საყოველთაო ჯანდაცვის ქრონიკული დეფიციტი

ავტორი: ეგნატე შამუგია[1]

რედაქტორი: ირინა გურგენაშვილი[2]

ჯანდაცვის პოლიტიკა მუდამ აქტუალურია. ის ყველა ადამიანს და მათთვის ყველაზე მნიშვნელოვანს - ჯანმრთელობას ეხება. ბოლო წლებში მთავრობაც ჯანდაცვას ბიუჯეტიდან სულ უფრო და უფრო გულუხვად აფინანსებს. მომდევნო წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის პროექტის მიხედვით, 2027 წლისთვის ბიუჯეტის დანახარჯები 29 858.9 მლნ ლარია, რომლის დაახლოებით მესამედი, 10 479.8 მლნ ლარი, დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უნდა განკარგოს. მათ შორის, ჯანდაცვის საბიუჯეტო დანახარჯები 2 601.1 მლნ ლარითაა დაგეგმილი, რაც მთლიანი ხარჯების 8.7%-ია და მთლიანი შიდა პროდუქტის საპროგნოზო მაჩვენებლის 2.1%-ს შეადგენს.

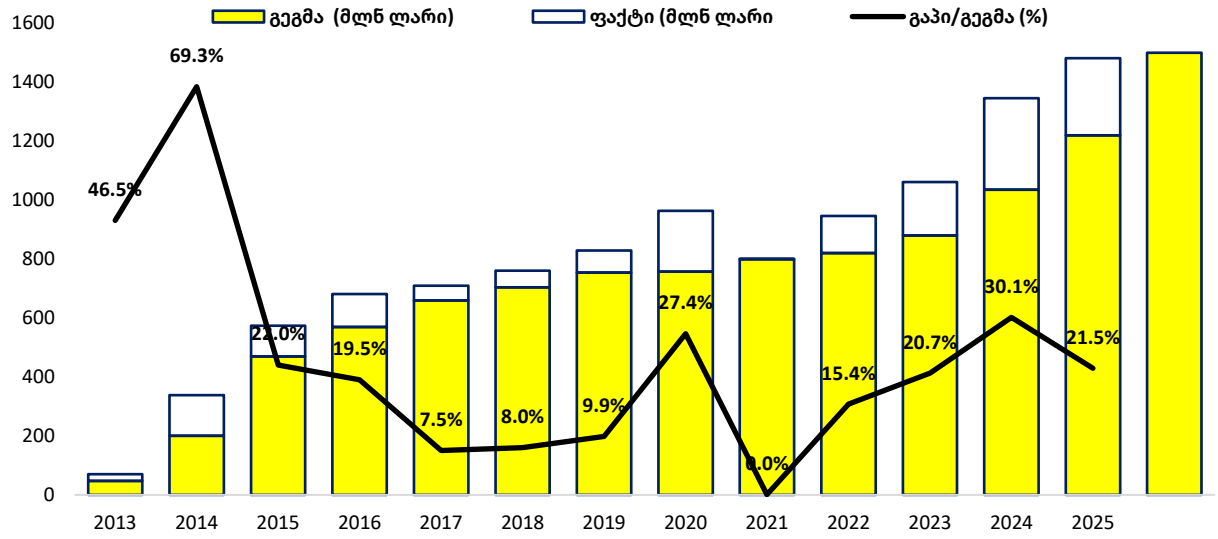
საყოველთაო ჯანდაცვა

ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯების ძირითადი ნაწილი მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელით ცნობილი პროგრამაა, რომელიც ჯანდაცვის საბიუჯეტო დანახარჯების დაფინანსების ყველაზე ხანგრძლივი და ამავდროულად, ყოველწლიურად დეფიციტური სქემაა. მომდევნო წელს 15 წელი შესრულდება, რაც ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსების უზრუნველყოფის პოლიტიკა საბოლოოდ და არსებითად შეიცვალა. ჯერ კიდევ 2013 წელს დანერგილ პროგრამას უნივერსალური მიდგომა და საყოველთაო მოცვა ახასიათებდა, რაც პერმანენტულად საბიუჯეტო დეფიციტს იწვევდა და ხარჯების გაზრდას მოითხოვდა. ამ პრობლემას მთავრობამ უფრო და უფრო მეტი ჩარევით უპასუხა, რამაც რეგულირების სპირალი შექმნა და პრობლემა მოუგვარებელი დატოვა. სხვადასხვა ეტაპზე განხორციელებულმა ცვლილებებმა ვერ შეცვალა სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებისა და ექიმების მოტივაცია, მიეღოთ მეტი საბიუჯეტო

