

Analysis of the Use and Satisfaction of the Private Health Insurance Packages

Lika Kutalia¹, Natia Kvaratskhelia²

The University of Georgia, School of Health Sciences

¹Health Administrator, MPH (s)

²Supervisor, MD, MPH, PhD, Associate Professor

Abstract

Aim: The aim of the study was to study obligatory and voluntary health insurance principles, to identify a relation between, their cost and insureds' satisfaction and to develop the recommendations based on the results.

Methods: Within the framework of bachelor's thesis, a descriptive study was conducted by processing the data of one of the Georgian private insurance company. The study provided:

- a) comparison and analysis of the mandatory and voluntary health insurance packages;
- b) study the insureds' satisfaction trough considering the same criteria.

Satisfaction study conducted through the telephone survey, participated 268 respondents.

Questionnaire included the qualitative and quantitative questions, by questions of structured questionnaire should be assessed insureds' opinion about appropriateness between the cost of package and its content.

Results: The health insurance services and limits of the corporation with obligatory health insurance and large amount of insureds (employer pays the cost of basic package, the large amount of the insureds created, implemented pooling) are better and the price of insurance is lower than in the corporation where the insurance is voluntary, also satisfaction among employees of such corporation is higher.

Conclusion: Research shows that the employer, through its financial participation and the implementation of the obligatory health insurance in the corporation, provides an opportunity for employees to offer customers health insurance on better terms at lower prices, which creates a better social background within the organization; provides greater access to medical care and better health conditions for employees.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის პაკეტებით სარგებლობისა და კმაყოფილების ანალიზი

ლიკა კუტალია¹, ნათია კვარაცხელია²

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

¹ჯანდაცვის ადმინისტრატორი, მაგისტრანტი

² ხელმძღვანელი, ექიმი, საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის მაგისტრი, საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

რეზიუმე

მიზანი: კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ნებაყოფლობითი და სავალდებულო დაზღვევის პრინციპების შესწავლა, მათ ღირებულებასა და დაზღვეულთა კმაყოფილებას შორის არსებული კავშირის გამოვლენა, იდენტიფიცირება და შედეგების საფუძველზე დასკვნების და რეკომენდაციების შემუშავება.

მეთოდები: ერთ-ერთი ქართული კერძო სადაზღვევო კომპანიის მონაცემების დამუშავების გზით საბაკალავრო ნაშრომის ფარგლებში განხორციელდა აღწერილობითი კვლევა, რომელიც ითვალისწინებდა:

- ა) სავალდებულო და ნებაყოფლობითი ტიპის ჯანმრთელობის სადაზღვევო პაკეტების შედარებასა და ანალიზს;
- ბ) იმავე კატეგორიის პაკეტებით დაზღვეულთა კმაყოფილების შესწავლას.

კმაყოფილების კვლევა ჩატარდა სატელეფონო გამოკითხვის მეშვეობით, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო 268 რესპოდენტმა.

სტრუქტურირებული კითხვარით უნდა შეფასებულიყო დაზღვეულთა მოსაზრება ჯანმრთელობის სადაზღვევო პაკეტის ღირებულებასა და შინაარსს შორის შესაბამისობაზე და მომსახურებით კმაყოფილებაზე.

შედეგები: იმ კორპორაციისთვის, სადაც დაზღვევა სავალდებულოა (ეზღვევა ყველა თანამშრომელი, დამსაქმებელი იხდის სულ მცირე ბაზისური პაკეტის ღირებულებას, იქმნება დაზღვეულთა მოცულობა, ხორციელდება ე.წ. პულინგი) ჯანმრთელობის დაზღვევის სერვისები და ლიმიტები გაცილებით უკეთესია და დაზღვევის ღირებულება ნაკლები, ნებაყოფლობით დაზღვეულ კორპორაციასთან შედარებით. დაზღვევით კმაყოფილება პირველი ტიპის ორგანიზაციის თანამშრომელთა შორის პროცენტულად ასევე უფრო მაღალია,

Keywords: Private Insurance, voluntary insurance, obligatory insurance, insurance package insureds' satisfaction, premium

Abbreviations: GDP-Gross Domestic Product, WHO-World Health Organization, NCDC - National Center for Disease Control

Introduction

The health insurance is a great possibility for person to manage expenditure of medical services at any stage of the life.

The main principle of insurance is solidarity, this means that insurance covers expenditure of medical services for person who needs it at the specific time based on the contribution made by certain group of people (Gerdmava, 2016).

Health expenditure is high in Georgia as in the world. Global spending on health continues to rise. It was about 10% of GDP in 2017.

Health expenditure is the highest in the United States worldwide. Private health insurance represents on average 40% of total health expenditure (WHO, 2019).

