

VILNIAUS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO ADMINISTRAVIMO FAKULTETAS

STRATEGINIS INFORMACINIŲ SISTEMŲ VALDYMAS

Gintarė Macytė
MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

SUASMENINTO PRIVATAUS SVEIKATOS DRAUDIMO ĮGYVENDINIMO LIETUVOJE SĖKMĖS VEIKSNIAI	SUCCESS FACTORS FOR THE IMPLEMENTATION OF PERSONALIZED PRIVATE HEALTH INSURANCE IN LITHUANIA
---	---

Darbo vadovas Dr. Gediminas Rumšas

Vilnius, 2022

TURINYS

ĮVADAS	3
1. SUASMENINIMO PRITAikomUMAS BEI SUKURIAMA VERTĖ PRIVAČIAME SVEIKATOS DRAUDIME	5
1.1. Suasmeninimo pritaikomumas draudimo sektoriuje	7
1.2. Suasmeninimo taikymas transporto draudime	13
1.3. Suasmeninimo taikymas sveikatos draudime	17
2. EMPIRINIO TYRIMO METODIKA	20
2.1. II etapas – interviu skirtas draudimo įmonių atstovams	21
2.2. III etapas – anketinė apklausa apdraustiesiems	25
3. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATAI	30
3.1. Kokybinio tyrimo rezultatai	30
3.2. Kiekybinio tyrimo rezultatai	37
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	53
LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	56
SUMMARY	58
PRIEDAI	59
1 priedas. Interviu protokolo forma	59
2 priedas. Anketinė apklausa	60
3 priedas. Interviu protokolas Nr. 1	64
4 priedas. Interviu protokolas Nr. 2	67
5 priedas. Interviu protokolas Nr. 3	69

IVADAS

Temos aktualumas: Paslaugų, prekių ir turinio suasmeninimas yra viena ryškiausių tendencijų šių dienų pasaulyje. Tai nesunkiai galima pastebėti reklaminiuose pranešimuose, kurie vis daugiau yra personalizuojami vartotojui. Iš to galima susidaryti nuomonę, kad visuomenei nebetinka standartiniai sprendimai, kiekvienas vartotojas tikisi gauti individualų ir būtent jam pritaikytą pasiūlymą, kuris būtų paremtas jo elgesiu, įpročiais, gyvenimo būdu, poreikiais ar kitais asmeniniais aspektais. Atsižvelgiant į tai visiškai natūralu, kad organizacijos siekiančios sėkmingai įgyvendinti savo komercinius tikslus privalo koncentruoti dėmesį į šį faktorių ir imtis veiksmų, kad jų teikiamos paslaugos ar parduodamos prekės būtų aktualios šiuolaikiniam vartotojui. Draudimo rinka yra ne išimtis. Nors šis sektorius daugeliu atveju vis dar vartotojams pasiūlymus teikia vertindami jų riziką tik klasikiniu modeliu, t. y. analizuoja ir remiasi iš praeities sukauptais duomenimis, tačiau technologinis proveržis draudikams suteikia galimybę į rizikos vertinimą integruoti papildomus duomenis iš vis naujų informacinių technologijų, kurių pagalba draudikai gali stebėti vartotojo elgesį realiu laiku, o iš to gautus duomenis pritaikyti suasmenintam pasiūlymui pateikti. Vienas iš tų draudimo produktų, kur išmaniosiomis technologijomis sukauptų duomenų naudojimo potencialas suasmeninimui yra milžiniškas, tačiau kartu lygi šiol jis, toli gražu, nėra išpildytas, yra privatus sveikatos draudimas. Pasaulyje jau vis garsiau kalbama apie šio produkto suasmeninimo taikymą rizikų valdyme, vertinime bei atliekami įvairūs su tuo susiję bandymai, tačiau Lietuvoje veikiantys draudikai dar vis vangiai imasi iniciatyvos šiuo klausimu.

Temos ištyrimo lygis: Suasmenintas draudimas bei jo vertė, įvairių valstybių draudimo rinkose ar konkrečiuose jų produktuose, nėra nauja tema. Literatūroje galime rasti keletą šią temą atspindinčių mokslinių straipsnių ar atliktų tyrimų. Daugiausiai jų yra pritaikyta su transporto priemonėmis susijusiems draudimo produktams. Galbūt dėl lengvumo, patogumo ir paprastumo praktikoje pritaikyti suasmeninimui sukurtus technologinius įrankius. Tuo tarpu kaip sėkmingai suasmeninti privatų sveikatos draudimą Lietuvos draudimo rinkos kontekste, informacijos rasti nepavyko, todėl šiame darbe ir bus nagrinėjama būtent ši sritis.

Darbo naujumas: Darbe yra siekiama apibrėžti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksnius.

Darbo problema – Kokie yra suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksniai?

Darbo tikslas - Apibrėžti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksnius.

Darbo uždaviniai:

1. Atlikus mokslinę literatūros analizę, išsiaiškinti suasmeninimo pritaikomumą ir sukuriama vertę privačiame sveikatos draudime;
2. Parinkti empirinio tyrimo metodiką, pagrįsti jos pasirinkimą bei apibrėžti tyrimo organizavimo eigą;
3. Pusiau struktūrizuoto interviu bei struktūrizuotos anketinės apklausos pagalba atskleisti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksnius.

Darbo metodai: Taikant mokslinių literatūros šaltinių analizės metodą, darbe yra išsiaiškinama suasmeninimo pritaikomumas bei sukuriama vertė privataus sveikatos draudimo kontekste. Antrasis, darbe naudojamas metodas, interviu. Juo siekiama sužinoti Lietuvoje veikiančių ir privatų sveikatos draudimą parduodančių draudikų poreikį papildomiems duomenims bei naudas, kurias jie galėtų pasiūlyti duomenų davėjams. Trečiasis metodas - anketinė apklausa. Ja siekiama išsiaiškinti respondentų nuomonę apie savo duomenų pasidalinimą su draudiku, motyvus bei patraukliausius būdus tokiam veiksmui atlikti. Tuo tarpu pati duomenų analizė darbe atliekama pasitelkus turinio analizės techniką bei statistikos metodus, nes jie padeda glaustai, bet tikslingai perteikti esminius tyrimo akcentus.

Darbo struktūra: Darbas yra sudarytas iš įvado, trijų pagrindinių skyrių, išvadų ir pasiūlymų, literatūros šaltinių bei priedų. Įvade yra aprašomas temos aktualumas, analizuojamos temos ištyrimo lygis, darbo naujumas, suformuluojama darbo problema, apibrėžiamas darbo tikslas bei tam tikslui pasiekti reikalingi žingsniai, t. y. darbo uždaviniai. Taip pat išvardinti bei glaustai pagrįsti darbo metodai. Įvado paskutinėje dalyje yra pristatoma darbo struktūra. Tuo tarpu pirmame skyriuje jau yra atliekama mokslinė literatūros analizė. Jame atskleidžiamas suasmeninimo pritaikomumas ir sukuriama vertė privataus sveikatos draudimo kontekste. Atlikus mokslinę literatūros analizę, antrame skyriuje, yra parenkama empirinio tyrimo metodika bei pagrindžiamas jos pasirinkimas. Remiantis tuo vėliau yra paaiškinamas ir numatomo empirinio tyrimo organizavimas. Paskutinėje, iš pagrindinių, darbo dalyje yra pateikiami ir analizuojami atlikto empirinio tyrimo rezultatai. Apžvelgus gautus tyrimo rezultatus yra formuojamos išvados bei sukuriama pasiūlymai. Po to išvardinami darbe naudotini literatūros šaltiniai, o galiausiai darbas yra užbaigiamas priedais, kuriuose yra tyrimo metu nagrinėti dokumentai.

1. SUASMENINIMO PRITAIKOMUMAS BEI SUKURIAMA VERTĖ PRIVAČIAME SVEIKATOS DRAUDIME

Šiandien vartotojų lūkesčiai organizacijoms yra didesni nei bet kada anksčiau. Jie tikisi konkrečios jų situacijos supratimo bei tik jiems pritaikyto individualaus pasiūlymo. Siekdamos pateisinti vartotojų lūkesčių organizacijos yra priverstos suasmeninti savo siūlomus produktus ar paslaugas.

Personalizavimas moksliniame kontekste nėra naujas reiškinys, tad mokslinėje literatūroje galima rasti ne vieną autorių aprašiusį šį reiškinį. Keletas tokių pavyzdžių nurodyta 1 lentelėje.

1 lentelė

Personalizavimo apibrėžimai

Autorius	Personalizavimo apibrėžimas
Hanson, W. (2000)	Specializuota produktų diferencijavimo forma, kai sprendimas yra pritaikytas konkrečiam asmeniui.
Peppers, D., Rogers, M. (1999)	Prekių ar paslaugų ypatybių pritaikymas tam, kad klientas turėtų daugiau patogumo, mažesnę kainą ar kitokią naudą.
Allen, J. (2001)	Įmonės orientuotas klientų žiniatinklio patirties individualizavimas.
Imhoff, C., Loftis, L., Geiger, J. (2001)	Personalizavimas yra įmonės gebėjimas individualizuoti savo klientus ir jiems taikyti individualizuotus pranešimus, tikslines reklamas, specialius pasiūlymus ir kitas individualizuotas operacijas.
Wind, J., Rangaswamy, A. (2001)	Personalizavimą gali inicijuoti klientas (pvz.: pritaikyta tinklalapio išvaizda, turinys) arba įmonė (pvz.: individualizuotas pasiūlymas, kliento pasveikinimas vardu ir pan.).
Cöner, A. (2003)	Personalizavimas yra atliekamas įmonės remiantis į kategorijas suskirstyto turinio atitikimu profiliuotiems vartotojams.

1 lentelės tęsinys

Roberts, M. L. (2003)	Individualizuoto bendravimo konkrečiam asmeniui parengimo procesas, remiantis pareikštais ar numanomais pageidavimais
-----------------------	---

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Vesanen, 2005.

Nors visi šie autoriai personalizavimą apibrėžia skirtingai, tačiau visus jų apibūdinimus sieja bendra mintis, kuri personalizavimą apibūdina, kaip produkto ar paslaugos pritaikymą konkrečiam asmeniui, taip tenkinant jo asmeninius poreikius. Šiame darbe personalizavimas, individualizavimas ar suasmeninimas naudojamas pakaitomis, nors literatūroje personalizavimas ir suasmeninimas labiau sietinas su rinkodara, o individualizavimas su rizikos vertinimu (Barry & Charpentier, 2020).

Personalizavimui paplستی įtakojančių veiksnių galima rasti ne vieną. Nepaisant to, negalima nepastebėti, kad vienas iš pagrindinių – sparti technologijų pažanga. Didėjant informacijos srautui internete, vartotojams vis dažniau buvo sunku atsirinkti būtent jiems reikiamą turinį, ko pasakoje rinkodaros specialistai ėmė taikyti suasmenintą rinkodaros strategiją bei tam skirtas informacines technologijas. Kaip sėkmingas to pavyzdys galėtų būti - rekomendacijų sistema.

Rekomendacijų sistema – technologija, kuri aktyviai siūlo vartotojus dominančius produktus, paslaugas ar informaciją remiantis jų objektyviu elgesiu arba aiškiai išreikštais pageidavimais. Rekomendacijų sistemos taikomos įvairiose paslaugų sektoriuose, tokiose kaip elektroninė prekyba, filmų ir muzikos turinys, pramogos ir paieškos užklauso (Park & Chang, 2009). Tam, kad rekomendacijų sistema veiktų tinkamai, organizacijoms reikia surinkti didžiulius kiekius duomenų apie savo vartotojus, o tai kelia susirūpinimą dėl privatumo problemų (Kim & Kim, 2018). Nepaisant to, daugelis organizacijų į savo kasdinių procesų įgyvendinimą ar sprendimų priėmimą įtraukė tokius terminus didieji duomenys bei jų analitika.

Didieji duomenys yra visuomenėje naudotinas terminas, apimantis didžiulius žmonių ar mašinų sugeneruotus duomenų kiekius, turinčius plačias, įvairias bei sudėtingas struktūras, kurios yra saugomos, apdorojamos, vizualizuojamos bei analizuojamos. Šių duomenų tyrimo procesas, siekiant sužinoti po duomenimis paslėptas koreliacijas, vadinamas didelių duomenų analitika. Šiuolaikiniame pasaulyje didžiųjų duomenų analitika yra ypatingai vertinama dėl jos pagalba gaunamos naudingos informacijos, kuri organizacijoms suteikia galimybę gauti turtingesnių ir gilesnių įžvalgų. Pasinaudodamos šia informacija organizacijos gali sukurti personalizuotus

produktus ar paslaugas, taip įgyvendinant vieną iš pagrindinių verslo tikslų – patenkinti vartotojų poreikius, tuo pačiu realizuojant užsibrėžtus komercinius tikslus (Guillen, Nielsen, & Pérez-Marín, 2021).

1.1. Suasmeninimo pritaikomumas draudimo sektoriuje

Sparčiai vystantis didžiųjų duomenų mokslui ir kartu įsivyraujant personalizuotiems produktams, natūralu, kad tai paliečia visus verslo sektorius. Vienas iš tokių, kur didžiųjų duomenų analitikos įtraukimas į procesus bei personalizuotų produktų kūrimas vis dažniau tampa įprasta praktika, yra draudimo sektorius.

Gali pasirodyti, kad draudimas iš esmės yra suasmeninto produkto „etalonas“, nes daugeliu atveju vartotojas įsigydamas draudimo produktą gali apsaugos apimtį ir kitus kriterijus susidėlioti pagal savo norus, tačiau nereikėtų pamiršti ir kitos, vartotojams labai svarbios, pusės, t. y. draudimo įmokos, kurios personalizavimas draudikams kelia daugybę iššūkių (Barry & Charpentier, 2020).

Draudimo įmokos suasmeninimo taikymo draudimo sektoriuje ištakos slypi 1990 m., kai draudimo įmonių pelningumo vienas iš svarbiausių faktorių t. y. investicijų grąža, stipriai ėmė mažėti (McFall, Meyers, & Hoyweghen, 2020). Siekdamos išlaikyti pelningumą draudimo įmonės pradėjo didesnę dėmesį skirti tikslesnės draudimo įmokos skaičiavimui. Tam, kad tai būtų galima įgyvendinti buvo pasitelktos įvairios technologijos ir jų sugeneruoti didžiuliai duomenų kiekiai, kurie leidžia vartotojus segmentuoti detaliau bei tokiu būdu tiksliau pamatyti, klasifikuoti ir vertinti kiekvieno vartotojo riziką, taip vartotojui pasiūlant labiau personalizuotą įmoką (Anshari, Almunawar, Lim, & Al-Mudimigh, 2019).

Tuo tarpu apžvelgus literatūrą, galima daryti prielaidą, kad šiuolaikiniame technologiniame kontekste vartotojo draudimo rizika vertinama ir individualizuota kainodara pritaikoma gali būti pasitelkiant šiuos elementus:

1. Didžiųjų duomenų analizė.

Duomenų apdorojimas istoriškai yra pats svarbiausias veiksnys draudimo įmonių veikloje, kuris yra išsiskiręs duomenimis grindžiamoje statistinėje analizėje. Atsižvelgiant į duomenis buvo ir yra vertinama vartotojo rizika bei skaičiuojama įmoka, mokamos draudimo išmokos bei kontroliuojamas vartotojų sukčiavimas. Todėl didžiųjų duomenų analizė ir draudimo sektorius yra neatsiejama viena kito dalis (Meyers & Hoyweghen, 2020).

2019 m. Europos Sąjungos reguliavimo institucija EIOPA atliko tyrimą, kuriame buvo siekiama surinkti informaciją kokia yra didžiųjų duomenų analizės naudojimo, draudimo sektoriuje, praktika (EIOPA, 2019). Tyrime dalyvavo draudikai ir tarpininkai, kurie sugeneruoja daugiau nei pusė visų transporto ir sveikatos draudimo pasirašytų įmokų, tad duomenys tikrai gali būti laikomi patikimais ir reikšmingais, norint susipažinti su esama situacija. Keturi, šiam darbui, svarbūs atlikto tyrimo aspektai:

- 1) Šiuolaikiniai draudikai rizikos vertinimui jau naudoja ne tik tradicinius šaltinius, bet vis dažniau jie derinami su naujais šaltiniais, kurie užtikrina didesnę detalumą ir informaciją apie konkretaus vartotojo savybes, elgesį ir gyvenimo būdą. Tradicinių ir naujų duomenų šaltinių pasiskirstymą galite rasti 2 lentelėje.

2 lentelė

Tradicionių ir naujų duomenų šaltinių pasiskirstymas

Tradicioniai duomenų šaltiniai	Nauji duomenų šaltiniai
1. Medicininiai duomenys (pvz. ligos istorija, sveikatos būklė, šeimos narių sveikatos būklė).	1. IoT duomenys (pvz., vairavimo elgsena (automobilio telematika), fizinė veikla ir sveikatos būklė (dėvimi drabužiai)).
2. Demografiniai duomenys (pvz. amžius, lytis, šeimyninė padėtis, profesija, adresas).	2. Internetinės medijos duomenys (pvz., interneto paieška, internetiniai pirkimai, veikla socialinėje medijoje, darbo karjeros informacija).
3. Ekspozicijos duomenys (pvz. automobilio tipas, automobilyje esančio turto vertė).	3. Draudimo įmonių turimi skaitmeniniai duomenys (pvz. skambučių centro duomenys, skaitmeninės pretenzijų ataskaitos, elgesys prisijungus draudimo įmonių interneto svetainėse arba naudojant draudimo įmonių programėlę).
4. Elgesio duomenys (išskyrus IoT duomenis) (pvz. rūkymas, alkoholio vartojimas, nuvažiuotas atstumas per metus).	4. Geokodavimo duomenys (platumos ir ilgumos koordinatės).
5. Duomenys apie nuostolius (pvz. automobilių avarijų ar kitų įvykių skaičius).	
6. Gyventojų populiacijos duomenys (pvz. mirtingumo ir sergamumo rodikliai, nelaimingų atsitikimų kelyje skaičius).	

2 lentelės tęsinys

7. Duomenys apie gamtinius įvykius (pvz., pavojingų gamtinių reiškinių dažnis ir sunkumas).	5. Genetikos duomenys (pvz. asmens analizės rezultatai apie jo genus ir chromosomas).
8. Kiti tradiciniai duomenys (pvz., kreditingumo balas, įvykių patikslinimo ataskaitos, informacija iš autoservisų).	6. Banko sąskaitos/kredito kortelės duomenys (pvz. vartotojo apsipirkimo įpročiai, pajamos ir turtas).
	7. Kiti skaitmeniniai duomenys (pvz., asmenukės, skirtos įvertinti biologinį vartotojo amžių).

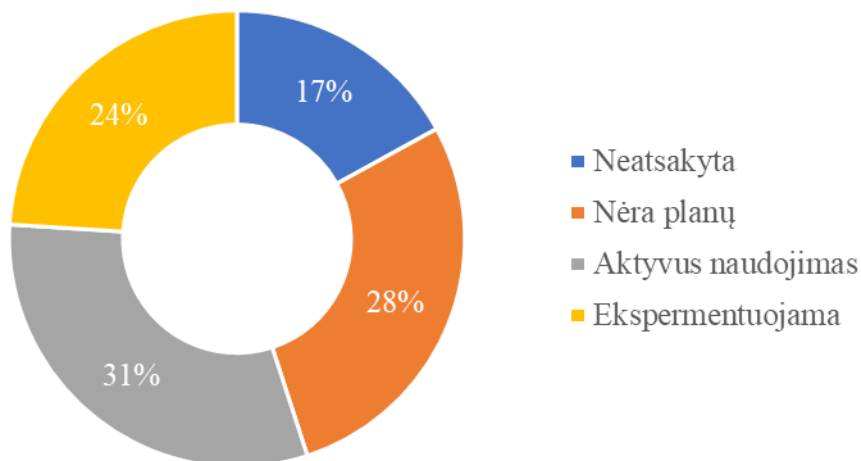
Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis EIOPA, 2019.

Tradicinių ir naujų šaltinių derinimas leidžia draudikams kurti vis labiau suasmenintus produktus ir paslaugas bei tiksliau įvertinti riziką. Svarbu pabrėžti, jog tyrime atskleista, kad nauji šaltiniai dažnu atveju *tik papildoma* esamus duomenis, o *ne juos pakeičia*.

