

ჯანმრთელობის კორპორატიული
დაზღვევით კმაყოფილების შესწავლის
კვლევის ანგარიში

ავტორები

მარინე ეგუტია
ნათია რუხაძე
თამარ გოცაძე

სექტემბერი, 2010

Corporate Insurance

დაფინანსებულია "ღია საზოგადოების ინსტიტუტი"-ს მიერ

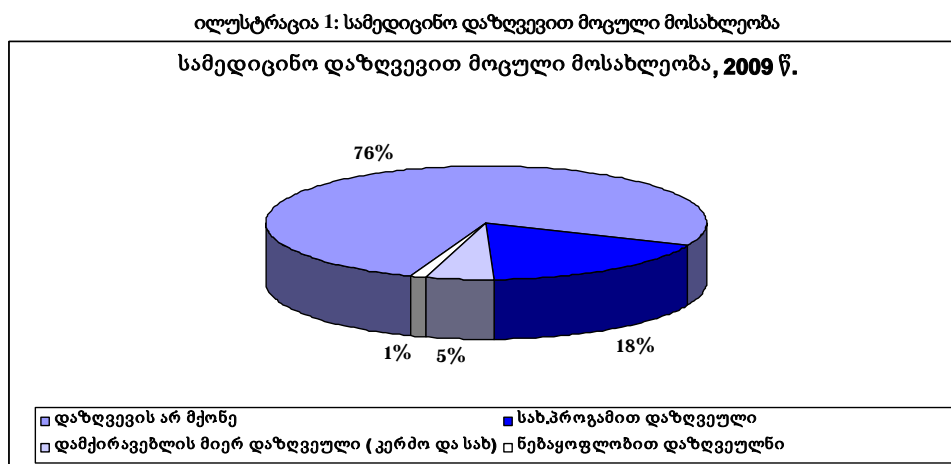
სარჩევი

I. შესავალი.....	3
II. მეთოდოლოგია.....	5
III. შედეგების აღწერა.....	6
ბლოკი I: კორპორატიულად დაზღვეული ორგანიზაციების სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის ისტორია	7
ბლოკი II: სადაზღვევო ხელშეკრულების განახლება / გაგრძელების პირობები.....	11
ბლოკი III: სადაზღვევო კომპანიის არჩევის კრიტერიუმი.....	16
ბლოკი IV: სადაზღვევო კომპანიების მიერ მიწოდებული მომსახურებით კმაყოფილება.....	17
ბლოკი V: სამომავლო რეკომენდაციები და სურვილები	19
IV ანალიზი და დასკვნები	20
V. რეკომენდაციები.....	24
VI. ბოლოსიტყვაობა	25

I. შესავალი

ქართული სადაზღვევო ბაზარი ჯერ კიდევ ახალგაზრდა, მაგრამ მზარდია. საქართველოს ეროვნული ბანკის ინფორმაციით, ბაზრის ზრდამ 2009 წელს 2008 წელთან შედარებით 33% შეადგინა. სადაზღვევო პროდუქტებს შორის ყველაზე დიდი პოპულარობით სამედიცინო დაზღვევა გამოირჩევა და მას ბაზრის სტრუქტურაში 68,6%-იანი წილი უკავია.

სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის ზრდა შეინიშნება 2007 წლიდან, როდესაც საქართველოს მთავრობამ დაიწყო ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმა¹. ამ რეფორმის ფარგლებში სახელმწიფო ფინანსების დიდი ნაწილი მიმართულ იქნა კერძო სადაზღვევო კომპანიებისაკენ. სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციართა დაზღვევას ახორციელებენ სადაზღვევო კომპანიები სახელმწიფო ასიგნებების ფარგლებში. 2009 წლის სექტემბრისთვის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 18%-ს სახელმწიფო მოიცავს. ამის პარალელურად, ნელი ტემპით ვითარდება კორპორატიული დაზღვევა, რომელითაც უფრო სამთავრობო, კერძო და არასამთავრობო სექტორში დასაქმებული პირები სარგებლობენ. საცალო/ინდივიდუალური დაზღვევა ბაზრის მხოლოდ 1 %-ს შეადგენს, ხოლო მოსახლეობის 76% დაუცველია სამედიცინო რისკებისგან (იხილეთ ილუსტრაცია #1).



სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის შემდგომი ზრდა დიდად არის დამოკიდებული კორპორატიული სექტორის წილის მატებასა და საცალო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებაზე. ამისთვის კი ინდუსტრიამ უნდა იზრუნოს მომხმარებელთა კმაყოფილებაზე და სწორი სადაზღვევო კულტურის ჩამოყალიბებაზე.

მომხმარებლის კმაყოფილების დონე განისაზღვრება არა მხოლოდ მომხმარებლის გამოცდილების ხარისხით (ცუდი ან კარგი) და სახეობით, არამედ მომხმარებლის მოლოდინითაც. მომხმარებელზე ორიენტირებული ორგანიზაციები, როგორც წესი, თავიანთ სტრატეგიას მომხმარებლის მოთხოვნებსა და მოლოდინებზე დაფუძნებით შეიმუშავენ. დაგეგმვის პროცესში ისინი სწავლობენ მომხმარებლის მოლოდინებს, უსმენენ მათ, ცდილობენ რომ მომსახურება მოარგონ მათ მოთხოვნებს და ითვალისწინებენ მომხმარებლის შეფასებას.

¹ შერილ კაშინი. სადისკუსიო დოკუმენტი #1: სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამის სადაზღვევო პაკეტი და სადაზღვევო პრემიის განსაზღვრა. 9.09.2009

მომხმარებლის კმაყოფილების უზრუნველყოფა მნიშვნელოვანია სადაზღვევი ბაზარზეც, რადგან კომპანიები, რომლებიც სრულად აკმაყოფილებენ და პერიოდულად აჭარბებენ კიდევ მომხმარებლის მოლოდინს, გაცილებით მარტივად ინარჩუნებენ ლიდერის პოზიციას ინდუსტრიაში. ასეთ კომპანიებში მომხმარებელი არის მნიშვნელოვანი პარტნიორი სერვისების დიზაინის და მიწოდების სქემების შემუშავებისას და ამავდროულად მიწოდებული მომსახურების ხარისხის განსაზღვრისას.

II. მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანი: კვლევა მიზნად ისახავდა კორპორატიული კლიენტების მომსახურებით კმაყოფილების შესწავლას და მიღებული შედეგების საფუძველზე, კორპორატიული დაზღვევის შემდგომი განვითარებისთვის რეკომენდაციების შემუშავებას.

კვლევის დიზაინი: კვლევის მიზნიდან გამომდინარე სპეციალურად შემუშავდა კითხვარი ², რომლის საშუალებით შესწავლილ იქნა კორპორატიულად დაზღვეული ორგანიზაციების კმაყოფილება. კითხვარი შედგება 5 ძირითადი ბლოკისაგან.

ბლოკი I	კორპორატიულად დაზღვეული ორგანიზაციების სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის ისტორია
ბლოკი II	სადაზღვევო კონტრაქტის განახლება / გაგრძელების პირობები
ბლოკი III	სადაზღვევო კომპანიის არჩევის კრიტერიუმები
ბლოკი IV	სადაზღვევო კომპანიების მიერ მოწოდებული მომსახურებით კმაყოფილება
ბლოკი V	სამომავლო რეკომენდაციები, სურვილები

თითოეული ბლოკის დიზაინისას გათვალისწინებულ იქნა ისეთი კითხვები, რომლებიც მიღებული ინფორმაციის ანალიზზე დაყრდნობით კორპორატიული დაზღვევით კმაყოფილებაზე დასკვნების გაკეთების საშუალებას მოგვცემდა.

შერჩევის ზომა–რადგანაც კორპორატიულად დაზღვეული ორგანიზაციების ერთიანი ნუსხა მკვლევართათვის ხელმისაწვდომი არ იყო, კვლევისთვის რესპონდენტი ორგანიზაციების შერჩევა მოხდა ყვითელი ფურცლების დახმარებით. კვლევისთვის შეირჩნენ კორპორატიულად დაზღვეული ის ორგანიზაციები, რომლებიც დაგვთანხმდნენ კითხვარის შევსებაზე. პარალელურად გამოვიყენეთ „თოვლის გუნდის“ პრინციპით ორგანიზაციების შერჩევა. ამ მიზნით კითხვარის ბოლოს რესპოდენტს ვთხოვდით მოეწოდებინა მათთვის ცნობილი კორპორატიულად დაზღვეული პირების საკონტაქტო ინფორმაცია. კითხვარი დაეგზავნა 97 ორგანიზაციას. ამ ორგანიზაციებიდან კითხვარი შეავსო 58-მა, ანუ გამოხმაურების კოეფიციენტი იყო 60%.

ორგანიზაციის რესპოდენტი: ამ კვლევაში მონაწილეობისათვის ორგანიზაციებში შეირჩნენ სადაზღვევო საკითხებში ყველაზე ინფორმირებული პიროვნებები, რომლებიც სადაზღვევო კომპანიასთან კონტრაქტის პირობებზე მოლაპარაკებისას წარმოადგენენ ორგანიზაციას.

კვლევის ადმინისტრირება: კითხვარი იყო თვით-ადმინისტრირებადი და დაეგზავნათ ელექტრონული ფოსტით რესპოდენტებს. კვლევის ტესტირება მოხდა, როგორც საერთაშორისო ფონდ „კურაციო“-ს ოფისში, ასევე რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაციაში. მიღებული რეკომენდაციების მიხედვით, ჩასწორებული კითხვარი შესავსებად 97 ორგანიზაციის საუკეთესოდ ინფორმირებულ პიროვნებას დაეგზავნა. კითხვარის შესავსებად რესპოდენტებს მიეცათ 2 კვირა. კითხვარის გაგზავნიდან ერთი კვირის შემდეგ განმეორებით ეგზავნებოდათ შემახსენებელი შეტყობინება.

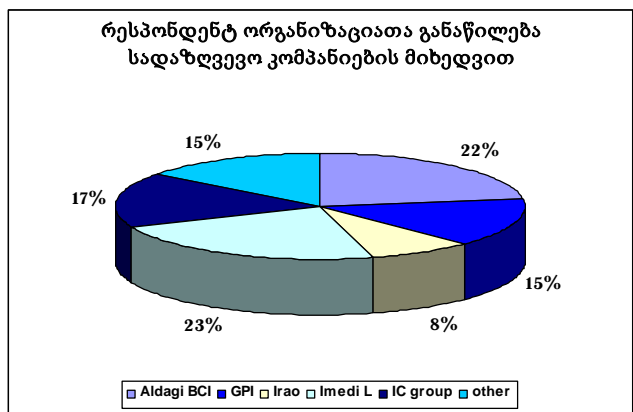
კონფიდენციალობა: კვლევაში მონაწილე ყველა ორგანიზაციისა და ინფორმირებულ პიროვნებათა სახელები, თვით კვლევის ინსტრუმენტში სახელებით არის იდენტიფიცირებული, თუმცა კვლევის ანგარიშში რესპონდენტთა კონფიდენციალურობა დაცულია.

