Inspira- Journal of Modern Management & Entrepreneurship (JMME)
ISSN : 2231–167X, Impact Factor: 6.280, Volume 11, No. 02, April-June 2021, pp. 85-92

स्वास्थ्य बीमा के प्रति जागरूकता का अध्ययन (मध्यप्रदेश के विशेष संदर्भ में)

राहुल जैन*
डॉ. अनुजा भदौरिया**
डॉ. प्रदीप गुप्ता***

सार

स्वास्थ्य बीमा ''व्यक्तिगत बीमा और सामान्य बीमा'' का एक संयोजन है। भारत में चिकित्सा बीमा (मेडिक्लेम पॉलिसी) बहुत प्रसिद्ध है। बहुत से संगठन हैं जो भारत में सस्ते स्वास्थ्य बीमा की पेशकश कर रहे हैं। भारत में स्वास्थ्य बीमा का इतिहास 1923 का है जब कर्मकार मुआवजा अधिनियम पारित किया गया था। वर्ष 1948 में जब ईएसआई अधिनियम की शुरूआत हुई तब से, स्वास्थ्य बीमा बाजार लगातार विकसित हो रहा है। भारतीय स्वास्थ्य बीमा बीमारी और दुर्घटनाओं के मामले में चिकित्सा उपचार को सरल करता है। स्वास्थ्य बीमा के उपयोग से इलाज पर होने वाले व्यय के बारे में चिंता किए बिना अच्छी चिकित्सा सुविधाएं प्राप्त की जा सकती हैं। प्रीमियम का भुगतान करके एक व्यक्ति या व्यक्तियों का समूह अच्छी स्वास्थ्य सुविधाएं आसानी से प्राप्त कर सकता है। विश्व के अनेक देशों में स्वास्थ्य बीमा की सुविधाएं बहुत ही आसानी से जन–सामान्य तक पहुचाई जा रही हैं। लेकिन भारत में यह संगठित क्षेत्र के कर्मचारियों को छोड़कर अपेक्षाकृत एक नई अवधारणा है। भारत में कुल स्वास्थ्य व्यय का लगभग 2 प्रतिशत सार्वजनिक सामाजिक स्वास्थ्य बीमा के द्वारा वित्त पोषित है जबकि 18 प्रतिशत सरकारी बजट द्वारा वित्त पोषित है। यह शोध अध्ययन आम आदमी के बीच स्वास्थ्य बीमा के बारे में जागरूकता पर केंद्रित है तथा स्वास्थ्य के लिए सुझाव भी प्रदान करता है।

शब्दकोश: *स्वास्थ्य बीमा, मेडिक्लेम पॉलिसी, व्यक्तिगत बीमा और सामान्य बीमा, सरकारी बजट।*

प्रस्तावना

भारत में स्वास्थ्य बीमा का इतिहास लगभग 100 वर्ष पुराना रहा कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम के पारित होने के बाद से स्वास्थ्य बीमा बाजार लगातार उन्नति कर रहा है। भारतीय स्वास्थ्य बीमा बीमारी और दुर्घटनाओं के मामले में चिकित्सा पर होने वाले व्ययों की प्रतिपूर्ति करता है जिससे इलाज पर होने वाले व्यय पर चिंता किए बिना अच्छी चिकित्सा सुविधा प्राप्त की जा सके।

ऐतिहासिक रूप से, स्वास्थ्य रखरखाव संगठन, भारत सरकार ने ''स्वास्थ्य योजना'' शब्द का उपयोग किया, जबकि वाणिज्यिक बीमा कंपनियों ने ''स्वास्थ्य बीमा'' शब्द का उपयोग किया। स्वास्थ्य रखरखाव संगठन, व्यवसायिक सेवा प्रदाता संगठनों अथवा सेवा योजनाओं के माध्यम से दी जाने वाली सदस्यता–आधारित चिकित्सा देखभाल व्यवस्था को स्वास्थ्य बीमा योजना कहा जाता हैं। ये योजनाएँ प्री–पेड योजनाओं के समान है जिसमें चिकित्सा सुविधा हेतु प्रिमियम के रूप में अग्रिम भुगतान किया जाता हैं। वर्ष 1999 में बीमा विनियामक विकास प्राधिकरण विधेयक (IRDA) के पारित होने के साथ ही, भारतीय स्वास्थ्य बीमा के एक नए युग की शुरुआत हुई हैं। भारत में स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में कुछ अंतर्राष्ट्रीय संगठन स्थानीय कंपनियों के साथ मिलकर बाजार में निवेश कर रहे हैं।

