



ჯანმრთელობის კვლევის კავშირი



ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია, დანახარჯები და ჯანმრთელობის სტატუსი იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის საქართველოში

მოკლე ანგარიში

კვლევის რეზიუმე: კვლევის მიზანი იყო, შეესწავლა იძულებით გადაადგილებულ პირთა (იგპ) მიერ ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია და დანახარჯები; და შეეფასებინა, რამდენად პასუხობს სახელმწიფოს მიერ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში იძულებით გადაადგილებულ პირთათვის მიზნობრივი პროგრამების ეფექტურობა სერვისების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით.

კვლევა განხორციელდა ELRHA/R2HC პროგრამის ფარგლებში არასამთავრობო ორგანიზაცია - ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის მიერ. კვლევის სავსე სამუშაოები განხორციელდა სსიპ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წლის მაის-აგვისტოში.

კვლევის მეთოდოლოგია: კვლევაში მონაწილეობა მიიღო კომპაქტურ დასახლებაში მცხოვრებმა იძულებით გადაადგილებულმა პირებმა, რომელთა შერჩევა მოხდა რანდომიზაციის გზით მოსახლეობის ზომის პროპორციული მეთოდით. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 1,319-მა რესპონდენტმა, და ინტერვიუების გზით მოგროვდა ინფორმაცია შინამეურნეობების 4,359 წევრზე.

კვლევის ძირითადი მიგნებები:

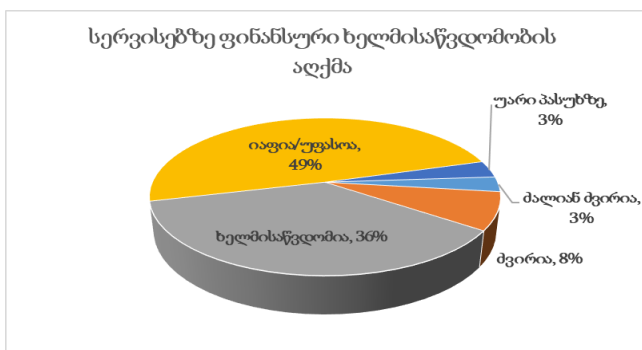
დაზღვევის პროგრამებით დაფარვა: უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამამ მკვეთრად შეამცირა მოსახლეობის იმ წილის ზომა, რომელსაც ჯანმრთელობის დაზღვევა არ გააჩნიათ. იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის მხოლოდ 1% აღნიშნავს, რომ არ არის დაზღვეული; 2%-ს ინდივიდუალური დაზღვევა აქვს შეძენილი, ხოლო 5%-ს კი კორპორატიული დაზღვევა. ამრიგად, იძულებით გადაადგილებულ პირთა დიდი უმრავლესობა უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარს წარმოადგენს.

ინფორმირებულობა: რესპონდენტთა 91%-ზე მეტს სმენია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ, რაც უფრო მაღალია ვიდრე პროგრამის შესახებ ინფორმირებულობა ზოგად მოსახლეობაში (74%; ზოგადი მოსახლეობის კვლევა, HUES 2014). თუმცა თავად

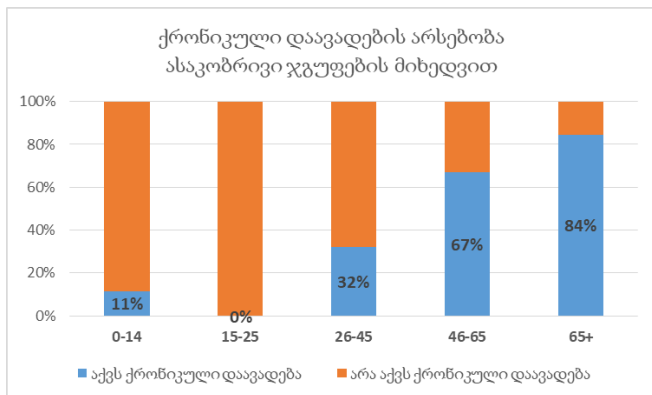
პროგრამის სიღრმისეული ცოდნა საკმაოდ დაბალი რჩება იძულებით გადაადგილებულ მოსახლეობაში: მხოლოდ 56%-მა იცის, რა ტიპის სამედიცინო სერვისები არის დაფარული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. უფრო მეტიც, აბსოლუტურმა უმრავლესობამ (90%-ზე მეტმა) არ იცის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სხვა ჯანდაცვითი პროგრამების შესახებ, როგორცაა: ტუბერკულოზის, ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის, ანტენატალური ჯანმრთელობის პროგრამები, დიაბეტური პაციენტების მედიკამენტების პროგრამა და ა.შ. მხოლოდ 20%-ს სმენია იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ.