[1] მკვლევარი, კვლევითი ინსტიტუტი Gnomon Wise, e-mail: e.shamugia@ug.edu.ge
[2] აღმასრულებელი დირექტორი, კვლევითი ინსტიტუტი Gnomon Wise, e-mail: i.gurgenashvili@ug.edu.ge

რესურსი, მეტი მომსახურების მიწოდების გზით. შესაბამისად, ვერ შეძლო პროგრამის დეფიციტურობისა და ხარჯების მზარდი დინამიკის მოთოკვა.

გრაფიკი 1: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ასიგნებები



წყარო: სახელმწიფო ბიუჯეტი - საკონსოლიდაციო მაცნე; ავტორის გამოთვლები

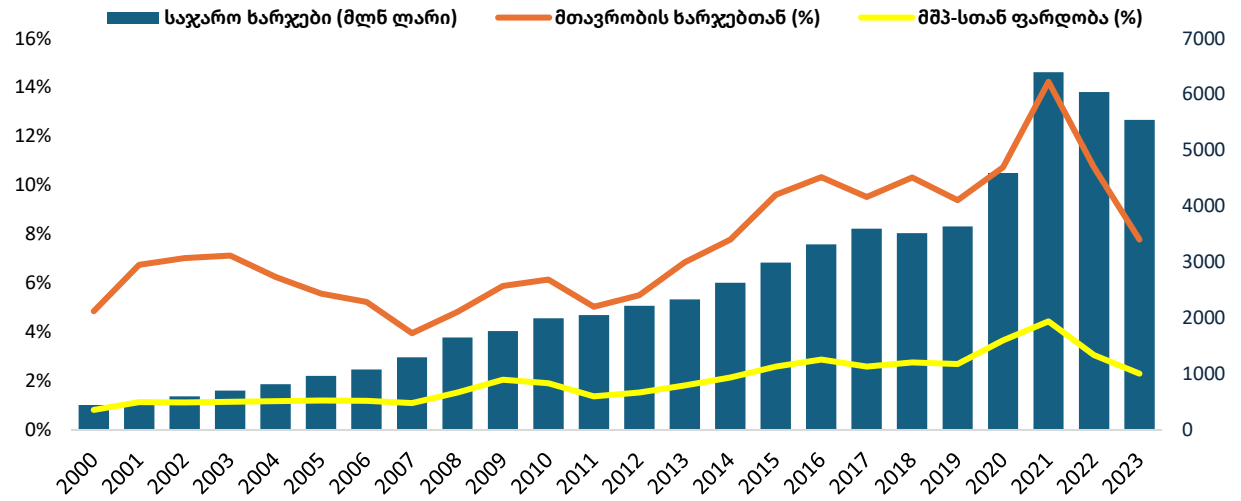
პროგრამამ სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა გაზარდა და ამავდროულად, მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯიბიდან გადახდა. ჯიბიდან გადახდა დაბალშემოსავლიანი ოჯახებისთვის განსაკუთრებით მძიმე ტვრითი იყო. თუმცა სახელმწიფო დაფინანსების პირობებში კვლავ რჩება ოპორტუნისტული ქცევის გამოვლენის ფართო შესაძლებლობები, რაც რესურსების არაეფექტიანი გამოყენების წინაპირობას ქმნის.[3] ეს კი ჯანდაცვის საბიუჯეტო დანახარჯების პერმანენტული ზრდის მთავარი წყაროა. ხელმისაწვდომობა შესაძლებელი გახდა საბიუჯეტო ხარჯების მკვეთრი ზრდის შედეგად. 2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დეფიციტმა თითქმის 70%-ს მიაღწია, რამაც პროგრამის მდგრადობა ამოქმედების მეორე წელსვე ეჭვქვეშ დააყენა და ახალი რეფორმების აუცილებლობა განაპირობა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შემდეგ, პირველი თვალსაჩინო ცვლილება 2017 წლის პირველ ნახევარში განხორციელდა, დიფერენცირებული პაკეტების შემოღებით. ამ პაკეტებმა მოქალაქეები შემოსავლებისა და სოციალური სტატუსის მიხედვით დაყო. ჯანდაცვის პროგრამა „საყოველთაოდან“ „მიზნობრივისკენ“ გადაიხარა, რადგან ბენეფიციარებიდან