In 2016, health expenditure was 8.4% of GDP in Georgia. Private expenditure on health is the leading in health expenditure structure of Georgia – 61.9% and this reflect on rapid development of insurance market (NCDC, 2018).

In 2018, 549 758 beneficiaries enjoyed private health insurance in Georgia, this rate is increasing.

Amount of premium attracted from the health insurance was 21.01 million Gel. (LEPL State Insurance Supervision Service of Georgia, 2018).

In these conditions, the importance of insurance is obvious, its main purpose is to manage rapidly growing expenditure of health and increase access to health services.

Private health insurance is individual and corporate in Georgia (Richardson; Berdznuli, 2017).

Employer insures all employees, covers cost of basic package and implements obligatory health insurance or the decision to join and the payment of a premium is voluntary for employees (Laycock, 2017). Cost of premium is a main barrier to purchase the insurance in this case (Egutia et al., 2010).

In view of all described circumstances formed hypothesis, which means that voluntary health insurance due to the small numbers of the insureds can not create enough amount of beneficiaries for principle of solidarity, this causes deterioration of insurance terms.

ვიდრე ნებაყოფლობითი დაზღვევის ტიპის ორგანიზაციის თანამშრომლებში.

დასკვნა: ჩატარებული კვლევა გვიჩვენებს, რომ დამსაქმებელი თავისი ფინანსური მონაწილეობით და კორპორაციაში სავალდებულო დაზღვევის განხორციელებით ქმნის დასაქმებულთათვის უფრო დაბალ ფასში უკეთესი პირობებით ჯანმრთელობის დაზღვევის შეთავაზების შესაძლებლობას, რაც განაპირობებს უკეთეს სოციალურ ფონს ორგანიზაციის შიგნით; უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მეტად ხელმისაწვდომობას და დასაქმებულთა უკეთესი ჯანმრთელობის კონდიციას.

საკვანძო სიტყვები: კერძო დაზღვევა, ნებაყოფლობითი დაზღვევა, სავალდებულო დაზღვევა, სადაზღვევო პაკეტი, დაზღვეულთა კმაყოფილება, პრემია.

აბრევიატურები: მშპ- მთლიანი შიდა პროდუქტი, WHO-World Health Organization, NCDC National Center for Disease Control

შესავალი

ჯანმრთელობის დაზღვევა ადამიანისთვის არის სამედიცინო სერვისების განხორციელებისას ფინანსური ხარჯის მართვის ინსტრუმენტი. დაზღვევა ეფუძნება სოლიდარობის პრინციპს, რაც გულისხმობს ადამიანთა გარკვეული ჯგუფის მიერ განხორციელებული შენატანის საფუძველზე იმ ადამიანთა სამედიცინო მომსახურების ხარჯის დაფარვას, რომელსაც ის გარკვეული დროის მონაკვეთში საჭიროებს (გერძმავა, 2016).

ჯანდაცვაზე დანახარჯები, როგორც მსოფლიოში, ასევე საქართველოში, საკმაოდ მაღალია. 2017 წელს ჯანდაცვაზე დანახარჯები მსოფლიოში შეადგენდა დაახლოებით მშპ-ს 10%-ს. მაჩვენებელი ხასიათდება ზრდის ტენდენციით. ყველაზე მაღალი დანახარჯები ჯანდაცვაზე აქვს აშშ-ს. მთლიანი დანახარჯების საშუალოდ 40% შეადგენს კერძო დაზღვევას (WHO, 2019). საქართველოში 2016 წელს ჯანმრთელობის სექტორში დანახარჯებმა შეადგინა მშპ-ს 8,4%, დანახარჯების სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს კერძო სექტორს 61,9%, რაც ასევე აისახება სადაზღვევო ბაზრის სწრაფ განვითარებაზე (NCDC, 2018).

2018 წელს საქართველოში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით სარგებლობდა 549 758 ინდივიდი, მაჩვენებელი ხასიათდება ზრდის ტენდენციით. 2018 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეობაში მოზიდულმა პრემიამ შეადგინა 21,01 მლნ. ლარი (სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური, 2018). ამ მაჩვენებლებით დაზღვევის მნიშვნელობა ცალსახაა, მისი უმთავრესი

Methods

On the example of one of the Georgian insurance company was conducted a descriptive study in May 2019. Study included two parts:

- comparison and analysis of the mandatory and voluntary health insurance packages;
- study the insureds satisfaction.

The insurance contracts were selected from the same field of the employment with the same age groups. Difference between these contracts was form of the premium payment.

In first of them employer covered cost of basic package and was implementing obligatory insurance for beneficiaries, second contract is voluntary and employees covers the insurance premium.

Comparison of the packages implemented according to services, limits, co-payment and franchise.

For data collecting and quantitative processing was used database of the insurance company.

Informed consent was received in advance from company. Excel was used for statistical analysis of quantitative data.

