

ნორვეგიის გამოცდილება: ჯანდაცვის წარმატებული პოლიტიკის მაგალითი

ნუცა წამალაშვილი, ანი წამალაშვილი - ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

შესავალი

დღესდღეობით მრავალი სახელმწიფოსთვის მთვარი პრობლემა ჯანდაცვის პოლიტიკის წარმატებულად განვითარებაა. სკანდინავიის ქვეყნებისა და განსაკუთრებით კი ნორვეგიის დონე ჯერ კიდევ მიუღწეველია განვითარებული თუ განვითარებადი სახელმწიფოების დიდი ნაწილისთვის. მათ შორის აღსანიშნავია საქართველო, რომელსაც ამ სფეროში გარკვეული მიღწევების მიუხედავად, არც თუ განვითარებული ჯანდაცვის სისტემა აქვს. საქართველოს ცენტრალიზებული პოლიტიკა ნაკლებად ეფექტურია. ლიტერატურა ქართულ ენაზე, რომელიც შესაძლებლობას მისცემდა საზოგადოებას მთავრობასთან ერთად მოემძებნა სწორი და ქმედითუნარიანი საშუალება ჯანდაცვის რეფორმის განსახორციელებლად, მცირე რაოდენობით არსებობს. ნორვეგიის მაგალითი გასათვალისწინებელია ჯანდაცვის კუთხით, რადგან ერთ-ერთი მოწინავე სახელმწიფოა როგორც ჰუმანური განვითარების, ასევე სოციალურ-ეკონომიკური პოლიტიკის მხრივ. ფაქტობრივად, ხელისუფლება ითვალისწინებს საზოგადოების ინტერესებს და ხალხიც მაქსიმალურადაა უზრუნველყოფილი ყველა საბაზისო სოციალური სერვისით. განვითარებადი ქვეყნებისთვის მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის წარმატებული გამოცდილების განხილვა, რათა გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურები შეიცვალოს, გახდეს უფრო მეტად მოქნილი და მოქალაქეზე ორიენტირებული.

ჩვენი ნაშრომი საინტერესო იქნება გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურებში ჩართული პოლიტიკოსებისთვის, სოციალური პრობლემებით დაინტერესებული პირებისა და პროფესიონალთათვის, რომლებიც ცდილობენ საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკა მაქსიმალურად შედეგიანი გახადონ.

აღნიშნული ნაშრომით გვინდა წინ წამოვიწიოთ ისეთი თემები, როგორებიცაა: ჯანდაცვის რეფორმა, ეფექტური სოციალური სისტემა, ცენტრალური მთავრობის როლი მასში. გვინდა წინ წამოვიწიოთ საქართველოში აღნიშნული თემები, რადგან საჭიროა წარმატებული პოლიტიკის განხორციელება ამ მხრივ. ჩვენი ნაშრომი მისცემს საშუალებას სხვადასხვა სფეროს წარმომადგენლებს დაფიქრდნენ, თუ როგორ შეუძლია საქართველოს გამოიყენოს ნორვეგიის მაგალითი და ქვეყანაში წარმატებულად დანერგოს სხვადასხვა პროექტი ჯანდაცვის კუთხით.

კვლევის პროცესში დაიბადა მთავარი კითხვა: რამდენად ეფექტურია ნორვეგიის დუალისტური ჯანდაცვის პოლიტიკა? აქვე გამოიკვეთა რამდენიმე ქვეკითხვა:

- რატომ გახდა აუცილებელი დეცენტრალიზებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურებზე უარის თქმა ჯანდაცვის სფეროში?
- როგორ გააუმჯობესა ცენტრალიზაციის ელემენტებმა ჯანდაცვის პოლიტიკა?

ოპერაციონალიზაციის დროს ჩვენ გამოვკვეთეთ პერიოდი 2002 წლიდან დღემდე. 2002 წელს მოხერხდა ჯანდაცვის რეფორმა, რომლის შემდეგაც საკმაოდ სწრაფი ტემპით დაიწყო ნორვეგიის სოციალური პროგრამების განვითარება. დღევანდელი მდგომარეობით კი გვინდა შევავსოთ ის, თუ რამდენად რელევანტური შედეგი მოიტანა აღნიშნულმა რეფორმამ.