* शोधार्थी, जीवाजी विश्वविद्यालय, ग्वालियर, म.प्र.।
** प्राचार्य, आदित्य कॉलेज, ग्वालियर, म.प्र.।
*** प्रोफेसर, एम.एल.बी. कॉलेज, ग्वालियर, म.प्र.।

स्वास्थ्य बीमा भारत के लोगों की स्वास्थ्य की जरूरतों को पूरा करने में एक महत्वपूर्ण वित्तीय उपकरण है। अनुकूल मांग, सहायक बुनियादी ढाँचे और विनियामक वातावरण के साथ भारतीय बाजार की क्षमता स्वास्थ्य बीमा परिदृश्य में एक महत्वपूर्ण उछाल लाएगी ऐसा कहा जा सकता है। वर्तमान में देश में बीमित व्यक्तियों की संख्या में महत्वपूर्ण वद्धि दर्ज की गई है, यह महत्वपूर्ण तथ्य है। उपरोक्त को ध्यान में रखते हुए शोधार्थी ने शोध कार्य का चयन किया है।

अध्ययन के उद्देश्य

- स्वास्थ्य बीमा के बारे में जागरूकता स्तर का अध्ययन करना।
- स्वास्थ्य बीमा के बारे में जागरूकता और खरीद के बीच अनुपात का पता लगाना एवं परीक्षण करना।
- स्वास्थ्य बीमा की स्थितियों में सुधार के लिए सुझाव प्रस्तुत करना।

साहित्य की समीक्षा

प्रस्तुत शोध के अध्ययन हेतु बीमा के लिए साहित्य की समीक्षा महत्वपूर्ण है। इसलिए अध्ययन के लिए साहित्य की समीक्षा की गई जो इस प्रकार हैः

K. Selva Kumar and S. Vijay Kumar (2013) ने अपने लेख, ''मदुरै क्षेत्र के साथ सामान्य बीमा कंपनियों के प्रशासन की दिशा में नीति धारकों की उपस्थिति'' में अध्ययन से पता लगाया है कि 23 प्रतिशत बीमा धारक निम्न स्तर की अभिवृत्ति से संबंधित हैं, 46 प्रतिशत मध्यम स्तर के दृष्टिकोण से और 31 प्रतिशत उच्च स्तर के दृश्टिकोण से संबंधित हैं। उम्र, लिंग, शिक्षा, और वैवाहिक स्थिति, परिवार के प्रकार तथा समुदाय और सार्वजनिक क्षेत्र की सामान्य बीमा कंपनियों की सेवाओं के प्रशासन के लिए उनके दृष्टिकोण के स्तर के बीच एक महत्वपूर्ण संबंध पाया गया है।

R. Amsaveni and S. Gomathi (2013) ने अपने अध्ययन में स्वास्थ्स बीमा धारको की संतुष्टि का पता लगाने का प्रयास किया। उन्होनें स्वयं को सुरक्षित रखने के लिए स्वास्थ्य बीमा को प्राथमिकता देने का कारण पहचानने का प्रयास किया। अध्ययन से यह ज्ञात हुआ कि भविष्य के जोखिम से दूर रहने के लिये अधिकांश उत्तरदाता कर्मचारियों ने अपने लिए व्यक्तिगत योजना बनाई है। अध्ययन से यह भी ज्ञात हुआ कि स्वास्थ्य बीमा प्रदाताओं द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं हेतु शामिल किए गए अस्पतालों की संख्या तथा सूची का समय पर प्रकाशन तथा संचारण बीमा धारको की मुख्य समस्याएं रही हैं।