რესპონდენტთა უმრავლესობამ (78%) იცის, რომ ექიმთან კონსულტაცია მათთვის უფასოა, მაგრამ თითქმის ნახევარმა აღნიშნა, რომ არ იცის, რამდენის გადახდა მოუწევს ჯიბიდან, როდესაც ისინი სამედიცინო სერვისის მისაღებად მიდიან იმ დაწესებულებაში, რომელსაც ჩვეულებისამებრ, ან ყველაზე ხშირად მიმართავენ.

სერვისების ხელმისაწვდომობა: რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ საშუალოდ 19 წუთს ხარჯავენ ტრანსპორტირებაში, როდესაც მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას სერვისის მისაღებად. საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის შედეგად რესპონდენტთა უმრავლესობა თვლის, რომ ჯანდაცვის სერვისები მათთვის ხელმისაწვდომია; ნახევარი აღნიშნავს, რომ სერვისები მათთვის უფასო ან იაფი. თუმცა, გამოკითხულთაგან 11% მაინც ფიქრობს რომ სამედიცინო სერვისები მათთვის ან ძვირია, ან ძალიან ძვირი.



ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტატუსი: გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი თვლის, მათი ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია ან კარგია; ყოველი მეექვსე კი (16%) თვლის, რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ცუდი, ან ძალიან ცუდია.



40% აღნიშნავს, რომ აქვს ქრონიკული დაავადება. ასაკის ზრდასთან ერთად ქრონიკული დაავადების რისკი იზრდება: 65 წლის ასაკის ზემოთ 84% ამბობს, რომ აქვთ ქრონიკული დაავადება; 15 წლამდე ბავშვებში ეს მაჩვენებელია 11%-ს აღწევს. ქრონიკული დაავადების მქონე პირთა 58% რეგულარულად იღებს მედიკამენტს ამ დაავადებასთან დაკავშირებით.

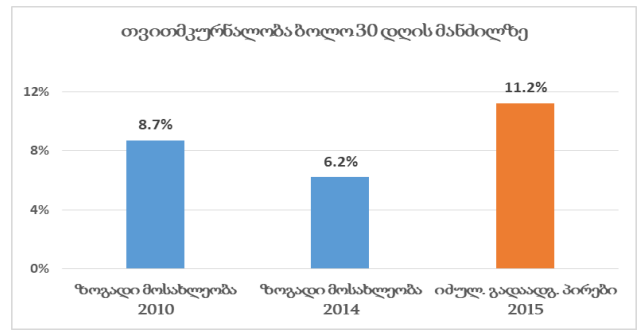
თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება: იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარების მაჩვენებლები მსგავსია ზოგად მოსახლეობაში ჩატარებული კვლევის მაჩვენებლებისა (ზოგადი მოსახლეობის კვლევა, ალტერნატივა ჯორჯია, 2015 წ.). განსხვავებულია მხოლოდ 30 დღის მანძილზე ალკოჰოლის მიღების მაჩვენებელი, რომელიც მაღალია იგპ-თა შორის, ვიდრე ზოგად მოსახლეობაში (62% vs. 47%, შესაბამისად).

თვითმკურნალობა: თვითმკურნალობის

მაჩვენებელი იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის (11.2%) თითქმის 2-ჯერ აღემატება ამ მაჩვენებელს ზოგად მოსახლეობაში (6.2%, ზოგადი მოსახლეობის კვლევა, HUES, 2014).

