

HEALTH INSURANCE CLAIMS MANAGEMENT ISSUES IN GEORGIA

TENGIZ VERULAVA

Doctor of Medicine, Professor,
Caucasus University School of Medicine and Healthcare Management, Georgia

SALOME KURSHUBADZE

Master of Healthcare Management,
Caucasus University School of Medicine and Healthcare Management, Georgia

ABSTRACT. In the insurance market, the study of the adjustment of the amount requested by the medical organization is vital to ensure the stability of the industry and customer satisfaction. The research aims to analyze the adjustment process in the insurance market and to study the factors affecting the effective management of losses. According to research, the cost of the work performed by the medical institution is adjusted according to three main criteria: reimbursement, deadlines and discount. During adjustment, the following problems are identified: failure to consider the terms of the contract, neglect of its clauses, provision of disorderly documentation, and demand for compensation in an unscrupulous manner. The largest share of adjustments comes from hospitals, followed by pharmaceutical companies, outpatient clinics, and finally dental clinics. Although human health is important for medical organizations and insurance companies, their main goal is to increase revenues and make the right distribution for future purposes. It is important that insurance companies and medical institutions integrate software to eliminate problems, which will reduce deadlines, the risk of providing unnecessary services and other factors that cause adjustments.

KEYWORDS: INSURANCE, LOSS MANAGEMENT, CLAIM ADJUSTMENT, CLAIM REVISION.

INTRODUCTION

One of the active participants in the medical market is an insurance company. The insurance industry protects individuals and businesses against various risks, such as accidents, natural disasters, and health emergencies (Freund et al., 2013).[1]

The assessment of insurance losses and the compensation process are important components of the management of the insurance sector. It involves settling an insurance claim, assessing losses and determining appropriate compensation (Ir-

ving et al., 2010).[2] An integral part of this process is adjusting the amount requested by the medical organization. The effectiveness of the adjustment process significantly affects the insurance industry's ability to meet contractual obligations, maintain consumer confidence, and promote financial stability (Porter et al., 2022;[3] Sodzi-Tetty et al., 2012[4]). Claims adjustment requires a delicate balance between the interests of the insurer and the insured, ensuring fair settlement while avoiding fraudulent activity (Mahlow & Wagner, 2016;[5] Bhat & Reuben, 2002[6]).

Table 1: Claimed and adjusted amount to insurance companies, 2020-2022

	NUMBER OF CASES TO	FULL COST	CORRECTED	REVISED	PAID AMOUNT
2020	298,192	9,958,950.72	135,421.21	24,394.49	9,787,351.6
2021	623,347	20,826,752.42	382,517.83	51,726.76	20,382,290.51
2022	360,933	27,442,826.71	516,206.24	139,936.84	26,777,049.92
Total	1,282,472	58,228,529.85	1,034,145,28	216,058,09	56,946,692.03

In the insurance market, the study of the adjustment of the amount requested by the medical organization is vital to ensure the stability of the industry and customer satisfaction (Gowanit et al., 2016).[7] In this regard, it is relevant to study the various mechanisms involved in the adjustment process and their impact on the overall functioning of the insurance market. This enables insurers to develop effective loss management strategies, streamline operations and reduce financial losses. A transparent and timely adjustment process helps protect the insured’s rights, strengthens their confidence and ensures fast and efficient feedback on insurance claims.

The research aims to analyze the various mechanisms involved in the adjustment process in the insurance market and to study the factors affecting the effective management of losses.

Methodology

The qualitative research method was selected based on the specificity of the research. Representatives of the leading insurance companies and medical organizations participated in the research. As part of the qualitative research, in-depth interviews were conducted through a semi-structured questionnaire, which allowed us

to get the most detailed information and analyze the identified problems. The statistical data of 2020-2023 on loss adjustments of one of the leading insurance companies was studied in the research process.

Results

According to 2020-2022 data, 1,282,472 individual cases were presented to insurance companies by clinics across Georgia, the total cost of which was determined at 58,228,529.85 GEL, of which 1,034,145.28 GEL was subject to correction, 216,058.09 GEL was subject to revision, the amount subject to compensation was made up 56,946,692.03 GEL.

The data for 2020 will be significantly different from the data of the following years, as the impact of the COVID-19 pandemic on the activities of insurance companies was directly reflected. In 2020, the number of cases was determined to be 298,192 individual cases, the total value of the invoices submitted by medical institutions amounted to 9,958,950.72 GEL, 135,421.21 GEL was subject to correction, 24,394.49 GEL to revision, and finally the reimbursed amount was 9,787,351.6 GEL.