ლიტერატურის მიმოხილვა

ნორვეგიაში ჯანდაცვის სოციალური პოლიტიკის ჩამოყალიბება მე-19 საუკუნიდან იღებს სათავეს. ჯანმრთელობის დაცვის მრავალწლიანი დეცენტრალიზებული პოლიტიკის შემდეგ 21-ე საუკუნის დასაწყისში რადიკალურად იცვლება მდგომარეობა. შეიძლება ითქვას, მყარდება შერეული, დუალისტური კონცეპტი ცენტრალიზაციასა და დეცენტრალიზაციას შორის. ამიტომ მკვლევართათვის ძალიან საინტერესოა ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემაზე დაკვირვება, რადგან

შესაძლებელია როგორც ცენტრალური ხელისუფლების გავლენების, ისე ლოკალიზაციის ტენდენციებზე დაკვირვება.

ნორვეგიის საავადმყოფოთა მართვის სისტემა გასული საუკუნის 70-იან წლებამდე ერთ-ერთი ყველაზე დეცენტრალიზებული იყო. 1860 წელს ნორვეგიის პარლამენტმა მიიღო „საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აქტი“, რომელიც საავადმყოფოების მმართველობაზე პასუხისმგებლობას ჯანდაცვის პერიფერიულ კომიტეტებს აკისრებდა. ისინი ჩამოყალიბდა, როგორც სამანდატო ინსტიტუციები ცენტრალური ხელისუფლებისთვის. აღსანიშნავია, რომ ეს კომიტეტები ლოკალიზაციის მნიშვნელოვანი მაგალითი იყო და ხშირ შემთხვევაში მათ სათავეში ადგილობრივი ექიმები ედგათ. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ კიდევ ერთხელ დგება საავადმყოფოთა პრობლემა, ამიტომ მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში მენეჯმენტი ფორმალურ სახე იღებს. 1969 წელს ნორვეგიამ საავადმყოფოების შესახებ კანონის („ჰოსპიტალთა აქტი: საავადმყოფოთა დაქვემდებარება საგრაფოებისთვის და საგრაფოთა შორის სპეციალური სამედიცინო სერვისების კოორდინაცია“) იმპლემენტაცია მოახდინა და აქედან იწყება პირველი რეფორმა, რომლის მიხედვით ეს დაწესებულებები საგრაფოებსა და ადგილობრივ ადმინისტრაციებს დაექვემდებარა (Angell, 2012).

2002 წლიდან ნორვეგიაში ჯანდაცვის პოლიტიკა შეიცვალა და საზოგადოებრივი საავადმყოფოები სახელმწიფო მფლობელობაში გადავიდა. ცენტრალური ხელისუფლება გახდა პასუხისმგებელი მათ მართვასა და დაფინანსებაზე. ნორვეგია დაყოფილია ოთხ ადმინისტრაციულ ერთეულად. ისინი ყოველ წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან იღებენ თანხას, რომელიც ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის გატარებას უნდა მოხმარდეს. თუმცა, მუნიციპალიტეტებს შუძლიათ განსაზღვრონ თავიანთი პრიორიტეტები და საკუთარი სურვილისამებრ გადაანაწილონ თანხები სხვადასხვა ჯანდაცვით სფეროში (Hernaes, Statistics Norway, 2013).