[3] Rakviashvili, A., & Shamugia, E. (2023). Moral Hazard in Government Health Programs - New Evidence from Georgia. *Caucasus Journal of Social Sciences*, *16*(1), 109–127. https://doi.org/10.62343/cjss.2023.232

გამორიცხნენ ადამიანები, რომლებიც მაღალშემოსავლიან ოჯახებს მიეკუთვნებოდნენ და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით უკვე სარგებლობდნენ.[4] სიღარიბის დონის მიხედვით სტრატიფიცირებული ჯგუფებისთვის განსხვავებული თანაგადახდა და ლიმიტები დაწესდა. ცვლილებებმა პროგრამის დანახარჯების შემცირება მხოლოდ ამავე, 2017 წელს გამოიწვია, ხოლო მომდევნო პერიოდიდან პროგრამა მანამდე არსებულ აღმავალ დინამიკას დაუბრუნდა. ამასთან, მოქალაქეების ერთი ნაწილისთვის სამედიცინო ხარჯების წნეხიც გაიზარდა, რადგან მათ უკვე სამედიცინო მომსახურების ხარჯების თანაგადახდა უწევდათ.

გრაფიკი 2: ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯების დინამიკა



წყარო: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია; ავტორის გამოთვლები

არასრულ ორ წელიწადში, 2019 წლის მიწურულს, მომდევნო ცვლილება განხორციელდა: მთავრობამ სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების განსაზღვრა დაიწყო.[5] თუმცა პრობლემის მოგვარება ვერც ამ ცვლილებებმა შეძლო, რაც დადასტურდა კიდეც მომდევნო პერიოდში ფასების დადგენის უფრო დიდი მასშტაბითა და რთული სისტემის დამკვიდრებით, ასევე,

[4] ცვლილებების შემდეგ, პროგრამით მოსარგებლეთა კატეგორიას განეკუთვნებოდნენ სოციალურად დაუცველი პირები, პენსიონერები, 0-6 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, პედაგოგები, სტუდენტები, იძულებით გადაადგილებული პირები და შშმ პირები. ასევე, პროგრამით სარგებლობენ ყოველთვიურად 1 000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, თვითდასაქმებული, არარეგულარული შემოსავლის მქონე და საშუალო შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1 000 ლარზე მეტია, მაგრამ წლიური შემოსავალი 40 ათას ლარს არ აღემატება. შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, დაახლოებით, 43 ათასი პირი გამოეთიშა.

[5] ეს ეტაპი ფართო საზოგადოებისთვის „520-ე დადგენილების“ სახელით იყო ცნობილი, რაც, ძირითადად, რეანიმაციისა და კარდიოქირურგიის ნაწილში, სხვადასხვა მომსახურებაზე ერთიანი ტარიფის განსაზღვრას გულისხმობდა.

პროგრამის საბიუჯეტო პრობლემის შენარჩუნებით. ამასთან, ცვლილების შემდეგ, სამედიცინო სისტემის წარმომადგენლები მდგომარეობის გაუარესებაზე მიუთითებდნენ. ისინი აღნიშნავდნენ, რომ სათანადო სამედიცინო მომსახურებისთვის დადგენილი ტარიფები დაბალი იყო.[6]

