



კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის სტიმულები დაავადებათა პრევენციის მიმართ:
შესაძლებლობები, ბარიერები და საერთაშორისო გამოცდილება

Private Health Insurance Incentives for Disease Prevention: Opportunities, Barriers, and
International Experience



<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.02.10>

მაგდა ცნობილაძე^{1a*}

Magda Tsnobiladze^{1a}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^a corresponding author m_tsnobiladze@cu.edu.ge

აბსტრაქტი

შესავალი: დაავადებათა პრევენცია თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და დაავადებებით გამოწვეული ფინანსური ტვირთის შემცირების მნიშვნელოვან მექანიზმად განიხილება. მიუხედავად ამისა, კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევა ხშირად მოკლევადიან ფინანსურ შედეგებსა და უკვე წარმოშობილი სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებაზეა ორიენტირებული, მაშინ როდესაც პრევენციული ინვესტიციების სარგებელი ძირითადად საშუალო და გრძელვადიან პერიოდში ვლინდება. ნარატიული მიმოხილვის მიზანი იყო კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის მიერ დაავადებათა პრევენციის მხარდაჭერის ეკონომიკური და ინსტიტუციური საფუძვლების, არსებული სტიმულების, განხორციელების მექანიზმებისა და ძირითადი ბარიერების გაანალიზება საერთაშორისო გამოცდილებისა და საქართველოს კონტექსტის გათვალისწინებით. **მეთოდოლოგია:** სამეცნიერო ლიტერატურა მოძიებულ იქნა PubMed/MEDLINE-ის, Scopus-ის, Web of Science-ისა და Google Scholar-ის მონაცემთა ბაზებში. დამატებით განხილულ იქნა საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და საქართველოს შესაბამისი უწყებების ანგარიშები და პოლიტიკის დოკუმენტები. **შედეგები:** მიმოხილვამ აჩვენა, რომ კერძო მზღვეველთა პრევენციულ სტიმულებს ზღუდავს მოკლევადიანი კონტრაქტები, დაზღვეულთა კომპანიებს შორის გადაადგილება, მონაცემთა ფრაგმენტაცია, პროვადერებთან არასაკმარისი კოორდინაცია და პროგრამების ფინანსური შედეგების გაზომვის სირთულე. ეფექტიან მექანიზმებად გამოიკვეთა პრევენციული მომსახურებების დაფარვა თანაგადახდის გარეშე, ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევა, ქრონიკული დაავადებების მართვა, რისკის კორექტირება, ციფრული მონიტორინგი და მიზნობრივი ქცევითი სტიმულები. **დასკვნა:** საქართველოსთვის მიზანშეწონილია პრევენციული მომსახურებების მინიმალური პაკეტის განსაზღვრა, მონაცემთა ინტეგრაციის გაუმჯობესება, გრძელვადიანი სადაზღვევო სტიმულების განვითარება და პრევენციული პროგრამების შედეგების სისტემატური შეფასება.



საკვანძო სიტყვები: კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევა; დაავადებათა პრევენცია; სადაზღვევო სტიმულები; ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევა; ქრონიკული დაავადებების მართვა; ჯანმრთელობის პოლიტიკა; საქართველო.

რეკომენდირებული ციტირება: მაგდა ცნობილაძე. კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის სტიმულები დაავადებათა პრევენციის მიმართ: შესაძლებლობები, ბარიერები და საერთაშორისო გამოცდილება. *ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია*, 10 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.02.10>

Abstract

Introduction: Disease prevention is increasingly recognized as an important mechanism for improving population health and reducing the financial burden associated with illness. Nevertheless, private health insurance frequently remains focused on short-term financial performance and the reimbursement of already incurred medical costs, whereas the benefits of preventive investments generally emerge over the medium and long term. This narrative review aimed to analyse the economic and institutional foundations of private health insurers' involvement in disease prevention, the principal incentive mechanisms, implementation approaches, and existing barriers, with consideration of international experience and the Georgian context. **Methods:** The literature was identified through PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, and Google Scholar. Reports and policy documents issued by international organizations and relevant Georgian institutions were also reviewed. **Results:** The findings indicate that private insurers' incentives to invest in prevention are constrained by short-term contracts, enrollee turnover between insurers, fragmented health data, insufficient coordination with healthcare providers, and difficulties in measuring the financial returns of preventive programmes. Promising mechanisms include coverage of high-value preventive services without cost sharing, value-based insurance design, chronic disease management programmes, risk adjustment, digital monitoring, and targeted behavioural incentives. However, the effectiveness of these approaches depends on programme design, appropriate targeting, data quality, beneficiary participation, and systematic evaluation. **Conclusion:** For Georgia, the establishment of a minimum package of evidence-based preventive services, improved data integration, stronger long-term insurance incentives, protection against risk selection, and regular evaluation of preventive programmes are recommended. Aligning insurers' financial interests with long-term population health objectives may enable private health insurance to move beyond passive reimbursement and become an active partner in disease prevention.

Keywords: private health insurance; disease prevention; insurance incentives; value-based insurance; chronic disease management; health policy; Georgia.

Recommended Citation: Magda Tsnobiladze (2026). Private Health Insurance Incentives for Disease Prevention: Opportunities, Barriers, and International Experience. *Health Policy, Economics and Sociology*, 10(2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.02.10>

შესავალი

არაგადამდები დაავადებები თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემების ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს გამოწვევად რჩება. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ავთვისებიანი სიმსივნეები, შაქრიანი დიაბეტი და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები გლობალური სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზებს წარმოადგენს და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხზე, შრომისუნარიანობასა და ჯანდაცვის ხარჯებზე. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2021 წელს არაგადამდებმა დაავადებებმა მსოფლიოში სულ მცირე 43 მილიონი ადამიანის სიკვდილი გამოიწვია, რაც პანდემიასთან დაუკავშირებელი სიკვდილიანობის დაახლოებით 75%-ს შეადგენდა (World Health Organization [WHO], 2025a).

არაგადამდები დაავადებების მზარდ ტვირთთან ერთად ჯანდაცვის სისტემები სამედიცინო მომსახურების ხარჯების მუდმივი ზრდის პრობლემის წინაშე დგას. მოსახლეობის დაბერება, ქრონიკული დაავადებების გახშირება, ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვა და მომსახურების გაძვირება სისტემის ფინანსურ მდგრადობაზე ზეწოლას აძლიერებს. ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის მონაცემებით, 2024 წელს ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯები OECD-ის ქვეყნებში მთლიანი შიდა პროდუქტის საშუალოდ 9.3%-ს შეადგენდა. ამასთან, მიუხედავად მრავალი პრევენციული ღონისძიების მაღალი ხარჯთეფექტიანობისა, 2023 წელს პრევენციაზე გაწეული ხარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების მხოლოდ დაახლოებით 3%-ს დაუბრუნდა (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2025).

დაავადებათა პრევენცია მოიცავს ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორების შემცირებას, ვაქცინაციას, სკრინინგს, დაავადების ადრეულ გამოვლენას, ქრონიკული მდგომარეობების უწყვეტ მართვასა და გართულებების თავიდან აცილებას. პრევენციული ღონისძიებები ხელს უწყობს ნაადრევი სიკვდილიანობის, ინვალიდობისა და მძიმე დაავადებებით გამოწვეული ეკონომიკური ტვირთის შემცირებას. თუმცა პრევენციის კლინიკური და სოციალური სარგებელი ავტომატურად არ ნიშნავს, რომ მისი დაფინანსება მოკლევადიან პერიოდში ფინანსურად მიმზიდველი იქნება თითოეული გადამხდელისათვის. პრევენციული პროგრამების ხარჯები ხშირად დაუყოვნებლივ წარმოიშობა, ხოლო ჯანმრთელობისა და ფინანსური შედეგები რამდენიმე წლის შემდეგ ვლინდება. სწორედ ეს დროითი შეუსაბამობა ქმნის ერთ-ერთ მთავარ სირთულეს პრევენციის კერძო სადაზღვევო დაფინანსებაში.

ჯანდაცვის ეკონომიკის თვალსაზრისით, ჯანმრთელობა შეიძლება განიხილებოდეს როგორც კაპიტალის ფორმა, რომლის შენარჩუნებასა და გაუმჯობესებაში განხორციელებული ინვესტიცია ზრდის ჯანმრთელად გატარებულ დროს, შრომით პროდუქტიულობასა და კეთილდღეობას (Grossman, 1972). ამ მიდგომის შესაბამისად, პრევენციული მომსახურებების დაფინანსება წარმოადგენს ინვესტიციას, რომელსაც შეუძლია შეამციროს დაავადების განვითარების, ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული მკურნალობის საჭიროება. თუმცა კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის გადაწყვეტილებები განისაზღვრება არა მხოლოდ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სარგებლით, არამედ კონკრეტული კომპანიისთვის მოსალოდნელი ფინანსური უკუგებათაც.

ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარი ხასიათდება გაურკვევლობით, ინფორმაციული ასიმეტრიით, არასასურველი შერჩევისა და მორალური საფრთხის რისკებით. დაზღვეულებს, მზღვეველებსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს განსხვავებული ინფორმაცია და ინტერესები აქვთ, რის გამოც თავისუფალი საბაზრო მექანიზმები ყოველთვის ვერ უზრუნველყოფს რესურსების საზოგადოებრივად ოპტიმალურ განაწილებას (Arrow, 1963). კერძო მზღვეველები დაინტერესებული არიან სადაზღვევო შემთხვევების სიხშირისა და სიმძიმის შემცირებით, მაგრამ ამავე დროს ცდილობენ მიმდინარე დანახარჯების კონტროლსა და მოკლევადიანი ფინანსური მდგრადობის შენარჩუნებას.

პრევენციაში ინვესტირების მოტივაციას განსაკუთრებით ამცირებს სადაზღვევო კონტრაქტების მოკლევადიანობა და დაზღვეულთა კომპანიებს შორის გადაადგილება. სადაზღვევო კომპანიამ შეიძლება დააფინანსოს სკრინინგი, ჯანმრთელობის კონსულტაცია ან ქრონიკული დაავადების მართვის პროგრამა, თუმცა შესაბამისი ფინანსური სარგებლის მიღებამდე დაზღვეული სხვა კომპანიაში გადავიდეს. ასეთ შემთხვევაში პრევენციული ინვესტიციის შედეგით შესაძლოა ის მზღვეველი სარგებლობდეს, რომელსაც პროგრამის თავდაპირველი ხარჯი არ გაუწევია. Herring-ის (2010) ეკონომიკური ანალიზი აჩვენებს, რომ დაზღვეულთა მოსალოდნელმა ბრუნვამ შეიძლება კერძო მზღვეველების მიერ პრევენციული მომსახურებების არასაკმარისი დაფინანსება გამოიწვიოს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც პროგრამის სარგებელი ხანგრძლივ პერიოდში ვლინდება.

კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის ტრადიციული მოდელი ძირითადად უკვე წარმოშობილი სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებაზეა ორიენტირებული. მომსახურების მოცულობაზე დაფუძნებული დაფინანსება, მაღალი თანაგადახდა და მოკლევადიანი კონტრაქტები შესაძლოა ნაკლებად ახალისებდეს დაავადების თავიდან აცილებასა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის გრძელვადიან მართვას. ამის საპასუხოდ განვითარდა ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევის დიზაინი — Value-Based Insurance Design, რომელიც დაზღვეულის ფინანსურ მონაწილეობას სამედიცინო მომსახურების კლინიკურ ღირებულებას უკავშირებს. ამ მიდგომის ფარგლებში მაღალი ღირებულების მქონე პრევენციულ და სამკურნალო მომსახურებებზე თანაგადახდა მცირდება ან უქმდება, ხოლო რესურსები მიმართულია იმ ინტერვენციებზე, რომლებიც ჯანმრთელობის უკეთეს შედეგებს უზრუნველყოფს (Chernew et al., 2007).

პრევენციის მხარდაჭერის სხვა მექანიზმებია ჯანმრთელობის რისკების სტრატეგიკაცია, მიზნობრივი სკრინინგი, ქრონიკული დაავადებების მართვის პროგრამები, პერსონალიზებული შეხსენებები, ჯანმრთელობის ქოუჩინგი, ციფრული მონიტორინგი და ჯანსაღი ქცევის ფინანსური ან არაფინანსური წახალისება. თუმცა ამ პროგრამების წარმატება დამოკიდებულია მათ მტკიცებულებით საფუძველზე, დაზღვეულთა ჩართულობაზე, სამედიცინო პროვაიდერებთან კოორდინაციაზე, მონაცემთა ხარისხსა და პრევენციული შედეგების გაზომვის შესაძლებლობაზე. არასწორად შემუშავებული წამახალისებელი პროგრამები შეიძლება ფორმალურ სარგებლად დარჩეს და მნიშვნელოვანი გავლენა ვერ მოახდინოს არც ჯანმრთელობის შედეგებზე და არც სადაზღვევო ხარჯებზე.

კერძო დაზღვევის მონაწილეობა პრევენციაში ასევე წარმოშობს სამართლიანობისა და ეთიკის საკითხებს. ინდივიდუალური რისკის შეფასებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს მაღალი რისკის მქონე დაზღვეულებისთვის მიზნობრივი მომსახურებების შეთავაზებას, მაგრამ ასევე შექმნას რისკების სელექციის, მაღალი პრემიის დაწესების ან მოწყვლადი ჯგუფების გამორიცხვის საფრთხე. შესაბამისად, პრევენციაზე ორიენტირებული კერძო დაზღვევა საჭიროებს ისეთ რეგულაციურ გარემოს, რომელიც ერთდროულად უზრუნველყოფს ინოვაციისა და ფინანსური მდგრადობის ხელშეწყობას, მონაცემთა კონფიდენციალურობის დაცვასა და მაღალი რისკის მქონე პირების მიმართ დისკრიმინაციის თავიდან აცილებას.

საკითხი განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოსთვის, სადაც მოქმედებს ჯანდაცვის შერეული სისტემა და სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში კერძო სექტორს დომინანტური როლი აქვს. 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ საჯაროდ დაფინანსებული მომსახურებების მოცულობა გააფართოვა, თუმცა კერძო სადაზღვევო კომპანიები კვლავ მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ დამატებითი და დამსაქმებლის მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სფეროში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველოში საავადმყოფოების საწოლების დაახლოებით 85% და პირველადი, ამბულატორიული და ფარმაცევტული ინფრასტრუქტურის უმეტესი ნაწილი კერძო საკუთრებაშია. ასეთი გარემო განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს კერძო სექტორის ფინანსური სტიმულების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიზნებთან შესაბამისობას (WHO Regional Office for Europe, 2025).

საქართველოს კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობებში პრევენციული კომპონენტის განვითარება შეიძლება შეზღუდული იყოს მოკლევადიანი კორპორაციული კონტრაქტებით, დაზღვეულთა მობილობით, სამკურნალო მომსახურებებზე მომხმარებელთა მაღალი მოთხოვნით, მონაცემთა ფრაგმენტაციითა და სპეციალური მარეგულირებელი სტიმულების სიმწირით. მიუხედავად საკითხის პრაქტიკული მნიშვნელობისა, საერთაშორისო ლიტერატურაში არსებული მტკიცებულებები ძირითადად მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების გამოცდილებას ასახავს, ხოლო გარდამავალი ეკონომიკისა და საქართველოს მსგავსი შერეული ჯანდაცვის სისტემების შესახებ არსებული ცოდნა შედარებით ფრაგმენტულია.

წინამდებარე ნარატიული მიმოხილვის მიზანია კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის მიერ დაავადებათა პრევენციის მხარდაჭერის ეკონომიკური და ინსტიტუციური საფუძვლების გაანალიზება, პრევენციული სტიმულების ძირითადი მექანიზმების იდენტიფიცირება და მათი დანერგვის შესაძლებლობებისა და ბარიერების შეფასება საერთაშორისო გამოცდილებისა და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კონტექსტის გათვალისწინებით. მიმოხილვა პასუხობს შემდეგ ძირითად კითხვებს: რა ეკონომიკური მოტივები განაპირობებს კერძო მზღვეველების მიერ პრევენციული მომსახურებების დაფინანსებას; როგორ მოქმედებს მოკლევადიანი ფინანსური ინტერესები და დაზღვეულთა მობილობა პრევენციაში ინვესტირებაზე; რომელი სადაზღვევო და რეგულაციური მექანიზმები უწყობს ხელს კერძო დაზღვევის პრევენციულ ორიენტაციას; და რა შესაძლებლობები არსებობს შესაბამისი მიდგომების საქართველოს პირობებთან ადაპტაციისთვის.

მეთოდოლოგია

კვლევა განხორციელდა ნარატიული ლიტერატურის მიმოხილვის დიზაინით. აღნიშნული მიდგომა შეირჩა კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის მიერ დაავადებათა პრევენციის მხარდაჭერის ეკონომიკური, ორგანიზაციული და რეგულაციური ასპექტების გასაანალიზებლად. მიმოხილვის მომზადებისას გათვალისწინებული იყო ნარატიული მიმოხილვების ხარისხის SANRA კრიტერიუმები (Baethge et al., 2019).

სამეცნიერო ლიტერატურა მოძიებული იყო PubMed/MEDLINE-ის, Scopus-ის, Web of Science-ისა და Google Scholar-ის მონაცემთა ბაზებში. დამატებით განხილული იყო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის, მსოფლიო ბანკისა და საქართველოს შესაბამისი სახელმწიფო უწყებების ანგარიშები და პოლიტიკის დოკუმენტები.