2008 წლის ჯანდაცვის ახალი რეფორმა ითვალისწინებს კოორდინაციას პრობლემატური საკითხების გადაწყვეტის დროს. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში გადაწყვეტილებათა მიღების პროცედურების რამდენიმე საფეხური გამოიყოფა: ცენტრალური ხელისუფლება, მუნიციპალიტეტები და ნორვეგიის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ კონცეპტუალიზებული ე.წ. ჯანმრთელობის რეგიონები. მხოლოდ ძალიან მცირე წვლილი აქვთ საგრაფოებს ამ სფეროში გადაწყვეტილებების მიღების დროს. 2001 წლის აქტით „რეგიონული ჯანმრთელობის ხელისუფლებისა და ჯანმრთელობის ტრასტების შესახებ“ ნორვეგიის ჯანდაცვის სამინისტრო სულ ოთხ „ჯანმრთელობის რეგიონს“ გამოყოფს: ჩრდილოეთ, ცენტრალურ, დასავლეთსა და სამხრეთ-აღმოსავლეთ ნორვეგიას. ეს უკანასკნელი კი ყველაზე დიდია და მოსახლეობის თითქმის 55%-ს შეადგენს. თითოეული რეგიონი ემყარება მათში არსებულ „ჯანმრთელობის ტრასტებს“, რომლებიც პასუხისმგებლები არიან საავადმყოფოებთან ურთიერთობაზე, სერვისსა და სხვა რესურსულ უზრუნველყოფაზე. დღესდღეობით, ნორვეგიაში ასეთი სულ 27 ტრასტი არსებობს (Ringard, Sagen, Saunnes და სხვ., 2013).

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემას გააჩნია მყარი იურიდიული საფუძველი. ბოლო დროინდელი საკანონმდებლო აქტებიდან ყველაზე მნიშვნელოვნად შეგვიძლია მივიჩიოთ 1999 წლის აქტები „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „პერსონალური ჯანმრთელობის შესახებ“, 2011 წლის აქტი „ჯანდაცვის სერვისის შესახებ“ (OECD, 2014).“

თუმცა, ამას გარდა, ჯანდაცვის სისტემის ხარისხს უზრუნველყოფენ სხვადასხვა სამთავრობო ორგანიზაციები. „ნორვეგიის ჯანდაცვის მონიტორინგის ბორდი“ არის მთავარი პასუხისმგებელი ორგანიზაცია ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვისა და ბავშვთა დაცვის სერვისების ზედამხედველობის კუთხით. ბორდი „ევროპის ზედამხედველობის ორგანიზაციების გაერთიანების“ მიერ შეფასდა, როგორც ერთ-ერთი ყველაზე ნაყოფიერი რეგიონში. „ნორვეგიის ჯანმრთელობის დირექტორატი“, რომელსაც გააჩნია სამი მთავარი ფუნქცია: აღმასრულებელი, ადმინისტრაციული და საკონსულტაციო. პირველი ორი ფუნქცია დაკავშირებულია სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკის იმპლემენტაციასთან, გრანტების გადანაწილებასთან, კლინიკური დირექტივების შესრულებასა და

ლოკალური პროექტების განხორციელების ხელშეწყობასთან. რეგიონული ხელისუფლებები, „ჯანმრთელობის რეგიონები“, ტრასტები და ჯანდაცვის სამინისტროს შესაბამისი უწყებები ხშირად მიმართავენ დირექტორატს საკონსულტაციოდ. ასეთივე სახის კიდევ ათობით ორგანიზაცია ჩამოყალიბდა ნორვეგიაში რეფორმების გატარების შემდეგ: „ნორვეგიის ჯანდაცვის სერვისების ცოდნის ცენტრი,“ „ნორვეგიის სამედიცინო სააგენტო,“ ნორვეგიის ლოკალურ და რეგიონულ ხელისუფლებათა ასოციაცია“ და ა.შ.(OECD,2014).

ჯანდაცვის პოლიტიკის კვლევისას ნორვეგიის მაგალითზე ხშირია დაკვირვების მეთოდების გამოყენება ბუნებრივ და კვაზი-ექსპერიმენტულ პირობებში. ფართოდ გავრცელებული პრაქტიკაა ხარისხობრივი და რაოდენობრივი მეთოდების შერეული, კომპლექსური სახით გამოყენება. სტატისტიკა მნიშვნელოვან ცნობებს გვაწვდის ჯანდაცვის პოლიტიკის ეფექტიანობაზე და გვაძლევს საშუალებას შევადაროთ სხვა ქვეყნების გამოცდილებას. საბოლოო ჯამში, შეიძლება ითქვას, რომ საკმაოდ იშვიათია ნაშრომები ნორვეგიის ჯანდაცვის პოლიტიკაზე, როგორც ცალკე აღებულ საკვლევ პრობლემაზე, უმეტეს შემთხვევაში ის ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სხვა ისეთ ასპექტებთან, როგორებიცაა: ეკონომიკური, საზოგადოებრივი, იურიდიული და ა.შ.