რეგულირების გაფართოების პროცესი, რომელიც ჯერ კიდევ პანდემიამდელ პერიოდში დაიწყო, სამედიცინო მომსახურების ფასების ფიქსირებამდე მივიდა (რიგ ფარმაცევტულ პრდუქციაზე ფასის ზედა ზღვარია დაწესებული). 2022 წლის ნოემბრის დასაწყისში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, სამედიცინო სერვისების ანაზღაურების ახალი მეთოდი - დიაგნოზთან შეჭიდებული ჯგუფების სისტემა - ამოქმედდა (იხილეთ მეთოდის შესახებ[7]). ეს მეთოდი ინდივიდუალურ მიდგომას უარყოფს და ეფუძნება დიაგნოზების უნიფიცირებას, დაშვებას იმის შესახებ, რომ ერთნაირი დიაგნოზის შემთხვევაში, სხვადასხვა პაციენტის მკურნალობისთვის სამედიცინო დაწესებულება ერთსა და იმავე რესურსს იყენებს. ამ მეთოდით ფასების ფიქსირების მიზანი ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსების პირობებში არსებული ოპორტუნისტული ქცევის შემცირებაა, მაგრამ მთავრობის მიერ ფასების დადგენა არათუ ამცირებს, არამედ ასეთი ქცევისთვის მეტ სივრცეს ქმნის.

მთავრობის მორიგი რეგულირების შემოღების მიუხედავად, 2023 წელს პროგრამის დეფიციტურობის პრობლემა არ გაქრა და გეგმასთან შედარებით, პროგრამის დანაკლისმა 182.0 მლნ ლარი შეადგინა. დანახარჯებისგან განსხვავებით, ამ პერიოდში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა რაოდენობა შემცირდა. თუ 2022 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, ყოველ ათას მოსახლეზე, 206-მა პაციენტმა ისარგებლა, 2023 წელს ეს მაჩვენებელი 191 პაციენტი იყო. 2023 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის დანახარჯების რეალური დონეც თვალსაჩინოდ გაიზარდა. 2023 წელს, წინა წელთან შედარებით, ერთ მოსარგებლეზე საშუალო დანახარჯების რეალური ზრდა 27.1%-ს შეადგენდა, ხოლო პრეპანდემიურ პერიოდთან შედარებით - 33.2%-ს.[8] ფასების ფიქსირების მიუხედავად, პროგრამის დეფიციტურობა და

[6] ბიზნეს ფორმულა - „რა შედეგი მოიტანა ჯანდაცვის სექტორში დაწყებულმა რეფორმამ?“ https://shorturl.at/muVW6

[7] Fetter, R. B., Thompson, J. D., & Mills, R. E. (1976). A system for cost and reimbursement control in hospitals. *The Yale journal of biology and medicine*, *49*(2), 123–136. ; Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., & Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, *9*(3), 215–223. https://doi.org/10.1007/s10729-006-9040-1

[8] შამუგია, ე. (2024). ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა. Gnomon Wise. https://gnomonwise.org/storage/publications/April2024/1A0Xt3SibzOnD1pZYk1b.pdf

მზარდი დინამიკა მომდევნო პერიოდშიც შენარჩუნდა. 2024 წელს დამტკიცებულ გეგმასთან შედარებით, დანაკლისი 311.5 მლნ ლარი იყო, ხოლო 2025 წელს 261.8 მლნ ლარს შეადგენდა.

ერთი მხრივ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების ფასების ფიქსირებამ საბიუჯეტო დანახარჯების პრობლემა ვერ მოაგვარა და მეორე მხრივ, მომსახურების ხარისხთან მიმართებით, პრობლემა წარმოშვა. ამ მიდგომის ამოქმედებიდან მალევე, სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლების მხირდან მომსახურების ხარისხს გაუარესებაზე აქცენტები გაკეთდა.[9] ეს კი სავსებით მოსალოდნელი იყო, რადგან არაერთი ქვეყნის მრავალწლიანი გამოცდილების შესწავლა ასეთი მეთოდის უამრავ უარყოფით გარეგან ეფექტზე მიუთითებდა. დიაგნოზთან შეჭიდებული ჯგუფების მეთოდს ემპირიული მხარდაჭერა აქვს ხარჯებისა და ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირებაში,[10] მაგრამ არსებობს საპირწონე მტკიცებულება სხვა უარყოფით შედეგებზე, რომლებიც, ძირითადად, მკურნალობის ხარისხის გაუარესებასთან არის ასოცირებული. საავადმყოფოები ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობას მოკლევადიანი სტაციონარის ხარჯზე ამცირებენ (მაგალითად, ბელგიაში ასეთ პოლიტიკას ერთდღიანი ჰოსპიტალიზაციის 42%-იანი ზრდა მოჰყვა).[11] [12]