კვლევის შეზღუდვები: კვლევას გააჩნია რიგი შეზღუდვებისა. კერძოდ: ა) კვლევა იყო თვით-ადმინისტრირებადი, ამიტომ არ არის ცნობილი რამდენად სერიოზულად მოეკიდნენ რესპონდენტები კითხვარის შევსებას და რამდენად კარგად ერკვეოდნენ იმ საკითხებში, რაზეც პასუხები გასცეს; ბ) არ არის ცნობილი რამდენად ორგანიზაციის „ყველაზე ინფორმირებული“ პირები, მართლაც იყვნენ თუ არა საკმარისად კარგად ინფორმირებულნი თავიანთი თანამშრომლების კორპორატიული დაზღვევით კმაყოფილების ხარისხით.

III. შედეგების აღწერა

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტი ორგანიზაციები თითქმის სრულად წარმოადგენენ სადაზღვევო ბაზარზე წარმოდგენილ ყველა სადაზღვევო კომპანიას³. რესპონდენტთა განაწილება მზღვეველი კომპანიის მიხედვით მოცემულია ილუსტრაციაზე #2. კვლევაში მონაწილე ორგანიზაციათა თანამშრომლები ყველაზე დიდი პროცენტით დაზღვეულნი იყვნენ “Imedi L”-სა და “Aldagi/BCI”-ში შესაბამისად 23% და 22%-ით, 15%-17% რესპონდენტების დაზღვეულნი იყვნენ “GPIH”-სა და “IC Group”-ში, 8%-“IRAO” -ში, ხოლო დანარჩენი 15% სხვა სადაზღვევო კომპანიებში.

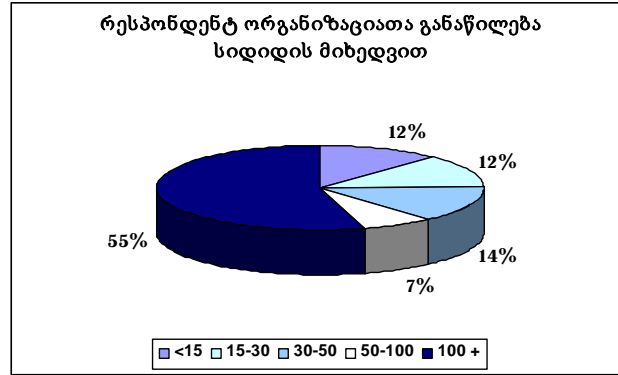
ილუსტრაცია 2: რესპონდენტ ორგანიზაციათა განაწილება სადაზღვევო კომპანიების მიხედვით



კვლევის კითხვარში ორგანიზაციები თანამშრომელთა რაოდენობის მიხედვით პირობითად დაიყო ხუთ ჯგუფად: პატარა (<15), მცირე (15-30); საშუალო (30-50); საშუალოზე დიდი (50-100) და დიდი ორგანიზაციები (>100). რესპონდენტთა 55% შეადგინა დიდმა ორგანიზაციებმა, 7% მოზრდილმა ორგანიზაციებმა და დაახლოებით თანაბარი რაოდენობით იყვნენ წარმოდგენილნი პატარა, მცირე და საშუალო ზომის ორგანიზაციები.

³ კვლევის პერიოდში ბაზარზე არსებულ ყველა კომპანიას

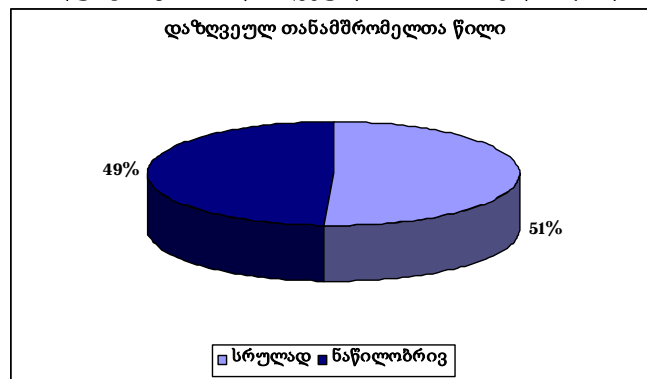
ილუსტრაცია 3: რესპონდენტ ორგანიზაციათა განაწილება სიდიდის (ზომის) მიხედვით



ბლოკი I: კორპორატიულად დაზღვეული ორგანიზაციების სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის ისტორია

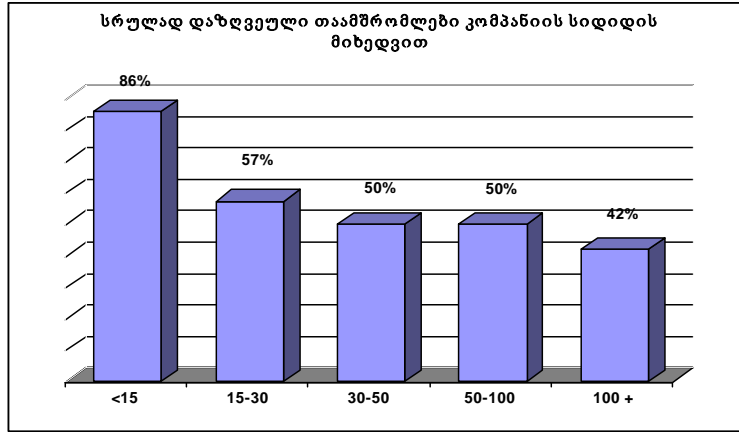
საინტერესო იყო გაგვეანალიზებინა კორპორატიული დაზღვევის სქემაში მონაწილე ორგანიზაციებში დაზღვეულ თანამშრომელთა წილი. ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ გამოკითხულ ორგანიზაციებში დაზღვეულ თანამშრომელთა რაოდენობა განსხვავდება. ყველა თანამშრომელი დაზღვეული აღმოჩნდა მხოლოდ ორგანიზაციათა 51%-ში, ხოლო დანარჩენებში თანამშრომლები ნაწილობრივ არიან დაზღვეულები (ილუსტრაცია #4).

ილუსტრაცია 4: დაზღვეულ თანამშრომელთა წილი



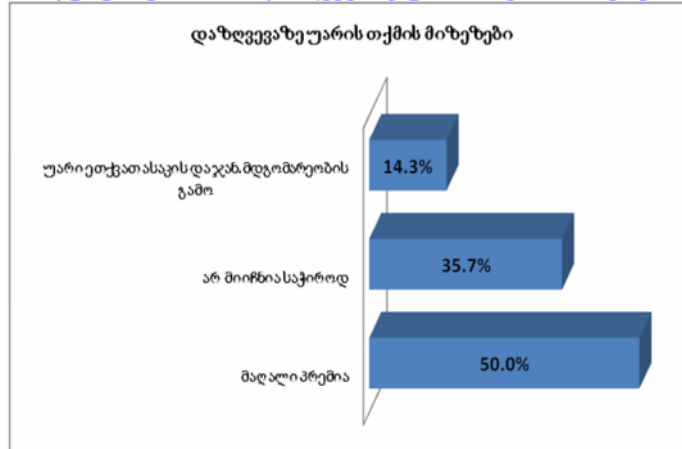
თანამშრომელთა სრულად არ დაზღვევის განმაპირობებელი ფაქტორების გამოსავლენად გაანალიზდა არის თუ არა რაიმე დამოკიდებულება „დაზღვეულთა წილის“ დამზღვევი ორგანიზაციის სიდიდესთან (ზომასთან). ანალიზმა ცხადყო, რომ პატარა ორგანიზაციების 86%-ის შემთხვევაში ყველა თანამშრომელი დაზღვეულია, ხოლო დანარჩენ ორგანიზაციებში ეს მაჩვენებელი მერყეობს 50%-57%-ს შორის, გარდა დიდი ორგანიზაციებისა, სადაც დაზღვეულთა მაჩვენებელმა შეადგინა მხოლოდ 42%. (იხილეთ ილუსტრაცია #5).

ილუსტრაცია 5: სრულად დაზღვეული თანამშრომლები კომპანიის სიდიდის მიხედვით



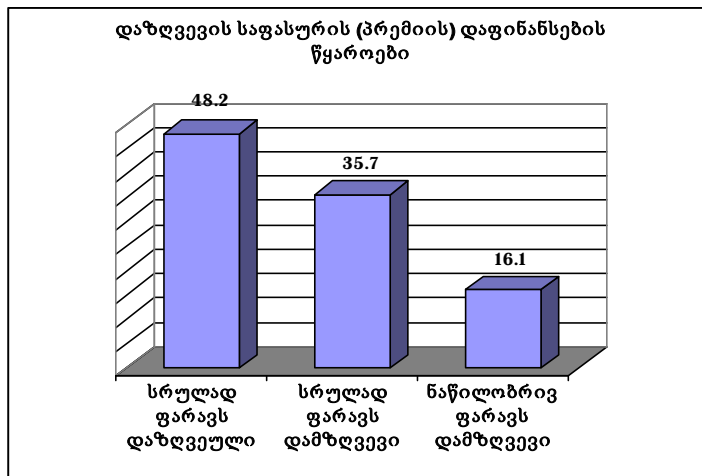
კვლევა შეეცადა გაერკვია, რა არის მიზეზი იმისა, რომ მხოლოდ თანამშრომელთა ნაწილი მონაწილეობს კორპორატიული დაზღვევის სქემაში. რესპონდენტებს საშუალება ჰქონდათ ამ კითხვაზე რამდენიმე პასუხი გაეცათ. როგორც გამოკვლეულმა ორგანიზაციებმა აღნიშნეს, დაზღვევაზე უარის თქმის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი იყო დაზღვევის საფასურის სიმძვირე (53.8%), თანამშრომლებმა საჭიროდ არ მიიჩნიეს დაზღვევა (38.5%), 15.4% შემთხვევაში დაზღვევაზე უარი ეთქვა თავად სადაზღვევო კომპანიის მიერ ასაკის და/ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო (იხილეთ ილუსტრაცია # 6).

ილუსტრაცია 6: დაზღვევაზე უარის თქმის მიზეზები



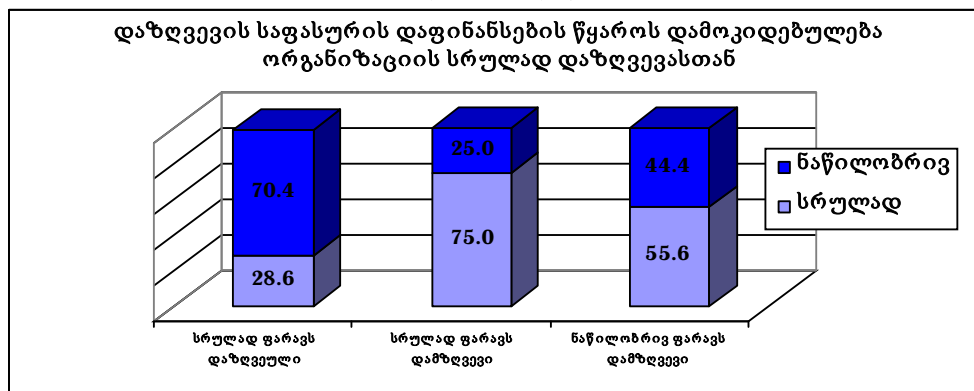
თანამშრომელთა დაზღვევაზე უარის თქმის წამყვან მიზეზად დასახელდა ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა - მალა სადაზღვევო პრემია. მკვლევარებმა მნიშვნელოვნად მივიჩნიეთ, გაგვეანალიზებინა კორპორატიული დაზღვევის დაფინანსების წყაროები და დადგინდა, რომ გამოკითხულ ორგანიზაციათა მხოლოდ 35.7%-ის შემთხვევაში დამზღვევი ფარავს სრულად სადაზღვევო პრემიას, ხოლო 48.2%-ის შემთხვევაში თავად დაზღვეული იხდის სადაზღვევო პრემიას. შემთხვევათა მხოლოდ 16% დამზღვევი და დაზღვეული ინაწილებენ დაზღვევის ხარჯებს. (იხილეთ ილუსტრაცია #7).