P. Jain et al., (2010) ने अपने शोधपत्र, ''विभिन्न सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी धारकों द्वारा उनके दावों के निपटान के लिए आने वाली समस्याएं'' में ग्राहकों द्वारा सामना की गई समस्या को मापने की कोशिश की है। शोध का उद्देश्य, ग्राहकों की संतुष्टि के स्तर और उनके दावे को प्राप्त करने में उनके सामने आने वाली समस्याओं का अध्ययन करना था। साथ ही दावे के निराकरण के कारणों का भी अध्ययन करना था।

गेरोला एवं विकास (2016), ने ''उदारीकरण युग के बाद सार्वजनिक और निजी जीवन बीमा कंपनियों का तुलनात्मक अध्ययन''। शोध–पत्र के निष्कर्ष थे कि निजी जीवन बीमा कंपनियों के प्रवेश से भारत में जीवन बीमा के क्षेत्र में प्रतिस्पर्धा के द्वार खुले। जिससे बीमा क्षेत्र में कई प्रकार से नवीनता व प्रगति देखने को मिली। प्रतिस्पर्धा के चलते भारतीय जीवन बीमा निगम और निजी जीवन बीमा कंपनियाँ, आकर्षित योजनाएँ और ग्राहकों को संतोषजनक सेवाएं प्रदान करने लगीं। उदारीकरण के पश्चात् ही विदेशी बीमा भी दूसरे देश में संभव हो पाया। उदारीकरण के द्वारा ही बीमा कुछ वर्षों में अपना बाजार में वर्चस्व जमा पायेंगा।

सेलंकी (2016) ने ''भारत में चयनित निजी जीवन बीमा कंपनियों की लाभप्रदता का विश्लेषणात्मक अध्ययन'', शोध–पत्र के निष्कर्ष थे कि निजी जीवन बीमा कंपनियों को अपना व्यवसाय बढ़ाने हेतु पॉलिसियों की

संख्या में अधिक वृद्धि करनी होगी ,जिससे बाजार अंश बढ़ेगा और इससे लाभप्रदता भी बढ़ेगी। आय दर में, विनियोग में और लाभ में कर चुकाने के पश्चात चुनी गई जीवन बीमा कंपनियों में कोई सार्थक अंतर नहीं है। कर चुकाने से पहले सार्थक अंतर की दर है, पॉलिसियों के दायित्व में परिवर्तन आते है, प्रीमियम पर लाभ होता है।

शोध विधि

यह शोध पत्र शोधमूलक शोध क्रिया विधि पर आधारित है। चयनित उत्तरदाताओं से संरचित प्रश्नावली के माध्यम से प्राथमिक समंक एकत्र किए गये है और अन्य विभिन्न स्रोतों से द्वितियक समंक एकत्र किए गये है जैसे– भारतीय और अंतर्राष्ट्रीय पत्रिकाएँ, स्वास्थ्य बीमा बुलेटिन, समाचार पत्र इत्यादि।

शोध का प्रारूप	:	वर्णनात्मक शोध प्रारूप
शोध तकनीक	:	दैव निदर्शन विधि
नमूना इकाई	:	मध्यप्रदेश
न्यादर्श का आकार	:	120
समंक संग्रह के लिए उपकरण	:	प्रश्नावली
समंक विश्लेषण के लिए उपकरण	:	आवृत्ति प्रतिशत परीक्षण

समंक विश्लेषण और व्याख्या

शोधार्थी द्वारा उत्तरदाताओं से समंक एकत्र किए गये जिनका विवरण इस प्रकार है –

- **सामान्य जानकारी (व्यक्तिगत और पारिवारिक जानकारी)**

व्यक्तिगत विशेषताओं का अध्ययन उम्र, लिंग, शिक्षा स्तर, पारिवारिक प्रकार, व्यवसाय और स्थानीयता (तालिका 1) के संदर्भ में किया गया।