According to the data of 2021, a total of 623,347 cases were registered in medical institutions; the

Table 2: Claimed and adjusted amounts to insurance companies by type of medical services, 2020-2022

	FULL COST	SUBJECT TO CORRECTION	SUBJECT TO REVISION	PAID AMOUNT
Hospital	31,206,172	380,413	30,133	30,768,049
Abulatory	6,139,702	36,496	10,908	6,091,923
Dentistry	3,936,683	26,661	-	3,906,336
Pharmacy	16,945,971	590,573	175,016	16,180,382
Total	58,228,529	1,034,145	216,058	56,946,692

Table 3: Reasons for adjustment (in GEL) (2020-2022)

DISCOUNT	DELEY	DOCUMENTATION	OTHER	TOTAL ADJUSTMENT
98,012	238,597	657,480	40,052	1,034,143
9.48 %	23.07%	63.58%	3.87%	100%

presented cost was 20,826,752.42 GEL, of which the correction was 382,517.83 GEL, and the revision was 51,726.76 GEL, the value of the amount to be reimbursed was 20,382,290.51 GEL.

In 2022, the number of cases was determined to be 360,933 individual cases, the total cost of invoices submitted by medical institutions amounted to 27,442,826.71 GEL, 516,206.24 GEL were subject to correction, 139,936.84 GEL to revision, and finally the amount reimbursed amounted to 26,777,049.92 GEL.

The central part of the requested amount (56.92%) belongs to hospital services. 38.22% of the total requested amount was subject to correction. Accordingly, 57.03% of the reimbursed amount was transferred to hospitals (see Table 1, 2, 3).

1. The importance of having multiple provider clinics for an insurance company

Respondent I:

There are many reasons why it is important for an insurance company to have multiple provider clinics: Increased access to care, increased customer satisfaction, network adequacy and cost-effective services. Overall, having multiple provider clinics in its network allows an insurance company to offer a wider range of healthcare options, increase customer satisfaction, ensure network adequacy, and optimize the cost and quality of service provided to policyholders.

Respondent II:

An insurance company is a financial organization for which the number of insured persons and the use of the financial limits they establish are the priority. Having multiple providers provides many benefits to the insurance company. First of all, you have the opportunity to control the financing terms, that is, to postpone the loss, because if the insured goes to a non-provider clinic, in this case, the insurance company has to reimburse the amount when the insured sends the documents. But if it goes to the provider's clinic, there is a transfer of funds in this case because the company

has contractually defined deadlines for processing this performance. Accordingly, you must pay the amount not at the moment of service but within one or two months. Secondly, the more providers an insurance company has, the more it meets the insured's needs.

Respondent III:

Many provider clinics allow us to offer policyholders a choice regarding different profiles, quality of service and geographic availability.

2. Criteria for concluding contracts with medical institutions by insurance companies.

Respondent I:

Insurance companies enter into provider contracts with medical facilities based on several criteria that may vary depending on the specific company and its goals. However, insurance companies consider some common criteria when signing provider contracts. First, insurance companies evaluate whether a medical facility can meet their policyholder's healthcare needs regarding geographic coverage and service delivery capabilities. Their goal is to ensure that their network includes a sufficient number and variety of providers to offer a comprehensive service. Insurance companies evaluate the quality of services provided by medical institutions. This assessment may include facility accreditation, certifications, patient treatment outcomes, patient satisfaction surveys, and compliance with regulatory standards. Insurers prefer to partner with medical organizations that adhere to high-quality standards.

3. The main reasons for which the presented amount is adjusted.

Respondent I:

The main reasons for the correction of the amount presented by the medical institution are the failure to send the message to the insurer in urgent cases, the wrongly left message, or the correction due to the discount.

Respondent III:

The main reasons for the correction of the amount presented by the medical institution are incomplete documentation, provision of services with an invalid referral, missing identity documents, inconsistency with the diagnosis, rehospitalization of the insured during a short period of time from one medical institution to another, etc.

4. Reasons for extending the time of payment after adjustment

Respondent I:

Because the medical institution wants to receive compensation on time and to respond within the terms set by the contract, it is in its interest to give a reasoned answer to the insurance company in time. After the argument submitted by the medical facility in response to the adjustment, the insurer may extend the process to extend the reimbursement period. Transfer of problem funds may take two or three months or more.

Respondent II:

Suppose it is impossible to clarify and agree on the adjustment details. In that case, the audit service is involved in eliminating the problem and trying to study the medical history on the spot. If the parties cannot reach an agreement after obtaining the supporting documents, the matter is transferred to the legal department, and then the cases are reviewed in the Supreme Court.