ილუსტრაცია 7: დაზღვევის საფასურის (პრემიის) დაფინანსების წყაროები



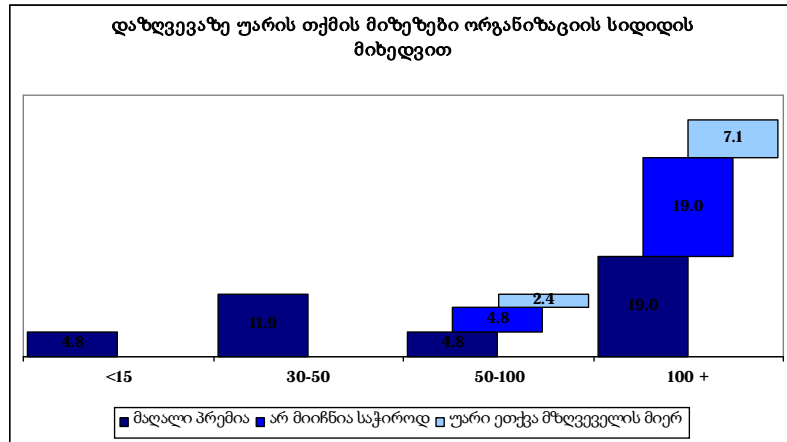
ცხადია იმ შემთხვევაში, როდესაც თავად დაზღვეულს უხდება დაზღვევის საფასურის სრულად გადახდა, მაღალი პრემია დაზღვევაზე თავის შეკავების წამყვანი მიზეზი იქნება. ცალკე გაანალიზდა დაზღვევის საფასურის დაფინანსების წყაროს დამოკიდებულება თანამშრომელთა სრულ დაზღვევასთან. შედეგად გამოვლინდა, რომ მიუხედავად იმისა, რომ დამზღვევი სრულად ფარავს დაზღვევის საფასურს, მხოლოდ ორგანიზაციათა 75% -ში ფიქსირდება ყველა თანამშრომლის გაერთიანება სადაზღვევო სქემაში (იხილეთ ილუსტრაცია #8). ეს უკანასკნელი კი ცხადყოფს, რომ ფინანსური ხელმისაწვდომობა არ არის ერთადერთი განმსაზღვრელი ფაქტორი, რის გამოც თანამშრომელი თავს იკავებს სადაზღვევო სქემაში გაერთიანებაზე.

ილუსტრაცია 8: დაზღვევის საფასურის დაფინანსების წყაროს დამოკიდებულება ორგანიზაციის თანამშრომელთა სრულ დაზღვევასთან



პარალელურად გაანალიზდა თანამშრომელთა მიერ დაზღვევაზე უარის თქმის მიზეზები ორგანიზაციის სიდიდის მიხედვით და დადგინდა (იხილეთ ილუსტრაცია #9), რომ სადაზღვევო პრემიის ოდენობა ხელმიუწვდომელი აღმოჩნდა მცირე და საშუალო ორგანიზაციებისთვის, რადგან ასეთ ორგანიზაციებთან 50%- 60% შემთხვევებში თავად თანამშრომელი იხდის სადაზღვევო პრემიას. მაშინ, როდესაც მოზრდილი და დიდი ორგანიზაციების თანამშრომელთა 4.8% და 19% შესაბამისად საერთოდ არ მიაჩნიათ საჭიროდ დაზღვევა, რაც სავარაუდოდ განპირობებულია სადაზღვევო მომსახურებით უკმაყოფილებით და/ან მის მიმართ უნდობლობით.

ილუსტრაცია 9: დაზღვევაზე უარის თქმის მიზეზები ორგანიზაციის სიდიდის მიხედვით



გარდა ფინანსური ხელმისაწვდომობისა, ნიშანდობლივია ის ფაქტიც, რომ გამოკითხულთა თითქმის 54 %-მა დაასახელა დაზღვევაზე უარის თქმის სხვა მიზეზები⁴, რომელიც წარმოდგენილი იყო ღია კითხვის სახით კვლევის ინსტრუმენტში. ანალიზის შედეგად იკვეთება მიზეზების სამი ძირითადი ჯგუფი:

1. სადაზღვევო სისტემის მიმართ უნდობლობა და უკმაყოფილება

- მზღვეველსა და დაზღვეულს შორის წინა პერიოდში წარმოშობილი პრობლემის გამო სადაზღვევო სისტემის მიმართ უნდობლობა;
- თანამშრომლებმა, რომლებმაც ვერ ისარგებლეს სადაზღვევო სისტემით უარი განაცხადეს დაზღვევაზე;
- უკმაყოფილება მიღებული მომსახურებით.

2. დამქირავებლის საკადრო პოლიტიკა

- მხოლოდ შტატის თანამშრომლებისთვის დაზღვევა;
- თანამშრომელთა დენადობა;
- ყველა თანამშრომელი არ იყო ჩართული პროექტში, რომელიც ფარავდა მინიმალური სადაზღვევო პაკეტის საფასურს.

3. მზღვეველის პროდუქტის დიზაინი და მაღალი პრემია

- გამონაკლისების ვრცელი ჩამონათვალი;
- დაზღვევამდე არსებული დაავადებები;
- ასაკი;
- სერიოზულს არაფერს ანაზღაურებს.

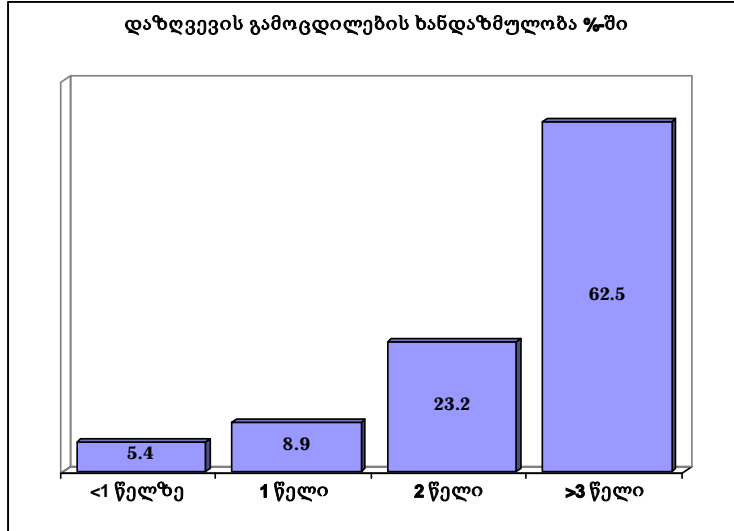
ყურადსაღებია ასევე ის ფაქტი, რომ შემთხვევათა 15.4% -ში დასაზღვევ პირს უარი ეთქვა დაზღვევაზე თავად დამზღვევი კომპანიის მიერ. მიზეზად კი სახელდება დასაზღვევი პირის ასაკი და/ან ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

⁴ ღია კითხვა

ბლოკი II: სადაზღვევო ხელშეკრულების განახლება / გაგრძელების პირობები

კორპორატიულად დაზღვეული ორგანიზაციების სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის გამოცდილების შესწავლისას კვლევა ამ ურთიერთობის ხანდაზმულობის შეფასებითაც დაინტერესდა.

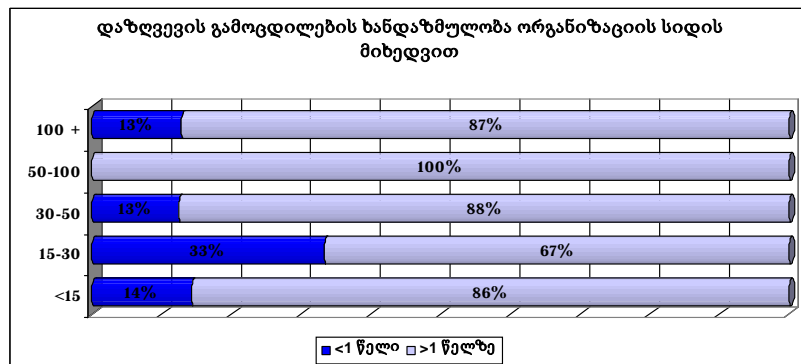
ილუსტრაცია 10: სადაზღვევო გამოცდილების ხანდაზმულობა



კვლევამ ცხადყო, რომ გამოკითხულ ორგანიზაციათა დაახლოებით 87% -ს სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის ერთ წელზე მეტი ხნის გამოცდილება აქვს. განურჩევლად დამზღვევი ორგანიზაციის სიდიდისა, ორგანიზაციების აბსოლუტურ უმრავლესობას სადაზღვევო კომპანიებთან ხანგრძლივი ურთიერთობა აქვთ (იხილეთ ილუსტრაცია #10).

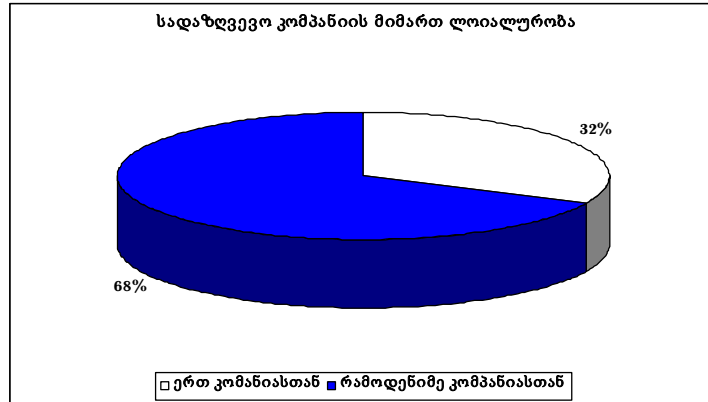
კორპორატიული დაზღვევით სარგებლობის გამოცდილების ხანდაზმულობა გაანალიზდა ორგანიზაციის სიდიდის მიხედვით და უნდა აღინიშნოს, რომ განურჩევლად დამზღვევი ორგანიზაციის სიდიდისა, რესპონდენტთა უმეტეს ნაწილს ერთ წელზე მეტი სადაზღვევო გამოცდილება გააჩნია, რაც თავისთავად მეტყველებს რომ თანამშრომელთა დაბალი ინფორმირებულობის დონე ვერ ჩაითვლება დაუზღვევლობის მნიშვნელოვან მიზეზად.