2) Didžioji dalis apklaustų draudikų savo verslo procesų nebeįsivaizduoja nenaudojant didžiųjų duomenų analizės. Pasak Tarptautinio Finansų instituto 2010-2020 m. aktyvus pasaulinių duomenų augimas zetabaitais išaugo net 36.7 karto ir pasiekė iki tol neregėtas aukštumas, t. y. 44 zetabaitų. Šis spartus duomenų kiekio didėjimas draudikams gali pasireikšti tikslesniu rizikos įvertinimu, todėl nenuostabu, kad vienas iš tyrimo rezultatų buvo, kad net 31 proc. respondentų teigė, kad jau aktyviai naudoja arba eksperimentuoja ir per ateinančius trejus metus planuoja pradėti naudoti (24 proc.) didžiųjų duomenų analizei skirtus įrankius. Didžioji naudojančiųjų ar planuojančiųjų naudoti, analizę naudoja rizikos vertinimo (35 proc.) bei žalų reguliavimo (30 proc.) procesuose (žr. 1 a ir 1 b paveiksluose).

1 a paveikslas

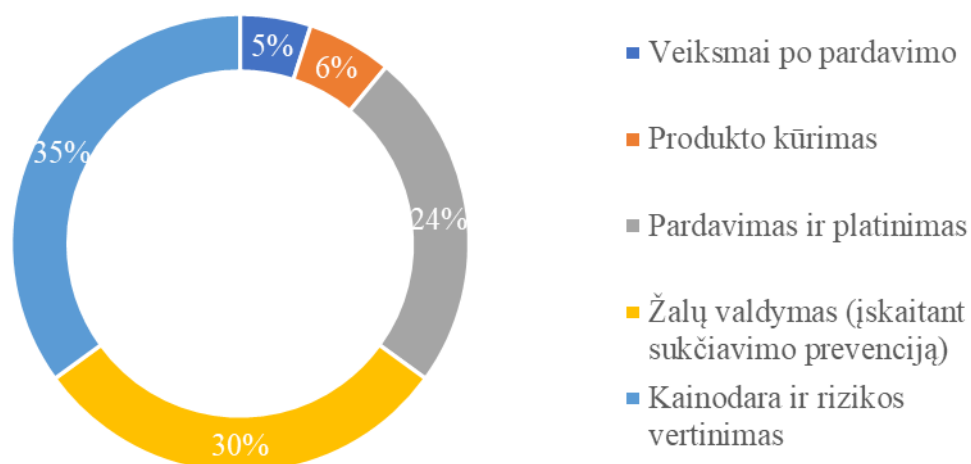
Didžiųjų duomenų analizės įrankių naudojimas



Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis EIOPA, 2019.

1 b paveikslas

Didžiųjų duomenų analizės įrankių naudojimo sritys



Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis EIOPA, 2019.

- 3) Vienas, sveikatos draudimo produktą parduodantis draudikas konstatavo, kad savo procese jau naudoja net ir genetinius duomenis, o dar 9 planuoja tai pradėti per ateinančius trejus metus. Kadangi tyrimas buvo darytas prieš 3 metus, galima būtų numanyti, kad šiandien, genetinius duomenis savo versle jau naudoja ne vienas draudikas, o tai reiškia, kad Europos Sąjungoje parduodamame sveikatos draudime nors ir atsargiai bei po truputį, bet ypatingai privatūs asmeniniai duomenys apie vartotojo sveikatą, rizikos vertinime jau pradedami naudoti.
- 4) EIOPA pagal gautus respondentų atsakymus išskyrė didžiųjų duomenų analizės naudas (žr. 3 lentelę).

3 lentelė

Didžiųjų duomenų analizės nauda

Draudikui	Vartotojui
<p>1. <i>Tikslesnis rizikos vertinimas.</i> Draudikas gauna iki šiol negaunamos informacijos, pvz. sekdami vartotojo pulsą ar automobilio kėbulo judesius draudikai gauna informaciją apie vartotojo elgesį realiu laiku.</p> <p>2. <i>Mažesnės išlaidos.</i> Draudikas gautus duomenis gali panaudoti vartotojus skatinant elgtis tinkamiau, pvz.: diegiant įpročius rūpintis savo sveikata, skatinant saugų vairavimą ir pan. bei tokiu būdu sumažinant įvykio atsiradimo tikimybę.</p> <p>3. <i>Padidėjęs klientų pasitenkinimas.</i> Vartotojams tampa aiškus įmokos nustatymo procesas, todėl jie labiau vertina tokį draudiką.</p>	<p>1. <i>Mažesnė draudimo įmoka.</i> Draudikai vertina kiekvieną vartotoją pagal jo individualų elgesį, tad daliai vartotojų įmoka gali būti sumažinta.</p> <p>2. <i>Keičiamas elgesys.</i> Draudikas nuolatos stebėdamas vartotoją ir jam duodamas grįžtamąjį ryšį, vartotojui padeda tobulinti savo vairavimo ar sveikos gyvensenos palaikymo įgūdžius.</p>

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis EIOPA, 2019.

2. Vartotojo elgesio stebėjimas pasitelkiant technologijas.

Tradiciniame draudimo verslo modelyje duomenys apie vartotojo elgesį renkami klausimynų pagalba, pvz.: rūkymo dažnumas, alkoholio vartojimas, diagnozuotos ligos, svoris, amžius, vairavimo stažas ir pan. Vienintelis individualus kriterijus dažnu atveju – vartotojo įvykių istorija, kuri bent dalinai prisideda prie personalizuotos įmokos. Nepaisant to, akivaizdu, kad klausimynų būdu surinkti duomenys yra labai riboti bei mažai ką pasako apie pačio vartotojo elgesį, tad siekiant tai įvertinti į pagalbą pasitelkiama įvairūs jutikliai, integruoti įvairiose tam skirtose informacinėse technologijose, pvz.: išmaniosiose apyrankėse, mobiliosiose programėlėse, nešiojamuose daiktuose, gaisro, drėgmės ar vandens jutikliuose, automobilio greičio, vietos, pagreičio telematikos įrenginiuose ir pan. Visos šios technologijos įprastai naudojamos namų turto, transporto bei sveikatos draudimo produktuose. Naudojant šiuos elementus draudikas gali detaliau susipažinti su vartotoju bei matyti jo elgesį realiu laiku, kas jam suteikia galimybę tiksliau apskaičiuoti numatomo įvykio tikimybę bei pritaikyti tinkamą įmoką.

Tačiau kartu su naujomis rizikos vertinimo galimybėmis draudikams iškyla ir nauji iššūkiai. Išanalizavus literatūrą galima išskirti šiuos:

- 1) **Didelis duomenų kiekis draudikus „paklaidina“:** Draudimo įmonės susidurdamos su didžiuliais duomenų kiekiais susiduria su problema - nelabai aišku, kokie duomenys yra svarbiausi siekiant pateikti personalizuotą produktą, įskaitant ir įmoką.
- 2) **Pagrįsto ryšio tarp duomenų kiekio ir pelningumo stoka:** Praktikoje nėra išsiaiškinta, kad didesnis duomenų kiekis tikrai didina draudikų pelningumą (McFall, Meyers, & Hoyweghen, 2020). Akivaizdu, kad duomenys padeda draudikui pagerinti įvykio nuspėjamumą, tačiau tai nėra savaime susiję su pelningumu. Esant didesniam duomenų kiekiui išauga ir rizikos vertinimo kaštai, tad draudikams, siekiant pelningumo, labai svarbu kontroliuoti, kad jie nebūtų didesni nei sukuriama vertė.
- 3) **Įmokos nustatymo proceso keitimas:** Įvairių informacinių technologijų pagalba draudikai vartotojo elgesį gali stebėti ir vertinti realiu laiku, tačiau įmoka iki šiol draudimo sektoriuje yra nustatoma iš anksto. Atsižvelgiant į tai draudikams iš esmės reikėtų keisti savo darbo modelį.
- 4) **Reputacinė rizika:** Draudikams į rizikos vertinimą įtraukus elgesio kriterijus kyla reputacinė rizika, pvz. dėl rizikingo vairavimo stiliaus vartotojui yra pakeliamas

draudimo įmoka, nors realiai jis įvykių vairavimo praktikoje nėra turėjęs arba yra vidutinio amžiaus, kas tradiciniame draudimo modelyje nurodytą kaip vartotoją su maža rizika.

- 5) **Teisinis reguliavimas:** Tai vienas iš ryškiausių iššūkių su kuriais susiduria draudikai. Įvairūs su anti-diskriminacija bei asmens duomenų valdymu susiję įstatymai apsunkina suasmeninimo taikymą (Meyers & Hoyweghen, 2020). Vienas iš pavyzdžių galėtų būti Europos Sąjungos mastu esanti direktyva „Mokumas II“, kuri reikalauja, kad draudikai savo skaičiavimus grįštu tik aktuariškai įrodomais patikimais duomenimis (McFall, Meyers, & Hoyweghen, 2020). Atsižvelgiant į tai draudikai turi ne tik duomenų gausybėje surasti tinkamus rizikos vertinimo kintamuosius, bet ir naudoti tik tuos, kurie būtų socialiai priimtini visuomenei.

Apžvelgus suasmeninimo taikymo draudimo sektoriuje galimybes galima daryti prielaidą, kad draudime suasmeninta įmoka galėtų būti įgyvendinama naudojant didžiųjų duomenų analizę, kai jai reikalingi duomenys būtų renkami technologinių įrankių, skirtų stebėti vartotojo elgesį, pagalba. Nepaisant įsivaizduojamo lengvumo įgyvendinti, iššūkių tai padaryti tikrai yra nemažai. Atsižvelgiant į tai įvairius iš įrenginių surinktus duomenis draudikams būtų naudinga naudoti tik tuomet, kai jų naudojimas sukurtų aiškiai apibrėžtą naudą įmonės pelningumui.

1.2. Suasmeninimo taikymas transporto draudime

Per pastaruosius du dešimtmečius EBPO šalyse draudimo įmonės vidutiniškai sudarė apie 8,5 proc. BVP, tačiau dėl savo dydžio ir valstybinio reguliavimo svarbos draudimo sektorius yra mažai ištirta sritis (McFall, Meyers, & Hoyweghen, 2020). Nepaisant to, informacijos gausoje visgi galima rasti keletą realių personalizavimo taikymo, draudimo sektoriuje, pavyzdžių.

Pirmasis pavyzdys yra susijęs su transporto draudimu, kadangi tai pirmasis produktas, kuriame bandyta taikyti technologijų surinktus duomenis rizikai vertinti bei įmokai nustatyti. Personalizavimas draudime labiau žinomas kaip UBI (Usage - Based Insurance). UBI yra naudojimu pagrįstas draudimo produktas, kurio įmoka priklauso nuo vartotojo elgesio. Jis pirmiausiai atsirado JAV, kaip papildoma galimybė vartotojams susimąžinti įmoką mokamą už transporto draudimą. Tuomet tai buvo įgyvendinta pasitelkiant GPS technologiją, kuri matavo nuvažiuotą atstumą. Tačiau šiandien, transporto draudimo kontekste, draudikai gali duomenis rinkti

ir įvairesnius, pvz.: surinktus iš transporto priemonėse įmontuotų telematikos sistemų, įrenginių prijungtų prie transporto priemonės diagnostikos įrangos, mobiliųjų programėlių, įdiegtų į vairuotojų išmaniuosius telefonus ir pan. Gauti duomenis į duomenų bazes atkeliauja automatiškai būdu, tad tai draudikams užtikrina nepakeistus ir išsamius duomenis, kas tiesiogiai įtakoja tikslesnės įmokos skaičiavimą. Tradicinio transporto draudimo ir UBI palyginimas pavaizduotas 4 lentelėje.

4 lentelė

Tradicinio transporto draudimo ir UBI palyginimas

	Tradicionis transporto draudimas	UBI
Vertinimo procesas	Remiamasi istoriniais duomenimis, kurie yra sugrupuojami bei kiekvienai kategorijai priskiriamas tam tikras svetas	Remiamasi individualiu ir dabartiniu vairavimo elgesiu
Vertinimo kriterijai	Vairavimo stažas, amžius, transporto priemonės markė, spalva, galingumas, praeities įvykių duomenys, teritorija ir pan.	Nuvažiutas atstumas, transporto priemonės naudojimo laikas, transporto priemonės naudojimo vieta (GPS), pagreičio, stabdymo bei atliekamų posūkių duomenys ir pan.
Nuolaidos	Nuolaidos suteikiamos draudžiant kelias transporto priemones, įsigyjant kelis draudimo produktus, išlaikant nurodytus vairavimo kursus, įsimontuojant ar užtikrinant papildomas apsaugos priemones (pvz. automobilio laikymas apsaugotame garaže) ir pan.	Gauti duomenys taikomi ne tarifų didinimui, kaip gali pasirodyti, o nuolaidos suteikimui už saugų ir/ar retą transporto priemonės naudojimą
Draudimo įmoka	Įmoka yra nustatoma prieš sudarant sutartį ir visą sutarties laikotarpį nesikeičia	Įmoka nuolat keičiasi, keičiantis rizikai

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis McFall, Meyers, Hoyweghen, 2020.

Nors praktikoje UBI modeliu paremtą transporto produktą parduodančios įmonės naudoja labai įvairius vairuotojo elgesio vertinimo kriterijus (dalis jų aprašyta 4 lentelėje), tačiau paprastai

vieni populiariausių yra transporto priemonės naudojimas, kuris pagrindžiamas nuvažiuotu atstumu bei vairuotojo vairavimo stilius. Pagal tai UBI dažniausiai skirstomas į dvi sutarčių koncepcijas:

- Draudimas paremtas mokėjimu už naudojamąsi transporto priemone (ang. Pay As You Drive - PAYD). Šis modelis paremtas duomenimis gautais iš transporto priemonės odometro, GPS bei kitų transporto priemonėje integruotų sistemų ar įrenginių. Draudimo įmoka šiuo atveju bus mažesnė tiems vairuotojams, kurie nevairuoja reguliariai. Dažniausiai tai būna vyresni vairuotojai arba tie vairuotojai, kurie savo transporto priemonę naudoja retai, pvz. tik savaitgaliais.
- Draudimas paremtas vairuotojo vairavimo stiliumi (ang. Pay How You Drive – PHYD). Šis modelis remiasi ne tik PAYD surinktais duomenimis, bet ir akselerometro, iš kurio yra gaunama informacija apie vairuotojo vairavimo elgesį, todėl jis dar labiau leidžia individualizuoti riziką. Draudimo įmoka šiuo atveju bus mažesnė tiems vairuotojams, kurių vairavimo įpročiai yra saugesni, pvz.: nėra staigių stabdymų ar posūkių, nėra viršijamas greitis ir pan. Taip yra todėl, nes visi šie pavojingi veiksmai didina įvykio atsitikimo tikimybę.

Išsiaiškinus UBI veikimo principą, transporto draudime, galima išskirti šias teikiamas naudas (pavaizduota 5 lentelėje).

5 lentelė

UBI transporto nauda

Draudikas	Draudėjas	Visuomenė
1. Galimai didesnis pelningumas	1. Galimai mažesnė įmoka	1. Mažesnis transporto priemonių išmetamų teršalų kiekis
2. Tikslusis vartotojų segmentavimas	2. Aiškesnis įmokos skaičiavimas	2. Mažesnis nelaimingų atsitikimų kiekis kelyje
3. Gilesnis vartotojų pažinimas	3. Saugesnis vairavimas, taip padidinant asmeninį saugumą	3. Mažesnės spūstys didžiuosiuose miestuose
4. Didesnis vartotojų lojalumas	4. Didesnis transporto priemonės saugumas	
5. Mažesnis vartotojų sukčiavimų skaičius		

5 lentelės tęsinys

6. Galimybė edukuoti vartotojus siekiant išvengti įvykio	5. Greitesnis papildomų paslaugų gavimas įvykio atveju, pvz. „Pagalba kelyje“ iškviečiama pagal transporto priemonės GPS signalą	4. Didesnis transporto draudimo produkto įperkamumas
--	--	--

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis McFall, Meyers, Hoyweghen, 2020.

Apibendrintai 5 lentelėje aprašytą informaciją galima būtų įvardinti - draudikas galimai padidintų savo pelningumą, draudėjas sumažintų savo išlaidas, o visuomenė – padidintų gerovę.

Nepaisant visų naudų, UBI transporto draudimo produkte įgyvendinti ir vystyti yra pakankamai sudėtinga. Apžvelgus literatūrą galima išskirti šiuos keliamus iššūkius:

- 1) **Netinkamas asmens duomenų tvarkymas ir/ar naudojimas.** Įvairūs valstybių įstatymai riboja duomenų rinkimą ir naudojimą rizikos vertinimo procese. Pagal galiojančius įstatymus draudikas turi pagrįsti kiekvieno vertinimo kriterijaus naudojimą, tad draudikai ne visus duomenis dažnu atveju gali gauti ir/ar naudoti.
- 2) **Didelės sąnaudos.** UBI įgyvendinimas draudikams kainuoja daug, nes technologijų įdiegimas yra palaikymas yra brangus. Tačiau to daryti atmestinais nėra galimybės, nes tai tiesiogiai įtakoja duomenų kiekį ir kokybę. Atsižvelgiant į tai draudikai priversti investuoti savo lėšas tikėdamasi, kad ateityje tai jiems atsipirks.
- 3) **Trūksta patirties.** Kadangi UBI dar yra nauja sritis, tad dar nėra iširta kaip būtų geriausia integruoti gautus duomenis į esamą rizikos vertinimo modelį, kad būtų išlaikytas arba padidintas pelningumas. Tai ypač svarbu dėl mažesnę riziką nešančių vairuotojų, kurių įmokos bus minimalios, tad tai gali stipriai paveikti draudiko pelningumą.
- 4) **Netinkami darbo procesai.** Dabartiniai draudimo procesai netinka UBI, nes dabar įmokos mokamos iš anksto su sąlyga, kad draudikas suteiks apsaugą numatytą laikotarpį susitartomis sąlygomis, tad draudikams iš esmės reikėtų peržiūrėti visą savo verslo procesą.

- 5) **Trūksta skaidrumo.** Dažnai draudikai, net ir pasitelkę išmaniąsias technologijas, vartotojams neišaiškina rizikos vertinimo kriterijų, todėl vartotojai siekdami nuspėti sistemos veikimą bando sukčiauti, o tai pasireiškia per didesnę sukčiavimų skaičių (Bensenson, Railean, & Quintero, 2020).
- 6) **Ribotas įvykio nuspėjamumas.** Nors gali pasirodyti, kad UBI gali tiksliai identifikuoti numatoma riziką, tačiau taip nėra. Praktikoje gali atsitikti ir taip, kai mažesnės rizikos vairuotojas draudikui sugeneruos didesnius kaštus.

Nors mokslininkai UBI transporto draudimo sektoriuje vertina labai atsargiai, tačiau praktikoje jo populiarumas auga, draudikams jį vartotojams siūlant ne kaip pakaitalą esamam rizikos vertinimo modeliui, bet kaip papildomą galimybę susimąžinti išlaidas patiriamas perkant transporto draudimą.

1.3. Suasmeninimo taikymas sveikatos draudime

Pirmasis pavyzdys buvo skirtas peržvelgti UBI taikymą transporto draudime. Tačiau vien šiuo produktu UBI neapsiriboja. Tad antrasis pavyzdys yra apie jo taikymą sveikatos draudime. Šioje draudimo rūšyje, priešingai nei transporto, individualizavimas nėra taip stipriai paplitęs, todėl ir literatūroje sunku surasti realių taikymo pavyzdžių. Tačiau vienas iš tokių yra - Liz McFall analizuotas Jungtinių Amerikos Valstijose (JAV) buvęs atvejis (McFall, 2019).

Šalyje, kur sveikatos priežiūros apsauga yra dalinai priskiriama privatizuotai draudimo sistemos kategorijai, buvo bandyta taikyti informacinių technologijų įrankius sveikatos priežiūros įmokai nustatyti. Atvejuje buvo nagrinėtas „Oscar Health“ įmonės bandymas „įeiti“ į JAV sveikatos draudimo rinką vartotojams siūlant mobiliąją programėlę, kuri skatino juos prevenciškai rūpintis sveikata, tuo pačiu sumažinant savo įmoką mokamą už sveikatos draudimo planą. Deja bandymas nebuvo sėkmingas. Autorės padaryta išvada – „Oscar Health“ sukurtas įrankis negali pakeisti nusistovėjusių draudimo rizikos vertinimo principų. Nepaisant to, siūlyta programėlė puikiai galėtų pasitarnauti kaip reklamos forma (mobiliesiomis programėlėmis ar panašiais įrankiais daugiausia naudojami jauni žmonės, kurių sveikatos draudimo rizika yra mažiausia, tad draudikai tokiu būdu galėtų pritraukti nerizikingus vartotojus ir taip padidinti savo pelningumo rodiklius) bei papildomi duomenys mokslininkams (gautų duomenų pagalba būtų galima modeliuoti nešiojamų informacinių technologijų įrankių ir sveikatos priežiūros išlaidų ryšius ir juos panaudoti kitose rinkose).