Trough considering size of the organizations determined the sample size for the satisfaction study and were interviewed 268 respondents, who were selected randomly (95% Confidence Level).

For prevention of recall bias were selected beneficiaries who had used the insurance during one month before the study was conducted. Survey was conducted with in advance created Structured questionnaire. The Respondents selected based on the following principles:

- Voluntary participation;
- Informed consent.

Results

The Advantages of services, limits and coverage were demonstrated in the package of organization with obligatory health insurance compared with the organization with voluntary health insurance, such as: Planned outpatient service, dental service, medication, hospital service and pregnancy/childbirth, personal manager, treatment abroad Georgia. Insurance terms were compared with one another in the framework of same cost (Table 1).

Price of the package of organization A was 10% less than organization B, but content of the package was better. Advantages were as in coverage, as in the limits and additional benefits.

According the study results the hypothesis is confirmed.

დანიშნულებაა ჯანდაცვის სწრაფად მზარდი ხარჯების მართვა და ასევე მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

საქართველოში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა ხორციელდება ინდივიდუალური და ჯგუფური (კორპორაციები) ფორმით (Richardson, 2017).

კორპორატიული დაზღვევის პრინციპი თავის მხრივ ორგვარია:

დამსაქმებელი აზღვევს ყველა თანამშრომლის ჯანმრთელობას, თვითონ ფარავს სულ მცირე მინიმალური სადაზღვევო პაკეტის ღირებულებას და ახორციელებს კორპორაციის დაზღვევის სავალდებულობას ან კორპორაციის თანამშრომლები ეზღვევიან ნებაყოფლობით, საკუთარი სურვილის მიხედვით. შესაბამისად სადაზღვევო პრემიას ფარავენ საკუთარი შემოსავლებიდან (Laycock, 2017). ამ უკანასკნელის შემთხვევაში სადაზღვევო პრემიის ოდენობა დაზღვევის შეძენის ერთ-ერთი მთავარი ბარიერია (ეგუტია და სხვები, 2010).

აღწერილი გარემოების გათვალისწინებით ჩამოყალიბდა ჰიპოთეზა, რომელიც გულისხმობდა შემდეგს: ნებაყოფლობითი დაზღვევა ბენეფიციართა ფარდობითად მცირე მოცულობის გამო ვერ ქმნის სოლიდარობის პრინციპისთვის საკმარის მოცულობას, რაც დაზღვევის პირობების გაუარესების მიზეზია.

მეთოდოლოგია

ქართული სადაზღვევო კომპანიის მაგალითზე 2019 წლის მაისში ჩატარდა აღწერილობითი კვლევა, რომელიც ითვალისწინებდა:

- კომპანიაში არსებული მიმდინარე ჯანმრთელობის დაზღვევის კონტრაქტებიდან სავალდებულო და ნებაყოფლობითი ტიპის ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტების შერჩევას და შედარებას,
- ამ კონტრაქტების ბენეფიციართა კმაყოფილების კვლევას.

კვლევისთვის შერჩეული იქნა კონტრაქტები მსგავსი დასაქმების სფეროდან, მსგავსი ასაკობრივი ჯგუფებით. განსხვავება ამ ორ კომპანიას შორის იყო პრემიის გადახდის ფორმა. ერთ კორპორაციაში დამსაქმებელი თვითონ ფარავდა მინიმალური სადაზღვევო პაკეტის ღირებულებას და ახორციელებდა დასაქმებულთა დაზღვევის სავალდებულობას, მეორე ორგანიზაციაში დასაქმებულები ნებაყოფლობით იყვნენ ჩართული დაზღვევაში და თვითონვე იხდიდნენ სადაზღვევო პრემიას. დაზღვევის პაკეტების შედარება განხორციელდა სერვისებისა და ლიმიტების, თანაგადახდისა და ფრანშიზის კომპონენტების მიხედვით.

Table 1. Basic differences between packages of organization according to advantages.

Source: results of the study.

Organization with obligatory health insurance (organization A)	Organization with voluntary health insurance (organization B)
1. 10% higher coverage of the planned outpatient service in provider.	1. Free choice of using planned dental service (organization A did not have free choice)
2. 10% higher coverage of the planned outpatient service in non-provider.	2. Using of prevention service three times in the year. (Organization A had two times in the year).
3. 10% higher coverage of the medications prescribed by a family doctor.	3. Limit of the planned outpatient service more by 1000 Gel.
4. 10% higher coverage of the planned dental service.	
5. Limit of the pregnancy/childbirth more by 1000 Gel.	
6. Limit of the inpatient service more by 5 000 Gel.	
7. Limit of the medications more by 2500 Gel.	
8. Limit of the planned dental service more by 2500 Gel.	

Figure 1. Appropriateness between insurance premium and packages' content.