ილუსტრაცია #11 დაზღვევის გამოცდილების ხანდაზმულობა ორგანიზაციის სიდიდის მიხედვით



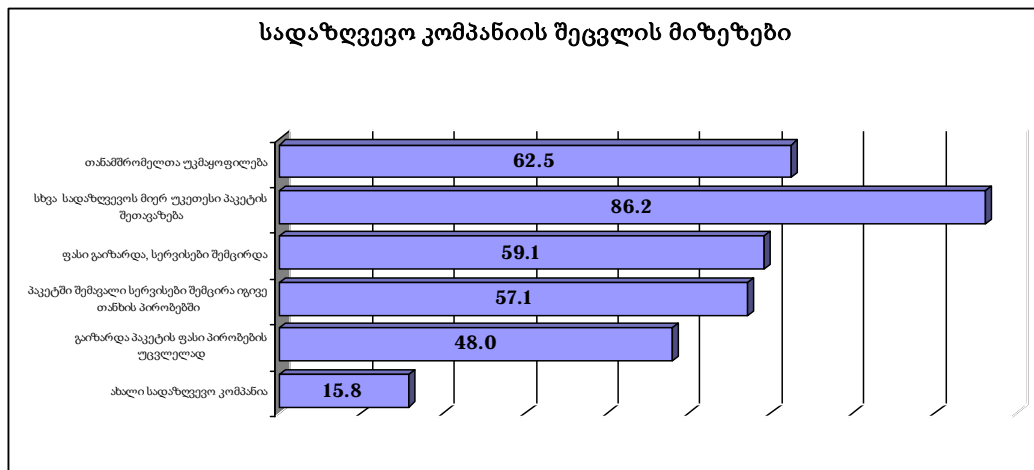
სადაზღვევო გამოცდილების ხანდაზმულობის გათვალისწინებით, დავინტერესდით შეგვეფასებინა თუ რამდენად ლოიალურია ორგანიზაცია სადაზღვევო კომპანიის მიმართ. კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ ხანდაზმული გამოცდილების მქონე ორგანიზაციების მხოლოდ 32% იჩენს ლოიალურობას სადაზღვევო კომპანიის მიმართ, მაშინ როდესაც ორგანიზაციების 68%-ს სადაზღვევო გამოცდილების მანძილზე ურთიერთობა ჰქონდა ერთზე მეტ კომპანიასთან (იხილეთ ილუსტრაცია # 12).

ილუსტრაცია #12 სადაზღვევო კომპანიის მიმართ ლოიალურობა



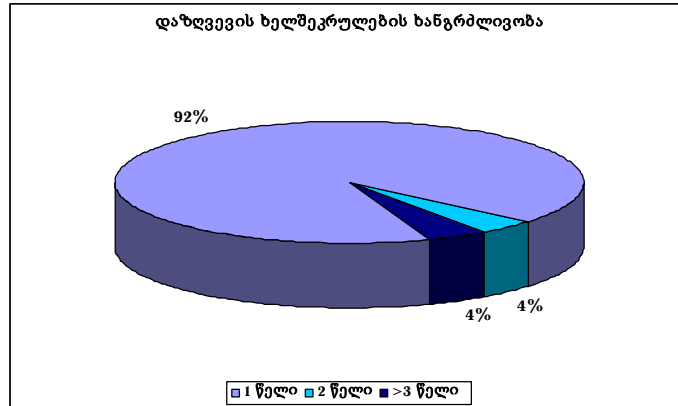
ლოიალურობის დაბალი მაჩვენებელი ბუნებრივად ბადებს ინტერესს, გამოვლინდეს სადაზღვევო კომპანიათა ხშირი ცვლის მიზეზები. ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა რომ, ყოველი მეცხრე ორგანიზაცია ეზღვევა იმ კომპანიაში, რომელიც უკეთესს პაკეტს შესთავაზებს, სადაზღვევო კომპანიას მიღებული მომსახურებით უკმაყოფილების გამო მომწოდებელს იცვლის ყოველი მეშვიდე. ყოველი მეექვსე ორგანიზაცია კომპანიის შეცვლის გადაწყვეტილებას იღებს თუ ადგილი ექნა სადაზღვევო პაკეტის ფასის მატებას სერვისების შემცირების ფონზე ან სერვისების შემცირებისას იგივე ფასის პირობებში, რაც, სავარაუდოდ, ასახავს სადაზღვევო კომპანიების მიერ ბაზარზე გამოყენებულ ტაქტიკას/მიდგომებს კლიენტების მოსაპოვებლად ან “არასასარგებლო” კლიენტების მოსაშორებლად. ყურადსაღებია ის ფაქტიც, რომ ახალი სადაზღვევო კომპანიის გამოჩენა ბაზარზე სრულიად არ ვლინდება როგორც გადაწყვეტი ფაქტორი (იხილეთ ილუსტრაცია # 13).

ილუსტრაცია # 13 სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის მიზეზები



ზემოთჩამოთვლილი მიზეზების გამო, სადაზღვევო კომპანიათა ხშირი ცვლილება სავარაუდოდ, მოკლევადიანი სადაზღვევო ხელშეკრულებების გაფორმების ერთ-ერთ მიზეზად გვევლინება. კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ორგანიზაციათა 92%-ს აქვს ერთწლიანი სადაზღვევო ხელშეკრულება, ხოლო ორ წლიანი და მეტი ხანგრძლივობის ხელშეკრულებები იშვიათობას წარმოადგენს (იხილეთ ილუსტრაცია # 14).

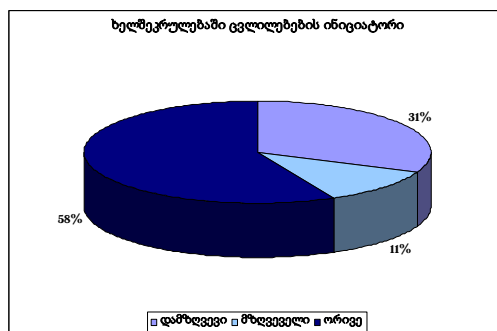
ილუსტრაცია #14 კორპორატიული დაზღვევის ხელშეკრულების ხანგრძლივობა



მიუხედავად მოკლევადიანი ხელშეკრულებებისა, კვლევამ აჩვენა, რომ იგივე სადაზღვევო კომპანიასთან ურთიერთობის სრული პერიოდის განმავლობაში სადაზღვევო ხელშეკრულება განახლდა/გაგრძელდა შემთხვევათა 54%-ში ორჯერ და მეტად, ხოლო 46% მხოლოდ ერთხელ. საინტერესოა ამ შემთხვევებიდან თუ ჰქონდა ადგილი ხელშეკრულების ავტომატურ გაგრძელებას პირობების შეუცვლელად. კვლევის შედეგად ვლინდება რომ მხოლოდ შემთხვევათა 27% -ში ჰქონდა ადგილი ხელშეკრულების ავტომატურ გაგრძელებას. მართალია, ეს ციფრი მცირეა, მაგრამ ამ ორგანიზაციათა თითქმის ნახევარს აქვს ხელშეკრულების ავტომატურად 2-ჯერ და მეტჯერ გაგრძელების გამოცდილება.

ხოლო ის ორგანიზაციები, რომელთაც ავტომატური გაგრძელების გამოცდილება არ აქვთ აღნიშნავენ, რომ განახლებისას/გაგრძელებისას ადგილი ჰქონდა პირობების ცვლილებას, რომელთა ინიციატორი 58%-ში არის როგორც დამზღვევი, ასევე მზღვეველი და მხოლოდ 31% -ში გვევლინება დამზღვევი ორგანიზაცია (იხილეთ ილუსტრაცია #15).

ილუსტრაცია #15 ხელშეკრულებაში ცვლილებების შეტანის ინიციატორი



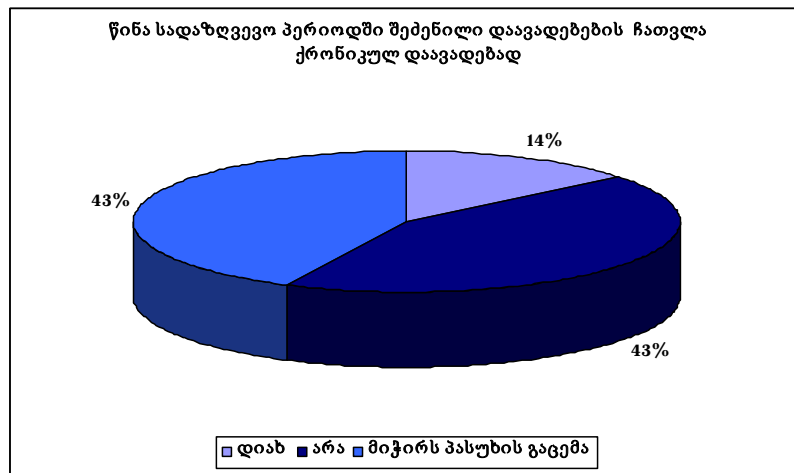
რადგან ხელშეკრულების განახლება/გაგრძელებისას ხშირია პირობების გადასინჯვა, კვლევა შეეცადა გაეანალიზებინა, ასეთი მოლაპარაკებების შედეგად, ადგილი ჰქონდა თუ არა

ხელშეკრულებებს შორის წყვეტას და ასეთი ფაქტის არსებობის შემთხვევაში, რამდენად დაზარალდა ამის გამო დამზღვევი ორგანიზაცია და მისი თანამშრომლები. შედეგად ვლინდება, რომ გამოკითხული ორგანიზაციებიდან მხოლოდ 6 ორგანიზაციას ჰქონდა კონტრაქტებს შორის წყვეტა, ანუ ყოველ მეათე კომპანიას. დაზღვევის ხელშეკრულების წყვეტის პერიოდი ვარირებდა 1 თვიდან 1 წლამდე და ასეთ ორგანიზაციათა 71% -ზე ნეგატიური გავლენა იქონია ხელშეკრულებებს შორის წყვეტამ.

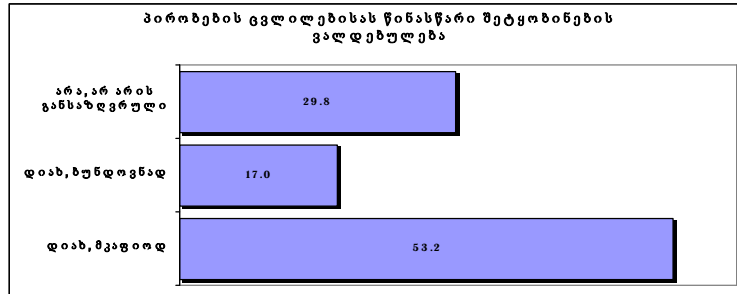
ხელშეკრულების განახლება/გაგრძელებისას მართალია იშვიათად (23%), მაგრამ მაინც აქვს ადგილი ხელშეკრულების პირობების - სერვისების მოცულობის ცვლილებას, როდესაც სადაზღვევო კომპანიები დაფარვებიდან იღებენ წინა სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეული(ები)ს მიერ ხშირად გამოყენებულ სამედიცინო სერვისებს.

გარდა ზემოთხსენებულისა, ხელშეკრულების განახლება/გაგრძელებისას ასევე ადგილი აქვს წინა სადაზღვევო პერიოდში გამოვლენილი დაავადების ქრონიკულ დაავადებად მიჩნევას, რომლის მკურნალობაც არ ანაზღაურდება მზღვეველის მიერ. გამოკითხულ ორგანიზაციათა 14% ასეთ პრობლემას ასახელებს, მაშინ როდესაც 43%-ს გაუჭირდა ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა, რაც ბადებს ეჭვს რომ ასეთი შემთხვევები ამ რიგის ორგანიზაციებშიც შეიძლება რომ ფიქსირდებოდეს (იხილეთ ილუსტრაცია # 16).