5. Behavior of the insurance company and the medical institution in case of submission of performance and violation of deadlines

Respondent I:

The insurance company has the right not to accept the documentation submitted by the medical institution if it misses the terms stipulated in the contract. In case of delay in payment by the insurance company, the medical institution has the right to request information about this, request a report, and, if desired, terminate the contract with the insurance company.

6. Frequency of breach of contract terms

Respondent I:

Any violation of the terms of the contract has a significant impact on the relationship between the medical institution and the insurance compa-

ny, so both parties try to inform each other of each step, but even if something like this happens, at this time, both parties try to take into account the importance of each.

Respondent II:

It is quite common that what is controlled directly in the course of work based on the cases discovered they do not follow the pre-agreed deadlines and prices.

Respondent III:

It is common, but difficult, to strictly adhere to the terms of the contract when the provider clinic is popular with the insured.

7. The main reasons for correcting the presented documentation

Respondent II:

There are many reasons for corrections in the submitted documentation of medical institutions, but they are mainly due to incomplete documentation, inappropriate diagnoses, provision of duplicate data, and violation of deadlines.

Respondent III:

It is very easy to find the reason for the correction, however, when the person is confused, we allow him to present the corrected documentation.

8. Frequency of revision cases

Respondent III:

When any employee of the insurance company has questions and doubts about the presented documentation, there is a need for revision and auditors are sent to the clinic.

Discussion

Insurance companies, which have their medical facilities, refer to the family doctors they hire, sometimes obliging the insured to refer to their medical organizations, thus trying to avoid unnecessary costs. The submitted documentation is rarely corrected due to various violations in such cases.

On the other hand, insurance companies which do not have their medical facilities sign contracts with various medical facilities to provide uninterrupted services to their policyholders. In this case, insurance companies do not instruct family doc-

tors to refer insured persons to any medical organization. However, insurance companies constantly provide policyholders with information about clinic bed capacity and try to offer high-quality medical services to avoid problems that increase policyholder dissatisfaction.

The research showed that the medical institution fulfils its obligation to provide medical services to insured persons in compliance with the conditions specified in the contract. In turn, the insurer fulfills the obligation to pay the cost of the medical services provided to the medical institution in accordance with the coverages/limits defined by the relevant policy and the medical service rates stipulated in the annexes of this agreement in a timely manner and fully. The contract concluded between the medical institution and the insurance organization is a lever, according to which they plan the relationship for at least one year. If the cooperation is stable and there are no serious violations by any of the parties, the contract continues in the following years on the basis of the agreement, under identical conditions, until it becomes fundamentally necessary to correct the clauses of the contract.

The contract includes both parties' rights and obligations, which implies that the terms of submission or processing of the performed work, payment details, and prices play an important role. The medical institution undertakes to provide appropriate services to the insured, however, if there is a wrong medical action, incomplete presentation of the reporting documentation, failure to provide information to the insurer when the patient enters the clinic or within 24 hours at the latest, failure to consider the agreed limits and rates, in case of complications, delay of the insured for longer than the agreed time and other details, in this case, the insurance company reserves the right to check on the spot the fairness of the incurred loss or to request all the necessary documentation to be sure of the authenticity of the incident. The insurance company undertakes to provide the medical institution with information on the remaining limits of the insured, the scope of coverage and an explanation of the reimbursement or non-reimbursement of the incident.

The most important thing for medical institutions is increasing revenues and correctly budget-

ing. They aim to accumulate income as much as possible and distribute it correctly for future purposes. Financing of medical institutions is carried out by the state program of universal health care and funds received from private insurance companies.

The cost of the work performed by the medical institution is adjusted according to three main criteria: remuneration, terms and discount.

Compensation

The quality of cooperation between the medical institution and the insurance company is significantly affected by reimbursement. If either party is unhappy with the pay issue, it directly affects their relationship. When a medical facility does not provide appropriate, quality services to a particular insured, it has a negative impact on the insurance company. When there are frequent unfair claims made by the medical institution to the insurance company, the insurance company tries to redirect its insured to another acceptable medical institution. Reimbursement of medical expenses by the insurer is carried out in accordance with the tariffs determined by the contract. The medical institution offers a discount on the services in favor of the insurer, which is calculated from the full performance cost. Reimbursement includes several stages:

1. After the end of the reporting month, all the necessary documentation of the insured persons who received services in a particular month and the total report of the relevant month will be submitted to the insurer.
2. An act of acceptance and handover is drawn up, which is a document of commitment for both parties and therefore, a settlement is made. In case of loss or accidental destruction of the documentation provided according to this document, the medical institution is released from liability, and the insurance company has to fully compensate the case.
3. From the signing of the act of acceptance to the expiration of the term specified in the contract, the insurance company pro-

cesses the register and documentation of the submitted work, requests the missing documents, and then transfers the money to the medical institution.