Source: results of the study.

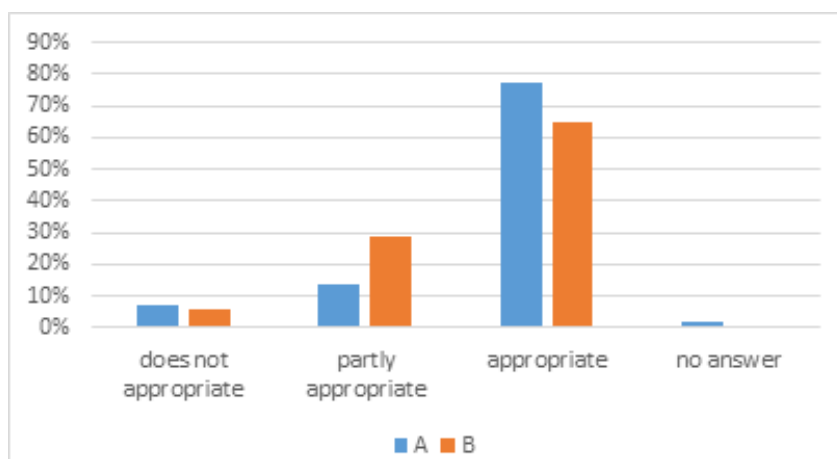
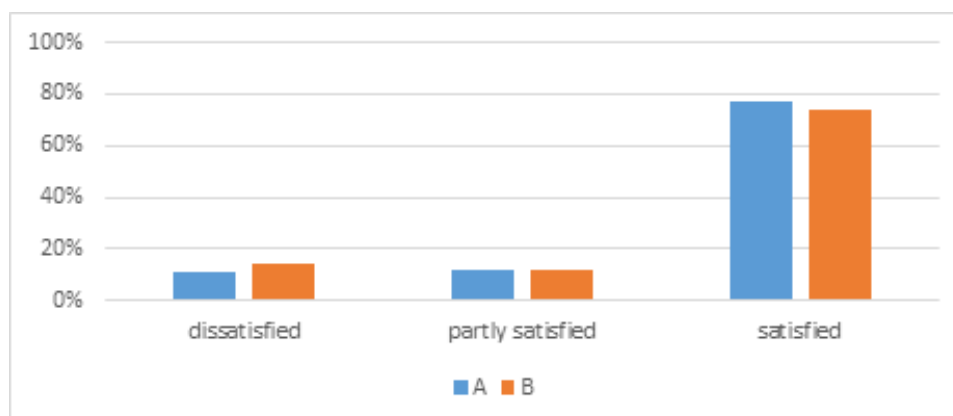


Figure 2. Did required the service during the insurance period which was not covered?

Source: results of the study.



Results of the satisfaction study were following: 77% of Insureds from the organization with obligatory health insurance (A) consider that insurance premium appropriate to content of the packages. This

მონაცემთა მოსამიებლად და რაოდენობრივი დამუშავებისთვის გამოყენებული იქნა სადაზღვევო კომპანიის მონაცემთა ბაზა, წინასწარ მოპოვებული წერილობითი თანხმობის

rate was 12% less in the second organization with voluntary health insurance (Figure 1). 52% of insureds from organization A and 70% from organization B mention that they required some services during the insurance period which after conditions were not covered (Figure2). When asked insureds about their satisfaction with the company's service, the difference between organizations A and B was only 3% (Figure 3). Study aim was not to determine the reasons of dissatisfaction, because of can discuss only about hypothetical reasons: Insureds of organization B enjoyed 5 (five) insurance packages, most of the respondents used package which price was much lower compared to organization A. High price creates more expectations and requirements, assessment of the quality of service depends on these expectations and requirements, satisfaction is lower when differences between them is greater. Service satisfaction also depends on some other factors which are the same for both of the organization, such as providers, family doctors, hot-line and other. Answers to three main questions of the study of respondents who used packages with the same cost contributed as following: satisfaction of the insureds from organization A was high for every questions (Figure 4).

საფუძველზე. მოძიებული რაოდენობრივი მონაცემები გაანალიზდა excel-ის საშუალებით. კვლევისთვის შერჩეული კონტრაქტების მოცულობების მიხედვით განისაზღვრა საკვლევი პოპულაციის ზომა და დაზღვევის კმაყოფილების შესასწავლად გამოიკითხა ორივე ორგანიზაციის 268 რესპონდენტი (95% სანდოობის დონე). მათი შერჩევა განხორციელდა შემთხვევითობის პრინციპით. ინფორმაციული შეცდომების (recall bias) პრევენციის მიზნით გამოიკითხული იქნა ის ბენეფიციარები, რომლებმაც დაზღვევით ისარგებლეს კვლევის ჩატარებამდე ერთი თვის განმავლობაში. გამოიკითხვა ჩატარდა სატელეფონო ინტერვიუს საშუალებით, წინასწარ შედგენილი სტრუქტურირებული კითხვარით. რესპონდენტები შეირჩა შემდეგი პრინციპების გათვალისწინებით:

- ა) ნებაყოფლობითობა;
- ბ) ინფორმირებული თანხმობა.