ილუსტრაცია #16 წინა სადაზღვევო პერიოდში შექმნილი დაავადებების ჩათვლა ქრონიკულ დაავადებად

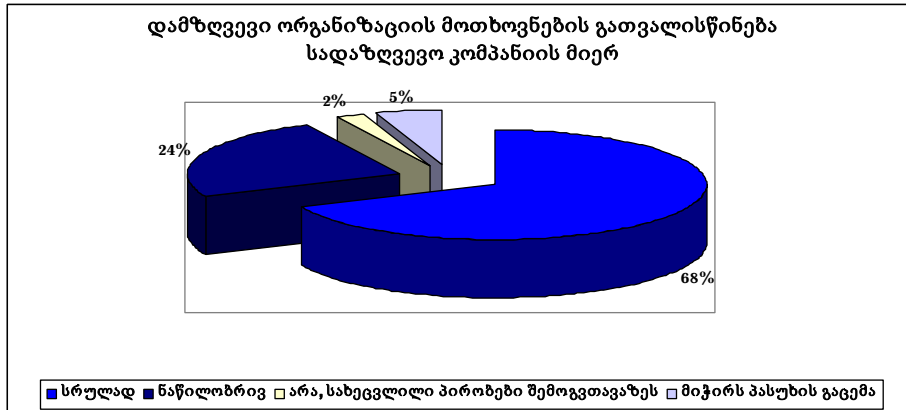


ასეთი ტიპის ცვლილებები ხელშეკრულებაში დარეგულირებული უნდა იყოს შესაბამისი პუნქტით. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხული ორგანიზაციების მხოლოდ ნახევარს აქვს მკაფიოდ განსაზღვრული კონტრაქტში პირობების შეცვლის შემთხვევაში, რამდენი ხნით ადრე უნდა ეცნობოს ეს ინფორმაცია. დანარჩენს ან ბუნდოვნად აქვს ან სულაც არა აქვს ეს საკითხი განსაზღვრული ხელშეკრულებაში (იხილეთ ილუსტრაცია # 17).



ხელშეკრულებაში ასეთი პუნქტის არ არსებობა, უფლებას უტოვებს სადაზღვევო კომპანიას ხელშეკრულების ვალიდურობის პერიოდშიც განახორციელოს ხელშეკრულების პირობების ცვლილება კლიენტთან შეთანხმების გარეშე, რაც არასახარბიელო პოზიციაში აყენებს დამზღვევს, ზრდის დაზღვეულთა უკმაყოფილებას და მზღვეველი კომპანიის შეცვლის რისკს ზრდის.

როგორც კვლევამ აჩვენა, განახლება/გაგრძელებისას ხელშეკრულების პირობების ცვლილება ხშირად ინიცირებულია, როგორც დამზღვევის ასევე მზღვეველი კომპანიის მიერ. გაანალიზდა თუ რამდენად აისახა დამზღვევი ორგანიზაციის ინტერესები საბოლოო ხელშეკრულებაში. ამისთვის კვლევის ინსტრუმენტში რესპონდენტებს დაესვათ რამდენიმე შეკითხვა.

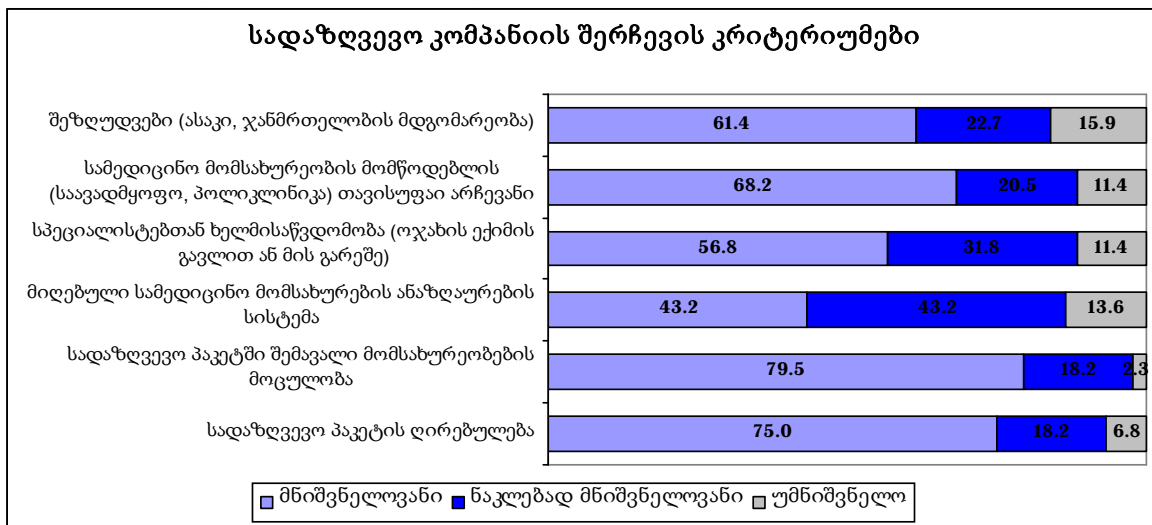


შედეგად გამოვლინდა, რომ ორგანიზაციების მხოლოდ 8%-მა სადაზღვევო კონტრაქტი შესათანხმებლად მიიღო კონტრაქტის ხელმოწერამდე და მათგან 68%-მა აღნიშნა, რომ სადაზღვევო კომპანიამ სრულად ასახა ხელშეკრულებაში ყველა ის სიტყვიერი შეთანხმება, რაც წინასწარ იყო მიღწეული. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველი მეოთხე კომპანია მიუთითებს რომ მათი კომენტარები ნაწილობრივ იქნა კონტრაქტში ასახული და 2.1%-მა კი კონტრაქტი საკმაოდ სახეცვლილი მიიღო და მიღწეული შეთანხმებები კონტრაქტში ასახული არ იყო.

ბლოკი III: სადაზღვევო კომპანიის არჩევის კრიტერიუმი

კვლევა ასევე დაინტერესდა დაგვეზუსტებინა ის ფაქტორები, რომლებიც მნიშვნელოვანი არის დამზღვევი ორგანიზაციებისთვის სადაზღვევო კომპანიის არჩევისას და შეგვესწავლა ორგანიზაციების ინფორმირების დონე საუკეთესო სადაზღვევო კომპანიის არჩევანის გასაკეთებლად. ამ მიზნით რესპონდენტებს ეთხოვათ, სათითაოდ შეეფასებინათ თითოეული შესაძლო კრიტერიუმი იმის მიხედვით, თუ რამდენად მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ სადაზღვევო კომპანიის არჩევისას.

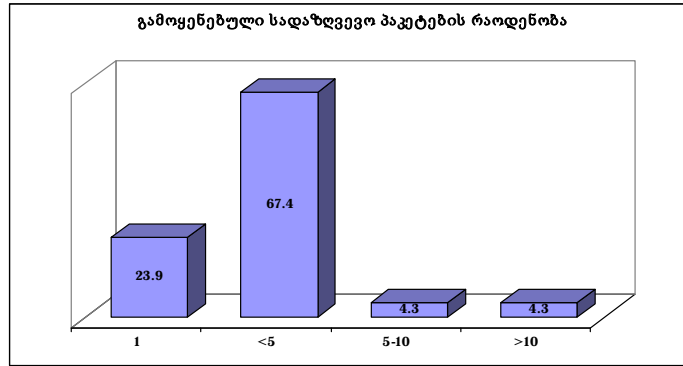
ილუსტრაცია # 19 სადაზღვევო კომპანიის შერჩევის კრიტერიუმები



გამოკვლევამ აჩვენა, რომ სადაზღვევო კომპანიის არჩევისას ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სადაზღვევო პაკეტში შემავალი სამედიცინო მომსახურების მოცულობას (79.5%) და სადაზღვევო პაკეტის ღირებულებას (75%). შემდეგ პრიორიტეტად დამზღვევი ყურადღებას აქცევს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის, პროვაიდერის თავისუფალ არჩევანს (68.2%) და შეზღუდვებს და გამონაკლისებს (61.4%). სადაზღვევო კომპანიის არჩევისას ყველაზე ნაკლები გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ვიწრო სპეციალისტებთან ხელმისაწვდომობას და მიღებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სისტემას (იხილეთ ილუსტრაცია # 19).

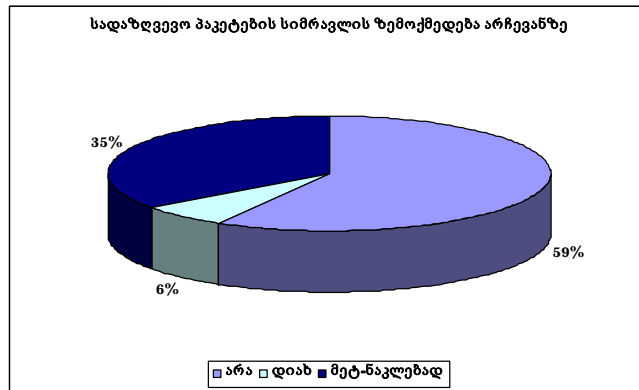
დავინტერესდით გაგვეჩვენა, რამდენად ინფორმირებულები არიან დამზღვევი ორგანიზაციები სადაზღვევო წინადადების ადეკვატურად გასაანალიზებლად. რესპონდენტთა 98% თვლის, რომ მათი ორგანიზაცია არის საკმარისად ინფორმირებული, რათა სწორედ შეაფასოს სადაზღვევო წინადადება და მიიღოს სწორი გადაწყვეტილება კომპანიის არჩევისას. განურჩევლად ორგანიზაციის სადაზღვევო გამოცდილების ხანდაზმულობის, ინფორმირებულობის დონე არ იცვლება.

ილუსტრაცია #20 **გამოყენებული სადაზღვევო პაკეტების რაოდენობა**



სადაზღვევო წინადადების შეფასებისას, დავინტერესდით თუ რამდენი ტიპის სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობენ ორგანიზაციები და რამდენად უმარტივდებათ მათი განხილვა და შედარება სხვა კომპანიის მიერ მოწოდებულ პაკეტებთან. გამოვლინდა, რომ ორგანიზაციათა თითქმის მეოთხედი (24 %) იყენებს ერთ სტანდარტულ სადაზღვევო პაკეტს, მაშინ როდესაც 67% შემთხვევებში პაკეტთა რაოდენობა მერყეობს 1-5 შორის (იხილეთ ილუსტრაცია #20).

ილუსტრაცია #21 **სადაზღვევო პაკეტების სიმრავლის ზემოქმედება არჩევანზე**



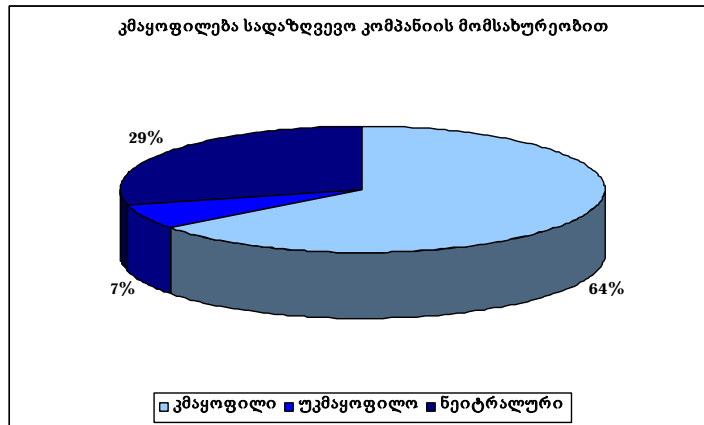
გამოკითხულ ორგანიზაციათა 6%-მა პროცენტმა აღნიშნა, რომ სადაზღვევო პაკეტების სიმრავლე უქმნით სირთულეს არჩევანის გაკეთებისას და 35% კი აფიქსირებს, რომ მეტ-ნაკლებად ეძნელებათ საბოლოო არჩევანის გაკეთება ბაზარზე შემოთავაზებული პაკეტების სიმრავლის გამო. როგორც გამოკითხვიდან ჩანს, სადაზღვევო პაკეტების სიმრავლე არჩევანის პრობლემას უქმნის თითქმის ყოველ მეოთხე კომპანიას.