ძირითადი ძიება მოიცავდა 2000 წლის იანვრიდან 2026 წლის ივნისამდე გამოქვეყნებულ ინგლისურ და ქართულენოვან წყაროებს. თეორიული საფუძვლების წარმოსადგენად დროითი შეზღუდვის გარეშე ჩართული იყო ჯანდაცვის ეკონომიკისა და ჯანმრთელობის დაზღვევის კლასიკური ნაშრომებიც.

ძიებისას გამოყენებული იყო შემდეგი ძირითადი ტერმინები და მათი კომბინაციები: “private health insurance”, “disease prevention”, “preventive health services”, “health insurance incentives”, “value-based insurance design”, “cost sharing”, “enrollee turnover”, “risk adjustment”, “wellness programmes”, “disease management” და “Georgia”. ქართულენოვანი ძიება მოიცავდა ტერმინებს: „კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევა“, „დაავადებათა პრევენცია“, „სადაზღვევო სტიმულები“, „ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევა“ და „ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში“.

მიმოხილვაში ჩართული იყო რეცენზირებად ჟურნალებში გამოქვეყნებული ორიგინალური კვლევები, მიმოხილვითი და თეორიული ნაშრომები, ეკონომიკური შეფასებები და ოფიციალური პოლიტიკის დოკუმენტები, რომლებიც განიხილავდა კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის როლს პრევენციაში, ფინანსურ და ქცევით სტიმულებს, თანაგადახდას, დაზღვეულთა მობილობას, ქრონიკული დაავადებების მართვას ან სახელმწიფო რეგულირებას.

გამორიცხა კომერციული და სარეკლამო მასალები, არასანდო ვებწყაროები, სრული ტექსტის გარეშე გამოქვეყნებული აბსტრაქტები და კვლევები, რომლებიც არ უკავშირდებოდა კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევას ან დაავადებათა პრევენციას.

შერჩეული ლიტერატურა გაანალიზდა თემატური ნარატიული სინთეზის მეთოდით. წყაროები დაჯგუფდა პრევენციის ეკონომიკური მნიშვნელობის, მოკლევადიანი სადაზღვევო სტიმულების, ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევის, ქცევითი და ფინანსური მექანიზმების, ციფრული ჯანმრთელობის, რეგულირებისა და საქართველოს კონტექსტის მიხედვით. სინთეზისას შედარდა სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილება და შეფასდა განხილული მექანიზმების საქართველოს პირობებთან ადაპტირების შესაძლებლობა.

კვლევა ეფუძნებოდა საჯაროდ ხელმისაწვდომ წყაროებს და არ მოიცავდა ადამიანების მონაწილეობას ან პერსონალური მონაცემების გამოყენებას. შესაბამისად, ეთიკის კომიტეტის თანხმობა საჭირო არ იყო.

კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის ეკონომიკური სტიმულები დაავადებათა პრევენციის მიმართ

კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის ტრადიციული ფუნქცია დაავადებით გამოწვეული ფინანსური რისკების განაწილება და სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებაა. თუმცა ქრონიკული დაავადებების გავრცელებისა და მკურნალობის ხარჯების ზრდის პირობებში მზღვეველები სულ უფრო მეტად განიხილებიან არა მხოლოდ როგორც სამედიცინო ხარჯების გადამხდელები, არამედ როგორც ჯანმრთელობის რისკების მმართველები. ამ თვალსაზრისით, პრევენციული მომსახურებების დაფინანსება შეიძლება კერძო სადაზღვევო კომპანიისთვის ეკონომიკურად გამართლებული იყოს, თუ დაავადების ადრეული გამოვლენა ან რისკ-ფაქტორების მართვა მომავალში ძვირადღირებული მკურნალობის, ჰოსპიტალიზაციისა და გართულებების ალბათობას შეამცირებს.

პრევენციაში ინვესტირების ეკონომიკური სარგებელი დამოკიდებულია ინტერვენციის ტიპზე, სამიზნე მოსახლეობაზე, განხორციელების ხარჯსა და შედეგის გამოვლენისთვის საჭირო პერიოდზე. ყველა პრევენციული ღონისძიება ხარჯდამოზოგავი არ არის. ზოგიერთი პროგრამა ამცირებს ხარჯებს, ხოლო სხვა ღონისძიებები დამატებით ფინანსურ რესურსს მოითხოვს, თუმცა მიღებული ჯანმრთელობის შედეგების გათვალისწინებით მაინც ხარჯთეფექტიანია. ამიტომ ერთმანეთისგან უნდა გაიმიჯნოს ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესება, ხარჯთეფექტიანობა და უშუალოდ სადაზღვევო კომპანიის ხარჯების შემცირება (Cohen et al., 2008).

კერძო მზღვეველის გადაწყვეტილებაზე განსაკუთრებით მოქმედებს დროის ჰორიზონტი. პრევენციული პროგრამის ხარჯი მიმდინარე პერიოდში წარმოიშობა, ხოლო ფინანსური სარგებელი შესაძლოა რამდენიმე წლის შემდეგ გამოვლინდეს. მოკლევადიანი სადაზღვევო კონტრაქტების პირობებში კომპანიას არ აქვს გარანტია, რომ დაზღვეული მის პორტფელში საკმარისად ხანგრძლივი დროით დარჩება. შედეგად, კომპანიამ შეიძლება პრევენციაში ინვესტირება ნაკლებად მომგებიანად მიიჩნიოს, მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით ეფექტიანია.

Herring-ის (2010) ეკონომიკური მოდელის მიხედვით, დაზღვეულთა კომპანიებს შორის მოსალოდნელი გადაადგილება პრევენციული მომსახურებების არასაკმარისი დაფინანსების ერთ-ერთი მიზეზია. თუ ერთი მზღვეველი პრევენციული პროგრამის ხარჯს გასწევს, მაგრამ დაზღვეული მოგვიანებით სხვა კომპანიაში გადავა, ჯანმრთელობის გაუმჯობესებითა და შემცირებული სამედიცინო ხარჯებით მიღებული სარგებელი შეიძლება ახალ მზღვეველს დარჩეს. ეს ქმნის თავისუფალი სარგებლობის პრობლემას, როდესაც კომპანიები სხვა ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული პრევენციული ინვესტიციების შედეგის მიღებას ელიან და საკუთარ დანახარჯებს ზღუდავენ (Herring, 2010).

დაზღვეულთა მაღალი ბრუნვა ჯანმრთელობის მართვის უწყვეტობასაც ართულებს. კომერციული ჯანმრთელობის დაზღვევის მონაცემებზე ჩატარებული კვლევა მიუთითებს, რომ გეგმებს შორის გადაადგილება ფართოდ გავრცელებული მოვლენაა და პრობლემებს ქმნის როგორც სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობისთვის, ისე მზღვეველთა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის გრძელვადიანი მართვისთვის (Fang et al., 2022). შესაბამისად, პრევენციისადმი უფრო ძლიერი ეკონომიკური სტიმულები შეიძლება არსებობდეს იმ კომპანიებში, რომლებსაც შედარებით სტაბილური სადაზღვევო პორტფელი, ხანგრძლივი კორპორაციული კონტრაქტები ან დაზღვეულთა შენარჩუნების მაღალი მაჩვენებელი აქვთ.

კერძო დაზღვევის პრევენციულ როლზე გავლენას ახდენს დაზღვეულის ფინანსური მონაწილეობაც. თანაგადახდა და ფრანშიზა სამედიცინო მომსახურების ჭარბი გამოყენების შემცირებას ემსახურება, მაგრამ ერთგვაროვნად გამოყენების შემთხვევაში შეიძლება ეფექტიანი პრევენციული მომსახურებების მოხმარებაც შეამციროს. Solanki et al.-ის (2000) კვლევამ აჩვენა, რომ თანაგადახდა უარყოფითად მოქმედებდა პრევენციული კონსულტაციებისა და ზოგიერთი სკრინინგული მომსახურების გამოყენებაზე. ფინანსური ბარიერი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაშინ, როდესაც ადამიანს სიმპტომები არ აქვს და პრევენციული მომსახურების უშუალო სარგებელი მისთვის ნაკლებად თვალსაჩინოა.

ტრადიციული თანაგადახდის სისტემის ალტერნატივას წარმოადგენს ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევის დიზაინი (Value-Based Insurance Design). აღნიშნული მიდგომა ითვალისწინებს დაზღვეულის ფინანსური მონაწილეობის დაკავშირებას მომსახურების კლინიკურ ღირებულებასთან. მაღალი ღირებულების მქონე მომსახურებებზე, მათ შორის მიზნობრივ სკრინინგზე, ვაქცინაციაზე, ქრონიკული დაავადებების მონიტორინგსა და ეფექტიან მედიკამენტებზე, თანაგადახდა შეიძლება შემცირდეს ან გაუქმდეს. შედარებით დაბალი კლინიკური ღირებულების მქონე მომსახურებებზე კი შესაძლებელია ფინანსური მონაწილეობის შენარჩუნება ან გაზრდა (Chernew et al., 2007).

ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევა ეფუძნება მოსაზრებას, რომ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება განსხვავდება პაციენტის კლინიკური მდგომარეობისა და მოსალოდნელი სარგებლის მიხედვით. ამიტომ ყველა დაზღვეულისთვის თანაბარი თანაგადახდის დაწესებამ შეიძლება ერთდროულად გამოიწვიოს მაღალი ღირებულების მომსახურებების არასაკმარისი და დაბალი ღირებულების მომსახურებების ჭარბი გამოყენება. VBI-ის ფინანსურ სტიმულებს ისე ანაწილებს, რომ დაზღვეულს კლინიკურად ეფექტიანი მომსახურების გამოყენება გაუადვილდეს, ხოლო მზღვეველის რესურსები ჯანმრთელობის უკეთესი შედეგების მომტან ინტერვენციებზე იყოს მიმართული.

ამრიგად, კერძო მზღვეველთა პრევენციული სტიმულები სამი ძირითადი ფაქტორის ურთიერთქმედებით განისაზღვრება: პრევენციული ინტერვენციის მოსალოდნელი კლინიკური და ეკონომიკური ეფექტიანობით, დაზღვეულის კომპანიაში დარჩენის ხანგრძლივობით და ფინანსური სარგებლის მიღებისთვის საჭირო პერიოდით. პრევენციაში ინვესტირება უფრო მოსალოდნელია მაშინ, როდესაც პროგრამა მიმართულია მკაფიოდ განსაზღვრული მაღალი რისკის ჯგუფისკენ, შედეგები შედარებით მოკლე პერიოდში ვლინდება და კომპანიას დაზღვეულის გრძელვადიანი შენარჩუნების შესაძლებლობა აქვს. ამის საპირისპიროდ, მოკლევადიანი კონტრაქტები, მაღალი ბრუნვა და თანაბარი თანაგადახდის სისტემა კერძო დაზღვევას მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებაზე ორიენტირებულ მოდელში ტოვებს.

პრევენციული სადაზღვევო პროგრამების ძირითადი მექანიზმები

კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის ფარგლებში დაავადებათა პრევენციის მხარდაჭერა რამდენიმე ურთიერთდაკავშირებული მექანიზმით ხორციელდება. მათ შორის ყველაზე გავრცელებულია პრევენციული მომსახურებების ფინანსური ბარიერების შემცირება, სკრინინგისა და ვაქცინაციის დაფინანსება, ქრონიკული დაავადებების მართვის პროგრამები, wellness-ინიციატივები, ციფრული მონიტორინგი და ჯანმრთელი ქცევის წამახალისებელი სქემები. ამ მექანიზმების საერთო მიზანია დაავადების ადრეული გამოვლენა, რისკ-ფაქტორების შემცირება და მომავალში ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების საჭიროების თავიდან აცილება.

პრევენციული მომსახურებების გამოყენების ხელშეწყობის ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებაა თანაგადახდისა და ფრანშიზის შემცირება ან გაუქმება. ფინანსური ბარიერის მოხსნამ შეიძლება გაზარდოს სკრინინგის, პროფილაქტიკური კონსულტაციების, ვაქცინაციისა და პერიოდული გამოკვლევების ხელმისაწვდომობა. აშშ-ში პრევენციულ მომსახურებებზე თანაგადახდის გაუქმებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა მამოგრაფიისა და ბავშვთა

პროფილაქტიკური ვიზიტების დროს პაციენტების მიერ უშუალოდ გადახდილი თანხები (Kirby et al., 2016). თუმცა სხვადასხვა კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ თანაგადახდის გაუქმება ყოველთვის არ იწვევს სკრინინგის მაჩვენებლების მნიშვნელოვან ზრდას. ეს მიუთითებს, რომ ფინანსურ ბარიერებთან ერთად პრევენციული მომსახურებების გამოყენებაზე გავლენას ახდენს ინფორმირებულობა, დროის დეფიციტი, მომსახურების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, ექიმის რეკომენდაცია და ინდივიდის მიერ ჯანმრთელობის რისკის აღქმა.

მეორე მნიშვნელოვანი მექანიზმია ქრონიკული დაავადებების მართვის პროგრამები. ისინი ძირითადად განკუთვნილია დიაბეტის, არტერიული ჰიპერტენზიის, გულის უკმარისობის, ასთმისა და სხვა ხანგრძლივი მდგომარეობების მქონე დაზღვეულებისთვის. ასეთი პროგრამები შეიძლება მოიცავდეს პაციენტის რეგულარულ მონიტორინგს, მედიკამენტური მკურნალობისადმი ერთგულების შეფასებას, თვითმართვის განათლებას, კვებისა და ფიზიკური აქტივობის კონსულტაციას და პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან კოორდინაციას. ინტეგრირებული ქრონიკული ზრუნვის პროგრამების მიმოხილვა მიუთითებს, რომ მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი აუმჯობესებს მკურნალობისადმი ერთგულებასა და მომსახურების კოორდინაციას, ხოლო გულის უკმარისობისა და დიაბეტის შემთხვევაში ზოგიერთ პროგრამას ჰოსპიტალიზაციისა და განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის შემცირებაც შეუძლია (Martínez-González et al., 2014). მიუხედავად ამისა, პროგრამების გავლენა მთლიან სამედიცინო ხარჯებზე არაერთგვაროვანია და დამოკიდებულია პაციენტთა სწორ შერჩევაზე, პროგრამის ინტენსივობასა და განხორციელების ხარისხზე.

სადაზღვევო კომპანიებისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაღალი რისკის მქონე დაზღვეულთა იდენტიფიცირება. სამედიცინო მოთხოვნების, დიაგნოზების, მედიკამენტების გამოყენებისა და წარსული ჰოსპიტალიზაციების მონაცემებით შესაძლებელია დაზღვეულთა რისკის ჯგუფებად დაყოფა. ამის საფუძველზე ინტენსიური მხარდაჭერა შეიძლება მიეწოდოს იმ პირებს, რომლებსაც გართულებისა და მაღალი ხარჯების ყველაზე დიდი ალბათობა აქვთ. ასეთი მიზნობრივი მიდგომა უფრო ეფექტიანი შეიძლება იყოს, ვიდრე ერთნაირი პროგრამის მთელი დაზღვეული მოსახლეობისთვის შეთავაზება.

ციფრული ტექნოლოგიები პრევენციული პროგრამების განხორციელების დამატებით შესაძლებლობას ქმნის. მობილური აპლიკაციები, ავტომატური შეტყობინებები, სატელეფონო შეხსენებები და დისტანციური მონიტორინგი გამოიყენება სკრინინგზე მიწვევის, ვიზიტების შეხსენების, მედიკამენტების რეგულარული მიღებისა და ჯანმრთელობის მაჩვენებლების კონტროლისთვის. ავტომატურ სატელეფონო კომუნიკაციაზე ჩატარებული სისტემატური მიმოხილვა აჩვენებს, რომ ასეთ სისტემებს შეუძლია რიგ შემთხვევებში გააუმჯობესოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევა, პრევენციული მომსახურებების გამოყენება და ქრონიკული მდგომარეობების მართვა, თუმცა შედეგები პროგრამისა და სამიზნე ჯგუფის მიხედვით განსხვავდება (Posadzki et al., 2016).

პრევენციის კიდევ ერთი გავრცელებული ფორმაა wellness-პროგრამები, რომლებიც ფიზიკური აქტივობის, ჯანსაღი კვების, წონის მართვისა და თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ხელშეწყობას ისახავს მიზნად. ასეთი პროგრამები განსაკუთრებით ხშირად გამოიყენება დამსაქმებლის მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაზღვევის ფარგლებში. მათში შეიძლება შედიოდეს ჯანმრთელობის რისკის შეფასება, ფიტნესაქტივობები, კვების კონსულტაცია და სხვადასხვა სახის ჯილდო პროგრამაში მონაწილეობისათვის.

Wellness-პროგრამების ეფექტიანობის შესახებ მტკიცებულებები არაერთგვაროვანია. ადრეული დაკვირვებითი კვლევები მათ ჯანმრთელობის ხარჯებისა და სამსახურში არყოფნის შემცირებას უკავშირებდა, თუმცა უფრო მკაცრი დიზაინის მქონე კვლევებმა შედარებით ზომიერი შედეგები გამოავლინა. Song-ისა და Baicker-ის (2019) კლასტერულ რანდომიზებულ კვლევაში პროგრამის მონაწილეებმა უფრო ხშირად მიუთითეს რეგულარულ ფიზიკურ აქტივობასა და წონის მართვაზე, მაგრამ 18 თვის შემდეგ კლინიკურ მაჩვენებლებში, სამედიცინო ხარჯებში, მომსახურების გამოყენებასა და შრომით შედეგებში მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ

გამოვლენილა. სხვა რანდომიზებულმა კვლევამ 24 თვის განმავლობაში ასევე ვერ დაადასტურა მნიშვნელოვანი გავლენა ჯანმრთელობის ობიექტურ მაჩვენებლებსა და სამედიცინო მომსახურების გამოყენებაზე (Reif et al., 2020). ეს შედეგები მიუთითებს, რომ ზოგად wellness-პროგრამებს შესაძლოა ქცევითი ცვლილებების წახალისება შეეძლოს, მაგრამ მათგან მოკლევადიან პერიოდში მნიშვნელოვანი ფინანსური უკუგების მოლოდინი ყოველთვის გამართლებული არ არის.