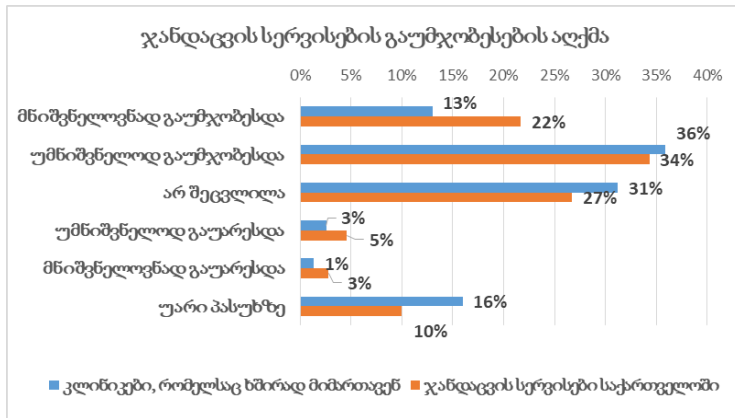
თვითმკურნალობისას, ბოლო 30 დღის მანძილზე საშუალოდ 15 ლარი გადაიხდა ჯიბიდან პაციენტმა, თუმცა ეს მაჩვენებელი

მერყეობს და მაქსიმალური გადახდილი თანხა 220 ლარს აღწევს. მათ შორის, ვინც სამედიცინო პრობლემის გამო თვითმკურნალობა არჩია, 34% ამბობს, რომ არ მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას მოსალოდნელი მაღალი ფასის გამო; ხოლო 23% აღნიშნავს, რომ პრობლემა არ იყო იმდენად სერიოზული, რომ ექიმისთვის მიემართა.



პაციენტთა კმაყოფილება:

73% ამბობს, რომ კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია სამედიცინო მომსახურებით იმ დაწესებულებაში, რომელსაც ისინი ჩვეულებისამებრ, ან ხშირად მიმართავენ. მხოლოდ 3 % ამბობს, რომ უკმაყოფილოა.



ნახევარზე მეტი (56%) აღნიშნავს, რომ ზოგადად ჯანდაცვის სერვისები გაუმჯობესდა ბოლო 3 წლის მანძილზე, რაც, სავარაუდოდ, უკავშირდება საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის დანერგვას; შედარებით მცირე ნაწილი - 8% ამბობს, რომ სერვისები გაუარესდა.

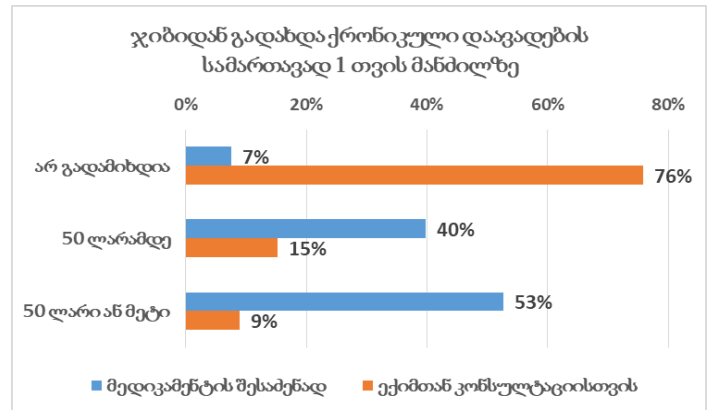
რესპონდენტთა უმეტესობა (72%) აღნიშნავს, რომ მიიღო შესაბამისი ქვითარი ჯიბიდან თანხის გადახდის ყველა შემთხვევისთვის, და ეს

ინდიკატორი შესაბამისობაშია ზოგადი მოსახლეობის კვლევასთან (75%; ზოგადი მოსახლეობის კვლევა; HUES 2014).

რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (54%) აღნიშნავს, რომ სამედიცინო დაწესებულების სისუფთავე და ზოგადი ჰიგიენური პირობები არაა დამაკმაყოფილებელი.

ჯიბიდან გადახდა ქრონიკული დაავადების დროს: საშუალოდ, ქრონიკული დაავადების

მქონე პაციენტების ნახევარზე მეტი ამბობს, რომ ყოველთვიურად ჯიბიდან იხდის 50 ლარზე მეტს; პაციენტების 40%-ს კი 50 ლარამდე თანხის გადახდა უწევს მედიკამენტებში. ყოველთვიურად გადახდილი თანხის მოცულობა მნიშვნელოვნად მერყეობს 0-დან 2,000 ლარამდე. გაცილებით ნაკლებია ფინანსური ტვირთი ექიმთან კონსულტაციისათვის (საშუალოდ 10 ლარი; გადახდილი მაქსიმალური თანხა 300 ლარი).