მეთოდოლოგია

ჩვენი კვლევა მიმართულია ნორვეგიის ჯანდაცვის სიტემის, როგორც ევროპაში ერთ-ერთი წარმატებული პოლიტიკის მაგალითის, შესაწავლასა და ანალიზზე. კვლევის ობიექტად შევარჩიეთ გადაწყვეტილებების მიღების პროცედურები აღნიშნულ სფეროში, კერძოდ კი ნორვეგიის დუალისტური მოდელი, რომელიც გულისხმობს როგორც ცენტრალური, ისე ლოკალური ხელისუფლების ჩართულობას. ნორვეგიის ჯანდაცვის პოლიტიკის კვლევისას გამოვიყენეთ თვისებრივი კვლევის მეთოდები. კონკრეტულად კი შემთხვევის შესწავლა ე.წ. case study და ბუნებრივ პირობებში დაკვირვება.

კვლევის თეორიული ჩარჩო ადვოკატირებისა და მონაწილეობის ხედვაა. აღნიშნული ხედვა 1980-1990 წწ. წარმოიშვა და გულისხმობს მარგინალიზებული (განსხვავებული აზრის მქონე) ჯგუფების დაცვას. ის ცდილობს, გარკვეული ქცევის შეცვლას. ჩვენს შემთხვევაში ეს უკავშირდება საქართველოში არც თუ წარმატებულ ცენტრალიზებულ ჯანდაცვის პოლიტიკას, რომლის ცვლილება აუცილებლად მიგვაჩნია. ჩვენ გვსურს ხელი შევუწყოთ ამ სფეროში დისკუსიებს, მთავრობისა და ხალხის ურთიერთთანამშრომლობასა და ქმედითუნარიანი რეფორმების გატარებას სახელმწიფო დონეზე.

ჩვენ შევეცადეთ აღნიშნული სოციალურ-ჰუმანური პრობლემა უკეთ გაგვეგო და შეგვეფასებინა ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარების ტენდენციები, ნორვეგიის მაგალითი განგვეზოგადებინა, მოგვეხდინა შეგროვებული ინფორმაციის ინტერპრეტაცია, ანალიზი, სინთეზი და წინ წამოგვეწია ყველა სახელმწიფოსთვის სახელმძღვანელო პრინციპები ჯანდაცვის სფეროში ცენტრალიზაციასა და დეცენტრალიზაციას შორის არსებული შუალედური მოდელისთვის.

კვლევა ძირითადად ეყრდნობა ისეთ ლიტერატურას, როგორებიცაა: სამეცნიერო სტატიები, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების ანგარიშები, ნორვეგიის სახელისუფლებო ოფიციალური დოკუმენტები და ა.შ.

ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური უზრუნველყოფა

2002 წლის ნორვეგიის ჯანდაცვის რეფორმის შემდეგ საავადმყოფოებისა და ყველა სხვა ჯანდაცვითი სერვისისთვის ბიუჯეტი გამოიყოფა ყოველწლიური სახელმწიფო ფინანსებიდან და შემდეგ ნაწილდება რეგიონებისა და პრიორიტეტების მიხედვით. ნორვეგია მოწინავე ქვეყანაა ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციაში (OECD_Organisation for Economic Co-operation and Development) ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხების რაოდენობით. 2012 წელს ამ

სფეროში დახარჯული ფინანსების ოდენობა მთლიანი შიდა პროდუქტის 9.3%-ს შეადგენდა, ხოლო 2014 წლისთვის 9,4%-ს.