ქცევითი ცვლილებების გასაძლიერებლად სადაზღვევო კომპანიები ზოგჯერ ფინანსურ სტიმულებსაც იყენებენ. ეს შეიძლება იყოს სადაზღვევო პრემიის შემცირება, ქულების დაგროვება, ვაუჩერები ან სხვა შეღავათები სკრინინგში მონაწილეობის, ვაქცინაციის, ფიზიკური აქტივობის ან თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტისთვის. სისტემატური მიმოხილვისა და მეტაანალიზის მიხედვით, ფინანსური სტიმულები ჩვეულებრივ მომსახურებასთან ან სტიმულის არარსებობასთან შედარებით უფრო ეფექტიანად უწყობს ხელს ჯანმრთელი ქცევის დაწყებასა და პრევენციულ პროგრამებში მონაწილეობას (Giles et al., 2014). თუმცა მათი ეფექტი ხშირად სტიმულის მოქმედების პერიოდშია ყველაზე ძლიერი და მისი შენარჩუნება ჯილდოს შეწყვეტის შემდეგ ნაკლებად არის გარანტირებული.

ფინანსური სტიმულების გამოყენებას სამართლიანობის საკითხებიც ახლავს. ჯილდო, რომელიც მხოლოდ წინასწარ განსაზღვრული ჯანმრთელობის შედეგის მიღწევაზეა დამოკიდებული, შეიძლება ნაკლებად ხელმისაწვდომი იყოს ქრონიკული დაავადების, შეზღუდული შესაძლებლობის ან არასახარბიელო სოციალური პირობების მქონე ადამიანებისთვის. ამიტომ უფრო სამართლიანია მონაწილეობისა და გაუმჯობესების წახალისება, ვიდრე ყველასთვის ერთი და იმავე საბოლოო შედეგის მოთხოვნა. ასევე აუცილებელია, რომ ქცევითი მონაცემები არ იქნეს გამოყენებული მაღალი რისკის მქონე პირებისთვის პრემიის არაპროპორციულად გასაზრდელად ან სადაზღვევო დაფარვის შესაზღუდად.

ამრიგად, პრევენციული სადაზღვევო პროგრამების ეფექტიანობა დამოკიდებულია არა მხოლოდ მომსახურების პაკეტში ფორმალურად ჩართვაზე, არამედ პროგრამის მიზნობრიობაზე, ფინანსური ბარიერების შემცირებაზე, დაზღვეულთა აქტიურ ჩართულობაზე, სამედიცინო პროვაიდერებთან კოორდინაციასა და შედეგების სისტემატურ შეფასებაზე. ყველაზე პერსპექტიულია ისეთი კომბინირებული მოდელი, რომელიც მაღალი ღირებულების პრევენციული მომსახურებების ფინანსურ ხელმისაწვდომობას აერთიანებს მაღალი რისკის ჯგუფების მიზნობრივ მართვასთან, ციფრულ მხარდაჭერასა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ქცევით სტიმულებთან.

პრევენციული დაზღვევის ორგანიზაციული, ქცევითი და რეგულაციური ბარიერები

კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევაში პრევენციული მიდგომების დანერგვას ხელს უშლის ორგანიზაციული, ქცევითი და რეგულაციური ფაქტორების ურთიერთქმედება. მიუხედავად იმისა, რომ დაავადების ადრეულ გამოვლენასა და გართულებების შემცირებას შეუძლია სამომავლო სამედიცინო ხარჯების შემცირება, სადაზღვევო კომპანიები ხშირად მოკლევადიანი ფინანსური შედეგებით ხელმძღვანელობენ. პრევენციული პროგრამის ხარჯი დაუყოვნებლივ წარმოიშობა, ხოლო ეკონომიკური სარგებელი შესაძლოა რამდენიმე წლის შემდეგ გამოვლინდეს.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ორგანიზაციული ბარიერია სადაზღვევო კონტრაქტების მოკლევადიანობა და დაზღვეულთა კომპანიებს შორის გადაადგილება. მზღვეველს არ აქვს გარანტია, რომ პრევენციული პროგრამით მოსარგებლე პირი კომპანიაში იმდენად ხანგრძლივად დარჩება, რომ შემცირებული სამედიცინო ხარჯების სახით ინვესტიციის უკუგება უზრუნველყოს. შედეგად, ერთი კომპანიის მიერ დაფინანსებული პრევენციის სარგებელი შეიძლება მომავალში სხვა მზღვეველმა მიიღოს. აღნიშნული „თავისუფალი სარგებლობის“

პრობლემა კერძო მზღვეველთა მიერ პრევენციული მომსახურებების არასაკმარისი დაფინანსების ერთ-ერთ მიზეზად განიხილება (Herring, 2010).

პრევენციული პროგრამების განხორციელებას ასევე ართულებს ჯანმრთელობის მონაცემთა ფრაგმენტაცია. დაზღვეულთა რისკების სათანადოდ შესაფასებლად საჭიროა დიაგნოზების, მედიკამენტების, ჰოსპიტალიზაციის, ლაბორატორიული კვლევებისა და სამედიცინო მომსახურების გამოყენების შესახებ მონაცემების გაერთიანება. ინფორმაციის არასრულყოფილება ზღუდავს მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების იდენტიფიცირებას, პროგრამის შედეგების შეფასებასა და თავიდან აცილებული ხარჯების გამოთვლას. პრობლემას ამძაფრებს სადაზღვევო კომპანიებს, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებსა და სპეციალიზებულ პროვაიდერებს შორის არასაკმარისი კოორდინაცია.

კიდევ ერთი ბარიერია პრევენციული პროგრამების შედეგების გაზომვის სირთულე. მკურნალობის შემთხვევაში სადაზღვევო ხარჯი და მიღებული მომსახურება შედარებით ადვილად აღირიცხება, ხოლო პრევენციის შედეგი ხშირად წარმოადგენს მოვლენას, რომელიც არ დადგა — მაგალითად, თავიდან აცილებულ ჰოსპიტალიზაციას ან გართულებას. ამიტომ მზღვევლებს შეიძლება გაუჭირდეთ პრევენციული ინვესტიციის ფინანსური ეფექტის ერთმანეთისგან გამიჯვნა სხვა კლინიკური, ქცევითი და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების გავლენისგან.

ქცევითი ბარიერები დაკავშირებულია დაზღვეულთა მიერ ჯანმრთელობის რისკებისა და მომავალი სარგებლის აღქმასთან. ასიმპტომური პირები ხშირად არ მიიჩნევენ სკრინინგს ან პროფილაქტიკურ კონსულტაციას გადაუდებელ საჭიროებად. პრევენციის სარგებელი მომავალშია მოსალოდნელი, ხოლო მომსახურების მისაღებად საჭირო დრო, ორგანიზაციული ძალისხმევა და თანაგადახდა მიმდინარე პერიოდში წარმოიშობა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფინანსური ბარიერები: თანაგადახდა უარყოფითად მოქმედებს პრევენციული კონსულტაციების, პაპ-ტესტისა და ზოგიერთი სხვა სკრინინგული მომსახურების გამოყენებაზე (Solanki et al., 2000).

დაზღვეულთა მონაწილეობის გასაზრდელად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს შეხსენებები, პერსონალიზებული კომუნიკაცია, ექიმის რეკომენდაცია და ფინანსური სტიმულები. კვლევები აჩვენებს, რომ ფინანსური წახალისება ხშირად ზრდის ჯანმრთელი ქცევის დაწყებისა და პრევენციულ პროგრამებში მონაწილეობის ალბათობას (Giles et al., 2014). თუმცა მისი ეფექტი შეიძლება შემცირდეს ჯილდოს შეწყვეტის შემდეგ. გარდა ამისა, ფინანსური სტიმულების მისაღებობასთან დაკავშირებით არსებობს ეთიკური და სოციალური კითხვები, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ჯილდოს მიღება ჯანმრთელობის ისეთ შედეგზეა დამოკიდებული, რომლის მიღწევაც ქრონიკული დაავადების ან არასახარბიელო სოციალური პირობების მქონე ადამიანებისთვის უფრო რთულია (Giles et al., 2015).