მომსახურების დადგენილი ფასის პირობებში, საავადმყოფოები ცდილობენ ხარჯების მინიმიზაციას, რათა მინიმუმ მოგების განაკვეთი არ შემცირდეს. ეს კი იწვევს მკურნალობის ინტენსიურობის ან ხარისხის კლებას.[13] სხვა შემთხვევაში, პაციენტის შერჩევის შესაძლებლობამ

[9] იხილეთ განცხადებები: https://sl1nk.com/7peln06 ; https://sl1nk.com/lrnvkcr ; https://sl1nk.com/t61fdih

[10] Kahn, K. L. (1990). Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *JAMA*, *264*(15), 1984. https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450150084036 ; Kwon, S. (2003). Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy and Planning*, *18*(1), 84–92. https://doi.org/10.1093/heapol/18.1.84 ; Tsai, Y., Chuang, Y., Huang, W., See, L., Yang, C., & Chen, P. (2005). The effect of changing reimbursement policies on quality of in-patient care, from fee-for-service to prospective payment. *International Journal for Quality in Health Care*, *17*(5), 421–426. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi055 ; Barouni, M., Ahmadian, L., Anari, H. S., & Mohsenbeigi, E. (2020). Investigation of the impact of DRG based reimbursement mechanisms on quality of care, capacity utilization, and efficiency- A systematic review. *International Journal of Healthcare Management*, *14*(4), 1463–1474. https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1782663

[11] Perelman, J., & Closon, M. (2007). Hospital response to prospective financing of in-patient days: The Belgian case. *Health Policy*, *84*(2–3), 200–209. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.05.010

[12] Norton, E. C., Van Houtven, C. H., Lindrooth, R. C., Normand, S. T., & Dickey, B. (2002). Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, *11*(5), 377–387. https://doi.org/10.1002/hec.675 ; Pongpirul, K., Walker, D. G., Rahman, H., & Robinson, C. (2011). DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand. *BMC Health Services Research*, *11*(1), 290. https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-290

[13] Cutler, D. M. (1995). The incidence of adverse medical outcomes under prospective payment. *Econometrica*, *63*(1), 29. https://doi.org/10.2307/2951696 ; Paddock, S. M., Escarce, J. J., Hayden, O., & Buntin, M. B. (2007). Did the Medicare Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System Result in Changes in Relative Patient Severity and Relative Resource Use? *Medical Care*, *45*(2), 123–130. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000250863.65686.bc ;

შეიძლება დისკრიმინაცია გამოიწვიოს, რადგან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები ეცდებიან, უფრო „მომგებიან“ პაციენტებს უმკურნალონ.[14] სამედიცინო პროვაიდერებს უჩნდებათ სტიმული, რომ ფოკუსირდნენ ისეთ დაავადებებზე, რომლებიც მათთვის უფრო მეტად მომგებიანია, ხოლო სხვა მომსახურება ან არ მიაწოდონ, ან მიწოდების მოცულობა შეზღუდონ.[15] მეორე მხრივ, ჩნდება ის პრობლემები, რომლებიც ჰოსპიტალიზაციის პერიოდით ან დიაგნოზებით (კოდებით) მანიპულაციას გულისხმობს. კლინიკებს ზღვრულ პირობებში სტიმული უჩნდებათ, რომ ერთი და იმავე პაციენტის დაავადება უფრო მაღალანაზღაურებად ჯგუფში გადაიყვანონ.[16]

ამრიგად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები, ამ პროგრამის წინაშე არსებული პერმანენტული პრობლემების ფონზე, იზრდება, რაც პროგრამის რესურსების ყოველწლიურ დანაკლისს უკავშირდება. პანდემიის შემდგომ პერიოდში დამტკიცებულ გეგმასთან მიმართებით, აღნიშნული საბიუჯეტო პროგრამის დანაკლისი საშუალოდ 24.1%-ია, რაც მოსალოდნელია მომავალ წლებშიც. ეს კი ნიშნავს, რომ პროგრამის უზრუნველყოფას სულ უფრო და უფრო მეტი საბიუჯეტო რესურსი დასჭირდება, რაც დანახარჯების კომპოზიციას ცვლის.