შედეგები

სავალდებულო დაზღვევით მოსარგებლე ორგანიზაციის ჯანმრთელობის პაკეტი თანამშრომელთა სრული მოცვით, ნებაყოფლობით დაზღვეულ ორგანიზაციასთან შედარებით ფლობს

Figure 3. Service satisfaction.
Source: results of the study.

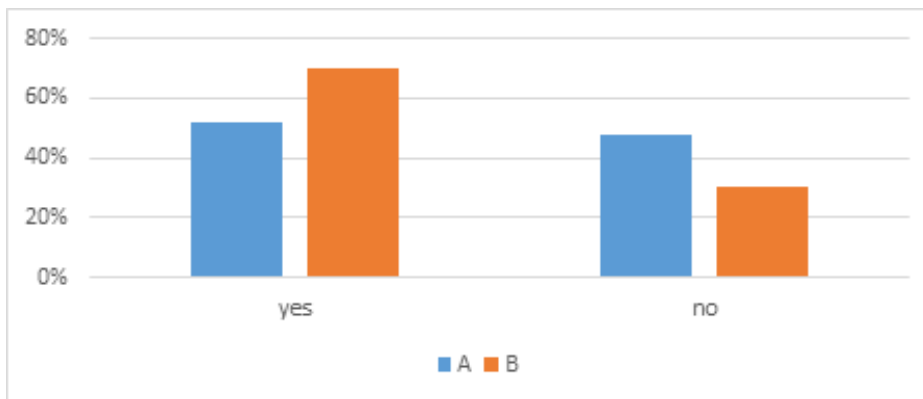
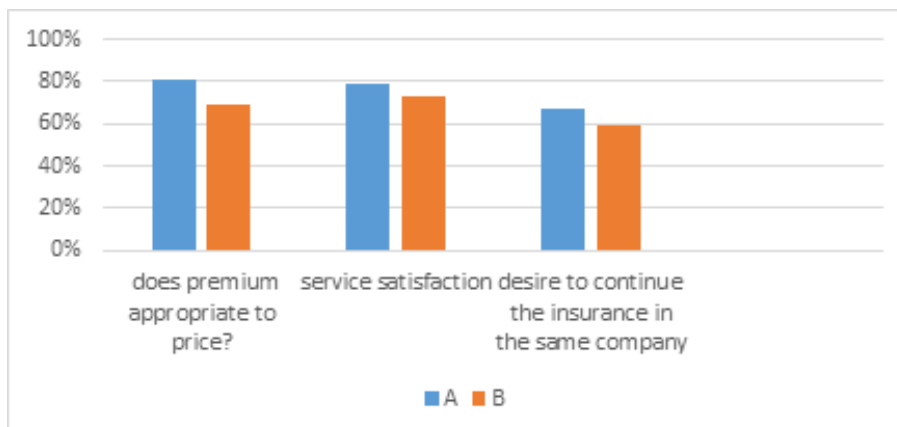


Figure 4. Comparison the satisfaction of customer with similar packages in cost.
Source: results of the study.



Conclusion

The results of the study showed that the large number of beneficiaries allows the insurance company to offer customers a better price and insurance terms, which is favorable for creating a better social background in the company, to maintain a healthy and satisfied employee (health insurance is one of the most important benefits for the employee).

უპირატესობას დაფარვებში, ლიმიტებში, სერვისებში. მათ შორის: გეგმიური ამბულატორია, სტომატოლოგია, მედიკამენტები, ჰოსპიტალური მომსახურება და ორსულობა-მშობიარობა, პირადი მენეჯერის მომსახურების ფორმები, საზღვარგარეთ მკურნალობის შესაძლებლობები. პირობები შედარდა სადაზღვევო პაკეტის მსგავსი ღირებულების ფარგლებში (ცხრილი1).

ცხრილი1. ძირითადი განსხვავებები ორგანიზაციების პაკეტებს შორის უპირატესობების მიხედვით.
წყარო: კვლევის შედეგები.