რეგულაციური გარემო მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს კერძო მზღვეველთა პრევენციულ სტიმულებზე. თუ კანონმდებლობა არ განსაზღვრავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციული მომსახურებების მინიმალურ მოცულობას, კომპანიები შეიძლება კონკურენციას ძირითადად სადაზღვევო პრემიის ფასითა და სამკურნალო მომსახურებების ლიმიტებით ეწეოდნენ. ამ პირობებში პრევენციული პროგრამების დაფინანსება ნებაყოფლობითი და არათანაბარი რჩება. ეფექტიანი რეგულირება შეიძლება მოიცავდეს მინიმალური პრევენციული პაკეტის განსაზღვრას, ხარისხისა და შედეგების ინდიკატორების დანერგვას, ანგარიშგების სტანდარტებსა და პრევენციული ინვესტიციების ფინანსურ წახალისებას.

ამასთან, რეგულაციამ უნდა შეამციროს რისკების სელექციისა და დისკრიმინაციის შესაძლებლობა. ჯანმრთელობის მონაცემთა ანალიზი კომპანიებს მაღალი რისკის მქონე პირებისთვის მიზნობრივი პრევენციული მომსახურებების შეთავაზების საშუალებას აძლევს, მაგრამ იგივე ინფორმაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნეს პრემიის გასაზრდელად, დაფარვის შესაზღუდად ან მაღალი ხარჯების მქონე პირების თავიდან ასაცილებლად. შესაბამისად,

აუცილებელია ჯანმრთელობის მონაცემების კონფიდენციალურობის დაცვა, რისკის შეფასების გამჭვირვალობა და ისეთი წესების არსებობა, რომლებიც პრევენციულ პროგრამებს მოწყვლადი ჯგუფების გამორიცხვის ინსტრუმენტად არ აქცევს.

საქართველოს პირობებში რეგულაციური და ორგანიზაციული ბარიერები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კერძო სექტორის ფართო მასშტაბის გამო. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, ქვეყანაში საავადმყოფოების საწოლების დაახლოებით 85% და პირველადი, ამბულატორიული და ფარმაცევტული ინფრასტრუქტურის მნიშვნელოვანი ნაწილი კერძო საკუთრებაშია. ასეთ სისტემაში აუცილებელია ძლიერი მმართველობა, შესყიდვის მექანიზმები და მონიტორინგი, რათა კერძო სექტორის კომერციული ინტერესები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მიზნებთან შესაბამისობაში მოვიდეს (World Health Organization Regional Office for Europe, 2025a).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ხაზს უსვამს, რომ კერძო პროვაიდერებისა და დამფინანსებლების კონტრაქტები უნდა შეიცავდეს მკაფიო მოთხოვნებს მომსახურების მოცულობის, ხარისხის, ანგარიშგებისა და შედეგების შესახებ. მხოლოდ მომსახურების დაფინანსება საკმარისი არ არის, თუ შესყიდვის მექანიზმი არ ქმნის პრევენციისა და ხარისხის გაუმჯობესების სტიმულებს (World Health Organization Regional Office for Europe, 2025b).

ამრიგად, პრევენციული დაზღვევის განვითარებას ვერ უზრუნველყოფს მხოლოდ სადაზღვევო პაკეტში რამდენიმე სკრინინგული მომსახურების დამატება. საჭიროა გრძელვადიანი კონტრაქტები, მონაცემთა ინტეგრაცია, პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან კოორდინაცია, შედეგების გაზომვის სისტემა და შესაბამისი რეგულაციური სტიმულები. ამ მექანიზმების გარეშე კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევა კვლავ ძირითადად უკვე წარმოშობილი სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებაზე იქნება ორიენტირებული.

ქვემოთ წარმოდგენილია საერთაშორისო გამოცდილების შედარებითი ქვეთავი, რომელიც მოიცავს როგორც კერძო დაზღვევას, ისე კონკურენტულ სადაზღვევო სისტემებში გამოყენებულ პრევენციულ მექანიზმებს.

საერთაშორისო გამოცდილება და პრევენციაზე ორიენტირებული სადაზღვევო მოდელები

საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ კერძო და კონკურენტულ სადაზღვევო სისტემებში დაავადებათა პრევენციის მხარდაჭერა სხვადასხვა მექანიზმით ხორციელდება. ზოგ ქვეყანაში მთავარ ინსტრუმენტს წარმოადგენს პრევენციული მომსახურებების სავალდებულო დაფარვა თანაგადახდის გარეშე, სხვაგან გამოიყენება ფინანსური ბონუსები, რისკის გათანაბრების მექანიზმები, ქრონიკული დაავადებების მართვის პროგრამები და ჯანმრთელი ქცევის წამახალისებელი სქემები. აღნიშნული გამოცდილება მიუთითებს, რომ კერძო მზღვეველთა პრევენციული აქტივობა უფრო მაღალია, როდესაც შესაბამის ფინანსურ სტიმულებს მკაფიო სახელმწიფო რეგულირება და შედეგების შეფასების სისტემა ახლავს.

აშშ-ში პრევენციული მომსახურებების ფინანსური ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი მექანიზმი Affordable Care Act-ის ფარგლებში ჩამოყალიბდა. რეგულაციის მიხედვით, არასაბაზო სტატუსის მქონე კერძო ჯგუფური და ინდივიდუალური სადაზღვევო გეგმები ვალდებული არიან მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციული მომსახურებების განსაზღვრული ნაწილი ქსელში მომსახურების მიღებისას თანაგადახდის, თანადაზღვევისა და ფრანშიზის გარეშე დაფარონ. დაფარვა მოიცავს რეკომენდებულ სკრინინგებს, ვაქცინაციას, ბავშვთა პრევენციულ მომსახურებებსა და ჯანმრთელობის რისკებთან დაკავშირებულ კონსულტაციებს (Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS], 2024).

აშშ-ის მოდელის ძირითადი უპირატესობა ის არის, რომ მაღალი კლინიკური ღირებულების მქონე მომსახურებების დაფინანსება მხოლოდ სადაზღვევო კომპანიის

ნებაყოფლობით გადაწყვეტილებაზე არ არის დამოკიდებული. თანაგადახდის გაუქმება ამცირებს ფინანსურ ბარიერს, თუმცა მომსახურების გამოყენების ზრდა ასევე დამოკიდებულია ექიმის რეკომენდაციაზე, მოსახლეობის ინფორმირებულობაზე, პროვადერების ხელმისაწვდომობასა და დაზღვეულთა ჯანმრთელობის ქცევაზე. შესაბამისად, სავალდებულო დაფარვა პრევენციის აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი პირობაა.

გერმანიაში პრევენციის სტიმულირების განსხვავებული მიდგომა გამოიყენება. კანონით ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდებს საშუალება აქვთ დაზღვეულებს ბონუსები შესთავაზონ ვაქცინაციაში, პროფილაქტიკურ გამოკვლევებში, კიბოს სკრინინგში, ფიზიკურ აქტივობასა და სხვა დამტკიცებულ პრევენციულ ღონისძიებებში მონაწილეობისთვის. წახალისება შეიძლება გაიცეს ფულადი ჯილდოს, მომსახურების, სადაზღვევო შენატანის შემცირების ან სხვა შედეგების სახით.

Stock et al.-ის (2010) მიერ ჩატარებულმა სამწლიანმა შეფასებამ აჩვენა, რომ პრევენციულ ბონუსურ პროგრამაში მონაწილე დაზღვეულთა საშუალო ხარჯები საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით დაბალი იყო და განსხვავება პროგრამის ადმინისტრაციული და ბონუსების ხარჯების გათვალისწინების შემდეგაც შენარჩუნდა. თუმცა ავტორები აღნიშნავენ, რომ შედეგების ინტერპრეტაციისას გასათვალისწინებელია მონაწილეთა თვითშერჩევა: პრევენციულ პროგრამებში შესაძლოა უფრო ხშირად ერთვებოდნენ თავდაპირველად ჯანმრთელი, განათლებული და ჯანმრთელობაზე მეტად ორიენტირებული ადამიანები (Stock et al., 2010).

გერმანიის გამოცდილება მიუთითებს, რომ ფინანსურმა ბონუსებმა შეიძლება გაზარდოს პრევენციულ აქტივობებში მონაწილეობა, მაგრამ პროგრამის წარმატების შეფასება მხოლოდ მონაწილეთა და ხარჯების რაოდენობით არ უნდა შემოიფარგლოს. აუცილებელია ჯანმრთელობის შედეგების, სოციალური თანასწორობისა და ქცევითი ცვლილების გრძელვადიანი მდგრადობის შეფასებაც.

ნიდერლანდებში მოქმედებს რეგულირებული კონკურენციის მოდელი, რომლის ფარგლებში მოქალაქეებისთვის ჯანმრთელობის ძირითადი დაზღვევა სავალდებულოა, ხოლო სადაზღვევო კომპანიები ერთმანეთთან კონკურენციას ეწევიან. სახელმწიფო განსაზღვრავს ძირითადი სადაზღვევო პაკეტის მოცულობას, ხოლო მზღვეველები ვალდებული არიან მიიღონ ყველა მსურველი და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიუხედავად მათთვის ერთნაირი ნომინალური პრემია დააწესონ. აღნიშნული წესები ამცირებს მაღალი რისკის მქონე მოსახლეობის პირდაპირ გამორიცხვას (Government of the Netherlands, n.d.).