यह देखा गया कि अधिकतम उत्तरदाताओं (43.33) की आयु 30–40 वर्ष की थी और न्यूनतम उत्तरदाताओं (2.5) की आयु 50 वर्ष से अधिक थी। यह भी देखा गया कि उत्तरदाताओं में से 51.67 प्रतिशत पुरुष और केवल 48.33 प्रतिशत महिलाएं थीं। शिक्षा से संबंधित आंकड़ों से पता चला कि सभी उत्तरदाता शिक्षित थे। उत्तरदाताओं की अधिकतम संख्या 37.5 प्रतिशत स्नातक या स्नातकोत्तर थी, 23.33 प्रतिशत उत्तरदाताओं में इंटरमीडिएट तक योग्यता थी, 34.17 प्रतिशत उत्तरदाता हाईस्कूल पास थे और केवल 5 प्रतिशत उत्तरदाताओं के पास प्राथमिक स्तर तक की शिक्षा थी। आंकड़ों से यह भी पता चला कि 71.67 प्रतिशत उत्तरदाता एकल परिवार से संबंधित थे और केवल 28.33 प्रतिशत संयुक्त परिवार के थे।

तालिका 1ः सामान्य जानकारी द=120

क्रमांक	मापदण्ड	चर	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	उम्र	20 से कम	4	3.33
		20 – 30	38	31.67
		30 – 40	52	43.33
		40 – 50	23	19.17
		50 से अधिक	3	2.5
2.	लिंग	पुरूश	62	51.67
		महिलाएं	58	48.33
3.	शैक्षणिक स्थिति	प्राथमिक शिक्षा	6	5
		हाईस्कूल	41	34.17
		हायर सेकेण्डरी	28	23.33
		स्नातक / स्नातकोत्तर	45	37.5

4.	पारिवारिक स्थिति	एकल	86	71.67
		संयुक्त	34	
5.	आय के साधन	सरकारी नौकरी	22	18.33
		प्रायवेट नौकरी	28	23.33
		व्यापार	45	37.50
		घरेलू महिलाएं	14	11.67
		छात्र	11	9.17
6.	रिहायशी स्थिति	शहरी	45	37.50
		अर्द्ध शहरी	40	33.33
		ग्रामीण	35	29.17

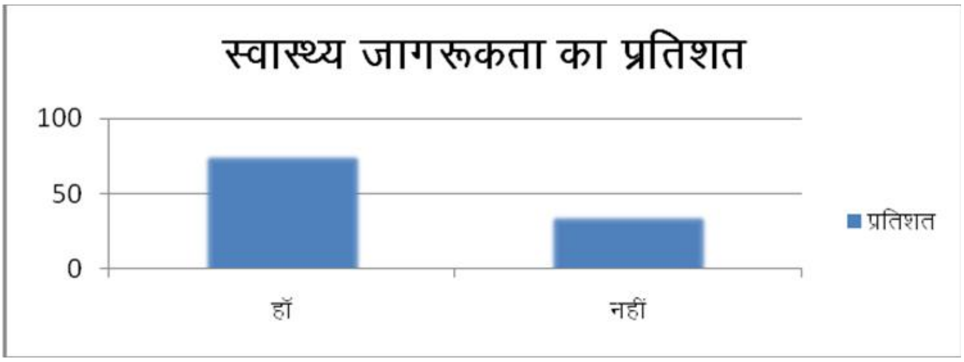
तालिका 1 से यह स्पष्ट है कि अधिकतम प्रतिशत 37.5 प्रतिशत व्यापारी, 23.33 प्रतिशत निजी सेवारत कर्मचारी, 18.33 प्रतिशत सरकारी सेवारत कर्मचारी, 11.67 प्रतिशत महिलाऐं और न्यूनतम 9.17 प्रतिशत छात्र थे। तालिका 1 से यह भी स्पष्ट है कि 37.5 प्रतिशत उत्तरदाता शहरी क्षेत्रों में और केवल 29.17 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में रहते थे.

- **स्वास्थ्य बीमा के बारे में जागरूकता का अध्ययन**

उत्तरदाताओं से उनके स्वास्थ्य बीमा के बारे में जानकारी और जागरूकता के बारे में पूछा गया, जो कि परिणाम तालिका 2 में दिखाए गए हैं :

तालिका 2: स्वास्थ्य बीमा के संबंध मे जागरूकता (दत्र 120)

कमांक	प्रतिकिया	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	84	70
2.	नहीं	36	30