4. If the medical institution notifies the insurance company in writing about the missed events before the expiration of the processing period, the insurer is also obliged to accept the late submitted performance, process and pay compensation.
5. As we have already mentioned, the cooperation between these two institutions is carried out according to the specially agreed prices, the medical institution has the right to change the prices, and if it informs the insurer about this in time, then the processing process will be carried out according to the new prices, but if the information about this was not provided in time and only in the process of processing, it became known to the insurer, in this case the insurance company reserves the right to process the documentation according to the old tariff.

Deadlines

The contract determines the terms of processing medical documentation. According to the contract terms, the processing time is generally set at 30 calendar days. The medical institution's identity card of the insured person, invoice, calculation form, notification, certified by the signature of the relevant authorized person and the institution's seal must be submitted after the end of the reporting period, until the 10th of the following month. After receiving the documentation, the insurer has 20 working days to process the documentation and then another 10 days to make the payment. Within 20 days of processing, the medical institution must be notified in writing about the incompletely submitted documentation and allowed 14 calendar days after receiving the notification to correct the error and send the necessary documentation. To compensate for such cases, the insurance company is given an average of 15 working days to compensate the amount. As for adjusted cases, it is impossible to standardize the

terms of their processing because each case is individual, requires individual investigation, and in many cases, the issue goes to court, which means that the issue of compensation may drag on for one, two or more months, even a year.

Discount

At the initial stage of the relationship between the medical institution and the insurance company, the medical institution provides the insurance company with the price of each service. At the next stage, an agreement on a price acceptable to both parties is made, therefore, the internal standard price of the medical institution is often adjusted by agreement with the insurer, and a price list is established. In this case, the medical institution distributes a discount to the insurance company with the relevant contract or creates a separate price list for it. In some cases, the medical institution has the right to change the prices, but the discount percentage determined by the contract remains unchanged.

If we consider the connection between adjustments and discounts as the main problem, the lack of information about price changes will be revealed. Often, the medical institution does not provide information on price changes to the insurance company on time. Currently, the insurance company reimburses the work performed by the medical institution at the old price. It should be noted that the discount applies only to referred patients and is not self-administered. In this case, the insurer will be obliged to compensate the insured according to the price established by the internal standard and not within the special price for him.

CONCLUSION

The purpose of the study was to determine the main problems arising in the process of relations between insurance companies and medical institutions, which, in many cases, become the reason for correction. In recent years, problems in the relationship between insurance companies and hospitals have been highlighted. Disputes are

related to various factors, including rising health-care costs, the handling of reimbursement disputes, and the complexity of insurance policies. These challenges have complicated partnerships between insurers and healthcare facilities, leading to a decline in trust.

One of the main problems remains the disagreement over pay rates. Insurance companies often negotiate lower rates to keep costs down, and hospitals try to get fair compensation to adequately cover their costs. These disagreements cause a severe financial blow to hospitals when the medical organization is forced to provide medical care to patients within limited resources and capacity.

In addition, insurance companies have the advantage of narrowing the area for the insured, removing certain hospitals from the list of providers, which limits the right of patients to receive medical services at the institution of their choice. One of the problematic issues is the complex and confusing nature of insurance policies. Policyholders often find it difficult to understand their coverage limits, which leads to unexpected costs and disputes. Hospitals try to adapt to this complex scheme and request funding, leading to payment delays and increasing the medical establishment's administrative costs. These challenges create an inappropriate environment for the parties involved, contributing to strained relationships. To solve these problems, joint efforts are important. Improved communication and transparency between insurance companies and hospitals can help build trust and create a more corporate environment. Resolving conflicts requires engaging in open dialogue, sharing data, and setting clear expectations regarding reimbursement rates and coverage policies. In addition, both parties must work within regulatory frameworks that ensure fair rates of return and standardized insurance policies. Such measures can reduce the disparity between insurance companies and hospitals.

Problems in the relationship between insurance companies and hospitals in Georgia require a multifaceted approach that includes cooperation, transparency, and regulatory reforms. A more sustainable and patient-centred healthcare system can be created by addressing the root causes of these challenges and with a spirit of collaboration.

