

POLICY BRIEF

სექტემბერი, 2010

ჯანმრთელობის კორკორატიული დაზღვევით კმაყოფილება

შემუშავებულია: მარინე ებუტია
ნათია რუსაძე
თამარ ბოცაძე



შესავალი

ქართული სადაზღვევო ბაზარი ჯერ კიდევ ახალგაზრდა, მაგრამ მზარდი. 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 წილის ზრდა ბაზარზე შეინიშნება 2007 წლიდან, როდესაც საქართველოს მთავრობამ დაიწყო ჭანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმა. ამ რეფორმის ფარგლებში სახელმწიფო ფინანსების დიდი ნაწილი კერძო სადაზღვევო კომპანიებისაკენ იქნა მიმართული. სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციართა დაზღვევა სადაზღვევო კომპანიების მიერ, სახელმწიფო ასიგნებების ფარგლებში ხორციელდება. 2009 წლის სექტემბრის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 18%-ს სახელმწიფო მოიცავს. ამის პარალელურად, წელი ტემპით ვითარდება კორპორატიული დაზღვევა, რომლითაც უფრო სამთავრობო, კერძო და არასამთავრობო სექტორში დასაქმებული პირები სარგებლობენ.

საცალო/ინდივიდუალური დაზღვევა ბაზრის მხოლოდ 1 %-ს შეადგენს, ხოლო მოსახლეობის 76% სამედიცინო რისკებისგან დაუცველია.

პრობლემის არსი

სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის შემდგომი ზრდა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული კორპორატიული სეგმენტის წილის მატებასა და საცალო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებაზე. ამისთვის კი, საჭიროა, რომ სწორედ სადაზღვევო ინდუსტრიამ 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 მოთხოვნებისა და მოლოდინის გათვალისწინებით შეიმუშავებენ/ანვითარებენ. დავეგმვის პროცესში ისინი სწავლობენ მომხმარებლის მოლოდინებს, უსმენენ მათ,

ცდილობენ რომ მომსახურება მოარგონ მათ მოთხოვნებს და ითვალისწინებენ მომხმარებლის შეფასებას.

მომხმარებლის კმაყოფილების უზრუნველყოფა მნიშვნელოვანია სადაზღვევო ბაზარზეც, რადგან კომპანიები, რომლებიც სრულად აკმაყოფილებენ და პერიოდულად აჭარბებენ კიდევაც მომხმარებლის მოლოდინს, გაცილებით მარტივად ინარჩუნებენ ლიდერის პოზიციას ინდუსტრიაში.

ასეთ კომპანიებში იზრდება ლოიალური/ერთგული მომხმარებლის რიცხვი, რომელიც ამავე დროს წარმოადგენს მნიშვნელოვან პარტნიორს სერვისების დიზაინის და მიწოდების სქემების შემუშავებისას და მომწოდებელს მიწოდებული მომსახურების ხარისხის განსაზღვრაში ეხმარება.

კვლევის მიზანი

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

1 შერიდ კაშინი. სადისკუსიო დოკუმენტი №1:სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებული ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამის სადაზღვევო პაკეტი და სადაზღვევო პრემიის განსაზღვრა. 9.09.2009

კვლევის ძირითადი შედეგები

- კორპორატიული დაზღვევის სქემებში დაუზღვეველ თანამშრომელთა წილი მაღალია

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ დაზღვევის ყველა მსურველს არ აქვს კორპორატიულად დაზღვევის მიღების გარანტირებული შესაძლებლობა და/ან სურვილი.

დაუზღვევლობის მიზეზად იკვეთება სამი ძირითადი პრობლემა:

- ფინანსური ხელმისაწვდომობა - სადაზღვევო სქემაში განწევრიანების მნიშვნელოვანი ბარიერი -სადაზღვევო სქემაში განწევრიანებისგან თავის შეკავების წამყვან მიზეზად დასახელდა მაღალი სადაზღვევო პრემია. ყოველ მეორე გამოკითხულ ორგანიზაციაში სადაზღვევო პრემიას იხდის თავად დაზღვეული. შესაბამისად, სწორედ მაღალი პრემიაა დაზღვევაზე თავის შეკავების წამყვანი მიზეზი. სადაზღვევო პრემიის ოდენობა ხელმიუწვდომელი აღმოჩნდა მცირე და საშუალო ზომის ორგანიზაციებისთვის, რადგან ასეთ ორგანიზაციათა 50%- 60% შემთხვევებში თავად თანამშრომელი იხდის სადაზღვევო პრემიას.
- დაზღვევის ყველა მსურველს არ აქვს დაზღვევის კორპორატიულად მიღების გარანტირებული შესაძლებლობა - გარდა ფინანსური ხელმისაწვდომობისა, დაზღვევის მსურველს არ აქვს დაზღვევის მიღების გარანტირებული შესაძლებლობა. თითქმის ყოველმა მეექვსე ორგანიზაციამ აღნიშნა, რომ მიუხედავად თანამშრომელთა დაზღვევის სურვილისა, თავად სადაზღვევო კომპანიამ განაცხადა უარი დაზღვევაზე თანამშრომელთა ასაკის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო.
- სადაზღვევო პროდუქტის დიზაინი - ნაკლებად მიმზიდველია დაზღვევის მსურველთათვის - სადაზღვევო პროდუქტის დიზაინი დაზღვევაზე უარის თქმის ერთ-ერთ მიზეზად დასახელდა. გამოკითხვამ ცხადყო, რომ უკმაყოფილებას იწვევს დაფარული სერვისების რაოდენობა და სახეობა, გამონაკლისების ვრცელი ჩამონათვალი, დაწესებული ასაკობრივი ზღვარი, დაზღვევამდე არსებული დაავადებების გამონაკლისებში გათვალისწინება და სხვა.
- გაუმართავი სადაზღვევო ხელშეკრულებები - მიზეზი მომხმარებელთა უკმაყოფილების და სადაზღვევო კომპანიის ცვლილების
ხშირია სადაზღვევო კომპანიების მიერ ხელშეკრულების პირობების ცვლილება სადაზღვევო პერიოდში. გამოკითხული ორგანიზაციების მხოლოდ ნახევარს აქვს მკაფიოდ განსაზღვრული ხელშეკრულებაში პირობების ცვლილების წესი. დანარჩენს ან ბუნდოვნად, ან საერთოდ არ აქვს ეს პუნქტი მითითებული. ხელშეკრულებაში ასეთი პუნქტის არ არსებობა უფლებას უტოვებს სადაზღვევო კომპანიას ხელშეკრულების ვალიდურობის პერიოდშიც განახორციელოს ხელშეკრულების პირობების ცვლილება კლიენტთან შეთანხმების გარეშე, რაც არასახარბიელო პოზიციაში აყენებს დამზღვევს და ზრდის დაზღვეულთა უკმაყოფილებას. სწორედ ამ მიზეზით ხშირია სადაზღვევო კომპანიის ცვლილება.
- გართულებული ხელშეკრულების გაგრძელება/განახლების პროცესი - ნეგატიურ გავლენას ახდენს დაზღვეულებზე
ხელშეკრულების გაგრძელების/განახლებისას ხშირია სადაზღვევო პირობების ცვლილება, როგორც მზღვეულის, ასევე დამზღვევის მიერ, რაც ხშირად იწვევს დაზღვევის ხელშეკრულების წყვეტას 1 წლამდე და ნეგატიურად მოქმედებს დაზღვეულებზე.
- დაზღვევის პაკეტების მრავალფეროვნება და სიმრავლე - ართულებს დამზღვევის არჩევანს