- ფინანსების განკარგვის მექანიზმი;

ფინანსური უზრუნველყოფა ძირითადად საერთო გადასახადების საფუძველზე ხდება. ცენტრალური ხელისუფლება ყოველწლიურად წარადგენს ე.წ. ჯანდაცვის ბიუჯეტს ოქტომბერში, რომლის ბოლო განხილვა და მიღება დეკემბერში ხდება. ხოლო მიღების შემდეგ მოსახლეობის რაოდენობისა და საჭიროებებიდან გამომდინარე „გენერალური გრანტების საჭიროების სქემა“ ანაწილებს ფინანსებს მუნიციპალიტეტების მიხედვით. ეს თანხები გადაეცემა ადგილობრივ ხელისუფლებას, რომელიც 50%-ს სუბსიდირებისთვის იყენებს, ხოლო 50% აქტივობებზე დაფუძნებული ფონდისთვის .

- ჯანდაცვის ბენეფიციარები;

ფინანსური უზრუნველყოფის უნივერსალური მოდელი მოქმედებს, რაც გულისხმობს ყველა მოქალაქის თანაბარ ხელმისაწვდომობას ჯანმრთელობის დაცვაზე. პოლიტიკა დაფუძნებულია თანასწორობაზე განურჩევლად ეთნიკური წარმომავლობისა, სოციო-ეკონომიკური სტატუსისა და საცხოვრებელი არეალისა. ადგილობრივი მოსახლეობის გარდა, იმავე მომსახურებით სარგებლობენ ევროკავშირის მოქალაქეები და ნორვეგიაში დროებითი მუშაობის ნებართვის მქონე პირები. ასევე მთლიანად ანაზღაურებულია ოფიციალური ვიზიტორების ჯანმრთელობის დაცვა. შედარებით შეზღუდული დაფარვით სარგებლობენ არალეგალი იმიგრანტები, თუმცა ამ თემაზე დებატები ჯერ კიდევ მიმდინარეობს.

- ნორვეგიის ჯანდაცვის სერვისები;

ნორვეგიაში მოქმედებს საყოველთაო სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა, რომელიც ფარავს ძირითად უზრუნველყოფის სერვისებს, ამბულატორიულ, ჰოსპიტალურ ზრუნვას და ე.წ. „ლურჯი სიით“ გათვალისწინებულ მედიკამენტებს. მოიცავს სტომატოლოგიურ მომსახურებას ბავშვებისა და სხვა პრიორიტეტული ჯგუფებისთვის. არ უზრუნველყოფს ოფთალმოლოგიური და პლასტიკური ქირურგიის ხარჯებს. ექიმის მიერ დანიშნული პლასტიკური ქირურგიის მომსახურების ანაზღაურება შესაძლებელია მხოლოდ შესაბამისი არგუმენტირების პირობებში. საავადმყოფოში პაციენტს ყველა ჯანდაცვითი მომსახურება უფასო აქვს. მომსახურება დაყოფილია ძირითადი უზრუნველყოფის, პრევენციულ დამოვლის სერვისებად. უნდა აღინიშნოს, რომ რიგი პრევენციული სერვისები ადაპტირებული და ინტეგრირებულია სასკოლო განათლების პროგრამასთან. თუმცა, ფინანსების განაწილება ასეთი სახის მომსახურებასთან დაკავშირებით წყდება უკვე ლოკალურ დონეზე(International Profiles of Health Care Systems, 2014).