RECOMMENDATIONS

Based on the conducted research, the following recommendations may be issued to minimize the adjustment between medical institutions and insurance companies:

1. To introduce integrated programs, where both parties will control the policyholder's appeals, limits, diagnoses and compliance of the treatment method in the current process.
2. It is appropriate to facilitate the training of administrative and medical personnel, considering the priorities, peculiarities and specifics of cooperation of the insurer and the medical organization.
3. Continuous in-depth research of the most frequently corrected cases of the medical institution to find the causes and ways to solve them.
4. Due to the abundance of data, it is advisable to start using artificial intelligence methods to analyze corrected cases without excessive effort.
5. A clause on customer satisfaction should be added to the contracts concluded between insurance companies and medical institutions. Feedback received from each patient should be taken into account during reimbursement. A record like this will dramatically increase the level of customer satisfaction.

REFERENCES:

1. Freund, T., Gondan, M., Rochon, J., ... Wensing, M., Szecsenyi, J. (2013). Comparison of physician referral and insurance claims data-based risk prediction as approaches to identify patients for care management in primary care: An observational study. *BMC Family Practice*, pp. 14, 157.
2. Irving, A., Prager, A., Standley, C. A. (2010). customizable plan for effective claims management. *J Healthc Risk Manag*, 30 (2).
3. Porter, C.N., Taylor, R., Harvey, A.C. (2022). Applying the asymmetric information management technique to insurance claims. *Applied Cognitive Psychology*, 36 (3), pp. 602–611.
4. Sodzi-Tettey, S., Aikins, M., Awoonor-Williams, J.K., Agyepong, I.A. (2012). Challenges in provider payment under the Ghana National Health Insurance Scheme: a case study of claims management in two districts. *Ghana medical journal*, 46(4), pp. 189–199.
5. Mahlow, N., Wagner, J. (2016). Evolution of Strategic Levers in Insurance Claims Management: An Industry Survey. *Risk Management and Insurance Review*, 19(2), pp. 197–223.
6. Bhat, R., Reuben, E.B. (2002). Management of claims and reimbursements: The case of Medclaim insurance policy. *Vikalpa*, 27(4), pp. 15–28.
7. Gowanit, C., Thawesaengkulthai, N., Sophatsathit, P., Chaiyawat, T. (2016). Mobile claim management adoption in emerging insurance markets: An exploratory study in Thailand. *International Journal of Bank Marketing*, 34(1), pp. 110–130.

ჯანმრთელობის დაზღვევის პრეტენზიების მართვის პრობლემები საქართველოში

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი,
კავკასიის უნივერსიტეტის მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა,
საქართველო

სალომე ყურშუბაძე

ჯანდაცვის მენეჯმენტის მაგისტრი,
კავკასიის უნივერსიტეტის მედიცინისა და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა,
საქართველო

აბსტრაქტი. სადაზღვევო ბაზარზე სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ მოთხოვნილი თანხის კორექტირების შესწავლა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ინდუსტრიის სტაბილურობისა და მომხმარებლის კმაყოფილების უზრუნველსაყოფად. ნაშრომის მიზანია სადაზღვევო ბაზარზე კორექტირების პროცესის ანალიზი, ზარალების ეფექტურ მართვაზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა. თვისებრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში ჩატარდა ერთ-ერთი წამყვანი სადაზღვევო კომპანიისა და სამედიცინო ორგანიზაციების მენეჯერების სიღრმისეული ინტერვიუები ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. ასევე, შესწავლილ იქნა სადაზღვევო ინდუსტრიის ზარალების კორექტირებების შესახებ 2020-2022 წლების სტატისტიკური მონაცემები. სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს ღირებულების კორექტირება ხდება სამი ძირითადი კრიტერიუმის მიხედვით: ანაზღაურება, ვადები და ფასდაკლება. კორექტირებისას გამოყოფენ შემდეგ პრობლემებს: ხელშეკრულების პირობების გაუთვალისწინებლობა, მისი პუნქტების უგულებელყოფა, მოუნესრიგებელი დოკუმენტაციის მინოდება, არაკეთილსინდისიერი გზით ანაზღაურების მოთხოვნა. კორექტირებების ყველაზე დიდი წილი მოდის ჰოსპიტლებზე, შემდეგ, ფარმაცევტულ კომპანიებზე, ამბულატორიულ კლინიკებსა და ბოლოს, სტომატოლოგიურ კლინიკებზე. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო ორგანიზაციისთვის და სადაზღვევო კომპანიისათვის მნიშვნელოვანია ადამიანის ჯანმრთელობა, მაინც, მათი მთავარი მიზანია შემოსავლების გაზრდა და სამომავლო მიზნებისთვის სწორი გადანაწილება, რადგან ორივე ბიზნეს ერთეულია. მნიშვნელოვანია, რომ პრობლემების აღმოსაფხვრელად მოხდეს სადაზღვევო კომპანიებისა და სამედიცინო დაწესებულებების პროგრამული ინტეგრირება, რაც შეამცირებს ვადებს, გაწეული არასაჭირო მომსახურების ჩატარების რისკსა და კორექტირებების გამომწვევ სხვა ფაქტორებს.

