს დაემატათ დამატებითი წახალისების სისტემები, მათ შორის:

- ხარისხზე დაფუძნებული ანაზღაურება;
- არასამუშაო საათებში მომსახურების ანაზღაურება;
- გუნდის გაფართოების შემთხვევაში (მაგალითად, ექთნების ან სხვა სპეციალისტების დამატება)

ამგვარად, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ეფუძნება შერეულ მოდელს, რომელიც აერთიანებს კაპიტაციას, შედეგებზე დაფინანსებას, და მომსახურებაზე დაფუძნებულ ანაზღაურებას.

ძირითადი მეთოდია სულადობრივი (კაპიტაციის) დაფინანსება – ოჯახის ექიმი იღებს ფიქსირებულ ყოველთვიურ თანხას თითო პაციენტზე, რაც დამოკიდებულია ასაკზე და რეგისტრირებულ პაციენტთა რაოდენობაზე (დაფინანსება არ არის დაკავშირებული ვიზიტების რაოდენობასთან). მაგალითად: თუ ექიმს ჰყავს 1 728 პაციენტი (რაც ესტონეთში საშუალოა), და თითო პაციენტზე თვეში იგეგმება 6.24 ევრო, მაშინ კაპიტაციის შემოსავალი შეადგენს დაახლოებით 10 780 ევროს.

კაპიტაციის თანხა განსხვავდება პაციენტის ასაკის მიხედვით. გამოიყენება კაპიტაციის ხუთი ჯგუფი: 3 წლამდე ასაკის პაციენტები, 3-6 წლის, 7-49 წლის, 50-69 წლის და 70 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები. უმაღლესი ტარიფი ვრცელდება ბავშვებზე (0-3 წელი) და ხანდაზმულებზე. საშუალო ტარიფი – 3-69 წლის მოსახლეობაზე.

კაპიტალის დაფინანსება არის ოჯახის ექიმის ძირითადი და სტაბილური შემოსავალი, და განაპირობებს პაციენტის მოზიდვის მოტივაციას. მისი მიზანია წახალისოს დარეგისტრირებული მოსახლეობის მართვა და უწყვეტი მეთვალყურეობა. ასევე, არ მოხდეს მხოლოდ ვიზიტებზე ორიენტირება, არამედ პაციენტის ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

გარდა კაპიტალისა, სადაზღვევო ფონდი დამატებით ანაზღაურებს ზოგიერთი კონკრეტული მომსახურების საფასურს:

- პრევენციული პროგრამების განხორციელება (მაგ. ვაქცინაცია, სკრინინგი),
- ქრონიკული დაავადებების მართვა (მაგ. ჰიპერტენზიის ან დიაბეტის რეგულარული კონტროლი),
- ბავშვთა ჯანმრთელობის შემოწმება კონკრეტულ ასაკობრივ ეტაპებზე.
- სატელეფონო ან დისტანციური კონსულტაციები,
- დიაგნოსტიკური კვლევები,
- სამუშაო დღის მიღმა მომსახურება.

დამატებითი ანაზღაურება დამოკიდებულია შედეგებზე (Pay-for-Performance, P4P). ეს არის ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი, რომელიც აჯილდოებს ოჯახის ექიმებს წინასწარ განსაზღვრული დასახული შედეგების ან ხარისხის მაჩვენებლების შესრულებისთვის. ანაზღაურება დამოკიდებულია:

- ქრონიკული დაავადებების მართვაზე
- ვაქცინაციის მაჩვენებლებზე,
- პრევენციულ შემოწმებებზე (მაგ. კიბოს სკრინინგი),
- ანგარიშების სიზუსტეზე.

ეს ნიშნავს ოჯახის ექიმები დამატებით იღებენ ანაზღაურებას, თუ:

- მათი პაციენტები დროულად გადიან სკრინინგსა და პრევენციულ კვლევებს (მაგ., იმუნოზაცია, PAP ტესტი, ჰიპერტენზიის მონიტორინგი);
- მკურნალობის შედეგები გაუმჯობესებულია (მაგ., დიაბეტის ან ასთმის უკეთესი კონტროლი),
- აკმაყოფილებენ ჯანმრთელობის დაზღვევის მიერ დადგენილ ხარისხობრივ სტანდარტებს.