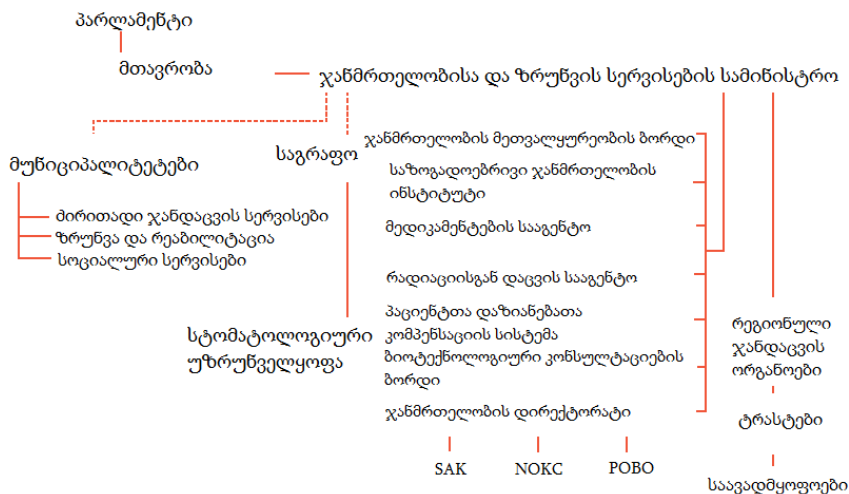
ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა საკმაოდ კომპლექსურია და მოიცავს ცენტრალიზაციის და დეცენტრალიზაციის ელემენტებს. 2002 წლის რეფორმის შემდეგ ჯანდაცვის სფეროები ლოკალური დონიდან გადავიდა სახელმწიფო დონეზე, რომელსაც ჯანმრთელობისა და ზრუნვის სერვისების სამინისტრო აკონტროლებს. სწორედ მის მიერ ხორციელდება სხვადასხვა პროექტები და ფინანსური უზრუნველყოფა ლოკალურ დონეზე. მიუხედავად იმისა, რომ სამინისტრო ჩართულია სხვადასხვა პროექტების ორგანიზებაში, ძირითადი ჯანმრთელობის დაცვის პროექტები, რომლებიც უშუალოდ მოსახლეობის სერვისებს უკავშირდება, ხორციელდება ლოკალურ დონეზე. ჯანდაცვის სფეროში მონაწილეობას სხვადასხვა ორგანო იღებს.

- პარლამენტში შექმნილია ჯანმრთელობისა და ზრუნვის კომიტეტი, რომელიც უზრუნველყოფს პოლიტიკის შემუშავებას ჯანმრთელობის სერვისების, ზრუნვისა და დასწრების სერვისები, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის, ფარმაცევტული ორგანიზაციების შესახებ(International Profiles of Health Care systems, 2015).

- ჯანმრთელობისა და ზრუნვის სერვისების სამინისტრო, რომელიც კოორდინაციას უწევს სხვადასხვა კონკრეტული სფეროს სააგენტოებს, რეგიონულ ჯანდაცვის ორგანოებს, საგრაფოებსა და მუნიციპალიტეტებს. რეგიონული ჯანდაცვის ორგანოები, რომლებიც დეცენტრალიზაციის მნიშვნელოვანი ელემენტია, უზრუნველყოფს ტრასტების ფუნქციონირებას ლოკალურ დონეზე. თავად ტრასტები კი საავადმყოფოების ფუნქციონირებაზე არიან პასუხისმგებელნი. მუნიციპალიტეტები თავის მხრივ ძირითად სოციალური უზრუნველყოფის სფეროებზე მუშაობენ მუნიციპალურ დასახლებებში. საგრაფოები კი, რომელთაც რეფორმამდე დეცენტრალიზაციის ერთადერთი ელემენტი იყო, მხოლოდ სტომატოლოგიურ მომსახურებას უზრუნველყოფენ(International Profiles of Health Care systems, 2015).

ამ შემთხვევაში ჩვენ ვხედავთ დეცენტრალიზაციის საკმაოდ საინტერესო დანაწილებას. ამ შემთხვევაში კონკრეტული სამსახურები ცდილობენ არა სხვადასხვა სფერო შეითავსონ, არამედ კონკრეტული ერთი საქმიანობა, რომელზეც იქნება ორიენტირებული. ასეთი მრავალფეროვანი დანაწილება უზრუნველყოფს სამსახურების ეფექტურ მუშაობას.