Atsižvelgiant į šį atvejį bei apžvelgus visą, sveikatos draudimo suasmeninimui, rastą literatūrą būtų galima išskirti šiuos UBI taikymo sveikatos draudime nesėkmės faktorius:

- 1) **Surenkamas nepakankamas duomenų kiekis** – priešingai nei automobilyje įdiegti telematikos įrenginiai, vartotojai ne visada naudoja prietaisus, tad tai tiesiogiai įtakoja surinktą duomenų kiekį ir kokybę;
- 2) **Neužtikrinamas duomenų tikslumas** – vartotojai, vardan geresnių rezultatų, klastoja duomenis atiduodami prietaisus nešioti kitiems, kas draudikus verčia abejoti duomenų tikrumu;
- 3) **Mokslinio pagrindimo trūkumas** – nėra nustatyto ir pagrįsto ryšio tarp duomenų gautų iš įvairių įrenginių ar programėlių ir sveikatos būklės, tad draudikai remdamiesi tik tokiais duomenimis gali būti visiškai netikslūs;
- 4) **Naujos diskriminacijos galimybės** - draudikai didelių duomenų analizės pagalba sukuria vartotojų profilius, pagal kuriuos vertina vartotojus, o tai reiškia, kad rizikingai grupei priskirti vartotojai yra vertinami nepalankiai, t. y. jiems yra siūlomi nepalankūs pasiūlymai arba apskritai nesiūlomi, o tai tiesiogiai įtakoja diskriminacijos atsiradimą ir vystymąsi (Tanninen, Lehtonen, & Ruckenstein, 2021);
- 5) **Netinkamas asmens duomenų tvarkymas ir/ar naudojimas** - vartotojai dažnai dėl ilgų ir išsamių asmens duomenų naudojimo ir tvarkymo sąlygų bei sunkių terminų, neskaito jų, o dokumentus pasirašo dažnai net nežinodami kur jų duomenys bus naudojami bei kokiais tikslais. Tai svarbu, nes gavus vartotojo pasirašytą sutikimą draudikų duomenų bazėse atsiranda vartotojo ypatingai svarbūs sveikatos duomenys apie kurių atskleidimą patys vartotojai net nežino, kas pagal įstatymus nėra teisėta. Taip pat draudikai yra priversti laikytis įvairiausių įstatymų, kurie draudžia arba bent iš dalies riboja sveikatos duomenų gavimą ir/ar naudojimą.

Visi šie faktoriai vienaip ar kitaip įtakoja, kad iš įrenginių gauti duomenys būtų tik daliniai, tad atitinkamai ir rizikos vertinimas geriausiu atveju būtų ribotas. Iš to atsiranda paradigma, kuri įvardina, kad įvairių technologinių įrenginių surinktus duomenis, sveikatos draudime, draudikai gali naudoti tik kaip papildomą vertinimo kriterijų prie esamo rizikos vertinimo ir įkainavimo modelio, kuris įmokoje turėtų atsispindėti nuolaidos pavidalu, arba panaudojant kaip marketingo elementą klientams pritraukti/išlaikyti.

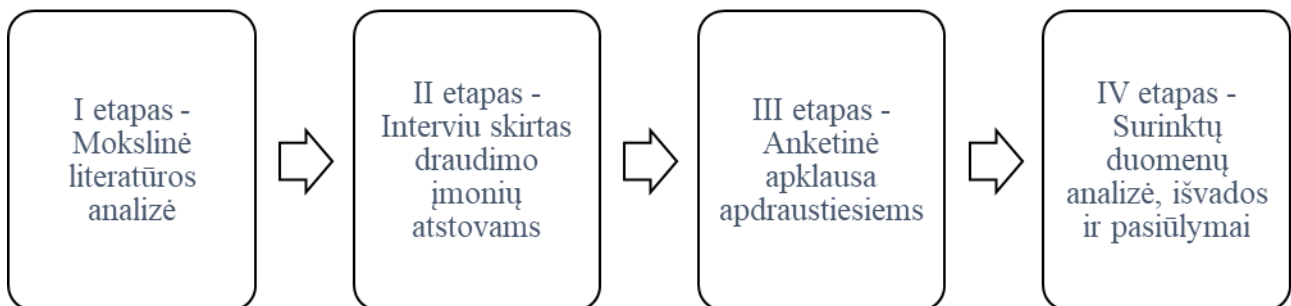
Išanalizavus mokslinę literatūrą galima daryti išvadą, kad suasmeninimo taikymas kuriant produktus ar paslaugas, visuose verslo sektoriuose, įskaitant ir draudimo, privalo būti vienas svarbiausių tikslų, nes tik tokiu būdu verslas gali būti aktualus šiuolaikiniams vartotojams. Didžiausias iššūkius draudimo sektoriuje – personalizuoti įmoką. Nors Kenneth S. Abraham 1985 m. teigė, kad visiškai tiksliai draudimo rizikos klasifikaciją atlikti ir ją įkainoti individualiai beveik neįmanoma, nes yra per daug neaiškių ateities faktorių, visgi šiandien, technologinė raida kartu su didžiųjų duomenų analize draudikus gali prie to priartinti (McFall, 2019). Pilnai suasmeninta draudimo įmoka gali būti įgyvendinta analizuojant ir naudojant duomenis gautus iš technologinių įrankių, kurie fiksuoja vartotojo elgesį. Tačiau nagrinėtų mokslinių šaltinių autoriai vieningai sutaria, kad draudikams pereiti į tokį rizikos vertinimo ir kainodaros nustatymo modelį itin sudėtinga, nes iššūkių tai pasiekti yra labai daug ir jie dažnu atveju nėra lengvai išsprendžiami. Tad jų siūlymas papildomus duomenis rinkti ir juos naudoti ne pakeičiant esamus rizikos vertinimo procesus, o juos tik papildant arba galbūt tai panaudoti ir iš kitos organizacijai svarbios pusės, t.y. naujų klientų pritraukimas/esamų klientų išlaikymas. Kalbant apie personalizavimo taikymo draudimo sektoriuje sukuriama vertę, tai ji atsispindi visiems: draudikas gali tiksliau apskaičiuoti riziką, nustatyti tikslesnę įmoką bei taip išlaikyti ar padidinti savo pelningumą, draudėjas gali susimąžinti savo patiriamas išlaidas, o visuomenė – gauti visapusiškai saugią aplinką, sveikesnius gyventojus ar mažesnes išlaidas tuo rūpinantis.

2. EMPIRINIO TYRIMO METODIKA

Siekiant apibrėžti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksnius, empirinis tyrimas atliekamas keturiais etapais (žr. 2 pav.).

2 paveikslas

Empirinio tyrimo etapai



Šaltinis: sudaryta autoriaus.

- I etape išsiaiškinta, kad norint maksimaliai personalizuoti sveikatos draudimo įmoką, reikia pakeisti esamą rizikos vertinimo modelį ir remtis tik duomenimis iš technologinių įrankių, kurie suteikia informacijos apie konkretaus vartotojo elgesį. Tačiau išnagrinėjus literatūrą taip pat prieita prie išvados, kad esamą rizikos vertinimą pakeisti į naują, paremtą tik duomenimis iš technologinių įrankių (pvz. mobiliųjų programėlių), kurie užtikrintų maksimaliai personalizuotą įmoką, gana sudėtinga, o kartais mokslininkai sako, kad net neįmanoma, dėl įvairiausių priežasčių. Atsižvelgiant į tai įvairių mokslinių straipsnių autoriai siūlo surinktais duomenimis tik papildyti esamą rizikos vertinimą (pvz. suteikiant nuolaidą ar geresnes sąlygas, jei vartotojas duoda papildomus duomenis draudikui) arba draudikams juos panaudoti rinkodaros projektuose.
- II etape, interviu metodu, siekiama sužinoti ar turi papildomų duomenų poreikį Lietuvoje veikiančys ir privatų sveikatos draudimą parduodantys draudikai. Taip pat siekiama išsiaiškinti ir kokių papildomų duomenų draudikai norėtų bei ką už tai galėtų pasiūlyti duomenų davėjams.

- III etape, anketinės apklausos metodu, siekiama išsiaiškinti ar Lietuvoje privatų sveikatos draudimą gaunantys asmenys (apdraustieji) sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudikais, ar jiems reikalinga už tai gauti papildomą naudą (didesni rizikų limtai, geresnės sąlygos, dovanų kuponai ir pan.) bei kokie būdai pasidalinimui jiems būtų tinkamiausi.
- IV etape, remiantis interviu bei anketinės apklausos metodais surinktais duomenimis atliekama analizė, kur siekiama atskleisti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksnius.

Toliau, šiame skyriuje, yra pagrindžiamas II ir III etapo tyrimo metodikos pasirinkimas bei aprašoma jų organizavimo eiga. IV etapas yra aprašomas trečiame šio darbo skyriuje.

2.1. II etapas – interviu skirtas draudimo įmonių atstovams

Siekiant sėkmingai atlikti tyrimą labai svarbu yra pasirinkti tinkamą tyrimo metodiką, nes nuo to tiesiogiai priklauso tyrimo rezultatas. Draudikų poziciją ir nuomonę sužinoti yra pasirenkama atlikti kokybinį tyrimą.

Kokybinio tyrimo rezultatui pasiekti, apsibrėžiami šie tyrimo aspektai:

- 1. Tyrimo klausimai** - ar turi papildomų duomenų poreikį Lietuvoje veikiantys ir privatų sveikatos draudimą parduodantys draudikai? Jei turi, kokių bei ką jie pasiruošę už tai suteikti duomenų davėjui?
- 2. Kokybinio interviu tikslas** - sužinoti ar turi papildomų duomenų poreikį Lietuvoje veikiantys ir privatų sveikatos draudimą parduodantys draudikai. Taip pat siekiama išsiaiškinti ir kokių papildomų duomenų draudikai norėtų bei ką už tai galėtų pasiūlyti duomenų davėjams.
- 3. Tyrimo objektas** – privatus sveikatos draudimas.
- 4. Interviu imtis** – Lietuvoje sveikatos draudimą parduoda 7 draudikai, pasirinkta paklausti 3 iš jų. Konkrečių draudikų pasirinkimas grindžiamas tarpusavio santykiais (su tyrėju) ir jų noru dalyvauti. Apklausama po vieną kiekvieno draudiko atstovą.

Kokybinio interviu formų įvairovė yra labai didelė. Anot I. Gaižauskaitės ir N. Valavičienės kokybiniai interviu gali būti skirstomi pagal šiuos požymius (Gaižauskaitė & Valavičienė, 2016):

- **Pasirinkta metodologinė strategija** – pasirinkta forma parodo teorinę ir metodologinę perspektyvą, pagal kurią atliekamas interviu. Galima forma: etnografinis, biografinis, psichosocialistinis interviu ir pan.
 - **Interviu klausimyno struktūra** – interviu skirstomi pagal interviu klausimyno struktūruotumą. Literatūroje paprastai išskiriami trys tipai:
 - Struktūrizuotas interviu – interviu tipas, kuriame visi klausimai ir atsakymų užfiksavimas yra suplanuojamas iš anksto, interviu metu niekas arba labai mažai kas yra keičiama. Juo siekiama gauti atsakymus pagal nustatytą tvarką. Toks interviu dažniausiai naudojamas siekiant palyginti dvi situacijas/atvejus.
 - Pusiau struktūrizuotas interviu – interviu tipas, kuriame iš anksto paruoštas klausimynas pasitarnauja kaip interviu kryptis. Nors interviu temos ir klausimai yra išsigryninti iš anksto, tačiau interviu metu jų eiliškumas, formuluotės gali koreguotis pagal situaciją, priklausomai nuo gaunamų atsakymų. Taip pat gali būti užduodami ir patikslinantys klausimai. Šis interviu tipas yra vienas dažniausiai naudojamų, kokybinių tyrimu metu.
 - Nestruktūrizuotas interviu – interviu tipas, kai viskas vyksta laisva forma: klausimai užduodami ne eilės tvarka, o pagal situaciją. Respondentui yra pasakoma tema, o toliau jis savo nuomonę ir požiūrį išsako savais žodžiais, neapsiribojant jokia forma. Toks interviu dažniausiai naudojamas kartu su stebėjimo metodu.
 - **Vieno interviu tyrimo dalyvių skaičius** – interviu tipas, kai interviu priklauso nuo dalyvių skaičiaus (su kiek asmenų vienu interviu metu yra vedamas pokalbis). Galima forma: individualus, grupės ar poros interviu.
 - **Tyrėjo ir tyrimo dalyvio kontakto pobūdis** – interviu tipas, kai interviu priklauso nuo to, kokiomis sąlygomis tyrėjas ir respondentas pokalbį atlieka. Galima forma: tiesioginis ar nuotolinis kontaktas (telefonu, internetu).
 - **Tikslinės grupės savybės arba tyrimo paskirties specifika** – interviu tipas, kai interviu priklauso nuo respondentų amžiaus, kalbos ar kitų socialinių aspektų. Galimos formos: interviu su vaikais, su kitos tautybės žmonėmis ir pan.
5. **Interviu tipas** - tiriant Lietuvoje veikiančių ir privatų sveikatos draudimą parduodančių draudikų poreikį papildomiems duomenims, pasirinktas pusiau struktūrizuotas, individualus bei nuotolinio kontakto interviu. Šis metodas pasirinktas, nes jis yra priimtinausias tyrimo tikslui pasiekti. Taip pat jis suteikia galimybę į respondentą pažvelgti giliau, taip sužinant jo asmeninę nuomonę, jausmus, žinias, patirtį, neapsibrėžiant jokiais socialiniais rėmais ar struktūromis.

6. Interviu klausimai ir jų paaiškinimai nurodyti žemiau (žr. 6 lentelę).

6 lentelė

Interviu klausimai ir jų paaiškinimai

Nr.	Klausimas	Klausimo paaiškinimas
0	Atstovaujamo draudiko užimama rinkos dalis pagal pasirašytas draudimo įmokas 2021 m.	Tyrėjas pagal Lietuvos banko viešai skelbiamus duomenis įvardina atstovaujamo draudiko užimamą rinkos dalį (2021 m.). Šiuo klausimu siekiama išsiaiškinti kokią įtaką draudimo rinkai turi apklausiamas draudikas.
1	Respondento pareigos	Respondentas įvardina savo pareigas. Šiuo klausimu siekiama sužinoti jo įtaką keičiant sveikatos draudimo produktą.
2	Kokie Jūsų įmonėje dabar rizikos vertinimo kriterijai yra naudojami vertinant riziką?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu siekiama atskleisti šiuo metu taikomus rizikos vertinimo kriterijus, privačiame sveikatos draudime.
3	Iš kur Jūs dabar gaunate duomenis reikalingus vertinimui?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu siekiama išsiaiškinti šiuo metu rizikos vertinimui reikalingų duomenų gavimo šaltinius.
4	Ar susiduriate su sunkumais gaunant Jums reikalingus duomenis? Jei taip, kokiais?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu siekiama sužinoti ar šiuo metu privatų sveikatos draudimą parduodantys draudikai turi sunkumų su reikalingų duomenų gavimu. Jei turi, siekiama sužinoti kokių.
5	Ar viešai prieinamų ar kitaip gaunamų (pvz. brokeris/draudėjas pateikia) duomenų šiuo metu užtenka?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu norima sužinoti ar draudikams užtenka savo pastangomis gaunamų duomenų.

6 lentelės tęsinys

6	Ar turite poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu siekiama atskleisti ar draudikai turi poreikį papildomiems duomenims.
7	Kokių papildomų duomenų poreikį turite kiekvienu atveju?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu siekiama išsiaiškinti kokių papildomų duomenų poreikį draudikai turi (jei į ankstesnį klausimą atsakė teigiamai).
8	Ar esate svarstę galimybę draudėjams/apdraustiesiems suteikti naudą už papildomų duomenų davimą? Kokie buvo už/prieš argumentai? Ar pavyko kažką įgyvendinti?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu siekiama sužinoti ar draudikai yra svarstę apie papildomų duomenų paprašymą iš draudėjų/apdraustųjų. Jei atsakymas teigimas, gilinamasi detaliau.
9	Kaip manote kokias naudas galėtumėte pasiūlyti draudėjams/apdraustiesiems už papildomų duomenų davimą?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu siekiama atskleisti draudėjams/apdraustiesiems draudikų galimas suteikti naudas už duomenų davimą.
10	Ar Jūsų įmonėje yra išskeltas tikslas sveikatos draudimo suasmeninimo įgyvendinimui? Gal galite papasakoti apie tai plačiau (konfidencialumo ribose)?	Respondentas atsako į tyrėjo užduotą klausimą. Šiuo klausimu išsiaiškinti ar draudikai savo organizacijoje turi išsikėlę tikslų, susijusių su privataus sveikatos draudimo suasmeninimu. Jei turi, detalizuoti.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

- 7. Interviu atlikimo organizavimas** - išsirinkus respondentus, jiems elektroniniu paštu išsiunčiamas kvietimas dalyvauti su visa informacija apie tyrimą, įskaitant ir klausimus (klausimai atskleidžiami su tikslu, kad draudiko atstovas pasidomėtų ir pasitikslintų savo atstovaujančios organizacijos poziciją). Gavus jų atsakymą su sutikimu, siunčiamas pakvietimas nuotoliniam vaizdo skambučiui per Webex platformą (gavus neigiamą

atsakymą – kvietimas siunčiamas kito draudiko atstovui). Prieš pradėdant interviu paaiškinamas interviu tikslas ir procesas.

8. **Interviu metodu gautų duomenų fiksavimas** – kokybiniam interviu tyrimui pasirinktas duomenų fiksavimas lape realiu laiku. Interviu protokolo forma nurodyta 1 Priede.
9. **Duomenų apdorojimas** - interviu metodu gautų duomenų apdorojimui pasirinktas kokybinės turinio (kontentinė) analizės metodas t. y. analizuojant gautus duomenis, buvo ieškomi panašūs pasakymai ir žodžiai. Vėliau pereinama prie gautų duomenų interpretavimo.

2.2. III etapas – anketinė apklausa apdraustiesiems

Atlikto kokybinio tyrimo metu gauti duomenys atspindi tik vienos pusės nuomonę, t. y. draudikų, todėl siekiant išsiaiškinti apdraustųjų nuomonę apie savo asmeninių duomenų pasidalinimą su draudiku, pasitelkiamas kiekybinio tyrimo metodas – anketinė apklausa.

Šio tyrimo tikslas yra sužinoti ar Lietuvoje privatų sveikatos draudimą iš darbdavių gaunantys asmenys (apdraustieji) sutiktų pasidalinti savo duomenimis su draudikais. Taip pat ar jiems reikalinga už tai suteikiama papildoma nauda bei kokiais būdais jiems tai būtų patrauklu atlikti. Tyrimo objektas – Lietuvoje privatų sveikatos draudimą įsigijusių organizacijų darbuotojų, kurie yra gavę sveikatos draudimo apsaugą, duomenys. Tyrimo rezultatui pasiekti yra pasitelktas struktūrizuotos anketinės apklausos metodas. Tai vienas iš populiariausių kiekybinių tyrimo metodų, socialiniuose moksluose. Jis leidžia tyrėjui apklausti didelį skaičių respondentų, išsiaiškinti jų nuomonę, iškeltais klausimais, išsaugant duomenų patikimumą, bet tuo pačiu suteikiant galimybę gautus duomenis įvertinti statistiniais metodais, taip nustatant koreliacinius ryšius. Taip pat jis nereikalauja didelių laiko ar kitų resursų. Pakvietimas dalyvauti apklausoje pasidalintas tyrėjo viešai. Tuo tarpu pati apklausa vykdoma per apklausa.lt internetinį puslapį.

Anketos klausimyną sudaro 11 klausimų (žr. 2 priedą). Nors anketa yra anonimiška (respondentams nereikia nurodyti savo vardo ir pavardės), bet pirmais keturiais anketos klausimais yra sužinoma visa reikalinga informacija apie respondentus: lytis, amžius, gyvenamoji vieta ir išsilavinimas. Literatūroje tokie klausimai priskiriami demografiniams. Tuo tarpu tolimesni klausimai jau yra susiję su Lietuvos draudimo rinkoje parduodamo privataus sveikatos draudimo suasmeninimu (žr. 7 lentelę).