ბლოკი IV: სადაზღვევო კომპანიების მიერ მოწოდებული მომსახურებით კმაყოფილება

ნიშანდობლივია ის ფაქტი, რომ გამოკითხული ორგანიზაციების უმრავლესობა-64% ზოგადად კმაყოფილია სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით, ხოლო უკმაყოფილება მხოლოდ 7%-მა დააფიქსირა (იხილეთ ილუსტრაცია # 22). მეტ-ნაკლები კმაყოფილება კი გამოხატა თითქმის ყოველმა მესამე ორგანიზაციამ.

ილუსტრაცია #22

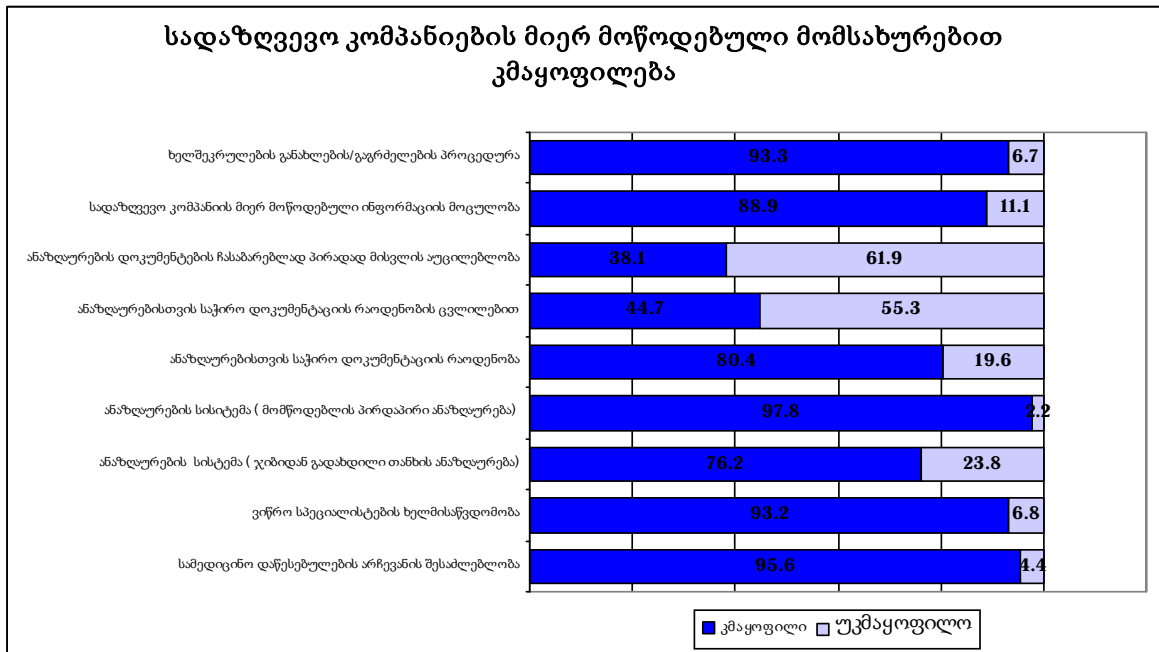
ზოგადი კმაყოფილება სადაზღვევო კომპანიის მომსახურებით



იმ მიზნით რომ გვეჩვენოდა უფრო დეტალური ინფორმაცია, თუ რა მოსწონთ ან არ მოსწონთ დაზღვეულებს მომსახურების მიღებისას, წინასწარ განისაზღვრა კმაყოფილების განმსაზღვრელი ფაქტორები და ეთხოვათ რესპონდენტებს მათი რაჩეობა (იხილეთ ილუსტრაცია # 23).

ილუსტრაცია#23

სადაზღვევო კომპანიების მიერ მოწოდებული მომსახურებით კმაყოფილება



შედეგად გამოვლინდა, რომ რესპონდენტთა 61.9% უკმაყოფილოა იმ ფაქტით, რომ ანაზღაურებისთვის უწევთ თავად მისვლა სადაზღვევო კომპანიის ოფისში და ამ უკანასკნელისგან არ განიხილება ალტერნატიული, ოფისში მიუსვლელად ანაზღაურების მექანიზმები. გამოკითხულთა 23.8% უკმაყოფილოა რომ უწევს ჯიბიდან გადახდა და შემდეგ ასანაზღაურებლად კომპანიაში მიმართვა. 55.3% უკმაყოფილოა ასანაზღაურებლად საჭირო დოკუმენტების რაოდენობის ცვლილებით და 19.6 % აღნიშნავს ასანაზღაურებელი

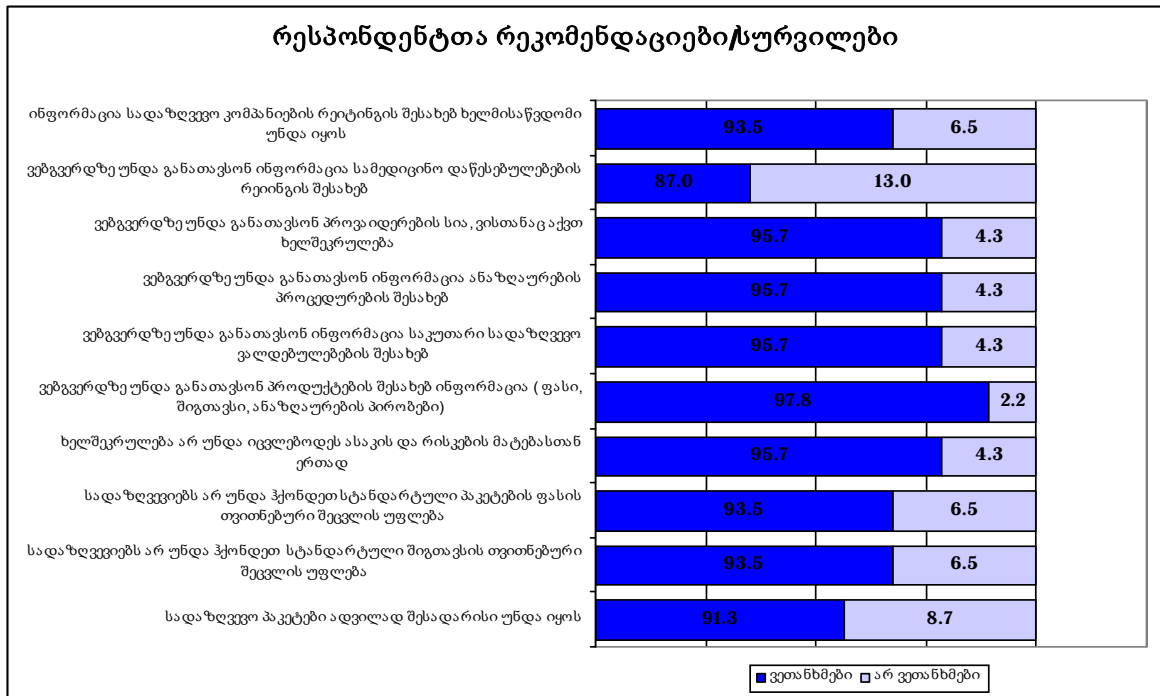
დოკუმენტების რაოდენობის სიჭარბეს. 11.1% უკაყოფილოა ინფორმაციის სრულყოფილებით და ხარისხით, რომელსაც სადაზღვევო კომპანიისგან იღებენ.

ბლოკი V: სამომავლო რეკომენდაციები და სურვილები

კვლევა შეეცადა გაეანალიზებინა რესპონდენტთა რეკომენდაციები და სურვილები. ამისთვის კითხვარში ჩაიდო წინასწარ შემუშავებული რეკომენდაციები და რესპონდენტებს ეთხოვათ დაეფიქსირებინათ ეთანხმებოდნენ თუ არა მათ.

შედეგად გამოვლინდა, რომ რესპონდენტები ისურვებდნენ, გააჩნდეთ გაცილებით მეტი ინფორმაცია სადაზღვევო კომპანიებიდან და ეს ინფორმაცია ხელმისაწვდომი იყოს კომპანიის ვებ გვერდზე (იხილეთ ილუსტრაცია #24).

ილუსტრაცია # 24 რესპონდენტთა რეკომენდაციები / სურვილები



კერძოდ,

- ინფორმაცია სადაზღვევო პროდუქტების შესახებ ისურვა გამოკითხულთა 97.8%-მა;
- რესპონდენტთა 95.7%-ს აქვს სურვილი, სადაზღვევო კომპანიის ვებ გვერდზე იხილოს ზარალის ანაზღაურების პროცედურა, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა სია, ვისთანაც აქვთ გაფორმებული ხელშეკრულება, სადაზღვევო კომპანიის ვალდებულებები;
- 93.5% მხარს უჭერს იმ იდეას, რომ ვებ გვერდზე იყოს განათავსებული ინფორმაცია სადაზღვევო კომპანიის ოფიციალური რეიტინგის შესახებ და რომ სადაზღვევო კომპანიას არ უნდა ჰქონდეს უფლება თვითნებურად შეცვალოს სადაზღვევო პაკეტის ფასი და/ან სერვისების მოცულობა;
- გამოკითხულთა 91.3% თვლის, რომ სადაზღვევო პაკეტები უნდა იყოს ადვილად შესადარისი, რაც გაუადვილებთ მათ საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებას;

- რესპონდენტების 87% დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ სამედიცინო დაწესებულებების რეიტინგის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს დაზღვეულთათვის.

IV ანალიზი და დასკვნები

✚ კორპორატიული დაზღვევის სქემებში დაუზღვეველ თანამშრომელთა წილი მაღალია

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ორგანიზაციებში დაზღვევის ყველა მსურველს არ ჰქონდა კორპორატიულად დაზღვევის მიღების გარანტირებული შესაძლებლობა და/ან სურვილი. ამაზე მეტყველებს დაუზღვეველ თანამშრომელთა რაოდენობა. გამოკითხულ ორგანიზაციათა 49% აღნიშნავს, რომ თანამშრომელთა მხოლოდ ნაწილი არის გაერთიანებული კორპორატიული დაზღვევის სქემაში. ეს მაჩვენებელი განსხვავებულია სხვადასხვა სიდიდის ორგანიზაციებში.

✚ ფინანსური ხელმისაწვდომობა - მნიშვნელოვანი ბარიერი სადაზღვევო სქემაში გაწევრიანების

სადაზღვევო სქემაში გაწევრიანებისგან თავის შეკავების ძირითად მიზეზად დასახელდა დაზღვევის საფასურის სიძვირე - მაღალი სადაზღვევო პრემია. მკვლევარებმა მნიშვნელოვნად მივიჩნიეთ, გაგვეანალიზებინა კორპორატიული დაზღვევის დაფინანსების წყაროები და დადგინდა, რომ გამოკითხულ ორგანიზაციათა მხოლოდ 35.7%-ის შემთხვევაში ფარავს დამზღვევი სადაზღვევო პრემიას სრულად, ხოლო 48.2%-ის შემთხვევებში თავად დაზღვეული იხდის სადაზღვევო პრემიას. ცხადია იმ შემთხვევაში, როდესაც თავად დაზღვეულს უხდება დაზღვევის საფასურის სრულად გადახდა, მაღალი პრემია დაზღვევაზე თავის შეკავების იქნება წამყვანი მიზეზი. სადაზღვევო პრემიის ოდენობა ხელმიუწვდომელი აღმოჩნდა მცირე და საშუალო ორგანიზაციებისთვის, რადგან ასეთ ორგანიზაციათა 50%- 60%-ის შემთხვევებში სადაზღვევო პრემიას იხდის თავად თანამშრომელი.