ესტონეთში შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება ერთ-ერთია იმ ფინანსური სტიმულების შორის, რომლებიც გამოიყენება ოჯახის ექიმების მუშაობის გაუმჯობესებისთვის. ეს სტიმულები შეიძლება იყოს:

- დამატებითი ბონუსები ხარისხობრივი ინდიკატორების მიღწევისთვის;
- დამატებითი დაფინანსება გუნდის გაფართოებისთვის (მეორე ექთან, ფსიქოლოგი);
- მოტივაცია შორეულ რეგიონებში მუშაობისთვის.

შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების დადებითი მხარეებია:

- ხელს უწყობს ხარისხის გაუმჯობესებას და მოსახლეობის საჭიროებებზე მორგებულ მომსახურებას.
- აქცენტს აკეთებს პრევენციასა და შედეგებზე, და არა მხოლოდ პროცედურების რაოდენობაზე;
- უწყობს ხელს გუნდურ მუშაობას და პაციენტის საჭიროებებზე ფოკუსირებას.

თუმცა, ხარისხის გაზომვა ყოველთვის არ არის მარტივი ან ობიექტური. რისკია, რომ ექიმებმა დაფინანსების მისაღებად მიაქციონ ყურადღება მხოლოდ გაზომვად ინდიკატორებს, ხოლო სხვა მნიშვნელოვანი ასპექტები უყურადღებოდ დარჩეს. გარდა ამისა, საჭიროებს სანდო და ეფექტურ მონიტორინგის სისტემას.

ოჯახის ექიმს ეძლევა საბაზისო ყოველთვიური სუბსიდია, რომელიც ფარავს ისეთი ხარჯებს, როგორცაა: პრაქტიკის შენობის შენახვა, სამედიცინო აპარატურა, პროფესიული

მომზადება და საინფორმაციო ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული ხარჯები (მაგ., პროგრამული უზრუნველყოფა).

მაღალი საბაზისო სუბსიდია გაიცემა პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრებზე, რათა დაფაროს უფრო დიდი შენობების ხარჯები, ინფორმაციული ტექნოლოგიების განვითარების ხარჯები და პრაქტიკის მენეჯერის ხელფასი. საბაზისო სუბსიდიის ოდენობა დამოკიდებულია ჯგუფურ პრაქტიკაში დაფუძნებული კონტრაქტირებული ოჯახის ექიმების საერთო რაოდენობაზე. რაც უფრო დიდია პრაქტიკა, მით ნაკლებია ერთ ექიმზე გადახდილი თანხა, რადგან ერთობლივი სივრცისა და აღჭურვილობის გაზიარებით შესაძლებელია ხარჯების შემცირება, ანუ ეფექტიანობის გაზრდა.

დისტანციური სუბსიდია გაიცემა მათთვის, ვინც მუშაობს შორეულ ან ხელმიუწვდომელ ტერიტორიებზე. იმის გამო, რომ ასეთი რეგიონებისთვის ექიმების მოძიება რთულია, 2020 წელს დისტანციური სუბსიდია მნიშვნელოვნად გაიზარდა და გაფართოვდა იმ მიმწოდებლების სია, რომლებსაც ეს შემწეობა ეკუთვნით — იგი ახლა ეძლევათ ყველა იმ მიმწოდებელს, რომელიც მუშაობს ტალინისა და ტარტუს (ესტონეთის ორი უდიდესი ქალაქი) გარეთ და მათ მეზობელ მუნიციპალიტეტებში.