7 lentelė

Klausimai susiję su Lietuvos draudimo rinkoje parduodamo privataus sveikatos draudimo suasmeninimu

Klausimas	Klausimo sukūrimo tikslas
5. Ar esate/buvote apdrausta (-as) privačiu sveikatos draudimu?	Sužinoti ar respondentai yra apdrausti savo darbdavių privačiu sveikatos draudimu.
6. Ar sutiktumėte su draudiku pasidalinti savo asmeniniais duomenimis vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo?	Sužinoti ar respondentai sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo.
7. Ar Jums yra reikalinga nauda, kad pasidalintumėte savo asmeniniais duomenimis su draudiku?	Išsiaiškinti ar respondentams yra reikalinga nauda už savo duomenų pasidalinimą su draudiku.
8. Kokius savo duomenis galėtumėte atiduoti draudikui be suteikiamos Jums naudos?	Išskirti duomenis, kuriuos respondentai sutiktų atiduoti draudikui be suteikiamos jiems naudos.
9. Kokius savo duomenis galėtumėte atiduoti draudikui su suteikiama Jums nauda?	Išskirti duomenis, kuriuos respondentai sutiktų atiduoti draudikui tik su suteikiama jiems nauda.
10. Ar sutinkate, kad žemiau išvardintos suteikiamos naudos Jus paskatintų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku?	Sužinoti kokie motyvai respondentus paskatintų pasidalinti savo duomenimis su draudikais.
11. Kokiais būdais sutiktumėte su draudiku pasidalinti savo asmeniniais duomenimis vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo?	Nustatyti patraukliausiu pasidalinimo būdus, kuriais respondentai sutiktų dalintis savo duomenimis.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Visų, išskyrus 10 ir 11 klausimų, gauti duomenys yra pavaizduoti ir analizuojami pasitelkiant grafinio duomenų vaizdavimo metodą. Tuo tarpu 10 ir 11 klausimai yra sudaryti

naudojant Likerto skalę. Respondentams pateikiami teiginiai, kuriuos reikia įvertinti nuo 1 iki 5 (nuo „visiškai nesutinku“ iki „visiškai sutinku“). Analizuojant tokios skalės duomenis, sumuojami vieno respondento atsakymai į visus teiginius ir skaičiuojamas vidurkis. Toks nuomonių vertinimo metodas leidžia įvertinti bendrą respondento nuomonę apie tam tikrus objektus ir nustatyti, kurie iš jų yra vertinami pozityviau. Siekiant sėkmingai išanalizuoti šiuos klausimus buvo apskaičiuotos šios reikšmės:

1. Vidurkis - vidutinė požymio reikšmė;

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \cdot \sum_{i=1}^n x_i$$

kur:

\bar{x} - vidurkis;

1 - imties elementų reikšmės;

n - reikšmių skaičius.

2. Dispersija - reikšmių sklaida nuo vidurkio;

$$S^2 = \frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2$$

kur:

S^2 - dispersija;

x_i - imties elementų reikšmės;

\bar{x} - vidurkis;

n - reikšmių skaičius.

3. Standartinis nuokrypis - sklaidos matas, kuris gaunamas ištraukus kvadratinę šaknį iš dispersijos;

$$S = \sqrt{S^2},$$

kur:

S - standartinis nuokrypis;

S^2 - dispersija.

4. Mediana - reikšmių aibės vidurinė (centrinė) reikšmė, kuri aibę dalija į dvi dalis, arba dviejų vidurinių reikšmių aritmetinis vidurkis;
5. Moda - daugiausiai kartų pasikartojanti imties reikšmė;
6. Kronbach alpha koeficientas - vidinis suderintumas. Jis turėtų būti nuo 0 iki 1, tačiau siekiant, kad skalė arba klausimų grupė būtų galima laikyti suderinta jis turėtų būti 0,70 ir daugiau. Tuo tarpu jei vidinis suderintumas neigiamas arba labai mažas teigiamas dydis, gali būti, kad klausimai nesuderinti tarpusavyje arba vieni klausimai yra apie vienus aspektus, o kiti apie kitus ir jų nevertėtų sudėti kartu;

$$a = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_p^2} \right)$$

kur:

a - Kronbach's alpha koeficientas;

k - skalės elementų skaičius;

S_i^2 - i - tojo skalės elemento dispersija;

S_p^2 - bendra skalės dispersija.

7. Asimetrijos koeficientas - duomenų simetriškumo matas. Jeigu jis yra didesnis už nulį, tai histograma turi teigiamą (dešiniąją) asimetriją, jeigu mažesnis - neigiamą (kairiąją) asimetriją. Histograma simetriška, kai koeficientas yra lygus nuliai;

$$g_1 = \frac{m_3}{S^3}$$

kur:

g_1 - asimetrijos koeficientas;

S - standartinis nuokrypis;

m_3 - centrinis empirinis 3 - os eilės momentas, jo formulė:

$$m_3 = \sum_{k=1}^n (x_k - \bar{x})^3 / (n - 1)$$

8. Eksceso koeficientas - duomenų lėkštumo matas. Jeigu jis yra didesnis už nulį tai dažnių skirstinio grafiko viršūnė yra aukštesnė, o uodegos plonesnės nei normaliosios kreivės. Jeigu mažesnis - dažnių skirstinio grafiko viršūnė yra žemesnė, o uodegos storesnės nei normaliosios kreivės. Tuo tarpu jeigu jis yra lygus nuliai, tai dažnių skirstinio koncentracija apie vidurkį tokia pati, kaip ir normaliosios kreivės.

$$g_2 = \frac{m_4}{s^4} - 3,$$

kur:

g_2 - eksceso koeficientas;

S - standartinis nuokrypis;

m_4 - centrinis empirinis 4 - os eilės momentas, jo formulė:

$$m_4 = \sum_{k=1}^n (x_k - \bar{x})^4 / (n - 1)$$

Apibendrinant galima teigti, kad tinkamo empirinio tyrimo metodikos pasirinkimas yra esminis aspektas, siekiant sėkmingai atlikti tyrimą bei gauti siekiamus tyrimo rezultatus. Kadangi mokslinėje literatūroje nepavyko rasti autorių, kurie atliko tyrimus susijusius su technologiniais įrankiais surinktų duomenų naudojimu ar perdavimu privataus sveikatos draudimo kontekste, tyrimas yra atliekamas naudojant du plačiai paplitusius tyrimo metodus - interviu ir anketinė apklausa. Interviu yra skirtas draudikų atstovams, o anketinė apklausa – apdraustiesiems. Interviu siekiama sužinoti ar turi papildomų duomenų poreikį Lietuvoje veikiančios ir privatų sveikatos draudimą parduodantys draudikai, o jei turi – išsiaiškinti kokių bei ką jie pasiruošę už tai suteikti duomenų davėjui. Tuo tarpu anketos tikslas yra sužinoti ar Lietuvoje privatų sveikatos draudimą iš darbdavių gaunantys asmenys (apdraustieji) sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku, ar jiems reikalinga už tai papildoma nauda (jei taip – išsiaiškinti kokia) bei kokie pasidalinimo būdai jiems būtų priimtinausi. Interviu analizuojamas naudojant turinio analizės techniką, o anketa – statistinę analizę.

3. EMPIRINIO TYRIMO REZULTATAI

Išsiaiškinus suasmeninimo pritaikomumą ir sukuriamą vertę privačiame sveikatos draudime atliekamas empirinis tyrimas, kurio tikslas atskleisti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksnius. Šiame skyriuje yra pateikiami ir analizuojami atlikto tyrimo rezultatai.

3.1. Kokybinio tyrimo rezultatai

Atlikus kokybinį tyrimą, buvo gauti 3 respondentų atsakymai. Kiekvienas respondentas atstovavo tam tikrą draudiką, kuris parduoda Lietuvoje privatų sveikatos draudimą. Dėl konfidencialumo draudikų pavadinimai yra paslėpti, o respondentai užkoduoti numeriais (Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3).

Tam, kad išsiaiškinti kokią įtaką draudimo rinkai turi tyrime dalyvaujantys draudikai, buvo pasitelkti Lietuvos banko viešai skelbiami duomenys apie užimamą rinkos dalį pagal pasirašytas draudimo įmokas 2021 m. (imant tik papildomą savanoriško sveikatos draudimo rūšį). Iš rastų duomenų nustatyta: respondentai Nr. 1 ir Nr. 2 atstovauja draudikus, kur pagal išsikeltą kriterijų užima po 10 proc. rinkos, o Nr. 3 – 18 proc. . Atsižvelgiant į tai galima daryti prielaidą, kad visi respondentai yra svarbių draudimo rinkos žaidėjų atstovai.

Pirmasis interviu klausimas buvo su tikslu išsiaiškinti respondentų pareigas, kurios leistų suprasti kokią įtaką keičiant sveikatos draudimo produktą turi apklausiamasis. Gauti atsakymai: respondentas Nr. 1 ir Nr. 3 yra rizikos vertintojai, o Nr. 2 – sveikatos draudimo pardavimų skyriaus vadovas. Kadangi draudimo bendrovėse už produktų kūrimą ir keitimą yra atsakingi rizikos vertintojai, tad šiuo atveju Nr. 1 ir Nr. 3 respondentai turi didesnę nagrinėjamą įtaką nei Nr. 2.

Sekantis interviu klausimas buvo apie tai kokie rizikos vertinimo kriterijai šiuo metu yra naudojami vertinant riziką. Išsiaiškinta, kad draudikai šiuo metu naudoja demografinius duomenis apie apdraustuosius, informaciją apie draudėją bei draudėjo draudimosi istoriją susijusią su sveikatos draudimu (žr. 8 lentelę). Atsižvelgiant į tai galima teigti, kad draudikai rizikos vertinimui naudoja įvairius vertinimo kriterijus.

8 lentelė

Klausimas - Kokie Jūsų įmonėje dabar rizikos vertinimo kriterijai yra naudojami vertinant riziką?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Dabar naudojame: darbuotojų vidutinis amžius, įmonės veikla, fizinis/nefizinis darbas, naudojimosi sveikatos draudimu praktika (naujas – nėra turėję šio draudimo, X metų draudžiasi ir pan.), žalų istorija, miestas, darbuotojų kaita, įmonės rūpinamasis sveikata, pasiskirstymas tarp amžiaus grupių. Turima ir daugiau, bet dėl konfidencialumo neatskleista.
Nr. 2	Dabar naudojame gana siaurai: amžius (jaunesni nei 30 metų vs senesni nei 30 metų), lokacija, kur dirba, darbo pobūdis – administracija vs kiti.
Nr. 3	Įmonės vietovė (lokacija), įmonės veikla, apdraustųjų skaičius, išdraustumo koeficientas (bendras darbuotojų skaičius/apdraustųjų sk.), apdraustųjų amžiaus grupė, apdraustųjų patirtis kaip sveikatos draudimo vartotojų, prašomų draudimo sąlygų ypatumai (ar taikoma išskaita paslaugoms, ar yra „laisvas“ limitas užklausoje ir t.t.).

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Trečias interviu klausimas buvo užduotas su tikslu išsiaiškinti iš kur draudikai šiuo metu gauna duomenis reikalingus rizikos vertinimui. Visi apklausti respondentai nurodė, kad reikalingus duomenis gauna iš įvairiausių šaltinių: turima duomenų bazė, pardavimo atstovai, vieša informacija internete, draudėjai ir t.t. (žr. 9 lentelę). Atsižvelgiant į tai galima teigti, kad draudikai duomenis tikisi gauti iš potencialių davėjų, o jei to negauna visiškai/iš dalies – informacijos ieško viešojoje erdvėje.

9 lentelė

Klausimas - Iš kur Jūs dabar gaunate duomenis reikalingus vertinimui?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Brokeriai, draudėjai, vieša informacija, turima duomenų bazė.
Nr. 2	Brokeriai, draudėjai, turima duomenų bazė, vieša informacija apie įmonę.
Nr. 3	Iš įvairių šaltinių (informacija iš pardavimų atstovų, interneto, klientų).

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Ketvirtas interviu klausimas buvo apie tai ar draudikai susiduria su sunkumais gaunant reikalingus duomenis. Šiuo klausimu respondentų atsakymai išsiskyrė. Nr. 1 ir Nr. 2 nurodė, kad su sunkumais susiduria. Abu šie respondentai pagrindinius sunkumus įvardino kaip potencialių davėjų nenorą atvirai pasidalinti duomenimis dėl konkurencinio pranašumo arba gaunamų duomenų klastojimą. Tuo tarpu Nr. 3 respondentas į šį klausimą atsakė neigiamai, taip nurodydamas, kad gaunamų duomenų kiekis ir kokybė yra pakankama rizikos vertinimui. Tačiau šis respondentas atsakydamas taip pat paminėjo, kad susiduria su atvejais, kai detalesnės informacijos visgi reikėtų (pvz. apdraustųjų pasiskirstymas pagal miestą, kai prašomi keli apsaugos variantai) (žr. 10 lentelę). Atsižvelgiant į šį atsakymų pasiskirstymą, galima daryti prielaidą, kad dalis draudikų susiduria su sunkumais (duomenų klastojimas, ribotas duomenų gavimas) gaunant reikalingus duomenis rizikos vertinimui.

10 lentelė

Klausimas - Ar susiduriate su sunkumais gaunant Jums reikalingus duomenis? Jei taip, kokiais?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Taip, sunkiai gaunama reikiama informacija. Nei draudėjas, nei brokeris nesidalina atvirai duomenų (bandoma neprarasti konkurencinio pranašumo arba ieškant sau naudos), o jei ir dalinasi sunku patikrinti jų teisingumą. Dėl abejotinos reputacijos informaciją naudojame labai kritiškai, labiau vadovaujamės savo duomenų baze. Kai negaunam jokios informacijos, remiamės duomenimis iš turimos duomenų bazės (pvz. statybų sektorių lyginam su statybų sektoriumi ir pan.).
Nr. 2	Taip, sunku gauti tikslus ir reikalingus duomenis, nenorima jų pateikti arba klastojama, neturima galimybės patikrinti duomenų tikrumo. Praktikoje dažnai pasiremama spėjimais, kai neturima jokių duomenų apie tą įmonę, pvz. jei negaunamas amžius, traktuojama kad virš 30 m.
Nr. 3	Ne, visada yra aiškus apdraustųjų amžiaus vidurkis. Jeigu įmonė turi filialų kituose miestuose, sudėtingiau gauti informaciją apie tai, kiek apdraustųjų dirba skirtinguose filialuose, jeigu prašomi keli variantai su skirtingomis sąlygomis (skirtingomis išskaitomis) sunku prognozuoti kokiomis proporcijomis bus pasirinktas vienas ar kitas variantas.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Iš klausimo apie tai, ar viešai prieinamų ar kitaip gaunamų duomenų šiuo metu draudikams užtenka, nustatyta, kad 2 draudikams neužtenka ir jie norėtų jų gauti/žinoti daugiau, o vienam draudikui – dažniausiai duomenų pakanka (žr. 11 lentelę). Atsižvelgiant į tai galima teigti, kad daliai draudikų šiuo metu gaunamų duomenų neužtenka.

11 lentelė

Klausimas - Ar viešai prieinamų ar kitaip gaunamų (pvz. brokeris/draudėjas pateikia) duomenų šiuo metu užtenka?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Neužtenka, yra noras visuomet daugiau.
Nr. 2	Ne, visada norėtusi daugiau.
Nr. 3	Dažniausiai duomenų pakanka.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Šeštasis interviu klausimas buvo skirtas sužinoti ar apklausiami draudikai turi poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų. Šiame klausime teigiamai atsakė Nr. 1 ir Nr. 2 respondentai. Jei atsakydami minėjo, kad visuomet duomenų norėtų daugiau, nei šiuo metu gauna. Tuo tarpu Nr. 3 respondentas nurodė, kad poreikio papildomiems duomenims neturi (žr. 12 lentelę). Šis atsakymų pasiskirstymas parodo, kad dalis draudikų turi poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų.

12 lentelė

Klausimas - Ar turite poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Taip, visuomet kuo daugiau duomenų, tuo geriau, pvz. jei brokeris apie draudėją nieko nepamini (pvz. suteikiamas tik jo pavadinimas), skaičiuojama visuomet kaip brangus klientas, kas ne visuomet yra teisingiausia draudėjo atžvilgiu.
Nr. 2	Taip, visada norėtusi daugiau, bet sunku juos surinkti, saugoti ir panaudoti (nesugalvojamas teisiškai įmanomas būdas).

12 lentelės tęsinys

Nr. 3	Ne. Kol kas tų kriterijų, kuriuos išvardinau (dabar naudojami) pakanka rizikai įvertinti.
-------	---

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Sekantis interviu klausimas buvo skirtas patikslinti šeštu klausimu gautą atsakymą bei tokiu būdu išsiaiškinti kokių papildomų duomenų poreikį turi draudikai. Nr. 1 respondentas nurodė platų sąrašą, kuriame minimi apdraustųjų demografiniai duomenys, sveikatos istorija ir pan.. Tuo tarpu Nr. 2 nurodė siauriau, paminėdamas tik poreikį apdraustųjų gyvenamajai vietai. Kadangi respondentas Nr. 3 anksčiau jau nurodė, kad neturi didelio poreikio papildomiems duomenims, tad ir šiuo atveju patikslino, kad šiuo metu naudojamų duomenų iš duomenų davėjų ir norėtų (žr. 13 lentelę). Šis atsakymų pasiskirstymas parodo, kad dalis draudikų turi poreikį įvairiems papildomiems duomenims.

13 lentelė

Klausimas - Kokių papildomų duomenų poreikį turite kiekvienu atveju?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Būtų gerai gauti apdraustųjų ligų istorijas, sveikatos draudimo naudojimosi statistiką (detalią), užsiimamas veiklas, išsilavinimus, detalią informaciją apie amžių ir t.t., kuo daugiau tuo geriau.
Nr. 2	Reikalingas būtų regioninis pasiskirstymas. Norėtusi statistikos, kaip amžius koreliuoja su ligomis.
Nr. 3	Visas duomenų poreikis išvardintas prie naudojamų kriterijų.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Aštuntas interviu klausimas buvo užduotas su tikslu išsiaiškinti ar apklausiami draudikai yra svarstę galimybę duomenų davėjams suteikti naudą už papildomų duomenų davimą. Respondentas Nr. 1 nurodė, kad atstovaujamos organizacijos viduje diskusija buvo tik apie papildomų duomenų gavimo būdą. Tačiau jau šioje vietoje nebuvo rastas sutarimas, kuris būtų tinkamas visoms pusėms. Atsižvelgiant į tai nebuvo svarstyta detaliau, t.y. kokios naudos sumotyvuotų duomenų davėjus tai

atlikti. Respondentas Nr. 2 nurodė, kad yra turėję ir dabar turi marketingo akcijas skirtas apdraustųjų/draudėjų sveikatingumo ugdymui. Nors akcijos buvo/yra vykdomos pasitelkiant technologinius įrankius, tačiau duomenys nebuvo/nėra renkami ir saugomi. Šis respondentas taip pat paminėjo, kad jo vykdytos akcijos nelabai pasiteisino. Tuo tarpu respondentas Nr. 3 atsakė į šį klausimą neigiamai, nurodydamas, kad tokia galimybė nebuvo svarstyta (žr. 14 lentelę). Apibendrinant galima teigti, kad draudikai iš esmės nėra svarstę galimybės suteikti naudą duomenų davėjams už duomenų pasidalinimą.

14 lentelė

Klausimas - Ar esate svarstę galimybę draudėjams/apdraustiesiems suteikti naudą už papildomų duomenų davimą? Kokie buvo už/prieš argumentai? Ar pavyko kažką įgyvendinti?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Diskusija buvo, bet ji labiau orientuota ties duomenų gavimu. Kadangi apdraustųjų kiekis yra labai didelis, labai nesinori šio produkto apsunkinti įvairiomis anketomis (popierinėmis), tad duomenis turėtų būti gaunami paprastesniu būdu, nepasunkinant visų pusių. Šioje vietoje nesurasta efektyvaus būdo, tad diskusija baigėsi. Nebuvo prieita prie galvojimo apie apdraustųjų motyvavimą pasidalinti duomenimis.
Nr. 2	Turėjome vandens gėrimo žaidimą per mobiliąją programėlę, bet tai labiau marketingo klausimas. Taip pat ir žingsnių iššūkis dabar vykdomas. Ką esame turėję, tas realiai nepasiteisino. Tai tik marketingas. Jei ir darytume kokią akciją, tai tik dėl galimybės pritraukti naujų klientų.
Nr. 3	Ne, tokia galimybė nebuvo svarstyta.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Devintas interviu klausimas buvo apie tai kokias naudas draudikai galėtų pasiūlyti duomenų davėjams. Respondentai Nr. 1 ir Nr. 2 atsakė į šį klausimą teigiamai. Nr. 1 paminėjo nuolaidą įmokai bei rinkodaros priemonės (kuponai, dovanų čekiai, daiktai ir t.t.). Nr. 2 paminėjo tik rinkodaros priemonės (kuponai, vaisiai ir t.t.). Respondentas Nr. 3 atsakė į šį klausimą neigiamai, nurodydamas, kad tokia galimybė nebuvo svarstyta (žr. 15 lentelę). Atsižvelgiant į šį atsakymų

pasiskirstymą, galima daryti prielaidą, kad dalis draudikų sutiktų duomenų davėjams, už duomenų atidavimą, pasiūlyti rinkodaros priemones.