ორგანიზაცია სავალდებულო დაზღვევის პრინციპით (ორგანიზაცია A)	ორგანიზაცია ნებაყოფლობითი დაზღვევის პრინციპით (ორგანიზაცია B)
1. გეგმიური ამბულატორიის დაფარვა პროვაიდერ კლინიკაში 10%-ით მაღალი.	1. თავისუფალი არჩევანი გეგმიურ სტომატოლოგიაზე.
2. გეგმიური ამბულატორიის დაფარვა არაპროვაიდერ კლინიკაში 10%-ით მაღალი.	2. პროფილაქტიკური კვლევები წელიწადში 3-ჯერ (A ორგანიზაციის შემთხვევაში 2-ჯერ).
3. ოჯახის ექიმის დანიშნული მედიკამენტების დაფარვა 10%-ით მაღალი.	3. გეგმიური ამბულატორიის ლიმიტი 1000 ლარით მეტი.
4. გეგმიური სტომატოლოგიის დაფარვა პროვაიდერ კლინიკაში 10%-ით მაღალი.	
5. ორსულობა-მშობიარობის ლიმიტი 1000 ლარით მეტი.	
6. ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტი 5 000 ლარით მეტი.	
7. მედიკამენტების ლიმიტი 2500 ლარით მეტი.	
8. გეგმიური სტომატოლოგიის ლიმიტი 2500 ლარით მეტი.	

The majority of policyholders, who positively assess insurance premium value appropriateness to content of the package, also positively assess the satisfaction with the service and confirm the desire to continue the insurance under the same contract.

With the framework of the bachelor’s thesis, based on the descriptive statistics confirmed opinion, that voluntary and obligatory health insurance with different mechanism of premium payment and number of the beneficiaries’ effect on the cost and content of the health insurance.

Based on the conclusion, recommend to the employer to obtain better terms of health insurance at lower price for its staff with implementation obligatory health insurance and use possibility to provide better health conditions of its staff.

On the second hand, insurance company have to improve quality of service according to the criteria mentioned in the thesis. Also, an in-depth study of quality-related issues is interesting.

იმ ორგანიზაციის პაკეტის შინაარსი, როცა დამსაქმებელი აფინანსებს დასაქმებულთა სრულ შემადგენლობას, გაცილებით უკეთესია, მიუხედავად იმისა, რომ მისი ღირებულება 10%-ით ნაკლებია მეორე ტიპის ორგანიზაციის პაკეტის ღირებულებაზე. უპირატესობები შეინიშნება, როგორც დაფარვებში, ასევე ლიმიტებსა და დამატებით მომსახურებებში. აღნიშნული შედეგიდან გამომდინარე შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ჰიპოთეზა დადასტურებულია.

დაზღვევით კმაყოფილებასთან დაკავშირებული კვლევის შედეგები შემდეგია:

სავალდებულო დაზღვევით დაზღვეული ორგანიზაციის (A) ბენეფიციართა 77% თვლის, რომ სადაზღვევო პრემია შეესაბამება პაკეტის შინაარსს, ნებაყოფლობით დაზღვეული ორგანიზაციის (B) შემთხვევაში აღნიშნული მაჩვენებელი 12%-ით ნაკლებია (სურათი 1). ყველა დაზღვეული, რომელიც უარყოფითად აფასებს პაკეტის ღირებულების შესაბამისობას შინაარსთან, ასევე ნეგატიურად არის განწყობილი მომსახურების ხარისხისა და კომპანიის მიმართ. შეკითხვაზე, დასჭირვებიათ თუ არა დაზღვევით

References

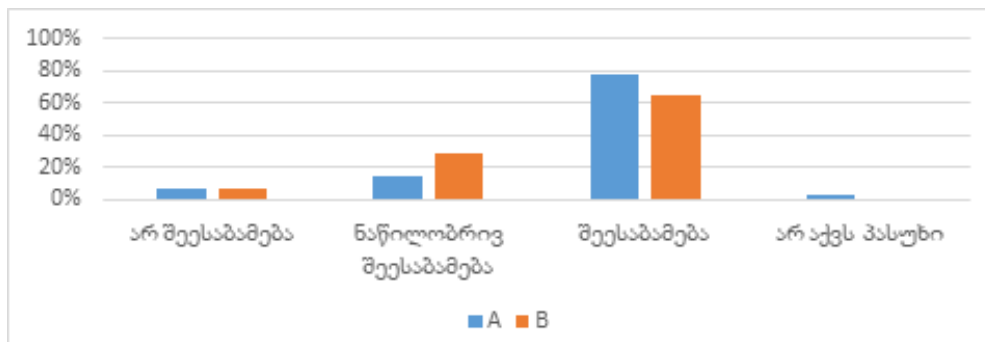
1. Egutia, M., Gotsadze, T., Rukhadze, N. (2010): Corporate Health Insurance Satisfaction Survey Research Report. Tbilisi <http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2015/09/44.pdf>
2. Gerdmava, O. (2016): Public Health and management. Tbilisi
3. Laycock.R. (2017): Corporate health insurance. <https://www.finder.com.au/health-insurance/corporate-health-insurance>
4. LEPL State Insurance Supervision Service of Georgia (2018): Review of the insurance market <http://insurance.gov.ge/Statistics.aspx/Statistics/GetFile/37?-type=4>
5. National Center For Disease Control and Public Health. (2018): Health care short statistical review <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/33743289-1df6-428f-b644-439fc8ab5cae>
6. Richardson. E.,Berdznuli N. (2017): Georgia health system review. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/374615/hit-georgia-eng.pdf?ua=1
7. World Health Organization (2019): Global Spending on Health: A World in Transition. Switzerland