चित्र 2: स्वास्थ्य बीमा के संबंध में जागरूकता

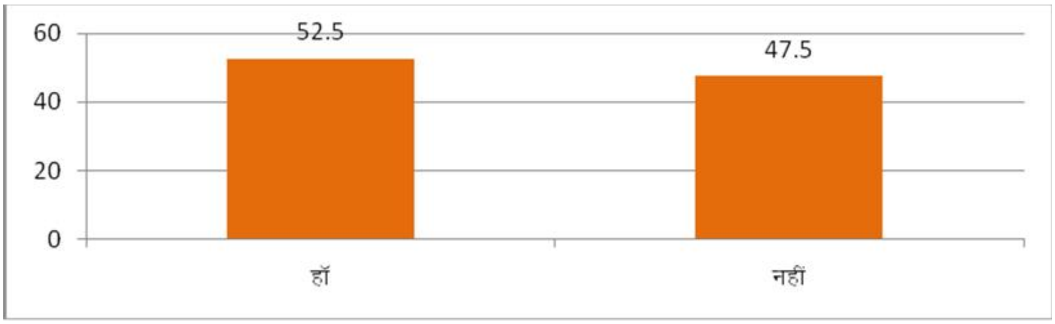
- **उत्तरदाताओं द्वारा खरीदी गई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी**

उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की उनकी क्रय आदत के बारे में पूछा गया था। परिणाम तालिका 3 में दिखाये गए हैं, जो निम्न प्रकार से हैं :

तालिका 3: उत्तरदाताओं द्वारा खरीदी गई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी

कमांक	प्रतिकियाएं	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	63	52.5
2.	नहीं	57	47.5

केवल 52.5 प्रतिशत उत्तरदाताओं के पास स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी है और 47.5 प्रतिशत के पास स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लाभों के बारे में ज्ञान की कमी के कारण बीमा नहीं था।



चित्र 3: उत्तरदाताओं द्वारा खरीदी गई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी

बेहतर स्वास्थ्य बीमा कंपनियां

उत्तरदाताओं से उस कंपनी के नाम के बारे में पूछा गया था जिससे उन्हें उन पॉलिसी से लाभ मिला था। विभिन्न ज्ञात कंपनियों के नाम पर प्रकाश डाला गया, जिसमें ज्ञात हुआ कि सभी सरकारी क्षेत्र की सामान्य बीमा कंपनियों से सेवाएं ली गईं। निजी क्षेत्र की स्वास्थ्य बीमा कंपनियों में आईसीआईसीआई, स्टार हेल्थ स्वास्थ्य बीमा, एचडीएफसी सामान्य बीमा आदि पर प्रकाश डाला गया। प्रतिक्रियाओं से स्पष्ट था कि अधिकांश उत्तरदाताओं को सरकारी क्षेत्र की सामान्य बीमा कंपनियों से उनकी स्वास्थ्य बीमा योजना के बारे में जानकारी नहीं है।

स्वास्थ्य बीमा योजना को चुनने के कारण

उत्तरदाताओं से उन कारणों के बारे में पूछा गया था जिनके लिए वे स्वास्थ्य बीमा योजना चुनते हैं। परिणामस्वरूप विभिन्न कारण सामने आए, जैसे– स्वास्थ्य की सुरक्षा, भारी चिकित्सा व्यय को रोकने के लिए, एकल नीति के तहत पूरे परिवार के स्वास्थ्य को सुरक्षित रखने के लिए, चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति और सर्वश्रेष्ठ अस्पतालों में बेहतर उपचार प्राप्त करने के लिए।

स्वास्थ्य बीमा नहीं होने के कारण

उत्तरदाताओं से किसी भी स्वास्थ्य बीमा योजना का चयन न करने के पीछे के कारणों के बारे में भी पूछा गया था। जो कारण सामने आए, जैसे– उन्हें कंपनियों पर भरोसा नहीं है, स्वास्थ्य बीमा होने की आवश्यकता महसूस नहीं होती है, पहले से ही ईएसआई सुविधाओं से लाभान्वित हैं, इसकी परिपक्वता के बाद प्रीमियम पर कोई लाभ नहीं, नियमों और शर्तों की जटिलता और पारदर्शिता की कमी होना प्रमुख कारण रहे हैं।