საკვანძო სიტყვები: დაზღვევა, ზარალების მართვა, მოთხოვნის კორექტირება, რევიზია.

შესავალი

სამედიცინო ბაზრის ერთ-ერთი აქტიური მონაწილეა სადაზღვევო კომპანია. სადაზღვევო ინდუსტრია უზრუნველყოფს ინდივიდებისა და ბიზნესის დაცვას სხვადასხვა რისკებისგან, როგორცაა უბედური შემთხვევები, ბუნებრივი კატასტროფები, ჯანმრთელობის გადაუდებელი შემთხვევები (Freund et al., 2013). [1]

სადაზღვევო სფეროს მართვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი, სადაზღვევო ზარალების შეფასება და ანაზღაურების პროცესია. იგი გულისხმობს სადაზღვევო შემთხვევის დარეგულირებას, ზარალის შეფასებას და შესაბამისი კომპენსაციის განსაზღვრას (Irving et al., 2010). [2] ამ პროცესის განუყოფელი ნაწილია სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ მოთხოვნილი თანხის კორექტირება. კორექტირების პროცესის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად აისახება სადაზღვევო ინდუსტრიის უნარზე – შეასრულოს სახელშეკრულებო ვალდებულებები, შეინარჩუნოს მომხმარებელთა ნდობა და ხელი შეუწყოს ფინანსურ სტაბილურობას (Porter et al., 2022; [3] Sodzi-Tetty et al., 2012[4]). მოთხოვნების კორექტირება მოითხოვს დელიკატურ ბალანსს დამზღვევისა და მზღვეველთა ინტერესებს შორის, რაც უზრუნველყოფს სამართლიან ანგარიშსწორებას და თაღლითური ქმედებების თავიდან აცილებას (Mahlow & Wagner, 2016; [5] Bhat & Reuben, 2002[6]).

სადაზღვევო ბაზარზე სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ მოთხოვნილი თანხის კორექტირების შესწავლა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ინდუსტრიის სტაბილურობისა და მომხმარებლის ინტერესების უზრუნველსაყოფად (Gowanit et al., 2016).[7] ამ მხრივ აქტუალურია კორექტირების პროცესში ჩართული სხვადასხვა მექანიზმებისა და მათი გავლენის შესწავლა სადაზღვევო ბაზრის საერთო ფუნქციონირებაზე. აღნიშნული მზღვეველებს საშუალებას აძლევს შეიმუშაონ ზარალების მართვის ეფექტიანი სტრატეგიები, გაამარტივონ ოპერაციები და შეამცირონ ფინანსური ზარალი. გამჭვირვალე და დროული კორექტირების პროცესი ხელს უწყობს დაზღვეულთა უფლებების დაცვას, აძლიერებს მათ ნდობას და უზრუნველყოფს სადა-

ზღვევო პრეტენზიებზე სწრაფ და ეფექტიან უკუკავშირს.

ნაშრომის მიზანია სადაზღვევო ბაზარზე კორექტირების პროცესში ჩართული სხვადასხვა მექანიზმების ანალიზი, ზარალების ეფექტიან მართვაზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

ნაშრომის სპეციფიკიდან გამომდინარე, შერჩეული იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდი. კვლევაში მონაწილეობდა საქართველოს ბაზარზე მოქმედი ერთ-ერთი წამყვანი სადაზღვევო კომპანიისა და ქსელური სამედიცინო კლინიკების წარმომადგენლები. სადაზღვევო კომპანიაში გამოიკითხა სამედიცინო დეპარტამენტის პროვაიდერებთან ურთიერთობისა და ზარალების რეგულირების მენეჯერები. ქსელური სამედიცინო კლინიკებში გამოიკითხა სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის დეპარტამენტის მენეჯერები.

კვლევის სპეციფიკურობიდან და საკითხის კონფიდენციალურობიდან გამომდინარე რესპოდენტთა რაოდენობა მწირია, თუმცა მიღებულმა ინფორმაციამ საშუალება მოგვცა, წარმოდგენა შეგვექმნა სადაზღვევო ბაზარზე არსებულ სიტუაციაზე.

თვისობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით, რამაც საშუალება მოგვცა, მიგველო მაქსიმალურად დეტალური ინფორმაცია და გავგეანალიზებინა გამოვლენილი პრობლემები.