დაუფარავი სამედიცინო მომსახურება სადაზღვევო პერიოდში, რესპოდენტთა პასუხები გადანაწილდა შემდეგნაირად: A ორგანიზაციის დაზღვეულთა 52% და B ორგანიზაციის დაზღვეულთა 70% აღნიშნავს დაზღვევით დაუფარავი სამედიცინო მომსახურების საჭიროებას (სურათი 2).

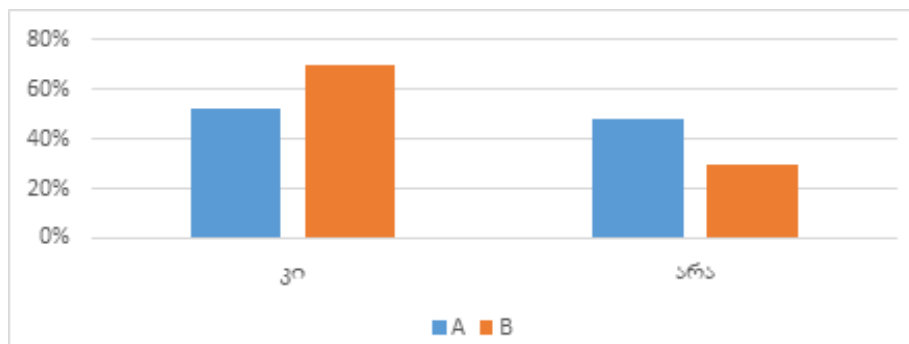
კომპანიის მომსახურებით კმაყოფილებასთან დაკავშირებით დასმულ კითხვაზე განსხვავება A და B ორგანიზაციებს შორის არის მხოლოდ 3%. ვინაიდან, ამ ეტაპზე კვლევა არ ისახავდა მიზნად რესპოდენტთა უკმაყოფილების მიზეზების დადგენას, ამ განსხვავების ახსნა შესაძლებელია შემდეგი ვარაუდით: B ორგანიზაციის დაზღვეულები სარგებლობენ 5 სადაზღვევო პაკეტით, გამოკითხულთა 61% სარგებლობს იაფი პაკეტით, რაც გაცილებით ნაკლებია A ორგანიზაციის პაკეტის ღირებულებაზე. მაღალი ფასი ქმნის გაცილებით მეტ მოლოდინს და მოთხოვნებს, აქედან გამომდინარე მიღებული სერვისის შეფასებაც ხდება ამ მაღალი მოთხოვნების შესაბამისად.

მომსახურებით კმაყოფილებაზე ასევე გავლენას ახდენს სხვა ისეთი ფაქტორები, რომლებიც

სურათი 1. *ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტის შესაბამისობა ღირებულებასთან. წყარო: კვლევის შედეგები.*



სურათი 2. *დაზღვევით დაუფარავი სამედიცინო მომსახურების საჭიროება. წყარო: კვლევის შედეგები.*

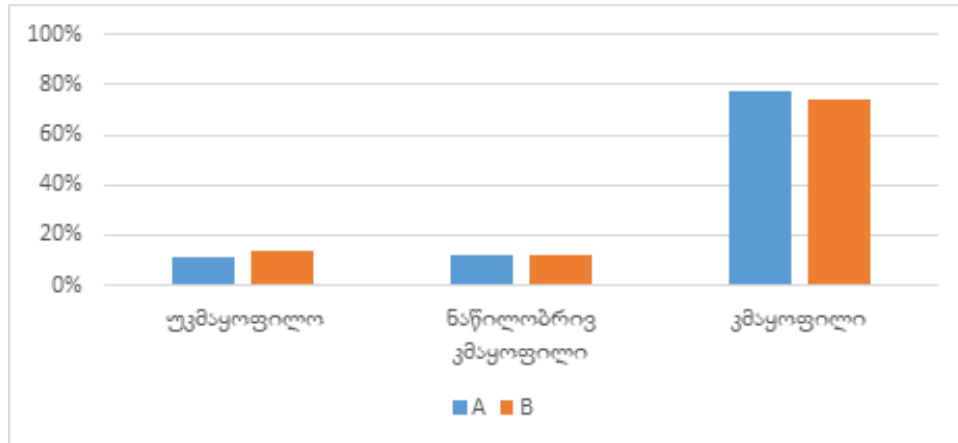


საერთოა ორივე ორგანიზაციისთვის, მათ შორის: პროვაიდერები, მომსახურების მიღების სქემა, ოჯახის ექიმები, საინფორმაციო სამსახური (სურათი 3).