2013 წლიდან არსებობს დამატებითი ფინანსური სტიმული იმ ოჯახის ექიმებისთვის, რომლებიც მეორე ექთანს ასაქმებენ. 2021 წლიდან კი პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფურ პრაქტიკებს შეუძლიათ დამატებით აიყვანონ მეორე ექთანი ან სხვა სამედიცინო დამხმარე პერსონალი (მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთანი ან კლინიკური ფსიქოლოგი). თუმცა, ამ დამატებითი ანაზღაურების მისაღებად პროვაიდერები უნდა აკმაყოფილებდნენ გარკვეულ კრიტერიუმებს, როგორცაა: ექთნისთვის გამოყოფილი ვიზიტის დროები და დამატებითი ოთახების მოთხოვნები.

ოჯახის ექიმების დაფინანსების წყაროები პროცენტულად შემდეგი ნაწილებისგან შედგება: ოჯახის ექიმების შემოსავლის უდიდესი ნაწილი (46%) მოდის კაპიტაციის სისტემიდან, რაც ნიშნავს, რომ ექიმი ფიქსირებულ თანხას იღებს თითოეულ რეგისტრირებულ პაციენტზე. დამატებითი დაფინანსება მოიცავს შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურებას და შეადგენს 24%-ს. შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსება (Pay-for-Performance, P4P) შეადგენს 3%-ს. ოჯახის ექიმების დაფინანსების 27% მოდის შემდეგ სახეობზე: ოთახის ქირის დასაფარად საბაზისო დაფინანსება, მეორე ექთნის დაფინანსება, დისტანციურ და სამუშაო საათების შემდეგ მომსახურებაზე დაფინანსება.

2023 წელს პრაქტიკის თითოეული სიის საშუალო ყოველთვიური შემოსავალი კაპიტაციის მიხედვით შეადგენდა დაახლოებით 10 780 ევროს, ხოლო საბაზო დანამატი – 2 382 ევროს. საბაზო დანამატი არის ფიქსირებული თანხა, რომელსაც სახელმწიფო ან ესტონეთის ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდი გადაუხდის თითოეულ პრაქტიკულ ერთეულს (ოჯახის ექიმს ან კლინიკას), დამატებითი ხარჯების დასაფარავად, როგორცაა: სივრცის (ინფრასტრუქტურის) მართვა, ტექნიკის შენახვა, ძირითადი საქმიანობის მხარდაჭერა. ამგვარად, ესტონეთის ოჯახის ექიმს 2023 წელს თვეში საშუალოდ ჰქონდა შემოსავალი: 10 780 ევრო კაპიტაციის ფორმით და 2 382 ევრო საბაზო დანამატის სახით, მთლიანობაში: დაახლოებით 13 162 ევრო თვეში თითო პრაქტიკულ სიაზე. აღსანიშნავია, რომ ეს თანხები არ წარმოადგენს ექიმის პირად ხელფასს — ისინი მოიცავს გუნდის შენახვის, აღჭურვილობის და სხვა საოპერაციო ხარჯებსაც.

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრის კონტრაქტი გათვალისწინებული მეანობის მომსახურება ფინანსდება მომსახურების ერთეულის მიხედვით (fee-for-service), ლიმიტის გარეშე, მათ შორის შედის ლაბორატორიული ანალიზებიც. ფიზიოთერაპიული სერვისები პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფურ პრაქტიკებში ანაზღაურდება ასევე მომსახურების ერთეულის მიხედვით, მაგრამ ლიმიტით — საერთო კაპიტაციის 10%-მდე.

პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფური პრაქტიკის ცენტრები ასევე იღებენ დაფინანსებას შინმოვლის სერვისებისთვის მომსახურების ერთეულის საფუძველზე, ლიმიტის გარეშე.

პროვაიდერებს აქვთ არჩევანი — თავად დაასაქმონ ფიზიოთერაპევტი, ბებიქალი ან ექთანი, ან ითანამშრომლონ სხვა მომსახურების მიმწოდებელთან.