ნიდერლანდების მოდელის ერთ-ერთი მთავარი კომპონენტია რისკის გათანაბრების სისტემა. მისი საშუალებით სადაზღვევო კომპანიები ფინანსურ კომპენსაციას იღებენ იმ შემთხვევაში, თუ მათ პორტფელში შედარებით მაღალი მოსალოდნელი დანახარჯების მქონე დაზღვეულები არიან. რისკის სათანადო კორექტირების მიზანია შემცირდეს ქრონიკული დაავადებების მქონე ან მაღალი რისკის პირების თავიდან აცილების ფინანსური მოტივაცია და კონკურენცია გადავიდეს მომსახურების ხარისხსა და ეფექტიანობაზე (van de Ven et al., 2023).

თეორიულად, რისკის ეფექტიანი გათანაბრება მზღვეველს საშუალებას აძლევს მაღალი რისკის მქონე დაზღვეული არა ფინანსურ ზარალად, არამედ დაავადების მართვისა და პრევენციული ჩარევის სამიზნედ განიხილოს. თუმცა არასრული რისკის კორექტირების შემთხვევაში კვლავ შეიძლება არსებობდეს იმ ჯგუფების შერჩევის ან თავიდან აცილების სტიმული, რომელთა რეალური ხარჯებიც გათანაბრების ფორმულით არასაკმარისად ანაზღაურდება. ამიტომ რისკის გათანაბრების მოდელები პერიოდულ შეფასებასა და განახლებას საჭიროებს.

სამხრეთ აფრიკაში ფართოდ ცნობილი მაგალითია კერძო დაზღვევასთან ინტეგრირებული Vitality-ის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამა. მოდელი დაზღვეულებს ქულებსა და სხვადასხვა შედეგის სთავაზობს ფიზიკური აქტივობის, სკრინინგის, ჯანმრთელობის შეფასების, ჯანსაღი კვებისა და სხვა ქცევებისთვის. ამგვარი მიდგომა

ტრადიციული პასიური დაზღვევისგან განსხვავდება, რადგან მზღვეველი ცდილობს დაზღვეულის ყოველდღიურ ქცევაზე გავლენას და ჯანმრთელობის რისკების შემცირებას.

948,974 დაზღვეულის მონაცემებზე ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა კავშირი პროგრამაში მაღალი ჩართულობის დონესა და შედეგებით დაბალ ჰოსპიტალურ ხარჯებსა და მომსახურების გამოყენებას შორის (Patel et al., 2010). თუმცა კვლევა დაკვირვებითი და ჯვარედინ-სექციური იყო, რის გამოც ვერ დასტურდება, რომ დაბალი ხარჯები უშუალოდ პროგრამამ გამოიწვია. შესაძლებელია, რომ პროგრამაში უფრო აქტიურად თავიდანვე ჯანმრთელი და ფიზიკურად აქტიური ადამიანები მონაწილეობდნენ.

სამხრეთ აფრიკის გამოცდილება აჩვენებს ციფრული ტექნოლოგიებისა და ქცევითი სტიმულების პოტენციალს, მაგრამ ასევე მიუთითებს სიფრთხილის აუცილებლობაზე. ფინანსურმა ჯილდომ შეიძლება გაზარდოს გაზომვად აქტივობებში მონაწილეობა, თუმცა მიღებული შედეგები ყოველთვის არ ნიშნავს დაავადების ტვირთისა და საერთო სამედიცინო ხარჯების გრძელვადიან შემცირებას. დამატებით გასათვალისწინებელია ციფრული უთანასწორობა, პერსონალური მონაცემების დაცვა და ის გარემოება, რომ მოწყვლად ჯგუფებს პროგრამის მოთხოვნების შესრულება შეიძლება უფრო გაუჭირდეთ.

განხილული ქვეყნების გამოცდილება ცხადყოფს, რომ პრევენციაზე ორიენტირებული სადაზღვევო მოდელები შეიძლება ოთხ ძირითად მექანიზმს დაეფუძნოს: მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მომსახურებების სავალდებულო დაფარვას თანაგადახდის გარეშე; პრევენციულ ქცევაში მონაწილეობისთვის ბონუსების შეთავაზებას; რისკის გათანაბრებას, რომელიც მაღალი რისკის მქონე დაზღვეულთა სელექციის მოტივაციას ამცირებს; და ციფრულ, ქცევით წახალისებაზე დაფუძნებულ პროგრამებს.

ამრიგად, საერთაშორისო გამოცდილება არ ადასტურებს რომელიმე ერთი უნივერსალური მოდელის უპირატესობას. ყველაზე ეფექტიანი მიდგომა აერთიანებს მინიმალურ რეგულაციურ მოთხოვნებს, მაღალი ღირებულების პრევენციული მომსახურებების ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, რისკის სამართლიან განაწილებას, მიზნობრივ პროგრამებსა და შედეგების დამოუკიდებელ შეფასებას. საქართველოსთვის განსაკუთრებით რელევანტურია ისეთი კომბინირებული მოდელი, რომელიც პრევენციული მომსახურებების მინიმალურ პაკეტს, შედეგებზე დაფუძნებულ სტიმულებსა და მაღალი რისკის მქონე პირების დისკრიმინაციისგან დაცვას გააერთიანებს.

დასკვნა

ნარატიულმა მიმოხილვამ აჩვენა, რომ კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევას დაავადებათა პრევენციის მხარდაჭერის მნიშვნელოვანი პოტენციალი აქვს, თუმცა აღნიშნული პოტენციალი პრაქტიკაში სრულად არ გამოიყენება. კერძო მზღვეველებისთვის პრევენციული პროგრამები ეკონომიკურად მიმზიდველი ხდება მაშინ, როდესაც მათ შეუძლიათ შედეგებით მოკლე ან საშუალოვადიან პერიოდში შეამცირონ ძვირადღირებული მკურნალობის, ჰოსპიტალიზაციისა და დაავადების გართულებების რისკი. ამასთან, პრევენციული ჩარევის კლინიკური ეფექტიანობა ყოველთვის არ ნიშნავს უშუალოდ ხარჯების შემცირებას; ამიტომ საჭიროა ჯანმრთელობის შედეგების, ხარჯთეფექტიანობისა და სადაზღვევო კომპანიის ფინანსური უკუგების ცალ-ცალკე შეფასება.

პრევენციაში ინვესტირების ძირითად ბარიერებს წარმოადგენს მოკლევადიანი სადაზღვევო კონტრაქტები, დაზღვეულთა კომპანიებს შორის გადაადგილება, მონაცემთა ფრაგმენტაცია, პროვაიდერებსა და მზღვეველებს შორის არასაკმარისი კოორდინაცია და პროგრამების შედეგების გაზომვის სირთულე. დამატებით პრობლემას ქმნის დაზღვეულთა დაბალი მონაწილეობა, რადგან ჯანმრთელობის შესაძლო სარგებელი ხშირად მომავალში ვლინდება, ხოლო მომსახურების მისაღებად საჭირო დრო, ძალისხმევა და თანაგადახდა მიმდინარე პერიოდში წარმოიშობა.

საერთაშორისო გამოცდილება მიუთითებს, რომ პრევენციაზე ორიენტირებული დაზღვევა ყველაზე ეფექტიანია მაშინ, როდესაც რამდენიმე მექანიზმი ერთდროულად გამოიყენება. ასეთ მექანიზმებს მიეკუთვნება მაღალი ღირებულების პრევენციული მომსახურებების დაფარვა თანაგადახდის გარეშე, ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევა, ქრონიკული დაავადებების მართვის პროგრამები, რისკის კორექტირება, მიზნობრივი ფინანსური სტიმულები და ციფრული მონიტორინგი. თუმცა არცერთი ცალკეული მექანიზმი არ წარმოადგენს უნივერსალურ გამოსავალს და პროგრამის ეფექტიანობა დამოკიდებულია მის დიზაინზე, სამიზნე ჯგუფის სწორ შერჩევასა და შედეგების დამოუკიდებელ შეფასებაზე.

საქართველოს პირობებში კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის პრევენციული როლის განვითარებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, რადგან სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში კერძო სექტორი მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს. მოქმედი მოდელი ძირითადად უკვე წარმოშობილი სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებაზეა ორიენტირებული, ხოლო პრევენციული კომპონენტები ხშირად ცალკეულ სკრინინგებსა და პერიოდულ გამოკვლევებს არ სცდება. შესაბამისად, საჭიროა კერძო მზღვეველთა ფინანსური ინტერესების მოსახლეობის ჯანმრთელობის გრძელვადიან მიზნებთან უფრო მჭიდრო დაკავშირება.