15 lentelė

Klausimas - Kaip manote kokias naudas galėtumėte pasiūlyti draudėjams/apdraustiesiems už papildomų duomenų davimą?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Draudėjams - nuolaida įmokai. Apdraustiesiems – taikomos rinkodaros priemonės, pvz. kuponai, dovanų čekiai, daiktai ir pan.
Nr. 2	Kuponai, vaisiai ir t.t.
Nr. 3	Tokia galimybė nebuvo svarstyta.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Paskutinis interviu klausimas buvo užduotas su tikslu išsiaiškinti ar draudikai turi išsikėlę tikslą suasmeninti sveikatos draudimą. Visi apklausti respondentai nurodė, kad tokio tikslo neturi. Tačiau Nr. 1 ir Nr. 2 taip pat nurodė, kad šis klausimas įmonės viduje nuolat svarstomas. (žr. 16 lentelę). Atsižvelgiant į tai galima teigti, kad draudikai šiuo metu nėra išsikėlę tikslo suasmeninti privatų sveikatos draudimą.

16 lentelė

Klausimas - Ar Jūsų įmonėje yra iškeltas tikslas sveikatos draudimo suasmeninimo įgyvendinimui? Gal galite papasakoti apie tai plačiau (konfidencialumo ribose)?

Respondentas	Užfiksuotas atsakymas
Nr. 1	Tokio tikslo nėra. Vis galvojama apie tai, bet vis „atsitrenkiama į sieną“, nes šiame produkte dalyvauja ne dvi, o trys šalys, kas tik apsunkina galimybes (apsaugą gauna fizinis asmuo, o moka už tai – juridinis). Fiziniam asmeniui parduodamo draudimo produkto suasmeninimo įgyvendinimas galėtų būti daug realesnis ir paprastesnis. Todėl kol kas ši mintis atidėta iki momento, kai bus sukurtas sveikatos draudimas skirtas fiziniam asmeniui.

16 lentelės tęsinys

Nr. 2	Išsikeltas nėra, bet daug apie tai galvojama ir diskutuojama. Pastebėta, kad apdraustieji nenori daug mobiliųjų programėlių, tad buvo galvota bendradarbiauti su žingsnių programėle. Tačiau pradėta nebuvo, nes sunki integracija duomenų ir teisinis klausimas. Idėja – padaryti kokį projektą su esamu klientu, nes su juo būtų galima susiderinti dėl duomenų perdavimo, o atnaujinimo procese už tai kažkas būtų, pvz. jei nepasinaudoja draudimu kažką gauna. Užklaustos etape keistai atrodytų, jei mes paprašytume suvesti apdraustiesiems duomenis, o vėliau gal ir neapdraustume. Galimybė tai galvoti tik su esamais klientais, pvz. lokacija pagal GPS.
Nr. 3	Tokio tikslo nėra.

Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Apibendrinant kokybinio tyrimo metu gautus atsakymus, galima teigti, kad dalis apklaustų draudikų turi poreikį gauti papildomus duomenis. Draudikai norėtų gauti įvairius duomenis - apdraustųjų demografija, jų sveikatos istorija, išsamesnė informacija apie draudėją ir pan. Taip pat išsiaiškinta, kad draudikai būtų linkę suteikti naudas už tų duomenų davimą. Tarp galimai suteikiamų naudų buvo įvardintos rinkodaros priemonės.

3.2. Kiekybinio tyrimo rezultatai

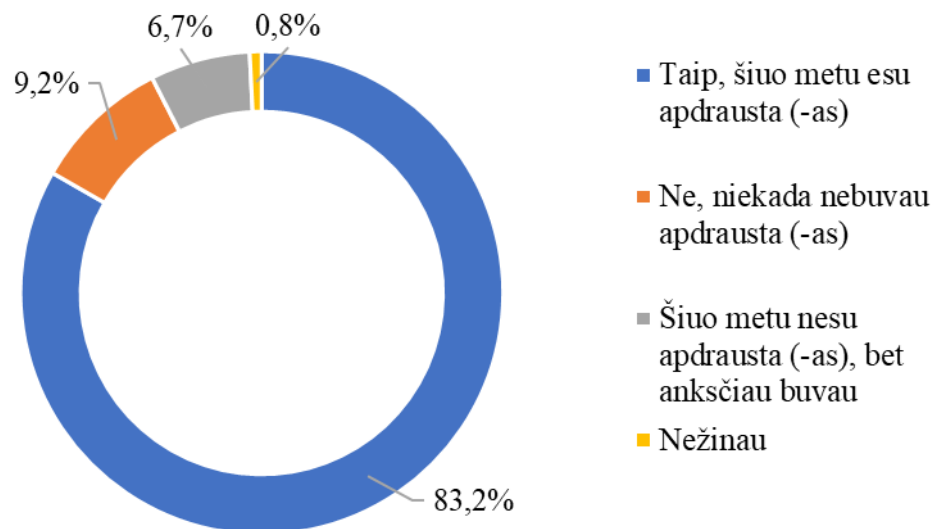
Atlikus kiekybinį tyrimą, buvo gauta 119 užpildytų anketų. Į anketos klausimus atsakė 66,4 proc. moterų ir 33,6 proc. vyrų. Tuo tarpu klausimas apie respondentų amžių buvo suskirstytas į grupes. Iš klausimo atsakymų nustatyta, kad 41,2 proc. atsakiusių yra 25 – 34 metų, o 35 – 44 metų amžiaus - 26,1 proc. . 17,6 proc. respondentų patenka į 45 – 54 metų amžiaus grupę, 10,9 proc. respondentų patenka į 19 – 24 metų amžiaus grupę ir tik 4,2 proc. į 55 – 64 metų. Darbuotojai, kuriems yra daugiau nei 65 metai, tyrime nedalyvavo. Paskutinis demografinis klausimas buvo apie respondentų gyvenamąją vietovę. Didžioji dalis atsakiusių, net 68,9 proc., nurodė, kad gyvena didmiestyje, o 25,2 proc. - mieste. Likę gyvena miestelyje (2,5 proc.), kaime (2,5 proc.) bei vienkiemyje (0,8 proc.). Į anketos klausimus daugiausiai – 51,3 proc. atsakė bakalauro laipsnį turintys respondentai. Per pus mažiau, bet taip pat didelę dalį sudaro magistro laipsnį turintys

respondentai – 27,7 proc. . Tuo tarpu 14,3 proc. atsakiusių turi aukštąjį kolegini išsilavinimą, 3,4 proc. vidurinį, 1,7 proc. profesinį ir po 0,8 proc. (1 atsakymas) aukštesnį nei magistro laipsnį arba pagrindinį. Atsižvelgiant į pasiskirstymą, pagal demografinius rodiklius, galima daryti išvadą, kad didžioji dalis respondentų yra 25 – 34 metų moterys, turinčios bakalauro laipsnį bei gyvenančios didmiesčiuose.

Apklausus respondentus, apie tai ar jie yra, o galbūt yra buvę apdrausti privačiu sveikatos draudimu, nustatyta, kad 83,2 proc. atsakiusių šiuo metu yra apdrausti. Tuo tarpu 9,2 proc. niekada nebuvo apdrausti. Likę 6,2 proc. respondentų apklausiamu momentu nebuvo apdrausti, tačiau anksčiau jiems teko turėti privataus sveikatos draudimo apsaugą, o 0,8 proc. į šį klausimą atsakymo nežino. Atsižvelgiant į šį respondentų atsakymų pasiskirstymą, galima daryti prielaidą, kad didžioji dalis respondentų yra susipažinę su nagrinėjamu draudimo produktu – privačiu sveikatos draudimu (žr. 3 pav.).

3 paveikslas

Klausimas - Ar esate/buvote apdrausta (-as) privačiu sveikatos draudimu?



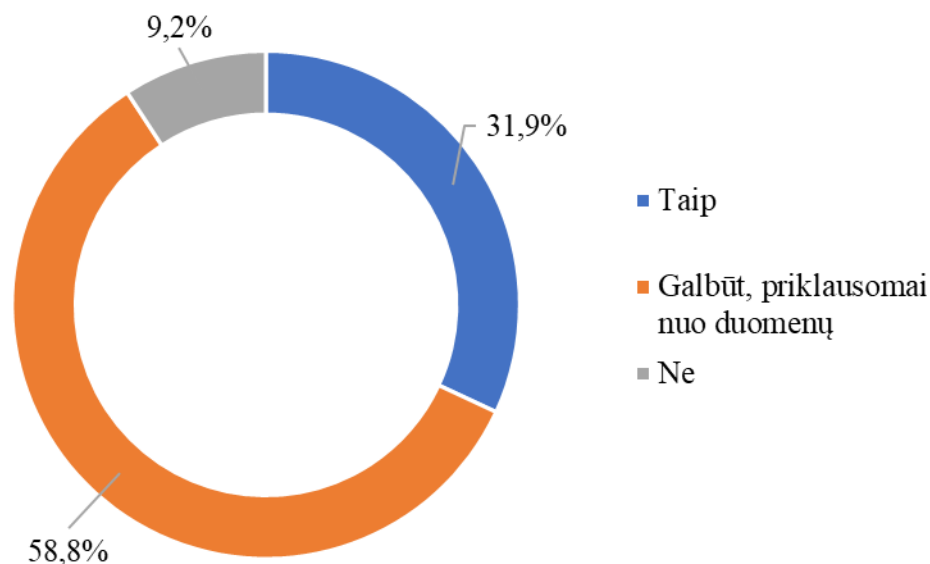
Šaltinis: sudaryta autoriaus.

Kitu anketos klausimu, apie tai ar respondentai sutiktų su draudiku pasidalinti savo asmeniniais duomenimis vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo, išsiaiškinta, kad

daugiau nei pusė apklaustųjų (t. y. 58,8 proc.) savo asmeniniais duomenimis pasidalintų, tačiau tai priklausytų nuo pačių duomenų svarbos jiems patiems. Tuo trapu net trečdalis (31,9 proc.) respondentų nurodė kad pasidalintų, o tik likę 9,2 proc. respondentų – nepasidalintų. Atsižvelgiant į šį atsakymų pasiskirstymą, galima teigti, kad dauguma respondentų sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku (žr. 4 pav.).

4 paveikslas

Klausimas - Ar sutiktumėte su draudiku pasidalinti savo asmeniniais duomenimis vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo?

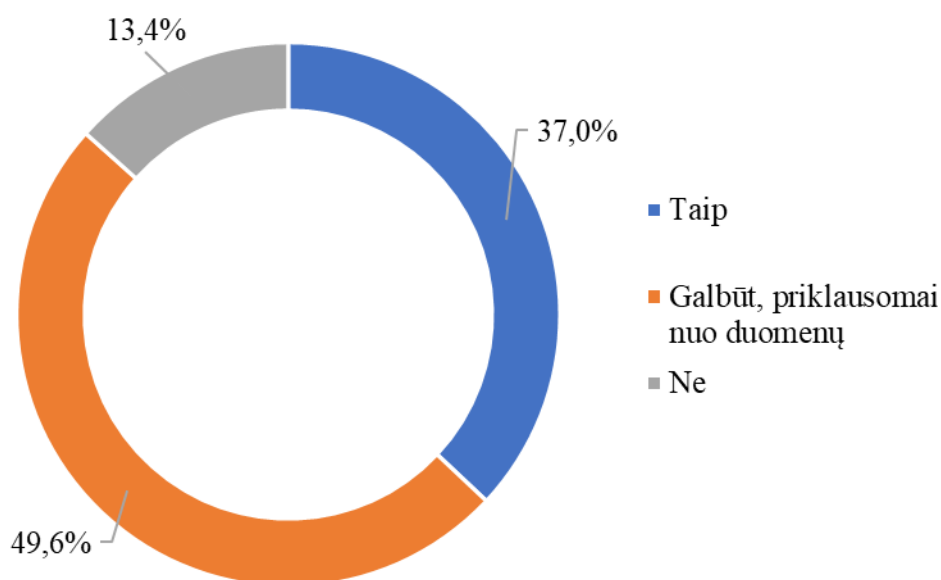


Šaltinis: sudaryta autoriaus

Iš klausimo, apie tai ar respondentams yra reikalinga nauda, kad pasidalintų savo asmeniniais duomenimis su draudiku, gautų atsakymų nustatyta, kad beveik pusei (49,6 proc.) nauda yra reikalinga, tačiau tai koreliuoja su atiduodamais duomenimis. Kiti 37 proc. apklaustųjų duomenimis pasidalintų, jei jiems draudikas suteiktų papildomą naudą, o likusiems (13,4 proc.) suteikiama nauda nėra reikalinga. Atsižvelgiant į šį atsakymų pasiskirstymą, galima daryti prielaidą, kad daugeliui respondentų yra reikalinga gauti naudą iš draudiko, kad jie pasidalintų savo asmeniniais duomenimis (žr. 5 pav.).

5 paveikslas

Klausimas - Ar Jums yra reikalinga nauda, kad pasidalintumėte savo asmeniniais duomenimis su draudiku?

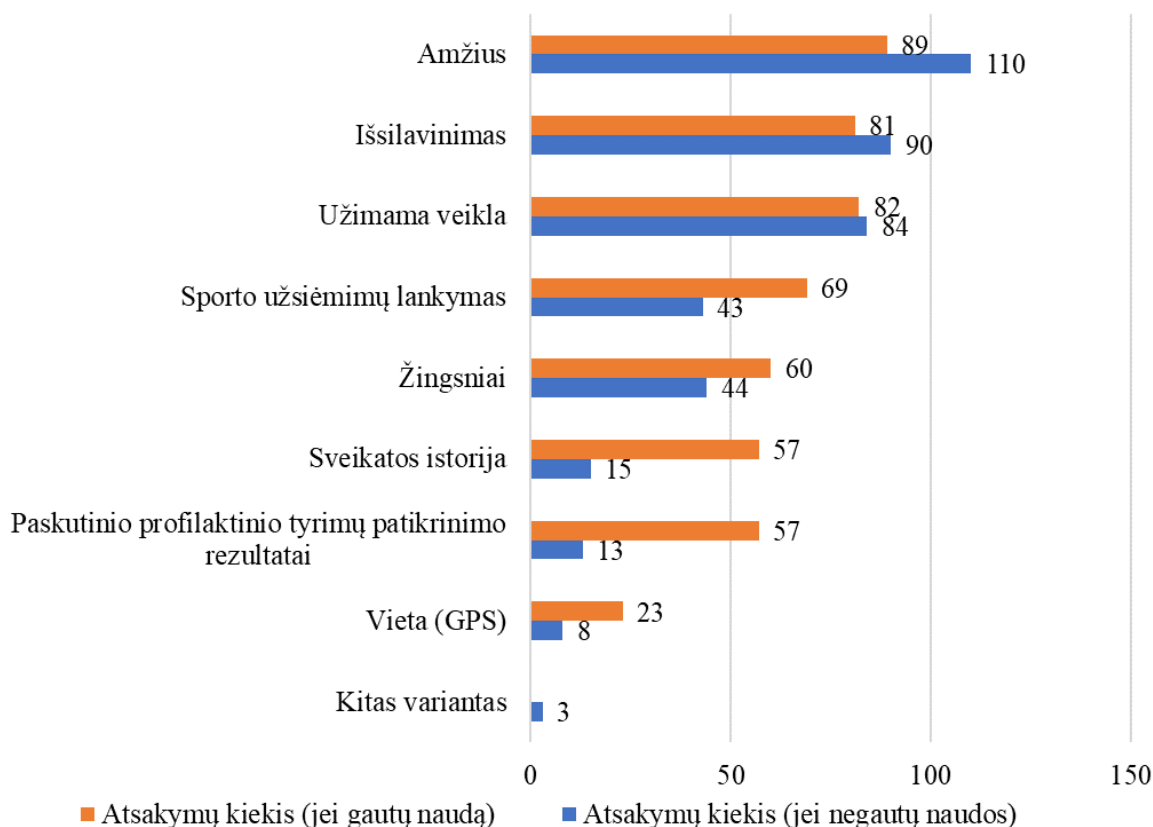


Šaltinis: sudaryta autoriaus

Sekantys du (8 ir 9) anketos klausimai buvo apie atiduodamų duomenų rūšis, kai respondentai už tai gautų/negautų naudą iš draudiko. Abiejų klausimų rezultatai pavaizduoti viename paveiksle (žr. 6 pav.). Iš gautų atsakymų galima nustatyti, kad naudos gavimas respondentus paskatintų su draudiku pasidalinti labiau išsamiais duomenimis. Gaunant naudą jie galėtų pasidalinti savo sporto užsiėmimų lankymu (ši pasirinkimą pasirinko apie 58 proc. respondentų), žingsniais (ši pasirinkimą pasirinko apie 50 proc. respondentų), sveikatos istorija (ši pasirinkimą pasirinko apie 48 proc. respondentų), paskutinio profilaktinio tyrimų patikrinimo rezultatais (ši pasirinkimą pasirinko apie 48 proc. respondentų), GPS (vieta) (ši pasirinkimą pasirinko apie 19 proc. respondentų). Tuo tarpu didesnis atsakymus kiekis, kai respondentams nauda nebūtų suteikiama vyravo ties šiais duomenimis - amžius (ši pasirinkimą pasirinko apie 92 proc. respondentų), išsilavinimas (ši pasirinkimą pasirinko apie 76 proc. respondentų), užimama veikla (ši pasirinkimą pasirinko apie 71 proc. respondentų). Atsižvelgiant į šį atsakymų pasiskirstymą galima teigti, kad respondentai gaudami naudą būtų linkę atiduoti draudikui savo jautriausius duomenis, o negaudami naudos – tik demografinius.

6 paveikslas

Klausimai - Kokius savo duomenis galėtumėte atiduoti draudikui be suteikiamos Jums naudos? ir Kokius savo duomenis galėtumėte atiduoti draudikui su suteikiama Jums nauda?



Šaltinis: sudaryta autoriaus

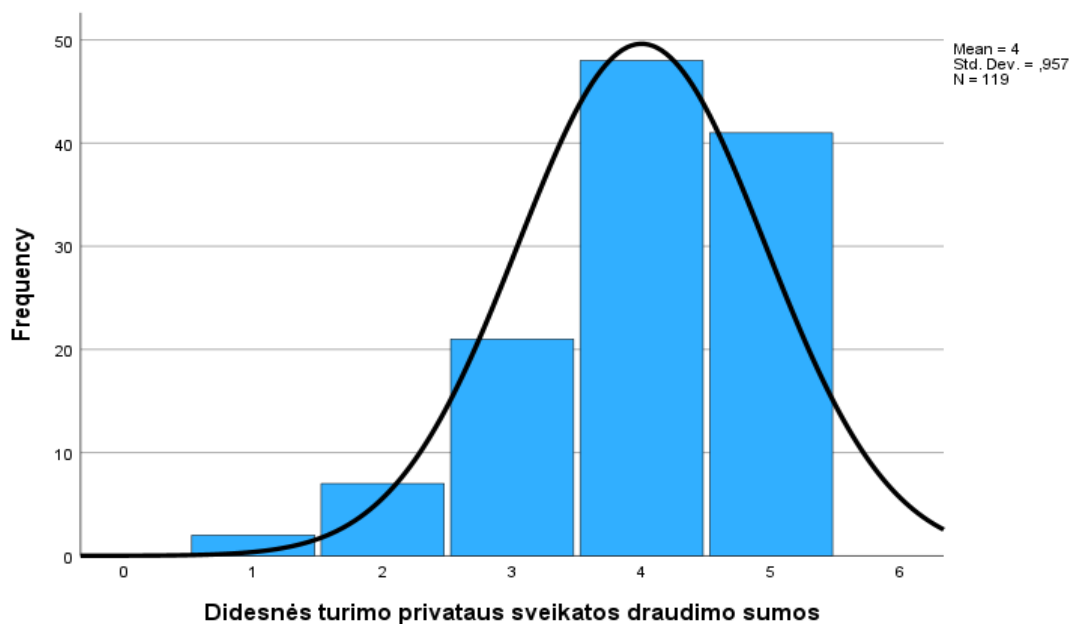
10 anketos klausimas buvo sudarytas siekiant išsiaiškinti, kokios suteikiamos naudos paskatintų respondentus pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku. Klausimo pasirinkimai buvo suskirstyti į šešis teiginius.