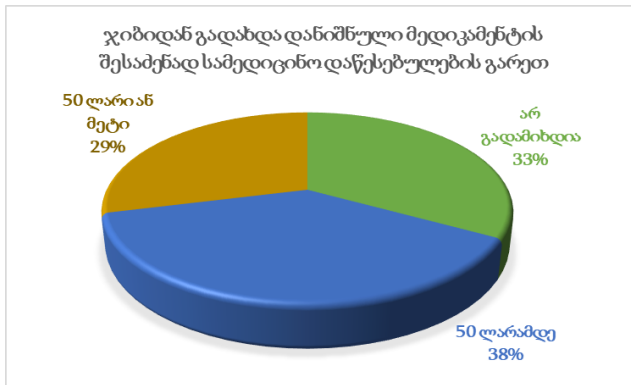
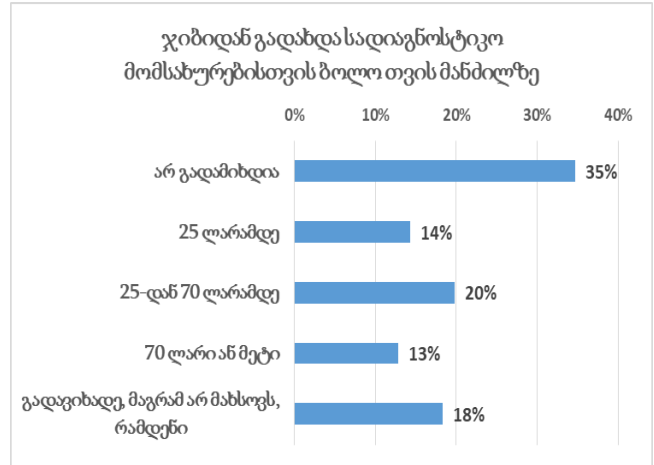


შედარებით მაღალია ჯიბიდან

გადახდილი თანხა ქრონიკულ დაავადებასთან დაკავშირებული ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევებისთვის.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა: მათ შორის, ვინც ბოლო 30 დღის

მანძილზე მიიღო სამედიცინო მომსახურება, ნახევარმა (49%) პირველად სპეციალისტს ან კლინიკის ექიმს მიმართა; ოჯახის ექიმს და უბნის ექიმს მხოლოდ მესამედმა (33%-მა) მიმართა. 43% აღნიშნავს, რომ სერვისი სრულიად უფასოდ მიიღო ბოლო 30 დღის განმავლობაში. დანარჩენებმა საშუალოდ 195 ლარი ჯიბიდან გადაიხადეს. თუმცა ჯიბიდან გადახდილი თანხის დიაპაზონი საკმაოდ დიდი იყო: რამდენიმე პაციენტმა აღნიშნა, რომ გადაიხადა 2,000-დან 5,000 ლარამდე.

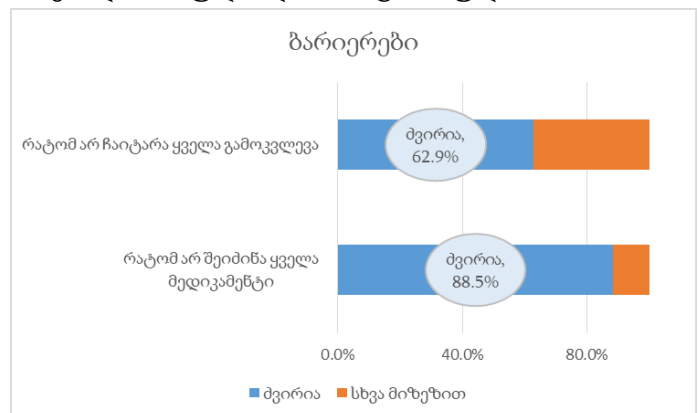


სერვისის მიმღებთა ორი მესამედი ამბობს, რომ მოუხდათ მედიკამენტის შეძენა სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულების გარეთ. საშუალოდ, მედიკამენტებისთვის გადახდილი თანხა 63 ლარს შეადგენდა. მათ შორის 10-მა პაციენტმა 300-დან 700 ლარამდე ღირებულების მედიკამენტი შეიძინა ბოლო 30 დღის მანძილზე.