დასკვნა

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა ერთ-ერთი წარმატებულია რეგიონში. ფინანსების განაწილება, პოლიტიკისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცედურების ერთობლიობა ქმნის ცენტრალიზებული და დეცენტრალიზებული სისტემების შერწყმას, რომელიც, როგორც კვლევის დროს გამოიკვეთა, საკმაოდ წარმატებული გამოდგა. ზემოთ აღნიშნული მაგალითის შემთხვევის შესწავლამ 2002 წლის რეფორმებიდან დღემდე გვაჩვენა, რომ შესაძლებელია გარკვეული ქმედითუნარიანი რეკომენდაციები გამოვიყოს, რომლებიც ნებისმიერი ქვეყნის ჯანდაცვის მოდელის სასიკეთოდ შეცვლის გარანტიას იძლევა:

- ცენტრალური და ლოკალური ხელისუფლების კოოპერაცია შედეგების მაქსიმიზაციის საშუალებას იძლევა;
- მოქალაქეთა ჩართულობა ისეთი სახით, როგორცაა ე.წ. ტრასტები საავადმყოფოების მენეჯმენტის მნიშვნელოვანი ნაწილია;
- დეცენტრალიზებული ჯანდაცვის სისტემა ყოველთვის გამოსავალი არ არის და ცენტრალიზებული მოდელიც შეიძლება იმგვარ პირობებში არსებობდეს, რომ დემოკრატიული და ეფექტური პოლიტიკის საწინდარი იყოს;

რეზიუმე

ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოში ერთ-ერთი წარმატებული მოდელია, რომელმაც შეაძლებინა მას სოციალური განვითარების საკმაოდ მაღალი დონისთვის მიეღწია. მისი გამოცდილების გაზიარება მრავალი სახელმწიფოსთვის იქნება გარანტი, რათა ქმედითუნარიანი პოლიტიკა შეიმუშავონ ამ მხრივ. აღნიშნული ნაშრომი მიზნად ისახავს 2002 წლიდან დღემდე ნორვეგიის პოლიტიკის განხილვას. ნაშრომის ჰიპოთეზის მიხედვით ნორვეგიის ჯანდაცვის პოლიტიკის მაგალითი დაეხმარება ისეთ სახელმწიფოებს, როგორცაა საქართველო, უფრო წარმატებული გახადონ თავიანთი პოლიტიკა ამ მხრივ. 2002 წლის შემდგომ ჩამოყალიბებული დუალისტური მოდელი არის საკმაოდ წარმატებული და ქმედითუნარიანი პოლიტიკა, რომელმაც მრავალი წინააღმდეგობის მიუხედავად, შეძლო მოსახლეობისთვის შეეთავაზებინა სერვისების მოქნილი სისტემა.

საკვანძო ფრაზები: ნორვეგიის ჯანდაცვის სისტემა, დუალისტური მოდელი, სტრუქტურული რეფორმა, ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეფექტური მაგალითი.

Norway's experience, a successful example of health policy

Neither Tsamalashvili, Ani Tsamalashvili

Abstract

Norwegian health care system is one of the most successful models in the world which given an opportunity to the state to reach high social development. Sharing its experience will be the guarantee for creating effective policy in this field for many countries. This research aims to analyze Norwegian health policy from 2002 to today. According to the hypothesis this instance will help states like Georgia to make their policy more useful. The dual model which was created in 2002 is interesting due to its possibility to offer beneficiary the flexible system of services.

Key words: Norwegian healthcare system, structural reform, health policy, effective instance.

ბიბლიოგრაფია

- Angell, S. (2012). *Two variants of decentralised health care: Norway and Sweden in comparison*. Bergen: Uni Rokkan Centre.
- NOMESCO Nordic Medico Statistical Committee,. (2012). *Financing of Health Care in the Nordic Countries*. NOMESCO Nordic Medico Statistical Committee.
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., & Lindahl, A. (2013). *Norway Health system review*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- The COMMONWEALTH FUND,. (2015). *International Profiles Of Health Care Systems, 2014 Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States*. New York: The COMMONWEALTH FUND.
- The COMMONWEALTH FUND,. (2016). *International Profiles Of Health Care Systems, 2015 Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States*. New York: The COMMONWEALTH FUND.