Pirmasis – didesnės turimo privataus sveikatos draudimo sumos. Šio teiginio vidurkis yra 4, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų sutinka su teiginiu, kad didesnės turimo privataus sveikatos draudimo sumos juos paskatintų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku. Šio teiginio dispersija yra 0,915. Standartinis nuokrypis – 0,957, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 0,957 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda ir mediana yra 4, tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – sutinku. Tuo tarpu gautas asimetrijos

koeficientas siekia $-0,886$, o eksceso siekia $0,499$. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra smailesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį mažesnė nei įprastos kreivės (žr. 7 pav.).

7 paveikslas

Teiginys - Didesnės turimo privataus sveikatos draudimo sumos

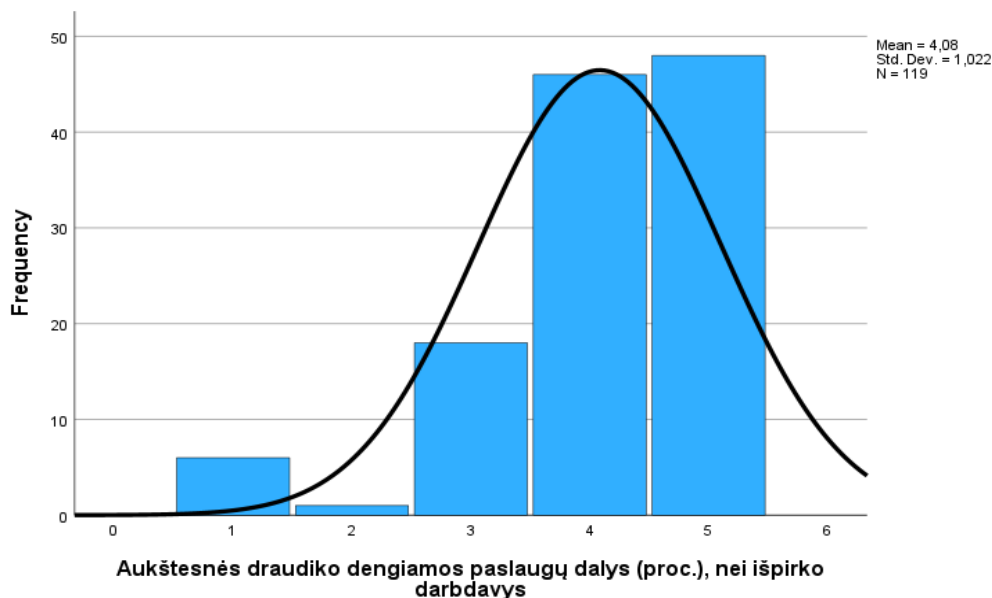


Šaltinis: sudaryta autoriaus

Antrasis – aukštesnės draudiko dengiamos paslaugų dalys (proc.), nei išpirko darbdavys. Šio teiginio vidurkis yra $4,08$, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų sutinka su teiginiu, kad aukštesnės draudiko dengiamos paslaugų dalys (proc.), nei išpirko darbdavys, juos paskatintų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku. Šio teiginio dispersija yra $1,044$. Standartinis nuokrypis – $1,022$, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo $1,022$ dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda ir mediana yra 5 , tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – visiškai sutinku. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia $-1,383$, o eksceso siekia $1,999$. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra smailesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį mažesnė nei įprastos kreivės (žr. 8 pav.).

8 paveikslas

Teiginys - Aukštesnės draudiko dengiamos paslaugų dalys (proc.), nei išpirko darbdavys

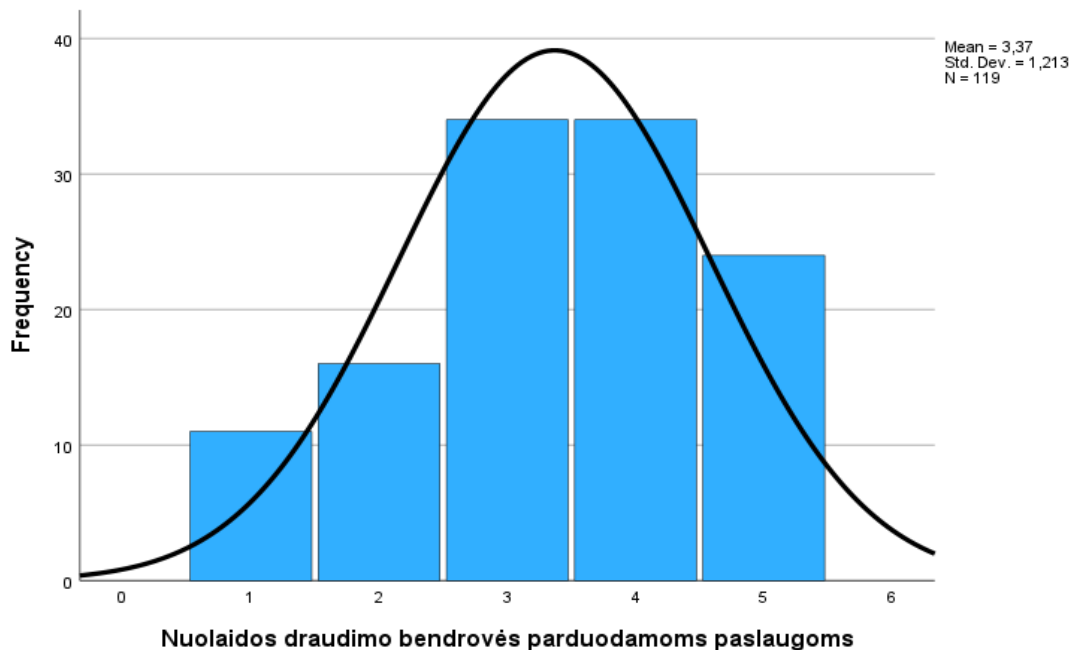


Šaltinis: sudaryta autoriaus

Trečiasis – nuolaidos draudimo bendrovės parduodamoms paslaugoms. Šio teiginio vidurkis yra 3,37, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų iš dalies sutinka su teiginiu, kad nuolaidos draudimo bendrovės parduodamoms paslaugoms juos paskatintų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku. Šio teiginio dispersija yra 1,472. Standartinis nuokrypis – 1,213, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 1,213 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda yra 3 arba 4 (pasikartojimas identiškas abiejų), tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymus – iš dalies sutinku arba sutinku. Teiginio mediana yra 3. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia -0,37, o eksceso siekia -0,697. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra lėkštesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį didesnė nei įprastos kreivės (žr. 9 pav.).

9 paveikslas

Teiginys - Nuolaidos draudimo bendrovės parduodamoms paslaugoms

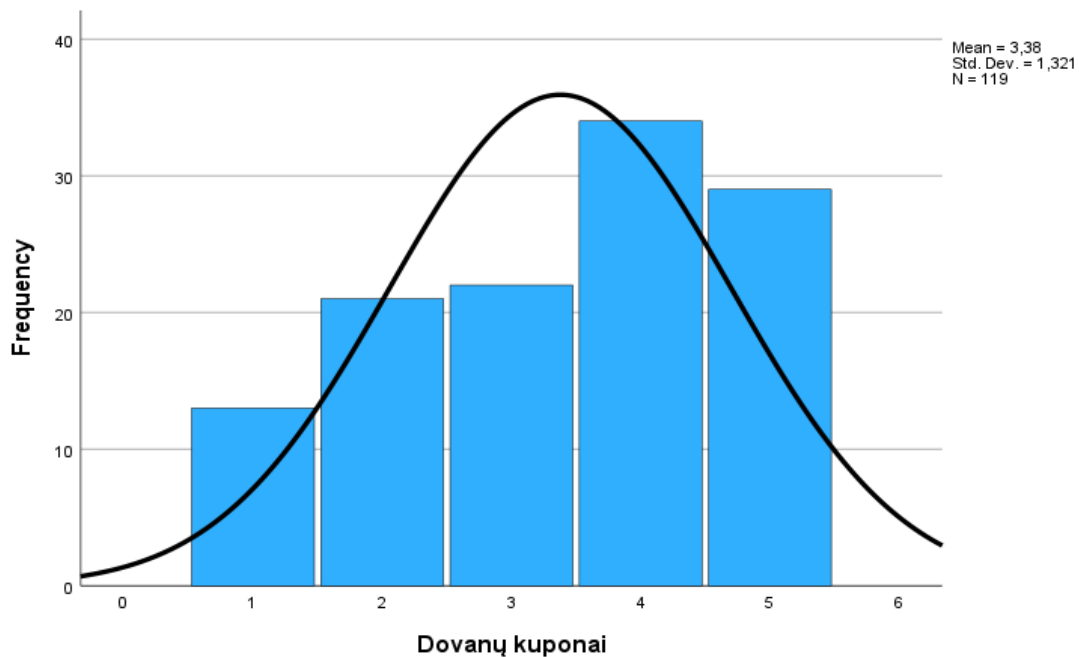


Šaltinis: sudaryta autoriaus

Ketvirtasis – dovanų kuponai. Šio teiginio vidurkis yra 3,38, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų iš dalies sutinka su teiginiu, kad dovanų kuponai juos paskatintų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku. Šio teiginio dispersija yra 1,746. Standartinis nuokrypis – 1,321, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 1,321 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda ir mediana yra 4, tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – sutinku. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia -0,37, o eksceso siekia -1,036. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra lėkštesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį didesnė nei įprastos kreivės (žr. 10 pav.).

10 paveikslas

Teiginys - Dovanų kuponai

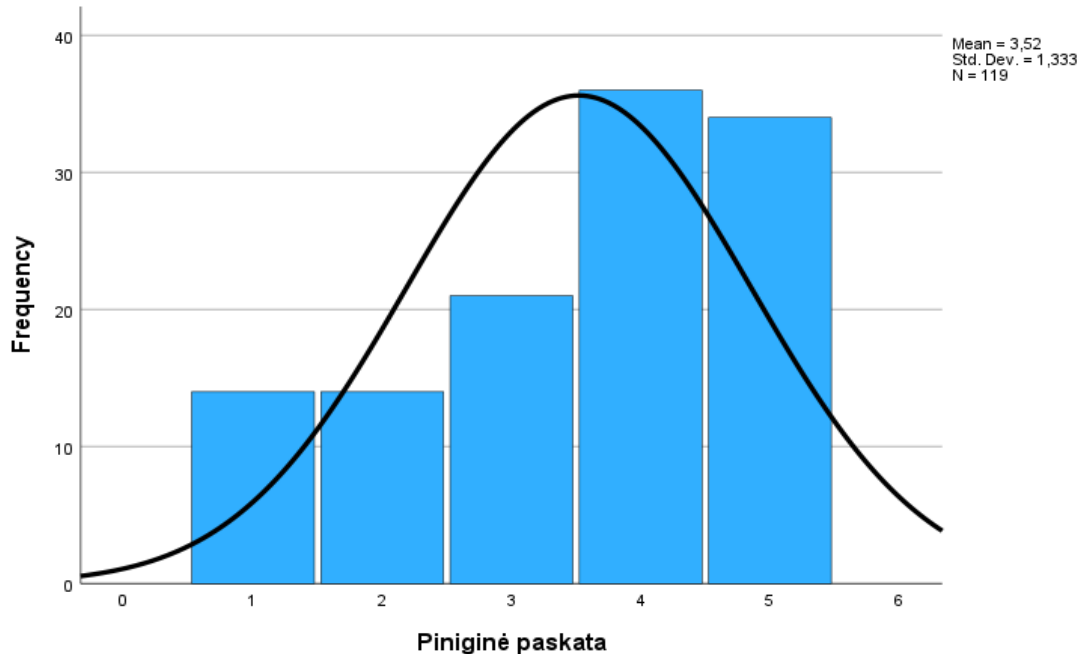


Šaltinis: sudaryta autoriaus

Penktasis – pinigine paskata. Šio teiginio vidurkis yra 3,52, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų sutinka su teiginiu, kad pinigine paskata juos paskatintų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku. Šio teiginio dispersija yra 1,777. Standartinis nuokrypis – 1,333, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 1,333 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda ir mediana yra 4, tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – sutinku. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia -0,592, o eksceso siekia -0,801. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra lėkštesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį didesnė nei įprastos kreivės (žr. 11 pav.).

11 paveikslas

Teiginys - Piniginė paskata

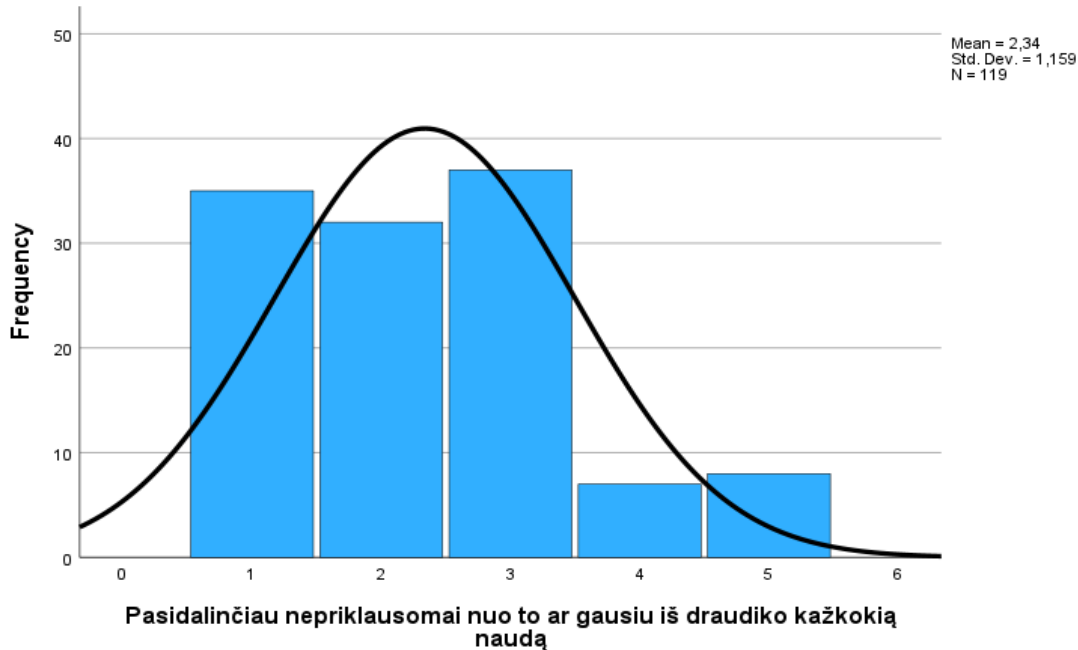


Šaltinis: sudaryta autoriaus

Šeštasis – pasidalinčiau nepriklausomai nuo to ar gausiu iš draudiko kažkokią naudą. Šio teiginio vidurkis yra 2,34, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų nesutinka su teiginiu, kad jie pasidalintų savo asmeniniais duomenimis su draudiku nepriklausomai nuo to ar gaus iš draudiko kažkokią naudą. Šio teiginio dispersija yra 1,344. Standartinis nuokrypis – 1,159, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 1,159 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda yra 3, tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – iš dalies sutinku, o mediana yra 2. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia 0,606, o eksceso siekia -0,235. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į dešinę ir yra lėkštesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį didesnė nei įprastos kreivės (žr. 12 pav.).

12 paveikslas

Teiginys - Pasidalinčiau nepriklausomai nuo to ar gausiu iš draudiko kažkokią naudą



Šaltinis: sudaryta autoriaus

Šio klausimo teiginių Kronbach's alpha koeficientas yra gautas 0,783, o tai yra daugiau už rekomenduotiną 0,70 dydį, todėl galima teigti, kad visi šio klausimo teiginiai yra tarpusavyje suderinti.

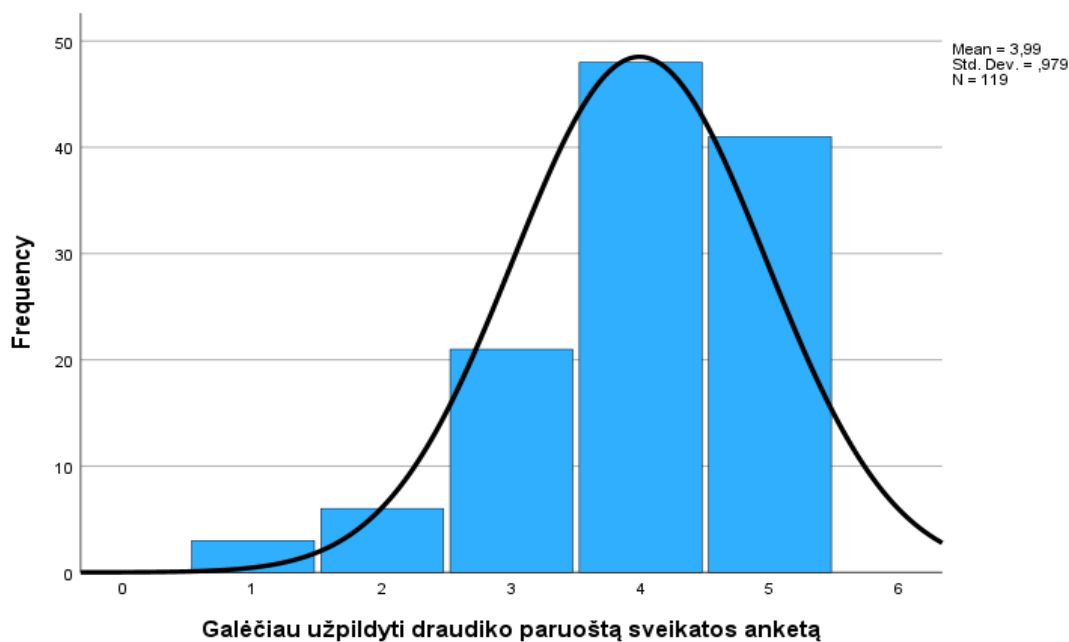
Apibendrinant šį klausimą galima daryti išvadą, kad respondentams vertingiausios naudos iš išvardintų – didesnės turimo privataus sveikatos draudimo sumos bei aukštesnės draudiko dengiamos paslaugų dalys (proc.), nei išpirko darbdavys. Tai nurodo, kad respondentai suteikdami papildomus duomenis draudikui norėtų pasigerinti savo turimo privataus sveikatos draudimo apsaugos apimtį.

Paskutinis, 11 anketos klausimas, buvo sudarytas siekiant nustatyti kokiais būdais respondantai sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis, su draudiku, vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo. Klausimo pasirinkimai buvo suskirstyti į keturis teiginius.

Pirmasis – galėčiau užpildyti draudiko paruoštą sveikatos anketą. Šio teiginio vidurkis yra 3,99, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų sutinka su teiginiu, kad draudiko paruoštos sveikatos anketos užpildymas jiems būtų tinkamas būdas pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku, vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo. Šio teiginio dispersija yra 0,958. Standartinis nuokrypis – 0,979, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 0,979 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda ir mediana yra 4, tai parodo, kad dažniausiai respondantai rinkosi atsakymą – sutinku. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia -0,976, o eksceso siekia 0,787. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra smailesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį mažesnė nei įprastos kreivės (žr. 13 pav.).