✚ სადაზღვევო სისტემის მიმართ უნდობლობა და უკმაყოფილება - მიზეზი დაზღვევაზე უარის თქმის

რესპონდენტებმა, რომელთა თანამშრომლებიც არასრულად არიან დაზღვეულნი აღნიშნეს, რომ თანამშრომელთა 35.7%-მა არ მიიჩნია საჭიროდ დაზღვევა. გაანალიზდა ამ მაჩვენებლის ურთიერთდამოკიდებულება სადაზღვევო პრემიის დაფინანსების წყაროსთან მიმართებაში და ორგანიზაციებში სადაც დამზღვევი სრულად ფარავს დაზღვევის საფასურს, მხოლოდ ორგანიზაციათა 75% -ში ფიქსირდება ყველა თანამშრომლის გაერთიანება სადაზღვევო სქემაში. ეს უკანასკნელი კი ცხადყოფს, რომ ფინანსური ხელმისაწვდომობა არ წარმოადგენს ერთადერთ განმსაზღვრელ ფაქტორს, რის გამოც თანამშრომელი თავს იკავებს სადაზღვევო სქემაში გაერთიანებაზე. მიზეზებად კი დასახელდა მზღვეველსა და დაზღვეულს შორის წინა პერიოდში წარმოშობილი პრობლემის გამო სადაზღვევო სისტემის მიმართ უნდობლობა, მომსახურებით უკმაყოფილება და თანამშრომლებმა, რომლებმაც ვერ ისარგებლეს სადაზღვევო სისტემით, უარი განაცხადეს დაზღვევაზე.

✦ დაზღვევის ყველა მსურველს არ აქვს კორპორატიულად დაზღვევის მიღების გარანტირებული შესაძლებლობა

ორგანიზაციათა 14.3% -მა აღნიშნა, რომ მიუხედავად თანამშრომელთა დაზღვევის სურვილისა, თავად სადაზღვევო კომპანიამ განაცხადა უარი დაზღვევაზე თანამშრომელთა ასაკის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო.

✦ სადაზღვევო პროდუქტის დიზაინი - ლიმიტირებული სერვისები

სადაზღვევო პროდუქტის დიზაინი დაზღვევაზე უარის თქმის ერთ-ერთ მიზეზად დასახელდა. გამოკითხვამ ცხადყო, რომ უკმაყოფილებას იწვევს დაფარული სერვისების რაოდენობა და სახეობა, გამონაკლისების ვრცელი ჩამონათვალი, ასაკობრივი ზღვარი, დაზღვევამდე არსებული დაავადებების გამონაკლისებში შეტანა.

✦ კორპორატიული დაზღვევა ვითარდება, მაგრამ სადაზღვევო კომპანიების მიმართ ლოიალურობა კვლავ პრობლემად რჩება

კორპორატიულად დაზღვეული ორგანიზაციების სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის გამოცდილების შესწავლისას გამოვლინდა ამ ურთიერთობის ხანდაზმულობა. გამოკითხულ ორგანიზაციათა დაახლოებით 87% -ს სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის ერთ წელზე მეტი ხნის გამოცდილება აქვს, განურჩევლად დამზღვევი ორგანიზაციის სიდიდისა. კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ ხანდაზმული გამოცდილების მქონე ორგანიზაციების მხოლოდ 32% იჩენს ლოიალურობას სადაზღვევო კომპანიის მიმართ, მაშინ როდესაც ორგანიზაციათა 68%-ს სადაზღვევო გამოცდილების მანძილზე ურთიერთობა ჰქონდა ერთზე მეტ კომპანიასთან. ლოიალურობის დაბალი მაჩვენებელი ბუნებრივად ბადებს ინტერესს, გამოვლინდეს სადაზღვევო კომპანიების ხშირი ცვლის მიზეზები. ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ყოველი მეცხრე ორგანიზაცია ეზღვევა იმ კომპანიაში, რომელიც უკეთესს პაკეტს შესთავაზებს, ყოველი მეშვიდე იცვლის სადაზღვევო კომპანიას მიღებული მომსახურებით უკმაყოფილების გამო. ყოველი მეექვსე ორგანიზაცია კომპანიის შეცვლის გადაწყვეტილებას იღებს, თუ ადგილი ექნა სადაზღვევო პაკეტის ფასის მატებას სერვისების შემცირების ფონზე ან სერვისების შემცირებისას იგივე ფასის პირობებში, რაც ალბათ ასახავს სადაზღვევო კომპანიების მიერ ბაზარზე გამოყენებულ ტაქტიკას/მიდგომებს კლიენტების მოსაპოვებლად ან “არასასარგებლო” კლიენტების მოსაშორებლად. ყურადსაღებია ის ფაქტიც, რომ ახალი სადაზღვევო კომპანიის გამოჩენა ბაზარზე სრულიად არ ვლინდება როგორც გადამწყვეტი ფაქტორი.

✦ მოკლევადიანი სადაზღვევო ხელშეკრულებები

კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ორგანიზაციათა 92% აქვს ერთწლიანი სადაზღვევო ხელშეკრულება, ხოლო ორ წლიანი და მეტი ხანგრძლივობის ხელშეკრულებები იშვიათობას წარმოადგენს. სავარაუდოდ, სადაზღვევო კომპანიათა ხშირი ცვლილების ზემოთჩამოთვლილი მიზეზები მოკლევადიანი სადაზღვევო ხელშეკრულებების გაფორმების ერთ-ერთ განმაპირობებელ ფაქტორად გვევლინება.

✦ კორპორატიული დაზღვევის ხელშეკრულებების გაგრძელება / განახლება - რთული პროცედურა

მიუხედავად მოკლევადიანი ხელშეკრულებებისა, კვლევამ აჩვენა, რომ იგივე სადაზღვევო კომპანიასთან ურთიერთობის სრული პერიოდის განმავლობაში სადაზღვევო

ხელშეკრულება განახლდა/გაგრძელდა შემთხვევათა ნახევარში. მათგან სადაზღვევო ხელშეკრულების ავტომატური გაგრძელება აღინიშნა მხოლოდ შემთხვევათა 27% -ში, ხოლო ის ორგანიზაციები, რომელთაც ავტომატური გაგრძელების გამოცდილება არ აქვთ აღნიშნავენ, რომ განახლებისას/გაგრძელებისას ადგილი ჰქონდა პირობების ცვლილებას, რომელთა ინიციატორი ძირითადად არის, როგორც დამზღვევი ასევე მზღვეველი და მხოლოდ შემთხვევათა მესამედში გვევლინება თავად დამზღვევი ორგანიზაცია.

✚ ხელშეკრულების წყვეტის უარყოფითი ზეგავლენა დაზღვეულებზე

ხელშეკრულების განახლება/გაგრძელებისას ხშირია პირობების გადასინჯვა. ასეთი მოლაპარაკებების დროს ვლინდება კონტრაქტებს შორის წყვეტა. კვლევის თანახმად ყოველი მეათე კომპანია აღნიშნავს დაზღვევის ხელშეკრულების წყვეტას და წყვეტის პერიოდი ვარირებდა 1 თვიდან 1 წლამდე. ასეთ ორგანიზაციათა 71% -ზე ნეგატიური გავლენა იქონია ხელშეკრულებებს შორის წყვეტამ.

✚ დაზღვევის პირობების ცვლილება ხელშეკრულების გაგრძელება / განახლებისას - მომხმარებელთა უკმაყოფილების მიზეზი

ხელშეკრულების განახლება/გაგრძელებისას მართალია იშვიათად, მაგრამ მაინც აქვს ადგილი ხელშეკრულების პირობების - სერვისების მოცულობის ცვლილებას, როდესაც სადაზღვევო კომპანიები დაფარვებიდან იღებენ წინა სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეული(ები)ს მიერ ხშირად გამოყენებულ სამედიცინო სერვისებს, წინა სადაზღვევო პერიოდში გამოვლენილი დაავადება ითვლება ქრონიკულ დაავადებად, რომლის მკურნალობაც არ ანაზღაურდება მზღვეველის მიერ.

✚ გაუმართავი სადაზღვევო ხელშეკრულებები - მიზეზი მომხმარებელთა უკმაყოფილების, რისკი სადაზღვევო კომპანიის ცვლილების

როგორც კვლევის შედეგებმა გვიჩვენეს, ხშირია ხელშეკრულების პირობების ცვლილება სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან. ასეთი ტიპის ცვლილებები ხელშეკრულებაში დარეგულირებული უნდა იყოს შესაბამისი პუნქტით. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხული ორგანიზაციების მხოლოდ ნახევარს აქვს მკაფიოდ განსაზღვრული, თუ რამდენი ხნით ადრე უნდა შეატყობინონ მომხმარებელს ხელშეკრულებაში პირობების შეცვლის შესახებ. დანარჩენს ან ბუნდოვნად აქვს ან სულაც არა აქვს ეს საკითხი განსაზღვრული ხელშეკრულებაში. ხელშეკრულებაში ასეთი პუნქტის არ არსებობა, უფლებას უტოვებს სადაზღვევო კომპანიას ხელშეკრულების ვალიდურობის პერიოდშიც განახორციელოს ხელშეკრულების პირობების ცვლილება კლიენტთან შეთანხმების გარეშე, რაც არასახარბიელო პოზიციაში აყენებს დამზღვევს, ზრდის დაზღვეულთა უკმაყოფილებას და მზღვეველი კომპანიის შეცვლის რისკს ზრდის.

✚ მომხმარებლის მოთხოვნებზე ორიენტირებული სადაზღვევო პირობები

კვლევის შედეგების თანახმად განახლება/გაგრძელებისას ხელშეკრულების პირობების ცვლილება ხშირად ინიცირებულია როგორც დამზღვევის, ასევე მზღვეველი კომპანიის მიერ. ორგანიზაციების 8%-მა სადაზღვევო კონტრაქტი შესათანხმებლად მიიღო კონტრაქტის ხელმოწერამდე და მათგან 68%-მა აღნიშნა, რომ სადაზღვევო კომპანიამ სრულად ასახა ხელშეკრულებაში ყველა ის სიტყვიერი შეთანხმება, რაც წინასწარ იყო მიღწეული. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველი მეოთხე კომპანია მიუთითებს, რომ მათი კომენტარები ნაწილობრივ იქნა კონტრაქტში ასახული.

✚ სადაზღვევო კომპანიის არჩევის კრიტერიუმები

გამოკვლევამ აჩვენა, რომ სადაზღვევო კომპანიის არჩევისას ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სადაზღვევო პაკეტში შემავალი სამედიცინო მომსახურების მოცულობას და სადაზღვევო პაკეტის ღირებულებას. შემდეგ პრიორიტეტად დამზღვევი ყურადღებას აქცევს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის, პროვაიდერის თავისუფალ არჩევანს და შეზღუდვებს და გამონაკლისებს. სადაზღვევო კომპანიის არჩევისას ყველაზე ნაკლები გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ვიწრო სპეციალისტებთან ხელმისაწვდომობას და მიღებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სისტემას.