გამოკითხულთა 75%-მა აღნიშნა, რომ მათ შეძლეს დაეფარათ ჯიბიდან გადასახდელი თანხები ოჯახის რეგულარული შემოსავლებით. რესპონდენტების მეოთხედს კი დასჭირდა თანხის მობილიზება; მათ შორის 36%-მა აღნიშნა რომ მოუწია თანხის სესხება. მათგან უმრავლესობას (74%) 500 ლარამდე თანხის სესხება მოუწია.

ფინანსური ბარიერები: ბოლო 6 თვის მანძილზე ექიმის მიერ გამოწერილი ყველა მედიკამენტი პაციენტთა 72.3%-მა შეიძინა; ხოლო ექიმის მიერ დანიშნული ლაბორატორიულ-

ინსტრუმენტული გამოკვლევების მთელი სპექტრი 86%-მა ჩაიტარა. მათი უმრავლესობა, ვინც არ შეიძინა ყველა მედიკამენტი, ან არ ჩაიტარა დანიშნული ყველა გამოკვლევა ბოლო 6 თვის მანძილზე ამის მიზეზად ასახელებს მედიკამენტის (89%) ან ლაბორატორიული გამოკვლევის (63%) მაღალ ფასს.



ბოლო 6 თვის მანძილზე ჰოსპიტალიზებული 44 პაციენტისგან, 11-მა აღნიშნა რომ თავად შეიძინა პერსონალური ჰიგიენის საშუალებები (საპონი, ტუალეტის ქაღალდი, სხვ.) და საშუალოდ დახარჯა 13 ლარი; ყოველი სამი პაციენტისგან ერთმა აღნიშნა, რომ იყიდა საკვები და საშუალოდ ჰოსპიტალიზაციის ერთ შემთხვევაზე 80 ლარი დახარჯა; მხოლოდ 6-მა პაციენტმა აღნიშნა, რომ გადასცა საჩუქარი სამედიცინო პერსონალს, მაგრამ საჩუქრის მაქსიმალური ღირებულება 30 ლარს არ აღემატებოდა.

ბოლო 12 თვის მანძილზე სულ 330 ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევა აღინიშნა. მათგან 98-მა (36%) აღნიშნა, რომ მისთვის მკურნალობა სრულიად უფასო იყო. უმრავლეს შემთხვევაში პაციენტს დასჭირდა ჯიბიდან თანხის გადახდა და თანხის ეს მოცულობა საშუალოდ ჰოსპიტალიზაციის ერთ შემთხვევაზე 524 ლარს შეადგენდა (მედიანა 150 ლარი).

ჯიბიდან გადახდილი თანხის მოცულობა მნიშვნელოვნად მერყეობდა: ჰოსპიტალიზებული პაციენტების 16%-მა 150 ლარამდე გადაიხდა; 35%-მა 150-1000 ლარამდე გადაიხდა. შემთხვევების 13%-ში ჯიბიდან გადახდილმა თანხამ ათასი ლარიდან რამდენიმე ათასი ლარამდე შეადგინა. მაქსიმალური თანხა დასახელდა 2 რესპონდენტის მიერ, რომლებმაც ჯიბიდან გადაიხადეს 7,600 ლარი და 12,200 ლარი. არც ერთ ამ პაციენტს ჯიბიდან გადახდილი თანხის ანაზღაურება არ მიუღია.

	ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რაოდენობა	მთლიანად ჰოსპიტალიზებულთა შორის	მათ შორის ვინც ჯიბიდან გადაიხდა (N=172)
არ გადაიხდია	98	36%	NA
150 ლარამდე	42	16%	24%
150-დან 1,000 ლარამდე	94	35%	55%
1,000 ლარიდან 2,500 ლარამდე	22	8%	13%
2,500 ლარიდან ზემოთ	14	5%	8%
სულ ჰოსპიტალიზაცია	270	100%	100%

50-მა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ ექიმის რჩევით სჭირდებოდა ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ უარი თქვეს. ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზი უარის თქმისათვის (48%) იყო მკურნალობის მაღალი ფასი, მიუხედავად იმისა, რომ ყველა პაციენტი საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის ბენეფიციარი იყო.