13 paveikslas

Teiginys - Galėčiau užpildyti draudiko paruoštą sveikatos anketą



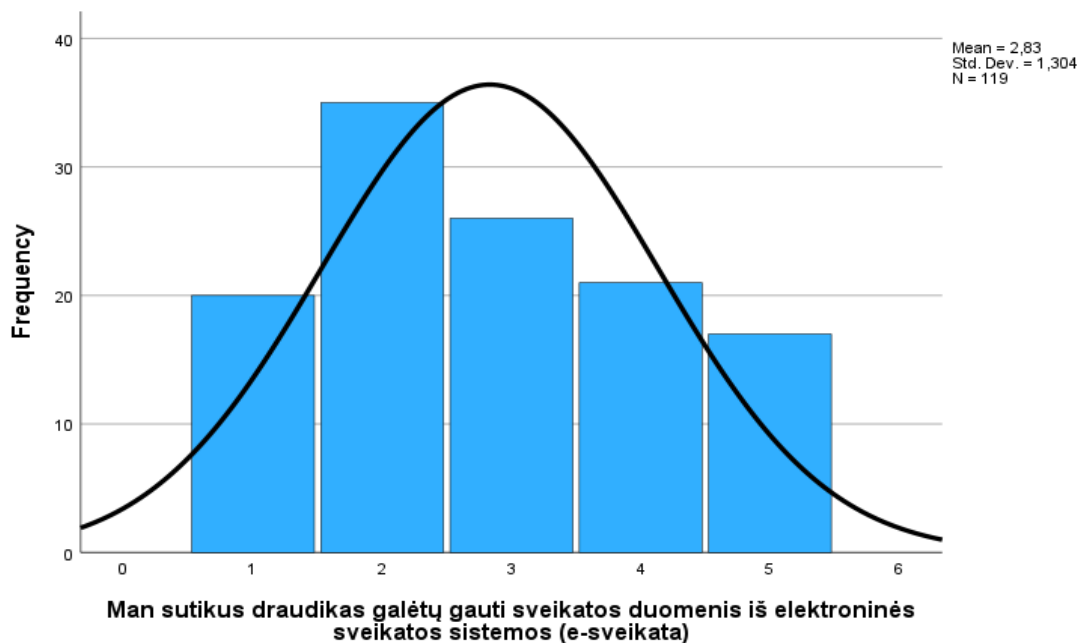
Šaltinis: sudaryta autoriaus

Antrasis – man sutikus draudikas galėtų gauti sveikatos duomenis iš elektroninės sveikatos sistemos (e-sveikata). Šio teiginio vidurkis yra 2,83, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų iš dalies sutinka su teiginiu, kad duomenų pasiėmimas iš elektroninės sveikatos sistemos (e-sveikata)

jiems būtų tinkamas būdas pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku, vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo. Šio teiginio dispersija yra 1,7. Standartinis nuokrypis – 1,304, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 1,304 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda yra 2, tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – nesutinku, o mediana – 3. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia 0,248, o eksceso siekia -1,052. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į dešinę ir yra lėkštesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį didesnė nei įprastos kreivės (žr. 14 pav.).

14 paveikslas

Teiginys - Man sutikus draudikas galėtų gauti sveikatos duomenis iš elektroninės sveikatos sistemos (e-sveikata)



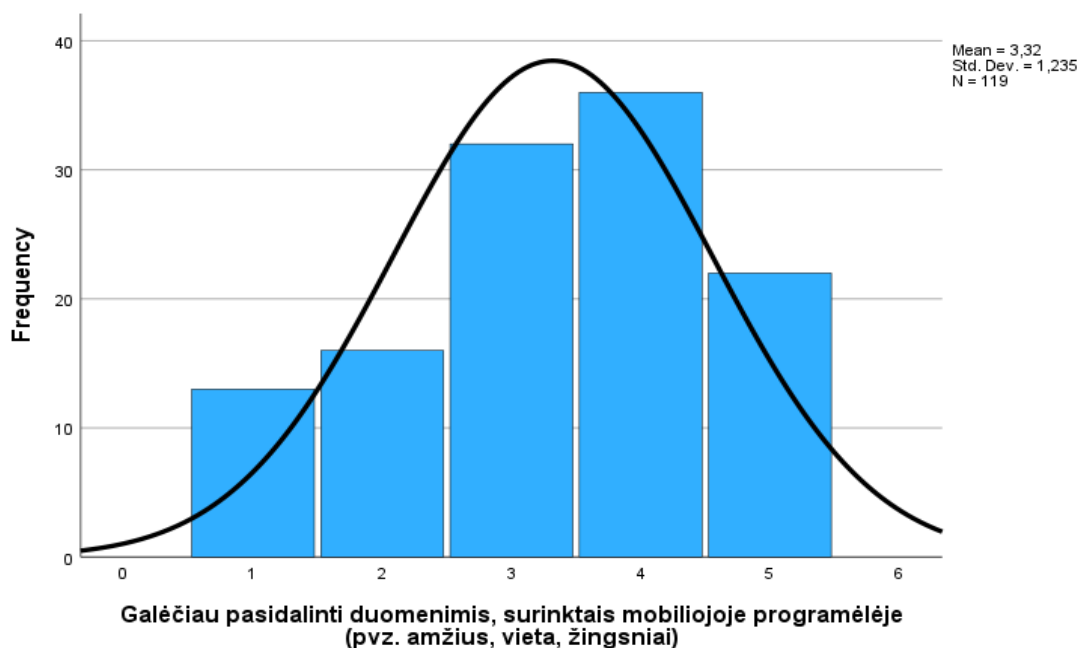
Šaltinis: sudaryta autoriaus

Trečiasis – galėčiau pasidalinti duomenimis, surinktais mobiliuojoje programėlėje (pvz. amžius, vieta, žingsniai). Šio teiginio vidurkis yra 3,32, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų iš dalies sutinka su teiginiu, kad duomenų pasiėmimas iš mobiliosios programėlės jiems būtų tinkamas būdas pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku, vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo. Šio teiginio dispersija yra 1,524, o standartinis nuokrypis – 1,235, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 1,235 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio

moda yra 4, tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – sutinku, o mediana - 3. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia -0,386, o eksceso siekia -0,744. Šie koeficientų rezultatai reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra lėkštesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį didesnė nei įprastos kreivės (žr. 15 pav.).

15 paveikslas

Teiginys - Galėčiau pasidalinti duomenimis, surinktais mobiliojoje programėlėje (pvz. amžius, vieta, žingsniai)



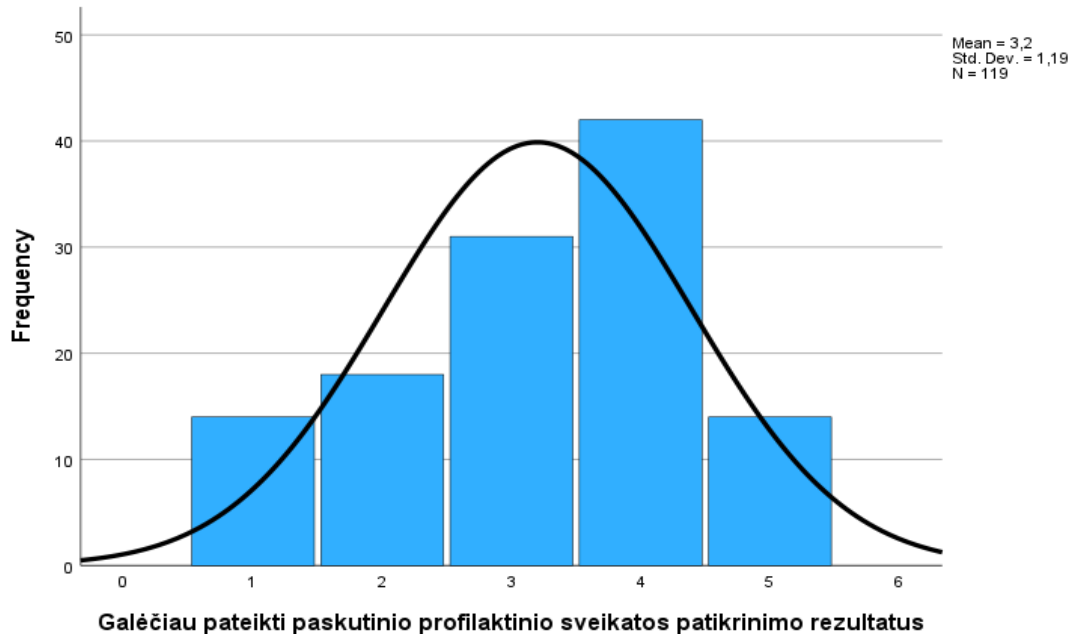
Šaltinis: sudaryta autoriaus

Ketvirtasis – galėčiau pateikti paskutinio profilaktinio sveikatos patikrinimo rezultatus. Šio teiginio vidurkis yra 3,2, o tai reiškia, kad didžioji dalis respondentų iš dalies sutinka su teiginiu, kad pasidalinimas paskutinio profilaktinio sveikatos patikrinimo rezultatais jiems būtų tinkamas būdas pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku, vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo. Šio teiginio dispersija yra 1,417. Standartinis nuokrypis – 1,19, o tai reiškia, kad vidutiniškai šio teiginio reikšmės nukrypo 1,19 dydžiu nuo vidurkio. Šio teiginio moda yra 4, tai parodo, kad dažniausiai respondentai rinkosi atsakymą – sutinku, o mediana - 3. Tuo tarpu gautas asimetrijos koeficientas siekia -0,399, o eksceso siekia -0,723. Šie koeficientų rezultatai

reiškia, kad histograma pasislinkusi į kairę ir yra lėkštesnė už normalųjį skirstinį, t. y. duomenų sklaida apie vidurį didesnė nei įprastos kreivės (žr. 16 pav.).

16 paveikslas

Teiginys - Galėčiau pateikti paskutinio profilaktinio sveikatos patikrinimo rezultatus



Šaltinis: sudaryta autoriaus

Šio klausimo teiginių Kronbach's alpha koeficientas yra gautas 0,748, o tai yra daugiau už rekomenduotiną 0,70 dydį, todėl galima teigti, kad visi šio klausimo teiginiai yra tarpusavyje suderinti.

Apibendrinant šį klausimą galima daryti išvadą, kad respondentams patraukliausi būdai pasidalinti duomenimis iš išvardintų variantų – užpildyti draudiko paruoštą sveikatos anketą arba pasidalinti duomenimis, surinktais mobiliojoje programėlėje (pvz. amžius, vieta, žingsniai). Tai nurodo, kad respondentai savo itin jautrių sveikatos duomenų atidavimą yra linkę kontroliuoti, o mažiau jautrius duomenis – atiduoti kiek įmanoma paprastesniu būdu.

Atlikus kiekybinį tyrimą išsiaiškinta, kad didžioji dalis respondentų sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku, vardan labiau suasmeninto draudimo. Aptikta ir tai, kad daugelis jų minimais duomenimis pasidalintų tik su suteikiama nauda. Kaip vertingiausias, iš

išvardintų, jie nurodė – didesnės draudimo sumos bei aukštesnės dengiamos dalys. Tuo tarpu patraukliausius duomenų pasidalinimo būdus, iš išvardintų variantų, respondentai įvardino – sveikatos anketos užpildymas ir duomenų pasidalinimas pasitelkiant mobiliąją programėlę.

Išanalizavus kokybinio ir kiekybinio tyrimo rezultatus nustatyta, kad dalis Lietuvoje veikiančių ir privatų sveikatos draudimą parduodančių draudikų turi poreikį gauti papildomus duomenis ir sutiktų už tai suteikti duomenų davėjams naudas, o apklausos respondentai, už gaunamą naudą, galėtų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. Išnagrinėjus mokslinę literatūrą išsiaiškinta, kad suasmeninimo pritaikomumas, kuriant produktas ar paslaugas, nepriklausomai nuo verslo sektoriaus turi būti vienas iš esminių sėkmingų organizacijų prioritetų, nes būtent jo taikymas padeda kuriamus produktus ar paslaugas padaryti aktualias šiuolaikiniams vartotojams. Privataus sveikatos draudimo kontekste personalizavimo pagrindinis iššūkis yra suasmeninti draudimo įmoką. Remiantis literatūra nustatyta, kad norint tai atlikti reikia pakeisti esamą rizikos vertinimo modelį, t.y. remtis tik technologinių įrankių pagalba surinktais duomenimis, kurie suteikia informacijos apie konkretaus vartotojo elgesį. Tačiau taip pat prieita prie išvados, kad esamą rizikos vertinimą pakeisti į naują gana sudėtinga, o kartais mokslinių šaltinių autoriai sako, kad net neįmanoma, dėl įvairiausių priežasčių. Atsižvelgiant į tai jų siūlymas yra technologiniais įrankiais surinktus duomenis draudikams panaudoti tik papildant esamą rizikos vertinimo modelį arba juos panaudoti kaip marketingo elementą klientams pritraukti/išlaikyti. Nepaisant sunkumo įgyvendinti reikėtų nepamiršti ir tai, kokias vertes suasmeninimas sukuria suinteresuotoms šalims – tikslesnis rizikos vertinimas, tinkamesnė ir aiškiai apskaičiuota draudimo įmoka, saugi aplinka, sveikesni gyventojai, mažesnės valstybės išlaidos gyventojų sveikatai ir saugiai aplinkai sukurti/palaikyti.
2. Mokslinėje literatūroje nepavyko rasti atliktų tyrimų, kurie nagrinėtų technologiniais įrankiais surinktų duomenų naudojimą privačiame sveikatos draudime. Atsižvelgiant į tai bei išsigryninus empirinio tyrimo tikslą buvo nuspręsta, kad norimam rezultatui pasiekti bus naudojami du populiariausi kokybinio ir kiekybinio tyrimo metodai – interviu ir anketinė apklausa. Interviu tyrimas atliekamas su draudimo bendrovių atstovais, iš kurių yra norima sužinoti ar draudikai turi poreikį papildomiems duomenims iš draudėjų/apdraustųjų, o jei turi - kokių. Taip pat siekiama išsigryninti ar draudikai sutiktų duomenų davėjams suteikti naudą už duomenų atidavimą, o jei atsakymas į tai teigimas – detalizuoti galimas suteikti naudas. Tuo tarpu anketinė apklausa yra skirta sužinoti apdraustųjų nuomonę. Anketos klausimai yra orientuoti į tai ar respondentai sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku, ar jiems yra reikalinga papildoma nauda už šį veiksmažį bei kokia nauda juos motyvuotų labiausiai. Taip pat vienas anketos klausimas buvo įterptas su tikslu identifikuoti respondentams patraukliausius duomenų pasidalinimo metodus. Interviu surinktų duomenų analizę nuspręsta atlikti naudojant turinio analizės techniką, o anketinės apklausos - statistinę analizę.

3. Atlikus empirinį tyrimą, tarp draudikų atstovų bei apklausos respondentų atsakymų, rastas ne vienas susikertantis taškas. Pagal tai galima išskirti šiuos suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo Lietuvoje sėkmės veiksnius:
- Draudikai turi poreikį papildomiems duomenims gauti, o respondentai būtų linkę duomenimis pasidalinti. Atsižvelgiant į tai draudikams, kurie turi poreikį papildomiems duomenims, siūlymas yra nepabijoti investuoti į papildomų duomenų surinkimą ir naudojimą;
 - Draudikai norėtų demografinių duomenų apie apdraustus, o daugelis respondentų šiais duomenimis su draudikų pasidalintų net nereikalaudami iš jo jokios asmeninės naudos. Tai tik dar patvirtina, kad draudikams verta investuoti į duomenų surinkimą, nes dalį savo norimų duomenų (demografinius) jie galėtų surinkti sąlyginai su mažais kaštais (investuodami tik į reikiamus technologinius įrankius bei jų palaikymą);
 - Dalis draudikų turi poreikį gauti ypatingai jautrius duomenis (pvz. sveikatos istorija) apie apdraustus bei sutiktų už tai atlyginti. Tuo tarpu apdraustieji, daugelį atvejų, būtų linkę tokiais duomenimis pasidalinti (su sąlyga jei gautų asmeninę naudą). Todėl draudikai, atlikus galimų pajamų ir kaštų analizę, kuri leistų įsivertinti galimai gaunamų duomenų vertę organizacijos pelningumo atžvilgiu, turėtų apsvarstyti apie tokių duomenų rinkimą.
 - Nors draudikai tarp galimų suteikti naudų įvardino rinkodaros priemones, jiems verta būtų pasvarstyti ir apie apdraustųjų, kurie sutiktų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis, draudimo apsaugos gerinimą. Nes būtent tokį poreikį išreiškė apklausoje dalyvavę respondentai;
 - Vienas iš apklausiamų draudikų atstovų pokalbio metu įvardino vieną iš baimių - privatų sveikatos draudimą apkrauti sveikatos anketomis, nes tai galimai būtų vienas iš nepatraukliausių duomenų surinkimo būdų. Tačiau apklausoje dalyvavę respondentai atsakė priešingai - sveikatos anketos užpildymas jiems būtų vienas iš patraukliausių duomenų atidavimo metodų, nes tai jiems suteikia galimybę kontroliuoti atiduodamus duomenis. Tad šiuo atveju draudikai neturėtų bijoti šio rinkimo būdo. Tačiau jei tokia baimė išlieka (pvz. įsivertinus administravimo kaštus), verta būtų pagalvoti apie duomenų rinkimą turimos mobiliosios programėlės pagalba, nes būtent tai buvo antroje vietoje pagal respondentų atsakymų populiarumą.
4. Kadangi mokslinėje literatūroje atrasta, kad paslaugų/prekių suasmeninimas turėtų būti visų sėkmingų organizacijų prioritetas, tad nenuostabu, kad ir atliktame tyrime dalis draudikų

atstovų paminėjo, kad nors ir šiuo metu tikslo personalizuoti privatų sveikatos draudimą nėra išsikėlę, tačiau atstovaujamos organizacijoje nuolat apie tai yra svarstoma bei ieškoma galimybių tai įgyvendinti. Atsižvelgiant į tai bei kitas atlikto tyrimo išvadas, darbo autorius, draudikams, pasiūlymas būtų išsikelti tikslą suasmeninti privatų sveikatos draudimą, o įgyvendinimą atlikti pasitelkiant šiame darbe atrastus sėkmės veiksnius. Tuo tarpu darbo autoriaus pasiūlymai mokslui:

- Išsamiai ištirti suasmenintų draudimo produktų neįgyvendinimo priežastis, jų įtaką sėkmingam įgyvendinimui;
- Identifikuoti ir ištirti suasmenintų kitų draudimo produktų įgyvendinimo sėkmės veiksnius bei juos palyginti su šiame darbe atrastais;
- Ištirti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įtaką draudikų patrauklumui/pelningumui.

LITERATŪROS IR ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

- Anshari, M., Almunawar, M. N., Lim, S. A., Al-Mudimigh, A. (2019). Customer relationship management and big data enabled: Personalization & customization of services. *Applied Computing and Informatics*, 15 (2), 94-101. Žiūrėta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210832718300735>
- Barry, L., Charpentier, A. (2020). Personalization as a promise: Can Big Data change the practice of insurance?. *Big Data & Society*, January 2020. Žiūrėta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2053951720935143>
- Bensenson, Z., Railean, A., Quintero, J. (2020). Acceptance Factors of Car Insurance Innovations: The Case of Usage-Based Insurance. *Journal of Traffic and Logistics Engineering*, 8 (2), 45-55. Žiūrėta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <http://www.jtle.net/uploadfile/2020/1221/20201221051657707.pdf>
- European Insurance and Occupational Pensions Authority (2019). Big data analytics in motor and health insurance: a thematic review. Žiūrėta 2021-12-08. Prieiga per internetą: https://register.eiopa.europa.eu/Publications/EIOPA_BigDataAnalytics_ThematicReview_April2019.pdf
- Gaižauskaitė, I., Valavičienė N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu: vadovėlis*. Žiūrėta 2022-04-08. Prieiga per internetą: <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/16724/9789955302056.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guillen, G., Nielsen, J. P., Pérez-Marín, A. M. (2021). Near-miss telematics in motor insurance. *Journal of Risk and Insurance*, 88 (3), 569-589. Žiūrėta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jori.12340>
- Kim, M. S., Kim, S. (2018). Factors influencing willingness to provide personal information for personalized recommendations. *Computers in Human Behavior*, 88, 143-152. Žiūrėta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074756321830308X>
- McFall, L. (2019). Personalizing solidarity? The role of self-tracking in health insurance pricing. *Economy and Society*, 48 (1), 52-76. Žiūrėta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03085147.2019.1570707>

- McFall, L., Meyers, G., Hoyweghen, I. V. (2020). Editorial: The personalisation of insurance: Data, behaviour and innovation. *Big Data & Society*, July 2020. Žiūrēta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2053951720973707>
- Meyers, G., Hoyweghen, I. V. (2020). 'Happy failures': Experimentation with behaviour-based personalisation in car insurance. *Big Data & Society*, January 2020. Žiūrēta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2053951720914650>
- Park, Y. J., Chang, K. N. (2009). Individual and group behavior-based customer profile model for personalized product recommendation. *Expert Systems with Applications*, 36 (2-1), 1932-1939. Žiūrēta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0957417407006288>
- Tanninen, M., Lehtonen, T. L., Ruckenstein, M. (2021). Tracking lives, forging markets. *Journal of Cultural Economy*, 14 (4), 449-463. Žiūrēta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17530350.2020.1852949>
- Vesänen, J. (2005). What is personalization? – A Literature Review and Framework. Žiūrēta 2021-11-05. Prieiga per internetą: <http://epub.lib.aalto.fi/pdf/wp/w391.pdf>

SUCCESS FACTORS FOR THE IMPLEMENTATION OF PERSONALIZED PRIVATE HEALTH INSURANCE IN LITHUANIA

Gintarė MACYTĖ

Master thesis

Strategic management of information systems master study programme

Vilnius University, Faculty of Economics and Business Administration

Supervisor – Dr. Gediminas Rumšas

Vilnius, 2022

SUMMARY

57 pages, 16 pictures, 13 references.