ჯანდაცვის დანახარჯების კომპოზიცია

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ და მის უზრუნველსაყოფად საჭირო საბიუჯეტო რესურებმა მთლიანი ჯანდაცვის დანახარჯების კომპოზიცია მნიშვნელოვნად შეცვალა. მოსახლეობის ჯანდაცვის ხარჯების უზრუნველყოფაში არაეფექტიანი საჯარო სექტორის როლი გაიზარდა,

Hamada, H., Sekimoto, M., & Imanaka, Y. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*, *107*(2–3), 194–201. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.002

[14] Aas, I. M. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy*, *34*(3), 205–220. https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00759-8 ; Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, *17*(5), 537–555. https://doi.org/10.1016/s0167-6296(97)00042-8

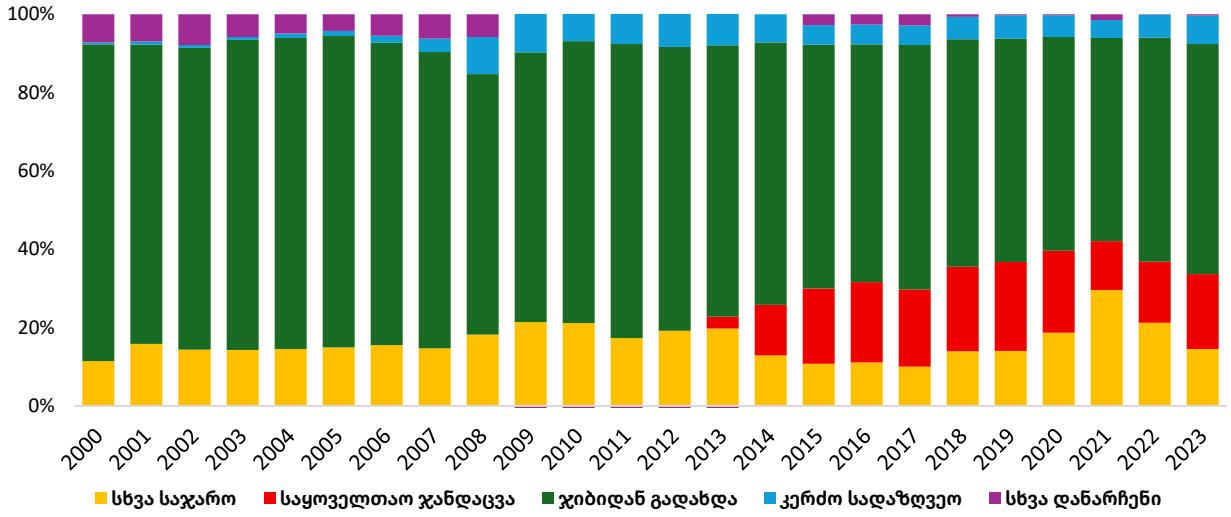
[15] Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1996). Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, *15*(3), 257–277. https://doi.org/10.1016/0167-6296(96)00002-1 ; Liang, L. (2014). Do Diagnosis-Related Group-Based payments incentivise hospitals to adjust output mix? *Health Economics*, *24*(4), 454–469. https://doi.org/10.1002/hec.3033 ; Parkinson, B., Meacock, R., & Sutton, M. (2019). How do hospitals respond to price changes in emergency departments? *Health Economics*, *28*(7), 830–842. https://doi.org/10.1002/hec.3890 ;

[16] Dafny, L. S. (2005). How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review*, *95*(5), 1525–1547. https://doi.org/10.1257/000282805775014236

ხოლო რესურსების უფრო ეფექტიანი გამოყენებისა და განაწილების სტიმულის მქონე კერძო სადაზღვევო სექტორის როლი შეამცირა.