რეკომენდაციები:

1. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა მიზნობრივი პროგრამები აუმჯობესებს ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას და აუმჯობესებს პაციენტების კმაყოფილებას სერვისით და ამრიგად, პროგრამა, როგორც მნიშვნელოვანი ბენეფიტი, უნდა შენარჩუნდეს
2. მიზნობრივი პროგრამების და უნივერსალური ჯანდაცვის პროგრამების შესახებ ინფორმირებულობის დონე უნდა გაიზარდოს. სასურველია, შეიქმნას პაციენტთა განათლების კლუბები, სადაც სპეციალურად მომზადებული თემის წევრები პროგრამის ბენეფიციარებს სათემო დონეზე მიაწოდებენ ინფორმაციას პროგრამის შესახებ.
3. თვითმკურნალობის მაჩვენებელი ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით მაღალია, რომლის მიზეზები შესაძლოა მომდევნო კვლევის საგანი გახდეს. თუმცა, სავარაუდოდ, თვითმკურნალობის ძირითადი მიზეზი შესაძლოა იყოს თვითმკურნალობის მოსალოდნელი ნეგატიური შედეგების შესახებ არასაკმარისი ინფორმაცია. თვითმკურნალობის შესახებ განათლება უნდა იყოს პაციენტთა განათლების კლუბების მუშაობის ერთ-ერთი მიმართულება. გარდა ამისა, პრობლემაზე რეაგირების ერთ-ერთი მექანიზმია სააფთიაქო ქსელებში გარკვეული ტიპის მედიკამენტების გაცემა მხოლოდ რეცეპტის საფუძველზე. ეს რეგულაცია 2014 წლის სექტემბერში შევიდა ძალაში საქართველოში, თუმცა არსებობს ანეკდოტური მონაცემები, რომ მისი აღსრულების კონტროლის მექანიზმები არაეფექტურია და მედიკამენტები კვლავ გაცივმა რეცეპტის გარეშე.
4. პაციენტების უმრავლესობა ფიქრობს, რომ სამედიცინო სერვისები ხელმისაწვდომია და ბოლო 3 წლის მანძილზე ჯანდაცვის მომსახურება გაუმჯობესდა. თუმცა, სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმებით უკმაყოფილებას გამოკითხულთა უმეტესობა აღნიშნავს, რაც ჯანდაცვის სისტემის მხრიდან ადეკვატურ რეაგირებას მოითხოვს.
5. იძულებით გადაადგილებულ პირთა გარკვეული ნაწილისათვის მედიკამენტების შეძენა კვლავ რჩება უმთავრეს ფინანსურ ტვირთად. ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტების ნაწილი რეგულარულად იღებს მედიკამენტს და ყოველთვის ურად ჯობიდან იხდის თანხას მედიკამენტების შესაძენად. გარკვეული ნაწილი ვერ ყიდულობს ყველა მედიკამენტს ექიმის დამიშნულების შესაბამისად მაღალი ფასის გამო. სასურველია, მიზნობრივი და სხვა საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამების ფარგლებში მოხდეს მედიკამენტების დაფარვისათვის რაციონალური სქემების შექმნა და პროგრამაში ინტეგრირება. 2017 წლიდან გარკვეული ნაბიჯები ამ მხრივ გადაიდგა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ და ამ სიახლის შედეგების შეფასება შესაძლებელი იქნება კვლევების მომდევნო რაუნდების განხორციელების შემდეგ.
6. მედიკამენტების მაღალი ფასი ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება საქართველოში. ამას ადასტურებს სხვადასხვა კვლევებისგან მიღებული მონაცემები და ოფიციალური სტატისტიკა. ჯანდაცვის ბარომეტრის კვლევის მე-9 რაუნდის მიხედვით (საერთაშორისო ფონდი კურაციო 2017) ჯანდაცვის ექსპერტთა 76% აღნიშნავს, რომ მედიკამენტების ფასი მცირედ, ან მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო 6 თვის მანძილზე; და რესპონდენტთა ნახევარს მიაჩნია, რომ მედიკამენტების ფასების ზრდა მომავალშიც არის მოსალოდნელი. ამის ფონზე, მოსახლეობისთვის მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა შესაძლოა კიდევ უფრო შეიზღუდოს, თუ არ მოხდება ფარმაცევტული ბაზრის, და მედიკამენტებზე ფასების