The main purpose of this master thesis is to define the success factors of the implementation of personalized private health insurance in Lithuania.

Work tasks: After conducting a scientific analysis of the literature, to find out the applicability of personalization and the value created in private health insurance. Choose an empirical research methodology, justify its choice and define the course of research organization. With the help of a semi-structured interview and a structured questionnaire survey, to reveal the success factors of the implementation of personalized private health insurance in Lithuania.

The work consists of five parts: introduction, three main parts, conclusions and recommendations, literature sources and appendixes. The first of the main chapters provides a literature sources analysis. After analyzing the literature, it was established that the application of personalization in insurance must be one of the most important goals of the organization. The second of the main chapters was devoted to defining the methodology of the empirical study. To achieve the goal of the work, it was decided to conduct a qualitative study focused on the recipients of the data required for the application of personalization, i.e., insurers, and a quantitative study focused on the data providers, that is, the insured. The results of the qualitative research are analyzed using the content analysis technique, and the results of the quantitative research - statistical analysis. The third of the main chapters presents and analyzes the results of the conducted empirical research. It was found that some of the surveyed insurers would like to receive additional data, and those surveyed would agree to sell it. Taking this into account, the conclusions and recommendations section highlights the success factors of the implementation of personalized private health insurance in Lithuania.

PRIEDAI

1 priedas. Interviu protokolo forma

Interviu data:

Interviu trukmė:

Interviu vieta:

Atstovaujamo draudiko užimama rinkos dalis pagal pasirašytas draudimo įmokas 2021 m.:

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
1	Respondento pareigos	
2	Kokie Jūsų įmonėje dabar rizikos vertinimo kriterijai yra naudojami vertinant riziką?	
3	Iš kur Jūs dabar gaunate duomenis reikalingus vertinimui?	
4	Ar susiduriate su sunkumais gaunant Jums reikalingus duomenis? Jei taip, kokiais?	
5	Ar viešai prieinamų ar kitaip gaunamų (pvz. brokeris/draudėjas pateikia) duomenų šiuo metu užtenka?	
6	Ar turite poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų?	
7	Kokių papildomų duomenų poreikį turite kiekvienu atveju?	
8	Ar esate svarstę galimybę draudėjams/apdraustiesiems suteikti naudą už papildomų duomenų davimą? Kokie buvo už/prieš argumentai? Ar pavyko kažką įgyvendinti?	
9	Kaip manote kokias naudas galėtumėte pasiūlyti draudėjams/apdraustiesiems už papildomų duomenų davimą?	
10	Ar Jūsų įmonėje yra iškeltas tikslas sveikatos draudimo suasmeninimo įgyvendinimui? Gal galite papasakoti apie tai plačiau (konfidencialumo ribose)?	

Kitos paminėtos pastabos:

Anketinė apklausa

Gerbiamas Respondente, esu Vilniaus universiteto, strateginio informacinių sistemų valdymo studijų programos studentė, Gintarė Macytė, atlieku magistro baigiamojo darbo tyrimą, kurio tikslas – ištirti suasmeninto privataus sveikatos draudimo įgyvendinimo potencialą Lietuvoje. Tyrimą sudaro du etapai: vienas orientuotas į draudikus (atliekami interviu, kuriais siekiama sužinoti ar turi papildomų duomenų poreikį Lietuvoje veikiantys ir privatų sveikatos draudimą parduodantys draudikai. Taip pat siekiama išsiaiškinti ir kokių papildomų duomenų draudikai norėtų bei ką už tai galėtų pasiūlyti duomenų davėjams), o antrasis – į apdraustuosius (atliekama apklausa, kuria siekiama išsiaiškinti ar apdraustieji sutiktų pasidalinti savo duomenimis su draudikais, ar jiems reikalinga už tai papildoma nauda (didesni rizikų limtai, geresnės sąlygos, dovanų kuponai ir pan.) bei kokie pasidalinimo būdai jiems būtų tinkamiausi). Surinkti duomenys bus naudojami tik baigiamajam magistro darbui parengti. Apklausa yra anoniminė.

Naudojamų sąvokų paaiškinimas:

- Draudikas - draudimo bendrovė;
- Suasmenintas - pritaikytas konkrečiam asmeniui, taip tenkinant jo asmeninius poreikius.

Ačiū už skirtą laiką

1. Jūsų lytis
 - o Moteris
 - o Vyras
 - o Kita

2. Jūsų amžius
 - o 19 - 24 metų
 - o 25 - 34 metų
 - o 35 - 44 metų
 - o 45 - 54 metų

- 55 - 64 metų
- 65 ir daugiau metų

3. Vietovė, kurioje Jūs gyvenate

- Didmiestis
- Miestas
- Miestelis
- Kaimas
- Vienkiemis

4. Jūsų išsilavinimas

- Pagrindinis
- Vidurinis
- Profesinė kvalifikacija
- Aukštasis koleginiis
- Bakalauro laipsnis
- Magistro laipsnis
- Aukštesnis nei magistro laipsnis

5. Ar esate/buvote apdrausta (-as) privačiu sveikatos draudimu?

- Taip, šiuo metu esu apdrausta (-as)
- Šiuo metu nesu apdrausta (-as), bet anksčiau buvau
- Ne, niekada nebuvo apdrausta (-as)
- Nežinau

6. Ar sutiktumėte su draudiku pasidalinti savo asmeniniais duomenimis vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo?

- Taip
- Galbūt, priklausomai nuo duomenų
- Ne

7. Ar Jums yra reikalinga nauda, kad pasidalintumėte savo asmeniniais duomenimis su draudiku?

- Taip

- Galbūt, priklausomai nuo duomenų
 - Ne
8. Kokius savo duomenis galėtumėte atiduoti draudikui be suteikiamos Jums naudos?
- Amžius
 - Išsilavinimas
 - Užimama veikla
 - Žingsniai
 - Sveikatos istorija
 - Sporto užsiėmimų lankymas
 - Vieta (GPS)
 - Paskutinio profilaktinio tyrimų patikrinimo rezultatai
 - Kita (įrašykite) _____

9. Kokius savo duomenis galėtumėte atiduoti draudikui su suteikiama Jums nauda?
- Amžius
 - Išsilavinimas
 - Užimama veikla
 - Žingsniai
 - Sveikatos istorija
 - Sporto užsiėmimų lankymas
 - Vieta (GPS)
 - Paskutinio profilaktinio tyrimų patikrinimo rezultatai
 - Kita (įrašykite) _____

10. Ar sutinkate, kad žemiau išvardintos suteikiamos naudos Jus paskatintų pasidalinti savo asmeniniais duomenimis su draudiku?

	Visiškai nesutinku 1	Nesutinku 2	Iš dalies sutinku 3	Sutinku 4	Visiškai sutinku 5
Didesnės turimo privataus sveikatos draudimo sumos					
Aukštesnės draudiko dengiamos paslaugų dalys (proc.), nei					

	Visiškai nesutinku 1	Nesutinku 2	Iš dalies sutinku 3	Sutinku 4	Visiškai sutinku 5
išpirko darbdavys					
Nuolaidos draudimo bendrovės parduodamoms paslaugoms					
Dovanų kuponai					
Piniginė paskata					
Pasidalinčiau nepriklausomai nuo to ar gausiu iš draudiko kažkokią naudą					

11. Kokiais būdais sutiktumėte su draudiku pasidalinti savo asmeniniais duomenimis vardan labiau suasmeninto privataus sveikatos draudimo?

	Visiškai nesutinku 1	Nesutinku 2	Iš dalies sutinku 3	Sutinku 4	Visiškai sutinku 5
Galėčiau užpildyti draudiko paruoštą sveikatos anketą					
Man sutikus draudikas galėtų gauti sveikatos duomenis iš elektroninės sveikatos sistemos (e-sveikata)					
Galėčiau pasidalinti duomenimis, surinktais mobiliojoje programėlėje (pvz. amžius, vieta, žingsniai)					
Galėčiau pateikti paskutinio profilaktinio tyrimų patikrinimo rezultatus					

3 priedas. Interviu protokolas Nr. 1

Interviu data: 2022-04-29

Interviu trukmė: 1 val.

Interviu vieta: nuotolinis vaizdo skambutis naudojant Webex platformą

Atstovaujamo draudiko užimama rinkos dalis pagal pasirašytas draudimo įmokas 2021 m.:
10 proc.

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
1	Respondento pareigos	Rizikos vertintojas
2	Kokie Jūsų įmonėje dabar rizikos vertinimo kriterijai yra naudojami vertinant riziką?	Dabar naudojame: darbuotojų vidutinis amžius, įmonės veikla, fizinis/nefizinis darbas, naudojimosi sveikatos draudimu praktika (naujas – nėra turėję šio draudimo, X metų draudžiasi ir pan.), žalų istorija, miestas, darbuotojų kaita, įmonės rūpinamasis sveikata, pasiskirstymas tarp amžiaus grupių. Turima ir daugiau, bet dėl konfidencialumo neatskleista.
3	Iš kur Jūs dabar gaunate duomenis reikalingus vertinimui?	Brokeriai, draudėjai, vieša informacija, turima duomenų bazė.
4	Ar susiduriate su sunkumais gaunant Jums reikalingus duomenis? Jei taip, kokiais?	Taip, sunkiai gaunama reikiama informacija. Nei draudėjas, nei brokeris nesidalina atvirai duomenų (bandoma neprarasti konkurencinio pranašumo arba ieškant sau naudos), o jei ir dalinasi sunku patikrinti jų teisingumą. Dėl abejotinos reputacijos informaciją naudojame labai kritiškai, labiau vadovaujamės savo duomenų baze. Kai negaunam jokios informacijos, remiamės duomenimis iš turimos duomenų bazės (pvz. statybų sektorių lyginam su statybų sektoriumi ir pan.).
5	Ar viešai prieinamų ar kitaip gaunamų (pvz. brokeris/draudėjas pateikia) duomenų šiuo metu užtenka?	Neužtenka, yra noras visuomet daugiau.

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
6	Ar turite poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų?	Taip, visuomet kuo daugiau duomenų, tuo geriau, pvz. jei brokeris apie draudėją nieko nepamini (pvz. suteikiamas tik jo pavadinimas), skaičiuojama visuomet kaip brangus klientas, kas ne visuomet yra teisingiausia draudėjo atžvilgiu.
7	Kokių papildomų duomenų poreikį turite kiekvienu atveju?	Būtų gerai gauti apdraustųjų ligų istorijas, sveikatos draudimo naudojimosi statistiką (detalią), užsiimamas veiklas, išsilavinimus, detalią informaciją apie amžių ir t.t., kuo daugiau tuo geriau.
8	Ar esate svarstę galimybę draudėjams/apdraustiesiems suteikti naudą už papildomų duomenų davimą? Kokie buvo už/prieš argumentai? Ar pavyko kažką įgyvendinti?	Diskusija buvo, bet ji labiau orientuota ties duomenų gavimu. Kadangi apdraustųjų kiekis yra labai didelis, labai nesinori šio produkto apsunkinti įvairiomis anketomis (popierinėmis), tad duomenis turėtų būti gaunami paprastesniu būdu, nepasunkinant visų pusių. Šioje vietoje nesurasta efektyvaus būdo, tad diskusija baigėsi. Nebuvo prieita prie galvojimo apie apdraustųjų motyvavimą pasidalinti duomenimis.
9	Kaip manote kokias naudas galėtumėte pasiūlyti draudėjams/apdraustiesiems už papildomų duomenų davimą?	Draudėjams - nuolaida įmokai. Apdraustiesiems – taikomos rinkodaros priemonės, pvz. kuponai, dovanų čekiai, daiktai ir pan.
10	Ar Jūsų įmonėje yra iškeltas tikslas sveikatos draudimo suasmeninimo įgyvendinimui? Gal galite papasakoti apie tai plačiau (konfidencialumo ribose)?	Tokio tikslo nėra. Vis galvojama apie tai, bet vis „atsitrenkiama į sieną“, nes šiame produkte dalyvauja ne dvi, o trys šalys, kas tik apsunkina galimybes (apsaugą gauna fizinis asmuo, o moka už tai – juridinis). Fiziniam asmeniui parduodamo draudimo produkto suasmeninimo įgyvendinimas galėtų būti daug realesnis ir paprastesnis. Todėl kol kas ši mintis atidėta iki momento, kai bus sukurtas sveikatos draudimas skirtas fiziniam

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
		asmeniui.

Kitos paminėtos pastabos: Domintų - sveikatos istorija, ligų istorija. Problema - sunku surinkti iš darbuotojų duomenis. Kurie tikrinasi prevenciškai ir prisižiūri – nuostolingesni. Prevencija leidžia užkirsti kelia sunkesniems atvejams, tačiau įžvalga, kad apdraustieji sunkesniais atvejais dažniausiai kreipiasi į valstybinę įstaigą.

4 priedas. Interviu protokolas Nr. 2

Interviu data: 2022-05-04

Interviu trukmė: 1 val.

Interviu vieta: nuotolinis vaizdo skambutis naudojant Webex platformą

Atstovaujamo draudiko užimama rinkos dalis pagal pasirašytas draudimo įmokas 2021 m.:
10 proc.

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
1	Respondento pareigos	Sveikatos draudimo pardavimų skyriaus vadovas
2	Kokie Jūsų įmonėje dabar rizikos vertinimo kriterijai yra naudojami vertinant riziką?	Dabar naudojame gana siaurai: amžius (jaunesni nei 30 metų vs senesni nei 30 metų), lokacija, kur dirba, darbo pobūdis – administracija vs kiti.
3	Iš kur Jūs dabar gaunate duomenis reikalingus vertinimui?	Brokeriai, draudėjai, turima duomenų bazė, vieša informacija apie įmonę.
4	Ar susiduriate su sunkumais gaunant Jums reikalingus duomenis? Jei taip, kokiais?	Taip, sunku gauti tikslus ir reikalingus duomenis, nenorima jų pateikti arba klastojama, neturima galimybės patikrinti duomenų tikrumo. Praktikoje dažnai pasiremiamas spėjimais, kai neturima jokių duomenų apie tą įmonę, pvz. jei negaunamas amžius, traktuojama kad virš 30 m.
5	Ar viešai prieinamų ar kitaip gaunamų (pvz. brokeris/draudėjas pateikia) duomenų šiuo metu užtenka?	Ne, visada norėtusi daugiau.
6	Ar turite poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų?	Taip, visada norėtusi daugiau, bet sunku juos surinkti, saugoti ir panaudoti (nesugalvojamas teisiškai įmanomas būdas).
7	Kokių papildomų duomenų poreikį turite kiekvienu atveju?	Reikalingas būtų regioninis pasiskirstymas. Norėtusi statistikos, kaip amžius koreliuoja su ligomis.
8	Ar esate svarstę galimybę draudėjams/apdraustiesiems suteikti naudą už papildomų duomenų	Turėjome vandens gėrimo žaidimą per mobiliąją programėlę, bet tai labiau marketingo klausimas. Taip pat ir žingsnių iššūkis dabar vykdomas.

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
	davimą? Kokie buvo už/prieš argumentai? Ar pavyko kažką įgyvendinti?	Ką esame turėję, tas realiai nepasiteisino. Tai tik marketingas. Jei ir darytume kokią akciją, tai tik dėl galimybės pritraukti naujų klientų.
9	Kaip manote kokias naudas galėtumėte pasiūlyti draudėjams/apdraustiesiems už papildomų duomenų davimą?	Kuponai, vaisiai ir t.t.
10	Ar Jūsų įmonėje yra iškeltas tikslas sveikatos draudimo suasmeninimo įgyvendinimui? Gal galite papasakoti apie tai plačiau (konfidencialumo ribose)?	<p>Išsikeltas nėra, bet daug apie tai galvojama ir diskutuojama.</p> <p>Pastebėta, kad apdraustieji nenori daug mobiliųjų programėlių, tad buvo galvota bendradarbiauti su žingsnių programėle. Tačiau pradėta nebuvo, nes sunki integracija duomenų ir teisinis klausimas.</p> <p>Idėja – padaryti kokį projektą su esamu klientu, nes su juo būtų galima susiderinti dėl duomenų perdavimo, o atnaujinimo procese už tai kažkas būtų, pvz. jei nepasinaudoja draudimu kažką gauna.</p> <p>Užklauskos etape keistai atrodytų, jei mes paprašytume suvesti apdraustiesiems duomenis, o vėliau gal ir neapdraustume. Galimybė tai galvoti tik su esamais klientais, pvz. lokacija pagal GPS.</p>

Kitos paminėtos pastabos: Jau yra statistikos ta tema, stipriai domisi, tačiau bandydami tai pritaikyti sveikatos draudimo produktui atsimušiau į sieną, nes tai ne asmens draudimas, kas yra stipriai kitaip. Gyvybės draudime jau naudojama. Dovanoja mobiliųjį telefoną už sveiką gyvenseną Kanadoje. Analizuojant savo duomenis išsiaiškinta, kad žmogus kuris sportuoja ir turi profilaktiką – dažniau naudoja ambulatoriją, neignoruoja ligų ir simptomų. Pastebėta, kad neturima duomenų, kad sportuojantis žmogus ar daugiau vaikštantis yra mažiau rizikingas.

5 priedas. Interviu protokolas Nr. 3

Interviu data: 2022-10-13

Interviu trukmė: 1 val.

Interviu vieta: nuotolinis vaizdo skambutis naudojant Webex platformą

Atstovaujamo draudiko užimama rinkos dalis pagal pasirašytas draudimo įmokas 2021 m.:
18 proc.

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
1	Respondento pareigos	Rizikos vertintojas
2	Kokie Jūsų įmonėje dabar rizikos vertinimo kriterijai yra naudojami vertinant riziką?	Įmonės vietovė (lokacija), įmonės veikla, apdraustųjų skaičius, išdraustumo koeficientas (bendras darbuotojų skaičius/apdraustųjų sk.), apdraustųjų amžiaus grupė, apdraustųjų patirtis kaip sveikatos draudimo vartotojų, prašomų draudimo sąlygų ypatumai (ar taikoma išskaita paslaugoms, ar yra „laisvas“ limitas užklausoje ir t.t.).
3	Iš kur Jūs dabar gaunate duomenis reikalingus vertinimui?	Iš įvairių šaltinių (informacija iš pardavimų atstovų, interneto, klientų).
4	Ar susiduriate su sunkumais gaunant Jums reikalingus duomenis? Jei taip, kokiais?	Ne, visada yra aiškus apdraustųjų amžiaus vidurkis. Jeigu įmonė turi filialų kituose miestuose, sudėtingiau gauti informaciją apie tai, kiek apdraustųjų dirba skirtinguose filialuose, jeigu prašomi keli variantai su skirtingomis sąlygomis (skirtingomis išskaitomis) sunku prognozuoti kokiomis proporcijomis bus pasirinktas vienas ar kitas variantas.
5	Ar viešai prieinamų ar kitaip gaunamų (pvz. brokeris/draudėjas pateikia) duomenų šiuo metu užtenka?	Dažniausiai duomenų pakanka.
6	Ar turite poreikį papildomiems duomenims iš apdraustųjų/draudėjų?	Ne. Kol kas tų kriterijų, kuriuos išvardinau (dabar naudojami) pakanka rizikai įvertinti.

Nr.	Klausimas	Užfiksuotas atsakymas
7	Kokių papildomų duomenų poreikį turite kiekvienu atveju?	Visas duomenų poreikis išvardintas prie naudojamų kriterijų.
8	Ar esate svarstę galimybę draudėjams/apdraustiesiems suteikti naudą už papildomų duomenų davimą? Kokie buvo už/prieš argumentai? Ar pavyko kažką įgyvendinti?	Ne, tokia galimybė nebuvo svarstyta.
9	Kaip manote kokias naudas galėtumėte pasiūlyti draudėjams/apdraustiesiems už papildomų duomenų davimą?	Tokia galimybė nebuvo svarstyta.
10	Ar Jūsų įmonėje yra išskeltas tikslas sveikatos draudimo suasmeninimo įgyvendinimui? Gal galite papasakoti apie tai plačiau (konfidencialumo ribose)?	Tokio tikslo nėra.

Kitos paminėtos pastabos: -