पसंदीदा स्वास्थ्य बीमा योजना

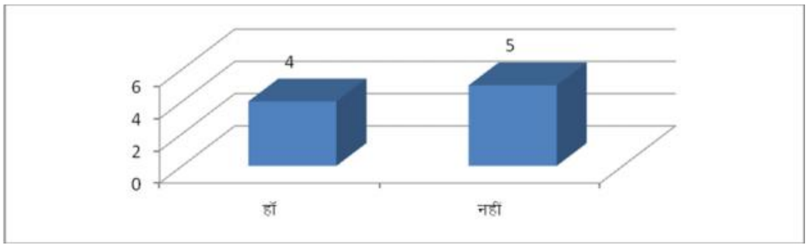
उत्तरदाताओं ने अपनी आवश्यकताओं के अनुसार विभिन्न प्रकार की स्वास्थ्य बीमा नीतियों को प्राथमिकता दी है। विभिन्न जनसांख्यिकीय कारक किसी भी स्वास्थ्य बीमा योजना को चुनने के लिए उनकी व्यक्तिगत पसंद को प्रभावित करते हैं। सबसे पसंदीदा योजना सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना, व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी, परिवार फ्लोटर योजना, कैशलेस योजना, समूह स्वास्थ्य बीमा योजनाएं आदि।

स्वास्थ्य बीमा कंपनी के नियम और शर्तों के बारे में ज्ञान

स्वास्थ्य पॉलिसी नीतियों के लिए हर स्वास्थ्य बीमा कंपनी के अपने नियम और शर्तें हैं। उत्तरदाताओं से उन नियमों और शर्तों के बारे में उनके ज्ञान के बारे में पूछा गया था, जैसा कि तालिका 4 में दिखाया गया है।

तालिका 4: स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के नियमों और शर्तो के संबंध में जानकारी

क्रमांक	प्रतिक्रियाएं	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	54	45
2.	नहीं	66	55



चित्र 4: स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के नियमों और शर्तो के संबंध में जानकारी

आंकड़ों से पता चला कि 55 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के नियमों और शर्तों के बारे में जानकारी नहीं थी क्योंकि बीमा सलाहकारों ने उन्हें केवल नीति के बारे में समझाया और नियम और शर्तों के बारे में नहीं बताया। केवल 45 प्रतिशत उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बारे में जानकारी है, जो उच्च शिक्षित और बीमा अनुबंध में लिखी गई अंग्रेजी भाषा को समझते हैं।

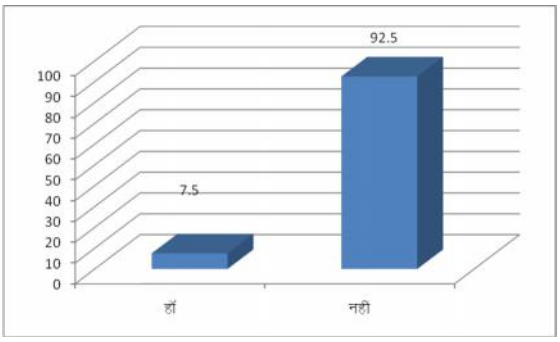
स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की पारदर्शिता

उत्तरदाताओं को स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की पारदर्शिता के बारे में पूछा गया, जो उन्होंने ग्राहक के साथ अनुबंध किया। प्राप्त परिणाम को तालिका 5 में दिखाया गया है, जो निम्न प्रकार है :

तालिका 5: स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की पारदर्शिता

कमांक	प्रतिक्रियाएं	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	हॉ	9	7.5
2.	नहीं	111	92.5

तालिका 5 से यह स्पष्ट है कि 92.5 प्रतिशत उत्तरदाताओं के लिए सहमति व्यक्त की गई थी कि स्वास्थ्य बीमा कंपनियों में पारदर्शीता की कमी हैं। उनके व्यवसाय को अधिकतम करना ही उनके लिए एकमात्र लक्ष्य है। वे केवल अपनी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को ग्राहकों को बेचना चाहते हैं, वे उन्हें इसकी आवश्यकता और लाभों और चेतावनियों के बारे में शिक्षित नहीं करते हैं। यहां तक कि नियम और शर्तों को भी अनुबंध पर हस्ताक्षर करने के दौरान उजागर नहीं किया और न ही समझाया गया। इसलिए यह परिणाम स्वास्थ्य बीमा में पारदर्शिता की कमी को दर्शाता है।