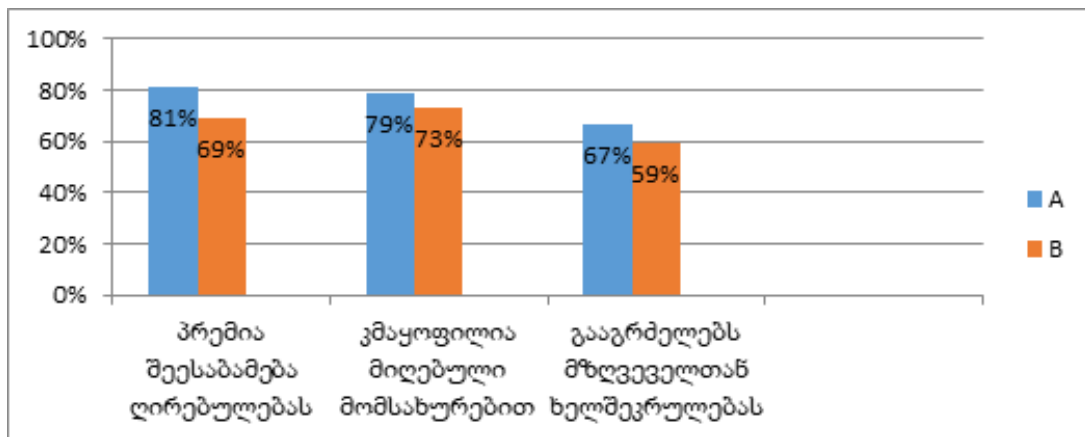
პასუხი კვლევის 3 ძირითად კითხვაზე, რომელიც ქმნის ზოგად წარმოდგენას ბენეფიციარის მიერ დაზღვევის შინაარსთან დამოკიდებულებაზე,

გადანაწილდა შემდეგნაირად: მსგავსი ღირებულების პაკეტით მოსარგებლე რესპოდენტების შემთხვევაში A ორგანიზაციის პაკეტით დაზღვეულ რესპოდენტთა კმაყოფილება სამივე კითხვაზე აღემატება B ორგანიზაციის დაზღვეულთა კმაყოფილებას (სურათი 4).

სურათი 3. კომპანიის მომსახურებით კმაყოფილება
წყარო: კვლევის შედეგები



სურათი 4. ღირებულებით მსგავსი პაკეტებით მოსარგებლეთა კმაყოფილების შედარება
წყარო: კვლევის შედეგები



დასკვნა

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ბენეფიციართა დიდი მოცულობა სადაზღვევო კომპანიას აძლევს საშუალებას შესთავაზოს მომხმარებელს უკეთესი ფასი და სადაზღვევო პირობები, რაც ხელსაყრელია კომპანიაში უკეთესი სოციალური ფონის შესაქმნელად, ჯანმრთელი და კმაყოფილი თანამშრომლის შესანარჩუნებლად (ჯანმრთელობის დაზღვევა დასაქმებულისთვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ბენეფიტია). დაზღვეულთა უმრავლესობა, რომელიც დადებითად აფასებს პრემიის ოდენობის შესაბამისობას პაკეტის შინაარსთან, კმაყოფილია მომსახურებით და ადასტურებს იმავე ხელშეკრულების ფარგლებში დაზღვევის გაგრძელების სურვილს. საბაკალავრო ნაშრომის ფარგლებში აღწერილობითი სტატისტიკის საფუძველზე იკვეთება ტენდენცია, რომ ნებაყოფლობითი და

სავალდებულო დაზღვევის ტიპი, პრემიის დაფარვის განსხვავებული მექანიზმებითა და დაზღვეულთა განსხვავებული მოცულობის შექმნით, გავლენას ახდენს ჯანმრთელობის დაზღვევის ფასსა და შინაარსზე, შედეგების საფუძველზე შესაძლებელია გაიცეს რეკომენდაცია დამსაქმებლისთვის, რომ დაზღვევის სავალდებულო ფორმით და პულინგით მიიღოს უკეთესი შინაარსის დაზღვევის პროდუქტი ნაკლებ ფასად და გამოიყენოს შესაძლებლობა, უზრუნველყოს დაზღვევის სერვისების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული, დასაქმებულთა უკეთესი ჯანმრთელობის კონდიცია. მეორეს მხრივ სადაზღვევო კომპანიამ უწყვეტად უნდა გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი ნაშრომში ასახული კომპონენტების მიხედვით. საინტერესოა ხარისხთან დაკავშირებული საკითხების ჩაღრმავებული კვლევა.