ოჯახის ექიმებს შეუძლიათ მიიღონ დამატებითი კაპიტაციის გადახდები, მაქსიმუმ 41%-მდე, იმ შემთხვევაში, თუ ისინი კარგად ასრულებენ სამუშაოს ხარისხის კონტროლის სტანდარტების შესაბამისად. ოჯახის ექიმებისთვის, რომლებიც ვერ აკმაყოფილებენ ხარისხის მიზნებს, მაქსიმალური ტარიფი 39%-ია. ეს დიფერენცირებული ტარიფები მიზნად ისახავს ოჯახის ექიმებისთვის სტიმულის მიცემას, რათა მიაღწიონ კარგ შედეგებს და ხელი შეუწყონ მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. არსებობს დამატებითი თერაპიული ფონდი, რომლის ლიმიტიც კაპიტაციის განაკვეთის 10%-ია, და აქტივობების ფონდი ლიმიტის გარეშე (ესენია ზემოთ ხსენებული ბებიქალისა და ფიზიოთერაპიის მომსახურება). მომსახურების საფასურის საფუძველზე დაფინანსებული სერვისების სია თანდათან ფართოვდება.

2014 წლიდან პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს ასევე შეუძლიათ მიიღონ დაფინანსება ზეგანაკვეთური, სამუშაო საათების მიღმა გაწეული ვიზიტებისთვის (08:00 საათამდე ან 18:00 საათის შემდეგ). თუმცა, ამ სახის დაფინანსების მოთხოვნისთვის არსებული ბიუროკრატიული სირთულეების გამო, პროვაიდერები მას იშვიათად იყენებენ.

პირველადი ჯანდაცვისთვის ხარისხის მართვის სისტემა 2006 წლიდან მოქმედებს. მისი მიზანია პრევენციული მომსახურების ხარისხისა და ეფექტურობის გაუმჯობესება და ქრონიკული დაავადებების მონიტორინგი. 2021 წელს, ამ სისტემაზე მოდიოდა პირველადი ჯანდაცვის ბიუჯეტის დაახლოებით 3%. კვლევებმა აჩვენა, რომ ხარისხზე დაფუძნებული სისტემა სტიმულს აძლევს პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებს, მოახდინონ ქრონიკული დაავადებების ადრეული გამოვლენა და უზრუნველყონ ბავშვების გეგმიური იმუნიზაცია. აღნიშნული მექანიზმი მიზნად ისახავს პრევენციული მომსახურებების გაძლიერებასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესებას (Merilind, 2016).

პირველადი ჯანდაცვისთვის ხარისხის მართვის სისტემა მოიცავს ოთხ სფეროს: დაავადებათა პრევენციას, ქრონიკული დაავადებების მართვას, დამატებით აქტივობებს და სკრინინგის პროგრამებში ჩართულობას. ეს არის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდისა და ესტონეთის ოჯახის ექიმების ასოციაციის ერთობლივი ინიციატივა. 2020 წელს, პირველადი ჯანდაცვის ექიმების 65%-მა მიიღო ბონუს გადახდა ამ სისტემით. ხარისხის მართვის სისტემა ხაზს უსვამს კლინიკური გაიდლაინებისა და შესრულების მონიტორინგის მნიშვნელობას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე (Kasekamp, Habicht & Kalda, 2022). 2016 წელს QBS-ში შემოიღეს ცალკე გადახდა აკრედიტებული პროვაიდერებისთვის. აკრედიტაციის პროცესს ხელმძღვანელობს ესტონეთის ოჯახის ექიმების ასოციაცია.

ელექტრონული ჯანდაცვის როლი ფინანსურ მართვაში

ესტონეთი ერთ-ერთი მოწინავე ქვეყანაა ელექტრონული ჯანდაცვის დანერგვაში. მოქალაქეების ყველა სამედიცინო მონაცემი ხელმისაწვდომია ელექტრონულ ჯანდაცვის სისტემაში. რეცეპტები, მიმართვები, კვლევების პასუხები და ისტორია მარტივად ხელმისაწვდომია როგორც ექიმებისთვის, ისე პაციენტებისთვის. ამან მნიშვნელოვნად გაზარდა მომსახურების ეფექტიანობა და შეამცირა ადმინისტრაციული დანახარჯები.