მთლიანობაში, კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევა შეიძლება გადაიქცეს დაავადებათა პრევენციის მნიშვნელოვან პარტნიორად, თუ პრევენცია სადაზღვევო პაკეტის დამატებითი მომსახურების ნაცვლად ჯანმრთელობის რისკების მართვის ძირითად კომპონენტად განიხილება. ამისათვის აუცილებელია რეგულაციური მხარდაჭერა, მონაცემებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებები, გრძელვადიანი სტიმულები და სამედიცინო პროვაიდერებთან კოორდინირებული თანამშრომლობა.

რეკომენდაციები

საქართველოს კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში მიზანშეწონილია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციული მომსახურებების მინიმალური პაკეტის განსაზღვრა. აღნიშნული პაკეტი შეიძლება მოიცავდეს ასაკისა და რისკის შესაბამის სკრინინგებს, ვაქცინაციას, არტერიული წნევის, გლუკოზისა და ლიპიდური პროფილის შეფასებას და ქრონიკული დაავადებების მონიტორინგს. მაღალი კლინიკური ღირებულების მქონე მომსახურებებზე თანაგადახდა უნდა შემცირდეს ან გაუქმდეს.

სასურველია ღირებულებაზე დაფუძნებული დაზღვევის ელემენტების ეტაპობრივი დანერგვა. სადაზღვევო შეღავათები უნდა უკავშირდებოდეს არა მომსახურების რაოდენობას, არამედ მის მოსალოდნელ კლინიკურ სარგებელსა და დაზღვეულის ჯანმრთელობის რისკს. ეს ხელს შეუწყობს რესურსების მაღალი ღირებულების ინტერვენციებზე გადანაწილებას.

კერძო მზღვევლებმა უნდა განავითარონ მაღალი რისკის მქონე პირებზე ორიენტირებული ქრონიკული დაავადებების მართვის პროგრამები. ასეთი პროგრამები უნდა აერთიანებდეს რეგულარულ მონიტორინგს, მედიკამენტებისადმი ერთგულების მხარდაჭერას, პაციენტის განათლებას, კვებისა და ფიზიკური აქტივობის კონსულტაციას და პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან კოორდინაციას.

აუცილებელია სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო პროვაიდერებს შორის მონაცემთა უსაფრთხო და სტანდარტიზებული გაცვლის სისტემის განვითარება. მონაცემთა ინტეგრაცია გააუმჯობესებს მაღალი რისკის ჯგუფების იდენტიფიცირებას, პრევენციული პროგრამების მიზნობრიობას და ჯანმრთელობისა და ფინანსური შედეგების შეფასებას. ამავე დროს, მკაცრად უნდა იყოს დაცული პერსონალური მონაცემების კონფიდენციალურობა.

რეკომენდებულია გრძელვადიანი კორპორაციული სადაზღვევო კონტრაქტებისა და დაზღვეულთა შენარჩუნების წამახალისებელი მექანიზმების განვითარება. შედარებით ხანგრძლივი ურთიერთობა ზრდის ალბათობას, რომ პრევენციული ინვესტიციის შედეგი იმავე სადაზღვევო კომპანიამ მიიღოს და ამცირებს მოკლევადიან ფინანსურ აზროვნებას.

სახელმწიფომ და მარეგულირებელმა უწყებებმა შეიძლება გამოიყენონ საგადასახადო, ფინანსური ან ანგარიშგებაზე დაფუძნებული სტიმულები იმ კომპანიებისთვის, რომლებიც მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრევენციულ პროგრამებს ახორციელებენ და მათ შედეგებს გამჭვირვალედ აფასებენ. პარალელურად საჭიროა რისკების სელექციისა და მაღალი რისკის მქონე პირების დისკრიმინაციის პრევენცია.

ქცევითი და ფინანსური სტიმულები უნდა იყოს სამართლიანი და ორიენტირებული მონაწილეობასა და პროგრესზე და არა მხოლოდ წინასწარ განსაზღვრული საბოლოო შედეგის მიღწევაზე. ამგვარი მიდგომა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქრონიკული დაავადებების, შეზღუდული შესაძლებლობის ან არასახარბიელო სოციალური პირობების მქონე დაზღვეულებისთვის.

ყოველი პრევენციული პროგრამის დაწყებამდე უნდა განისაზღვროს მისი შედეგობრივი ინდიკატორები, მათ შორის მონაწილეობის მაჩვენებელი, სკრინინგის მოცვა, დაავადების ადრეული გამოვლენა, ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე, პაციენტის ჯანმრთელობის შედეგები და პროგრამის ფინანსური გავლენა. აუცილებელია პროგრამების პერიოდული და, შესაძლებლობის შემთხვევაში, დამოუკიდებელი შეფასება.

შემდგომი კვლევები უნდა დაეფუძნოს საქართველოს სადაზღვევო კომპანიების, პროვაიდერებისა და დაზღვეულების მონაცემებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შეფასდეს, რომელი პრევენციული მომსახურებებია ადგილობრივ პირობებში ყველაზე ხარჯთეფექტიანი, როგორ მოქმედებს თანაგადახდა მომსახურების გამოყენებაზე და რამდენად მზად არიან დაზღვეულები და დამსაქმებლები პრევენციაზე ორიენტირებული სადაზღვევო პროდუქტების მისაღებად.

დაფინანსება

კვლევა დაფინანსდა შოთა რუსთაველის საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მიერ, სახელმწიფო სამეცნიერო გრანტის (№ MR-25-366) ფარგლებში.

გამოყენებული ლიტერატურა

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA—A scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4, Article 5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024). *The Affordable Care Act's new rules on preventive care*.

Chernew, M. E., Rosen, A. B., & Fendrick, A. M. (2007). Value-based insurance design. *Health Affairs*, 26(2), w195–w203. doi:10.1377/hlthaff.26.2.w195

Giles, E. L., Robalino, S., McColl, E., Sniehotta, F. F., & Adams, J. (2014). The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 9(3), Article e90347. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090347>

Giles, E. L., Robalino, S., Sniehotta, F. F., Adams, J., & McColl, E. (2015). Acceptability of financial incentives for encouraging uptake of healthy behaviours: A critical review using systematic methods. *Preventive Medicine*, 73, 145–158. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.029>

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. doi:10.1086/259880

Herring, B. (2010). Suboptimal provision of preventive healthcare due to expected enrollee turnover among private insurers. *Health Economics*, 19(4), 438–448. doi:10.1002/hec.1484

Kirby, J. B., Davidoff, A. J., & Basu, J. (2016). The ACA's zero cost-sharing mandate and trends in out-of-pocket expenditures on well-child and screening mammography visits. *Medical Care*, 54(12), 1056–1062. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000610>

- Martínez-González, N. A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: A meta-review. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 561–570. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing.
- Patel, D. N., Lambert, E. V., da Silva, R., Greyling, M., Nossel, C., Noach, A., Derman, W., & Gaziano, T. (2010). The association between medical costs and participation in the Vitality health promotion program among 948,974 members of a South African health insurance company. *American Journal of Health Promotion*, 24(3), 199–204. doi:10.4278/090217-QUAN-68R2.1
- Posadzki, P., Mastellos, N., Ryan, R., Gunn, L. H., Felix, L. M., Pappas, Y., Gagnon, M.-P., Julious, S. A., Xiang, L., Oldenburg, B., & Car, J. (2016). Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(12), Article CD009921. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009921.pub2>
- Reif, J., Chan, D., Jones, D., Payne, L., & Molitor, D. (2020). Effects of a workplace wellness program on employee health, health beliefs, and medical use: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 180(7), 952–960.
- Solanki, G., Schauffler, H. H., & Miller, L. S. (2000). The direct and indirect effects of cost-sharing on the use of preventive services. *Health Services Research*, 34(6), 1331–1350.
- Song, Z., & Baicker, K. (2019). Effect of a workplace wellness program on employee health and economic outcomes: A randomized clinical trial. *JAMA*, 321(15), 1491–1501. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.3307>
- Stock, S., Schmidt, H., Büscher, G., Gerber, A., Drabik, A., Graf, C., Lungen, M., & Stollenwerk, B. (2010). Financial incentives in the German statutory health insurance: New findings, new questions. *Health Policy*, 96(1), 51–56. doi:10.1016/j.healthpol.2009.12.015
- van de Ven, W., Hamstra, G., van Kleef, R., Reuser, M., & Stam, P. (2023). The goal of risk equalization in regulated competitive health insurance markets. *The European Journal of Health Economics*, 24(1), 111–123. doi:10.1007/s10198-022-01457-7
- World Health Organization. (2025a). *Noncommunicable diseases*.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2025a). *Governance of the private health sector in Georgia: A situation analysis using WHO's Progression Pathway for Governance of Mixed Health Systems*. World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2025b). *Purchasing health care from the private sector: A primer for countries in the WHO European Region*. World Health Organization.