✚ დაზღვევის პაკეტების მრავალფეროვნება და სიმრავლე ართულებს არჩევანს

სადაზღვევო წინადადების შეფასებისას, დავინტერესდით თუ რამდენი ტიპის სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობენ ორგანიზაციები და რამდენად უმარტივდებათ მათი განხილვა და შედარება სხვა კომპანიის მიერ მოწოდებულ პაკეტებთან. გამოვლინდა, რომ ორგანიზაციათა თითქმის მეოთხედი (24 %) იყენებს ერთ სტანდარტულ სადაზღვევო პაკეტს, მაშინ როდესაც 67% შემთხვევებში პაკეტთა რაოდენობა მერყეობს 1-5 შორის (იხილეთ ილუსტრაცია #25). გამოკითხულ ორგანიზაციათა 6%-მა პროცენტმა აღნიშნა, რომ სადაზღვევო პაკეტების სიმრავლე და მრავალფეროვნება უქმნის სირთულეს არჩევანის გაკეთებისას და 35% კი აფიქსირებს რომ მეტ-ნაკლებად ეძნელებათ საბოლოო არჩევანის გაკეთება ბაზარზე შემოთავაზებული პაკეტების სიმრავლის და მრავალფეროვნების გამო. როგორც გამოკითხვიდან ჩანს სადაზღვევო პაკეტების სიმრავლე არჩევანის პრობლემას უქმნის თითქმის ყოველ მეოთხე კომპანიას.

✚ სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით უკმაყოფილების ძირითადი მიზეზები

ნიშანდობლივია ის ფაქტი, რომ გამოკითხული ორგანიზაციების უმრავლესობა, 64% ზოგადად კმაყოფილია სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით, ხოლო უკმაყოფილება მხოლოდ 7%-მა დააფიქსირა. მეტ-ნაკლები კმაყოფილება კი გამოხატა თითქმის ყოველმა მესამე ორგანიზაციამ. რესპონდენტთა 61.9% უკმაყოფილოა იმ ფაქტით, რომ ანაზღაურებისთვის თავად უწევთ მისვლა სადაზღვევო კომპანიის ოფისში და ამ უკანასკნელისგან არ განიხილება ალტერნატიული, ოფისში მიუსვლელად ანაზღაურების მექანიზმები. გამოკითხულთა 23.8% უკმაყოფილოა, რომ უწევს ჯიბიდან გადახდა და შემდეგ ასანაზღაურებლად კომპანიაში მიმართვა. 55.3% უკმაყოფილოა ანაზღაურებისთვის საჭირო დოკუმენტების რაოდენობის ცვლილებით და 19.6 % აღნიშნავს ასანაზღაურებელი დოკუმენტების სიჭარბეს. 11.1% უკმაყოფილოა ინფორმაციის სრულყოფილებით და ხარისხით, რომელიც მიეწოდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ.

✚ დაზღვეულთა ინფორმაციული უზრუნველყოფა

კვლევის თანახმად, რესპონდენტებმა გამოთქვეს სურვილი, გაცილებით მეტი ინფორმაცია მიეწოდებოდეთ სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან და ეს ინფორმაცია ხელმისაწვდომი იყოს კომპანიის ვებ გვერდზე. კერძოდ, ინფორმაცია სადაზღვევო პროდუქტების შესახებ ისურვა გამოკითხულთა 97.8%-მა. რესპონდენტთა 95.7%-ს აქვს სურვილი სადაზღვევო კომპანიის ვებ გვერდზე იხილოს ზარალის ანაზღაურების პროცედურა, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა სია, ვისთანაც აქვთ გაფორმებული ხელშეკრულება და სადაზღვევო კომპანიის ვალდებულებები.

✦ რეიტინგის სისტემა მომხმარებელთა გაადვილებული არჩევანისთვის

გამოკითხულთა 93.5% მხარს უჭერს იდეას, რომ ვებ გვერდზე იყოს განთავსებული ინფორმაცია სადაზღვევო კომპანიის ოფიციალური რეიტინგის შესახებ, ხოლო რესპონდენტების 87% დაეთანხმა მოსაზრებას, რომ სამედიცინო დაწესებულებების რეიტინგის შესახებ ინფორმაცია ასევე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს დაზღვეულთათვის.

✦ სადაზღვევო პაკეტების სტანდარტიზაცია - მომხმარებელთა გაადვილებული არჩევანისთვის

გამოკითხულთა 58.7%-მა ერთის მხრივ აღნიშნა, რომ ბაზარზე არსებულმა სადაზღვევო პროდუქტების სიმრავლემ საერთოდ არ გაურთულა სადაზღვევო კომპანიის არჩევის პროცესი და გადაწყვეტილება. მეორეს მხრივ კი, ამ ორგანიზაციების 70% და მთლიან რესპონდენტთა 91.3% რეკომენდაციების ნაწილში ეთანხმება სტანდარტული პაკეტის არსებობის აუცილებლობას. ეს შედეგი კი გულისხმობს, რომ სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სადაზღვევო პაკეტები/პროდუქტები გარკვეულ (საბაზისო/აუცილებელ) სამედიცინო მომსახურებებს სტანდარტულად უნდა მოიცავდეს, რაც თავის მხრივ სადაზღვევო პაკეტებს მომხმარებლისთვის ადვილად შესადარისს გახდის.

V. რეკომენდაციები

სტანდარტული ბაზისური პაკეტის შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს ფინანსური ხელმისაწვდომობას, სტანდარტულ სამედიცინო სერვისებს (დაფარვებს), გამონაკლისებს, სამედიცინო მომსახურების მიღების და ანაზღაურების პროცედურებს, შესადარისს გახდის სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებულ პაკეტებს საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებისას.

სადაზღვევო ხელშეკრულების სტანდარტული პირობების შემუშავება, რომელიც განმარტავს ხელშეკრულების პირობებს, მხარეთა პასუხისმგებლობებს და ვალდებულებებს, დაზღვევის პირობების ცვლილების განცხადების და შეთანხმების აუცილებლობას და პროცედურას; ანაზღაურების და მომსახურების მიღების პროცედურებს; ხელშეკრულების ავტომატური გაგრძელების პირობებს და პროცედურას.

ჯანმრთელობის დაზღვევის "პორტატულობის/გადატანის" უზრუნველყოფა-ჯანმრთელობის დაზღვევის პორტატულობა შეიძლება გამოყენებული იქნას დასაზღვევი პირის უფლებების დაცვის მექანიზმად. ეს მექანიზმი გამოყენებულია აშშ-ში და ბევრ სხვა ქვეყანაში, სადაც კერძო სამედიცინო დაზღვევას მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მოსახლეობის დასაცავად. ამ ქვეყნებში მარეგულირებელი არეგულირებს დაზღვევის რამდენიმე მნიშვნელოვან საკითხს, რომელიც მნიშვნელოვანია ქართული სადაზღვევო ბაზრისთვის. კერძოდ:

- ზღუდავს მზღვეველის მიერ წინა სადაზღვევო პერიოდში გამოვლენილი დაავადებების და გამონაკლისების ნუსხაში შეტანას, თუ კორპორატიული დაზღვევის ხელშეკრულებებს შორის წევრის პერიოდი არ აღემატება წინასწარ განსაზღვრულ პერიოდს (აშშ-ს მაგალითზე ეს პერიოდი შეადგენს 63 დღეს).
- უზრუნველყოფს, რომ მზღვეველის შეცვლისას კორპორატიულ დაზღვეულზე არ გავრცელდეს რამდენიმეთვიანი მოცდის პერიოდი თუ ადგილი არ ჰქონდა ხელშეკრულების დაშვებულ მაქსიმალურ ვადაზე ხანგრძლივ წევრტას და თუ

დასაზღვევი კონტინგენტი სარგებლობდა კორპორატიული ან ინდივიდუალური დაზღვევით წინა სადაზღვევო პერიოდში.

- ავალდებულებს მზღვეველს, მიაწოდოს დაზღვეულს ხელმისაწვდომი და წერილობითი ფორმით:
 - △ ინფორმაცია დაფარული რისკების შესახებ;
 - △ მომსახურების მიღების პროცედურის შესახებ;
 - △ მიაწოდოს წერილობითი განმარტება მომსახურების მიღებაზე და ან სარჩელის ანაზღაურებაზე უარის შემთხვევაში;
 - △ მიაწოდოს წერილობითი განმარტება სარჩელის ანაზღაურების სტატუსის და შედეგის შესახებ.

ანაზღაურების გამარტივებული სისტემის შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს კომპანიების მიერ ალტერნატიული ანაზღაურების გზების მოძიებას და შეთავაზებას; განსაზღვრავს ანაზღაურებისთვის საჭირო დოკუმენტაციის ჩამონათვალს, ფორმატს და მოთხოვნებს (თარიღი, ბეჭედი, ხელმოწერა და სხვ).

მომხმარებელთა ინფორმირების გაზრდა - მომხმარებელთა კმაყოფილების უზრუნველსაყოფად სადაზღვევო კომპანიებმა უნდა გააუმჯობესონ მომხმარებელთა ინფორმირება და განათლება სადაზღვევო პირობების და მომსახურების მიღების პროცედურების შესახებ, რაც გაზრდის მომხმარებელთა ლოიალურობას კომპანიის მიმართ.

რეიტინგული სისტემის შემუშავება და დანერგვა - უზრუნველყოფს მომხმარებლის უკეთეს ინფორმირებას და გაუადვილებს არჩევანს. ამავდროულად, შექმნის სადაზღვევო ბაზარზე მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მოტივაციას.

VI. ბილბოსიტყვაობა

ამ კვლევას არა აქვს ამბიცია, რომ მხოლოდ მისი შედეგებით იქნას ინფორმირებული დაზღვევის სფეროში მიღებული პოლიტიკური გადაწყვეტილებები. თვით კვლევის შედეგად მიღებული ზოგიერთი მონაცემი საჭიროებს შემდგომ დეტალიზაციასა და განმარტებებს. მეორეს მხრივ, ორგანიზაცია ქვეყანაში დაზღვევის განვითარებისათვის საჭირო რეკომენდაციების შემუშავებას უფრო კომპლექსურად უყურებს.

პირველ ეტაპზე, მოხდა საერთაშორისო პრაქტიკის შესწავლა (desk research), შემდეგ ჩატარდა კორპორატიულად დაზღვეულთა კმაყოფილების კვლევა და ალბათ მომავალში უპრიანი იქნება, დაიგეგმოს მოსახლეობის სხვა სეგმენტების (მაგ.ინდივიდუალური) დაზღვევით კმაყოფილების კვლევა და მოპოვებულ იქნას ინფორმაცია სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული დაზღვევის განხორციელების შედეგებზე.

საქართველოს სადაზღვევო სისტემის მხოლოდ ასეთი მრავალმხრივი შესწავლა და მისი შედარება სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებასთან მოგვცემს საშუალებას, შევიმუშაოთ მაღალი ხარისხის მტკიცებულებები/რეკომენდაციები, რომელთაც უკვე ექნებათ ამბიცია, ინფორმირება გაუკეთონ სადაზღვევო სისტემაში მიღებულ პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებს და ამით ხელი შეუწყონ ჯამრთელობის დაზღვევის სფეროს განვითარებას ქვეყანაში.