ყველა ანგარიშგება და რეფერალი ხდება ელექტრონულ ფორმატში, რაც გამორიცხავს დუბლირებულ მომსახურებას, ამცირებს არამიზნობრივ ხარჯვას და აძლიერებს კონტროლს მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე.

ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი ანაზღაურებს პროვაიდერებს ელექტრონული კონსულტაციების შესრულებისთვის, როცა ოჯახის ექიმი სხვა სპეციალისტებთან კონსულტაციებს ატარებენ ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემის მეშვეობით პაციენტის სპეციალისტთან გაგზავნის გარეშე. ასეთი ელექტრონული კონსულტაციები თავდაპირველად დაინერგა ოჯახის ექიმების დასახმარებლად, რათა მათ მეტი პასუხისმგებლობა აეღოთ

პაციენტის მოვლაზე და გაუმჯობესებინათ თანამშრომლობა სპეციალიზებული მომსახურების მიმწოდებლებთან.

მიუხედავად იმისა, რომ ელექტრონული კონსულტაციები ოჯახის ექიმებისთვის ხელმისაწვდომია 2013 წლიდან, 2021 წელს მხოლოდ 424 ოჯახის ექიმმა განახორციელა 51 076 ელექტრონული კონსულტაცია, რაც შეადგენს სპეციალისტთან ამბულატორიულ კონტაქტთან მხოლოდ 1%-ს (Kasekamp და სხვ., 2023).

პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი ძლიერი და სუსტი მხარეები

ესტონეთის მოსახლეობა გამოხატავს მაღალი ხარისხის კმაყოფილებას ოჯახის ექიმებისგან მიღებული მომსახურებით. 2000 წელს 85%-მა გამოხატა კმაყოფილება, ხოლო 2021 წელს – 83%-მა. ათიდან რვა ესტონელი დარწმუნებულია, რომ მათი ოჯახის ექიმი უმეტეს სამედიცინო საჭიროებას გაუმკლავდება (Kantar EMOR, 2022). აღნიშნული მიუთითებს პაციენტსა და პროვაიდერს შორის დადებით ურთიერთობაზე. რეგულაციების მყარი ჩარჩოები უზრუნველყოფს ოჯახის ექიმებისა და ექთნების მიერ გაწეული მომსახურების სტანდარტს, რაც მოიცავს როგორც წვდომის კრიტერიუმებს, ისე ინფრასტრუქტურისა და აღჭურვილობის მინიმალურ სტანდარტებს. წლების განმავლობაში ოჯახის ექიმების მომსახურების სპექტრი თანდათან გაფართოვდა. პირველადი ჯანდაცვის სერვისების გამოყენება მუდმივად იზრდება. გადადგმულია ნაბიჯები მრავალპროფილური გუნდის ფორმირების მიმართულებით, ხოლო ექთნების როლი მნიშვნელოვნად გაძლიერდა.

მიუხედავად ძლიერი მხარეებისა, ესტონეთის პირველადი ჯანდაცვის სისტემას აქვს სუსტი მხარეები. პირველადი ჯანდაცვის ბევრი პროვაიდერი ამჯობინებს ინდივიდუალურად მუშაობას ჯგუფური პრაქტიკის ნაცვლად, რაც შესაძლოა ნაკლებად ეფექტიანი იყოს. გაფართოებულ პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე (მაგალითად, ბებიაქალის მომსახურება, ფიზიოთერაპია, შინმოვლის სერვისები) წვდომა კვლავ შეზღუდულია. მწვავე პრობლემას წარმოადგენს ოჯახის ექიმებისა და მედების დეფიციტი, განსაკუთრებით შორეულ და სოფლად მდებარე ტერიტორიებზე.