საბიუჯეტო დაწესებულებისგან განსხვავებით, კერძო სადაზღვევო სექტორს აქვს სათანადო სტიმული და უნარი ჯანდაცვის დანახარჯების ეფექტიანი მოთოკვისა და რესურსების უკეთ გამოყენებისთვის. სადაზღვევო კომპანიაში ანდერაიტერების, აქტუარებისა და სხვა თანამშრომლების ინტერესია ოპორტუნისტული ქცევისა და მისით გამოწვეული შედეგების - დანახარჯის - მინიმიზაცია, ვინაიდან კომპანიის წარუმატებელი საქმიანობისთვის პასუხისმგებლობა შეიძლება სამსახურის ან შემოსავლის დაკარგვაში აისახოს, ბიუროკრატებისგან განსხვავებით.

გრაფიკი 3: ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების განაწილება, %



წყარო: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია; ავტორის გამოთვლები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ, ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების უზრუნველყოფაში კერძო სადაზღვევო კომპანიების როლი შემცირებულია. საყოველთაო ჯანდაცვის სრულყოფილ ამოქმედებამდე კერძო სადაზღვევო სექტორის წილი მზარდი იყო და იმ პერიოდისთვის, მთლიანი დანახარჯების 15.3%-მდე აღწევდა, მომდევნო პერიოდში კი განახევრდა, რაც პროგამის მოქმედებიდან მოყოლებული, საშუალოდ 5.7%-ია. ეს მაჩვენებელი ჩამორჩება ნებაყოფლობითი კერძო დაზღვევის დაფარვის საშუალო დონეს, რომელიც დაფიქსირებულია ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის წევრ ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობის ჯანდაცვის ხარჯებს ძირითადად მსხვილი საბიუჯეტო სქემები

და სავალდებულო დაზღვევა ფარავს.[17] თუმცა, საბიუჯეტო სქემის მასშტაბურობის მიუხედავად, ჯიბიდან გახდის მაღალი, 58.8%-იანი, წილის გათვალისწინებით, კერძო სადაზღვევო სექტორისთვის განვითარების სივრცე არსებობს.

***

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მრავალწლიანმა გამოცდილებამ ცხადყო, რომ საბიუჯეტო ხარჯების პერმანენტულ ზრდასა და ქრონიკულ დეფიციტს მზარდი რეგულირება და სამთავრობო ინტერვენცია ვერ აჩერებს. ეტაპობრივმა ცვლილებებმა - დიფერენცირებული პაკეტების შემოღებამ, ტარიფების დადგენამ და დიაგნოზთან შეჭიდებული ჯგუფების დანერგვამ - სამედიცინო დაწესებულებების ოპორტუნისტული ქცევა და საბიუჯეტო რესურსების არაეფექტიანი ხარჯვა ვერ აღმოფხვრა. მეტიც, ფასების ხისტმა ფიქსირებამ წარმოშვა მომსახურების ხარისხის გაუარესების, პაციენტთა სელექციისა და დიაგნოზებით მანიპულირების მნიშვნელოვანი რისკები, თუმცა პროგრამის ყოველწლიური დეფიციტი კვლავ სოლიდურ ნიშნულზე ნარჩუნდება.

ამავდროულად, მზარდმა საბიუჯეტო პროგრამამ მკვეთრად შეცვალა ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა. არაეფექტიანი საჯარო დაფინანსების გაფართოებამ ბაზრიდან განდევნა კერძო სადაზღვევო სექტორი - მისი წილი მთლიან დანახარჯებში შემცირდა 15.3%-დან საშუალოდ 5.7%-მდე. ბიუროკრატიული აპარატისგან განსხვავებით, სწორედ კერძო სექტორს გაქვს ხარჯების შეკავების, რისკების სწორი შეფასებისა და რესურსების ეფექტიანი განაწილების ბუნებრივი სტიმული.

საგულისხმოა, რომ ამ გადაუჭრელი სისტემური პრობლემების, მზარდი რეგულირების სპირალის, ხარისხის კლებისა და კერძო დაზღვევის როლის დაკნინების ფონზე, ჯანდაცვის საბიუჯეტო დანახარჯები კვლავ განუხრელად იზრდება. ამრიგად, მომდევნო პერიოდში საყოველთაო ჯანდაცვის ასიგნებების ზრდა კიდევ უფრო მეტი რესურსის არაეფექტიან ხარჯვას გამოიწვევს.

[17] OECD . (2022). *Private health insurance spending*. https://doi.org/10.1787/4985356e-en