चित्र 5: स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की पारदर्शिता

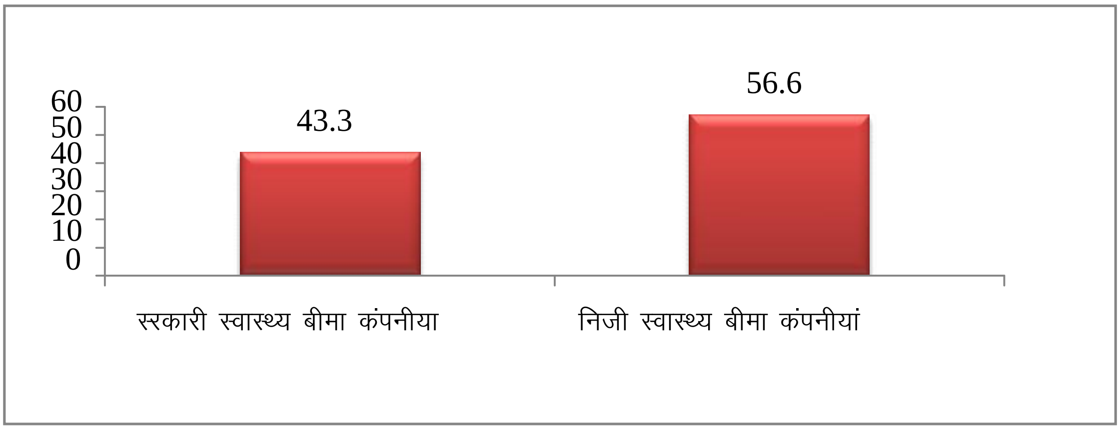
स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की पहुंच

तालिका 5 में दिखाए गए आसान से आसान सरकारी या निजी स्वास्थ्य बीमा कंपनियों और इसके पीछे के कारणों से प्राप्त जानकारी

तालिका 6ः स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की पहुंचः तालिका दत्र 120

कमांक	कंपनियों के प्रकार	आवृत्ति	प्रतिशत
1.	सरकारी स्वास्थ्य बीमा कंपनियां	52	43.33
2.	निजी स्वास्थ्य बीमा कंपनियां	68	56.67

तालिका 6 से देखा जा सकता है कि 56.67 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने कहा कि निजी स्वास्थ्य बीमा कंपनियों तक पहुंच आसान थी, क्योंकि उनके पास बीमा सलाहकारों की संख्या के साथ अच्छा नेटवर्क है, जो घर पहुच सेवा प्रदान करते हैं, प्रीमियम की याद दिलाते हैं, ग्राहकों की देखभाल की सुविधा प्रदान करते हैं और ध्यान केंद्रित करते हैं। व्यक्तिगत रूप से 43.33 प्रतिशत उत्तरदाताओं ने कहा कि सरकारी स्वास्थ्य बीमा कंपनियों तक पहुंच आसान है क्योंकि अब उनके पास घर पर सेवाएं प्रदान करने के लिए सलाहकारों का भी अच्छा नेटवर्क है, पूरे भारत में शाखाएं हैं, भरोसेमंद हैं और दावा निपटान प्रक्रिया में जटिलताएं नहीं हैं।



चित्र 6ः स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की पहुंच

स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा दिए गए लाभ

उत्तरदाताओं से उन लाभों के बारे में पूछा गया था जो उन्हें स्वास्थ्य बीमा कंपनियों से मिलते हैं। सबसे आम लाभ जो उन्हें प्राप्त हुए थे, वे निम्न हैंः चिकित्सा बिल प्रतिपूर्ति सुविधा, कैशलेस अस्पताल में भर्ती सुविधा, सर्वश्रेष्ठ अस्पतालों में बेहतर उपचार, आसान और प्रारंभिक भुगतान सुविधा, नीतिगत नवीकरणीय लाभ, परिवार फ्लोटर लाभ और समूह बीमा लाभ।