დასკვნა

ამრიგად, საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმა წარმოადგენს სტრატეგიულ ნაბიჯს, რომელიც ეფუძნება ევროპულ, მათ შორის ესტონეთის წარმატებულ გამოცდილებას. ესტონეთის მოდელი ნათლად აჩვენებს, რომ ეფექტიანად სტრუქტურირებული და ხარისხზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა ზრდის სისტემის ეფექტიანობას, ამცირებს ჰოსპიტალიზაციასა და დანახარჯებს, და მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედეგებს. რეფორმის ფარგლებში საქართველოში შედეგებზე დაფუძნებული დაფინანსების, ასაკ-სპეციფიკური კაპიტაციისა და ხარისხის ინდიკატორების დანერგვა წარმოადგენს ევროპული მიდგომების ადაპტაციის მცდელობას, რაც, სათანადო განხორციელების შემთხვევაში, გაზრდის ჯანდაცვის სისტემის ხარისხს, სამართლიანობასა და მდგრადობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

- ასრათაშვილი ა., მინდიაშვილი ს., წიქორიძე თ., ქაფიანიძე შ. (2019). პირველადი ჯანდაცვის ექთნების როლი გულის უკმარისობის პაციენტების ინფორმირებულობის ამაღლებაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 1, 29–34.
- ვერულავა თ, აბაშიძე გ. (2024). პირველადი ჯანდაცვის ექიმებთან პაციენტის ნდობაზე მოქმედი ფაქტორები. ეკონომისტი. 20 (4); 164-176
- ვერულავა თ., (2024). პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსების მეთოდები საქართველოში: გამოწვევები და პერსპექტივები. ეკონომიკა და ბიზნესი, 16 (1)

- ვერულავა თ., ჯორბენაძე ა. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების 1995-2003 წლების გამოცდილება და რეკომენდაციები. ეკონომისტი. 2022;2:23-41.
- ვერულავა თ., ჭილაძე გ., ბარკალაია თ. პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის მოტივაციის და სამუშაოთი კმაყოფილების გამოწვევები საქართველოში. ეკონომისტი. 2022; 3.
- ვერულავა თ, ჯორბენაძე რ. (2020). პირველადი ჯანდაცვის მეკარიბჭეობა და მიმართვიანობა: პაციენტების თვალსაზრისი ოჯახის ექიმის როლზე. ეკონომიკა და ბიზნესი. 12 (1).
- ვერულავა თ., ბერუაშვილი დ. (2019). ოჯახის ექიმთან მიმართვიანობის პრობლემები საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 5 (1).
- ვერულავა თ. (2018). პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები საქართველოში. გლობალიზაცია და ბიზნესი. ევროპის უნივერსიტეტი. (5): 259-262.
- EHIF (2018). Estonian Health Insurance Fund Yearbook 2018. Tallinn. (https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/2018_majandusaastaruanne_eng_0.pdf)
- Family Physicians Association (2019). Hea tahte koostöökokkulepe „Perearstiabi jätkusuutlikkuse tagamine” [Goodwill cooperation agreement ‘Ensuring the sustainability of family medical care’]. (<https://www.perearstiselts.ee/eestiperearstide-selts/meist/organisatsioon/hea-tahte-leppe>)
- Habicht T, Kasekamp K, Webb E (2022). Primary health care reforms in Estonia: using financial incentives to encourage multidisciplinary care. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement_3). doi: 10.1093/EURPUB/CKAC129.625.
- Kantar EMOR (2022). Eesti elanike hinnangud arstiabile [Patient Evaluation of Health and Health care]. Tallinn. (https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/Elanike_hinnangud_arstiabile_2022_KantarEmor.pdf)
- Kasekamp K, Habicht T, Kalda R (2022). The Milestones of Reforming Primary Health Care in Estonia. *The Milestones of Refoming Primary Health Care in Estonia*. <https://www.lshtm.ac.uk/media/59811>
- Kasekamp K, Habicht T, Vörk A, Köhler K, Reinap M, Kahur K, Laarmann H, Litvinova Y. Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2023; 25(5): i–204.
- Koppel A, Meiesaar K, Valtonen H, Metsa A. Evaluation of primary health care reform in Estonia. *Soc Sci Med* 2003;56:2461–6.