კვლევის პროცესში შესწავლილ იქნა ერთ-ერთი წამყვანი სადაზღვევო კომპანიის ზარალების კორექტირებების შესახებ 2020-2023 წლების სტატისტიკური მონაცემები.

ეთიკური საკითხები

კვლევის ჩატარებაზე თანხმობა მიღებულ იქნა კავკასიის უნივერსიტეტის ეთიკის საბჭოს მიერ (CAU No. 012/23). რესპოდენტები წინასწარ იყვნენ ინფორმირებული კვლევის მიზნების შესახებ. ასევე, ხაზგასმული იყო ორგანიზაციის კონფიდენციალურობის მკაცრად დაცვა და მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციის არაკეთილსინდისიერად გამოყენების

რისკის არარსებობა. რესპოდენტებს ნებისმიერ დროს შეეძლოთ კვლევაში მონაწილეობაზე უარი ეთქვათ ყოველგვარი მიზეზის დასახელების გარეშე. კვლევის ყველა მონაცემი იდენტიფიცირებული იყო ინდივიდუალური კოდებით. მონაცემები წარმოდგენილ იქნა პირადი იდენტიფიკაციის გარეშე.

სადაზღვევო ზარალების კორექტირებების შესახებ სტატისტიკური მონაცემებიდან და სადაზღვევო კომპანიის შიდა სამუშაო ფაილებიდან გადმოგზავნამდე მოხდა იმ ინფორმაციის ამოღება, რომელიც კვლევის პროცესში დაარღვევდა კონფიდენციალურობას. შესაბამისი ინფორმაციის ამოღებისთანავე აღნიშნული ფაილები განადგურდა.

შედეგები

2020-2022 წლების მონაცემებით, საქართველოს მასშტაბით არსებული კლინიკა/ჰოსპიტლების მიერ სადაზღვევო კომპანიებში წარმოდგენილი იქნა 1,282,472 ინდივიდუალური შემთხვევა, რომელთა ჯამური სრული ღირებულება განისაზღვრა 58,228,529,85 ლარით, აქედან კორექციას დაექვემდებარა 1,034,145,28 ლარი, რევიზიას დაექვემდებარა 216,058,09 ლარი, საბოლოოდ კი ანაზღაურებას დაქვემდებარებულმა თანხამ შეადგინა 56,946,692.03 ლარი.

2020 წლის მონაცემები მკვეთრად განხვავდება მომდევნო წლების მონაცემებისგან, რადგან კოვიდ პანდემიის გავლენა პირდაპირ აისახებოდა სადაზღვევო კომპანიების საქმიანობაზე. 2020 წელს შემთხვევათა რაოდენობა განისაზღვრა 298,192 ინდივიდუალური შემთხვევით, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურების სრულმა ღირებულებამ შეადგინა 9,958,950.72

ლარი, კორექციას დაექვემდებარა 135,421.21 ლარი, რევიზიას – 24,394.49 ლარი, საბოლოოდ კი ანაზღაურებულმა თანხამ შეადგინა 9,787,351.6 ლარი.

2021 წლის მონაცემების მიხედვით, სულ სამედიცინო დაწესებულებებში დაფიქსირდა 623,347 შემთხვევა, წარმოდგენილმა ღირებულებამ შეადგინა 20,826,752.42 ლარი, საიდანაც კორექცია შეადგენდა 382,517.83 ლარს, ხოლო რევიზია 51,726.76 ლარს, საბოლოოდ ასანაზღაურებელი თანხის ღირებულებამ შეადგინა 20,382,290.51 ლარი.

2022 წელს შემთხვევათა რაოდენობა განისაზღვრა 360,933 ინდივიდუალური შემთხვევით, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურების სრულმა ღირებულებამ შეადგინა 27,442,826.71 ლარი, კორექციას დაექვემდებარა 516,206.24 ლარი, რევიზიას – 139,936.84 ლარი, საბოლოოდ კი ანაზღაურებულმა თანხამ შეადგინა 26,777,049.92 ლარი. (იხ. ცხრილი 1)

ამ თანხების ძირითადი ნაწილი შედგება ჰოსპიტალური სერვისის მქონე დაწესებულებების შესრულებებისგან. თუ განვიხილავთ თითოეული ტიპის დაწესებულების მონაცემებს წლების მიხედვით, ვნახავთ, რომ 2020 წლის სრული წარმოდგენილი თანხის 56.92%-ს იკავებს ჰოსპიტალური დაწესებულებების ანგარიშ ფაქტურები, კორექტირების ნაწილში სრული თანხის 38.22%-ს იკავებს, რევიზიის შემთხვევაში კი 100%-ია. შესაბამისად, ანაზღაურებული თანხის 57.03%-ი გადარიცხულია ჰოსპიტლებში. ამბულატორიული დაწესებულებების შემთხვევაში ეს პროცენტები შემდეგნაირად ნაწილდება: ასანაზღაურებელად წარმოდგენილი თანხა სრული შესრულების 7.01%, კორექცია – 4.16%, რევიზია – 0%, ასანაზღაურებელი – 7.08%. სტომატოლოგიუ-