स्वास्थ्य बीमा कंपनियों को उनकी स्थितियों में सुधार के लिए सुझाव

स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के उत्तरदाताओं से उनकी वर्तमान स्थितियों में सुधार के लिए सुझाव मांगे गए थे। उत्तरदाताओं ने सरकारी और निजी स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के लिए अलग से कई महत्वपूर्ण बिंदु सुझाए। सरकारी कंपनियों के लिए सुझाव था कि वे अपनी ग्राहक सहायता सेवाओं में सुधार करें, मनी बैक नीतियों का परिचय दें, लघु दावा निपटान प्रक्रिया विकसित करें और अधिक कैशलेस सुविधाओं का नेटवर्क विकसित करें। इसके साथ ही निजी बीमा कंपनियों के लिए यह महत्वपूर्ण सुझाव दिया गया कि वे अपने ग्राहकों को बीमा पॉलिसी की पारदर्शिता के बारे में गम्भीरता से विचार करें।

निष्कर्ष

इस अध्ययन से यह निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि उत्तरदाताओं में स्वास्थ्य बीमा के बारे में जागरूकता है साथ ही स्वास्थ्य बीमा या मेडिक्लेम पॉलिसी क्रय करने में भी उनका अधिक प्रतिशत रहा है, अतः स्वास्थ्य बीमा के प्रति जागरूकता तथा स्वास्थ्य बीमा योजना का लाभ उठाने के बीच महत्वपूर्ण सम्बन्ध दर्ज किया गया है। ग्रामीण क्षेत्र के उत्तरदाताओं ने स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिये निजी सामान्य बीमा कंपनियों के बजाय सार्वजनिक सामान्य बीमा कंपनियों पर अधिक भरोसा किया है, वहीं शहरी क्षेत्र के उत्तरदाओं ने सार्वजनिक बीमा कंपनियों के स्थान पर निजी संगठनों की योजनाओं पर अधिक भरोसा किया हैं। उत्तरदाता स्वास्थ्य बीमा नीतियों के नियमों और शर्तों के बारे में ज्यादा जागरूक नहीं थे और उनके अनुसार स्वास्थ्य बीमा कंपनियां पारदर्शी नहीं हैं।

References

1. Agarwala Amar Narain, “Health insurance in India”, East End Publishers, the University of California, 13 Dec 2007, p 4
2. Amsavani,R. & Gomathi,S. (2013), “A study on satisfaction of mediclaim policyholders with special reference to Coimbatore City”, RVS Journal on Management ,Volume 6 ,No 1,pp.10-23
3. Bhat, Ramesh & Reuban, Elan (2001), “Management of claim and reimbursements: the case of mediclaim insurance policy”, HELPONET ,Vol 27,No 4,pp.16-28
4. Dr. Ali Sajid, Mohammad Riyaz & Ahmad Masharique, “Insurance in India: Development, Reforms, Risk Management, Performance”, Regal Publications, New Delhi, 2007, p35
5. Ellis,R.P.,Alam ,L.&Gupta ,Indrani (2000), “ Health Insurance In India-Prognosis and Prospectus” Economic and Political Weekly ,Vol 5,No 2,pp.207-217
6. Ellis,R.P.,Alam ,L.&Gupta ,Indrani (2000), “ Health Insurance In India-Prognosis and Prospectus” Economic and Political Weekly ,Vol 5,No 2,pp.207-217
7. Jain,P.,Mittal, E.& Pahuja, J. (2010), “ Problems faced by the health insurance policyholders of public and private health insurance companies for settlement of their claims-a case study of Punjab”, SAARANSH,RKG Journal of Management ,Vol 2,No 1, pp.86-93
8. Jayapardha,J. (2012), “ Problems and Prospectus of Health Insurance in India”Aadyam
9. ,a journal of management ,Vol 1,No 1, pp. 22-29
10. Selvakumar,K.&Vijaykumar,S.(2013), “Attitude of Policy Holders towards administration of General Insurance Companies with reference to Madurai Region”, SUMEDHA Journal of Business Management ,Vol 2 No 2,pp.93-116
11. Sharma,R.(2011), “ A Comparison of Health Insurance Segment - India and China” IJRFM , Vol 1,No 4,pp.58-68.

♦❒♦