რეგულირება. არსებობს ვარაუდი, რომ ფარმაცევტული კომპანიების მიერ ხდება ექიმების ფინანსური წახალისება სხვადასხვა ფორმით, რომელიც გავლენას ახდენს ექიმების ქცევაზე, რადგან ისინი შესაძლოა ტენდენციური იყვნენ დანიშნულების გაცემისას. ამ პრობლემების მოგვარება ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი უმთავრესი პრიორიტეტი უნდა გახდეს, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით და სახელმწიფო მედიკამენტების შეძენისას ერთ-ერთი გადამხდელი უნდა გახდეს. ასევე, სასურველია, მოხდეს გენერიკების მოხმარების წახალისება.

7. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევაში მონაწილე იძულებით გადაადგილებული პირების აბსოლუტური უმრავლესობა ან მიზნობრივი პროგრამის (2008 წლის შედეგად იგპ, რომლებიც კომპაქტურად არიან დასხლებული) ან საყოველთაო ჯანდაცვის სხვა მიზნობრივი პროგრამის (მასწავლებლები, პენსიონრები, 5 წლამდე ასაკის ბავშვები, სამხედრო პირები, და სხვ.) ბენეფიციარები არიან, გარკვეული ნაწილი ფინანსურად მაინც დაუცველი რჩება: თუმცაღა მცირე ნაწილი, მაგრამ გარკვეული შინამეურნეობები უარს აცხადებენ ჰოსპიტალიზაციაზე, რადგან მათთვის მკურნალობა ფინანსურად ხელმისაწვდომი არაა; ერთეულ შემთხვევებში კი პაციენტები დაცული არ არიან ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯებისგან.
8. ჰოსპიტალიზაციის დროს დანახარჯების სიღრმისეული (თვისობრივი) კვლევა უნდა გაგრძელდეს, რათა დადგინდეს ის მიზეზები, რის გამოც პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ, მიმართონ იმ სამედიცინო დაწესებულებებს, სადაც დაავადების კლასიფიკაციის მიხედვით სტანდარტული სერვისის ფასი უფრო მაღალია, ვიდრე დადგენილი ზღვრული ფასი (ე.წ. რეფერენს-ფასი, რომელსაც სახელმწიფო ანაზღაურებს). სავარაუდოდ, სწორედ ეს ფასთა სხვაობა განაპირობებს ჰოსპიტალიზაციის დროს ჯიბიდან გადახდილი თანხების დიდ მოცულობას. მნიშვნელოვანია, მომდევნო კვლევების დროს შესწავლილ იქნას, რა ფაქტორებია განმსაზღვრელი პაციენტისათვის სამედიცინო დაწესებულების შერჩევისას. რატომ არ იღებენ სერვისს იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც დადგენილი რეფერენს-ფასით შეუძლიათ ჩაიტარონ მკურნალობა ან სრულიად უფასოდ, ან მცირე თანაგადახდის პირობებში. სასურველია, შეფასდეს, ხომ არ არის სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ე.წ. რეფერენს-ფასი შეუსაბამო საბაზრო ფასებთან იმ კლინიკებში, რომლებსაც პაციენტები ენდობიან. ამ მიზნით, შესაძლოა გადაიხედოს ჰოსპიტალური სერვისისათვის დაავადების კლასიფიკაციების მიხედვით ფასწარმოქმნის დადგენილი მექანიზმის მიზანშეწონილობა.
9. იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის და დანახარჯების კვლევა უნდა ჩატარდეს გარკვეული პერიოდულობით (სულ მცირე 3 წელში ერთხელ), რომ მოხდეს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმის ზეგავლენის შეფასება.
10. რეკომენდებულია მოხდეს ერთი მხრივ, ზოგად მოსახლეობაში, და მეორე მხრივ - იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის და დანახარჯების კვლევის ინსტრუმენტების სტანდარტიზაცია, რომელიც შედარებითი ანალიზის საშუალებას მოგვცემს.