ბაზარზე არსებული სადაზღვევო პაკეტების სიმრავლე და მრავალფეროვნება არჩევანის პრობლემას უქმნის თითქმის ყოველ მეოთხე კომპანიას.

პრობლემების გადაჭრის შესაძლო გზები

სტანდარტული ბაზისური პაკეტის შემუშავება - განხორციელების ინსტრუმენტი - კანონით უზრუნველყოფილი მოქალაქის მიერ დაზღვევაზე ხელმისაწვდომობის უფლება (კონსტიტუციური ნორმა მუხლი 37 1. ყველას აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით, სარგებლობის უფლება...), რომელიც განსაზღვრავს დაზღვეული სამედიცინო მომსახურების იმ მინიმალურ მოცულობას, რომელიც ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა მოქალაქისთვის. ამის საფუძველზე შემუშავებული სტანდარტული ბაზისური პაკეტი, სტანდარტული სამედიცინო სერვისები (დაფარვები), გამონაკლისები შესადარისს გახდის სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებულ პაკეტებს და გაამარტივებს საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებას.

სადაზღვევო ხელშეკრულების სტანდარტული პირობების შემუშავება - კანონით განსაზღვრული ინსტრუმენტი, რომელიც განმარტავს ხელშეკრულების პირობებს - მხარეთა პასუხისმგებლობებს და ვალდებულებებს, დაზღვევის პირობების ცვლილების განცხადების და შეთანხმების აუცილებლობას და პროცედურას; ხელშეკრულების ავტომატური გაგრძელების პირობებს და პროცედურებს.

ჯანმრთელობის დაზღვევის "პორტატულობის/გადატანის" უზრუნველყოფა ჯანმრთელობის დაზღვევის პორტატულობა შეიძლება გამოყენებულ იქნას დასაზღვევი პირის უფლებების დაცვის მექანიზმად. ეს მექანიზმი გამოყენებულია აშშ-ში და არეგულირებს დაზღვევის რამდენიმე მნიშვნელოვან საკითხს, რომელიც მნიშვნელოვანია ქართული სადაზღვევო ბაზრისთვის. კერძოდ:

- ბლუდავს მზღვევლის მიერ წინა სადაზღვევო პერიოდში გამოვლენილი დაავადებების დაზღვევამდე არსებულად ჩათვლას თუ კორპორატიული დაზღვევის ხელშეკრულებებს შორის წყვეტის პერიოდი არ აღემატება წინასწარ განსაზღვრულ პერიოდს (აშშ-ს მაგალითზე ეს პერიოდი შეადგენს 63 დღეს).
- უზრუნველყოფს, რომ მზღვევლის შეცვლისას კორპორატიულ დაზღვეულზე არ გავრცელდეს 12 თვიანი მოცდის პერიოდი თუ ადგილი არ ჰქონდა ხელშეკრულების დაშვებულ მაქსიმალურ ვადაზე ხანგრძლივ წყვეტას და თუ დასაზღვევი კონტინგენტი სარგებლობდა კორპორატიული ან ინდივიდუალური დაზღვევით წინა სადაზღვევო პერიოდში.
- არეგულირებს მზღვევლის ვალდებულებას მიაწოდოს დაზღვეულს წერილობით:
 - 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.

ამ სამი ძირითადი რეკომენდაციის გათვალისწინებით, სახელმწიფო უზრუნველყოფს დასაზღვევი პირის უფლებების დაცვას, შეამცირებს მომხმარებელთა უკმაყოფილებას და ხელს შეუწყობს ხელსაყრელი გარემოს შექმნას კორპორატიული და ინდივიდუალური სადაზღვევო ბაზრის განვითარებისთვის.