ცხრილი 1: სადაზღვევო კომპანიებისადმი მოთხოვნილი და დაკოხეჭიხებური თანხა, 2020-2022 წლები

	შემთხვევათა რაოდენობა	წარმოდგენილი სრული ღირებულება	კორექციას დაექვემდებარა	რევიზიას დაექვემდებარა	ანაზღაურებული თანხა
2020	298,192	9,958,950.72	135,421.21	24,394.49	9,787,351.6
2021	623,347	20,826,752.42	382,517.83	51,726.76	20,382,290.51
2022	360,933	27,442,826.71	516,206.24	139,936.84	26,777,049.92
ჯამი	1,282,472	58,228,529.85	1,034,145,28	216,058,09	56,946,692.03

ცხრილი 2: სადაზღვევო კომპანიებისადმი მოთხოვნილი და დაკოხეჭიხებული თანხები სამედიცინო მომსახურების გიპის მიხედვით, 2020-2022 წლები

	წარმოდგენილი სრული ღირებულება	კორექციას დაექვემდებარა	რევიზიას დაექვემდებარა	ანაზღაურებული თანხა
ჰოსპიტალი	31,206,172	380,413	30,133	30,768,049
ამბულატორია	6,139,702	36,496	10,908	6,091,923
სტომატოლოგია	3,936,683	26,661		3,906,336
ფარმაცია	16,945,971	590,573	175,016	16,180,382
ჯამი	58,228,529	1,034,145	216,058	56,946,692

რი კლინიკების შემთხვევაში: წარმოდგენილი თანხა – 7,75%, კორექცია 4.99%, ანაზღაურებული – 7.8%. ფარმაცევტული კომპანიების შემთხვევაში კი, წარმოდგენილი თანხა სრული თანხის 28.32%-ია, კორექცია – 52.64%, რევიზია – 0%, ანაზღაურებული – 28.09%.

2021 წლის შემთხვევაში ჰოსპიტლების მიერ წარმოდგენილი თანხა სრული თანხის 53.85%-ია, კორექცია – 39.74%, რევიზია – 8.21%, ანაზღაურებული – 54.21%. ამბულატორიების შემთხვევაში წარმოდგენილი შემთხვევები 9.30%-ია, კორექტირებული – 2.48%, რევიზია 21.09%, გადახდილი კი 9.49%. სტომატოლოგიის შემთხვევაში – წარმოდგენილი თანხა სრული ღირებულების 6.41%-ია, კორექტირებული – 2.25%, რევიზია – 0%, გადახდილი თანხა კი – 6.51%. რაც შეეხება ფარმაცევტულ კომპანიებს, ამ შემთხვევაში პროცენტები შემდეგნაირად გადანაწილდა: წარმოდგენილი თანხის ღირებულება – 30.45%, კორექტირებული თანხის ღირებულება – 60.50%, რევიზია – 70.70%, გადახდილი თანხა კი – 29.79%.

2022 წლის მონაცემებში ისევ ჰოსპიტალური სექტორია დომინანტი და სრული წარმოდგენილი თანხის 52.19% იკავებს, საიდანაც კორექტირება 34,22%-ია, რევიზია – 1.07%, ხოლო გადახდილია სრული თანხის 52,80%. ამბულატორიის შემთხვევაში პროცენტები შემდეგნაირად ნაწილდება: წარმოდგენი-

ლი თანხა სრულად წარმოდგენილი თანხის 12,77%-ია, კორექტირებული – 7.82%, რევიზია – 0%, ხოლო გადახდილი თანხა, სრულად გადახდილი თანხის 12.94%-ია. სტომატოლოგიური კლინიკების შემთხვევაში წარმოდგენილი ღირებულება 6.67%-ია, კორექტირებული – 2.19%, რევიზია – 0%, გადახდილი თანხა კი – 6.78%. ფარმაცევტული კომპანიების ნაწილში კი 28,37%, კორექცია – 55,77%, რევიზია – 98.93%, გადახდილი კი, სრულად ანაზღაურებული თანხის 27,48%. მიმდინარე 2023 წლის ექვსი თვის მონაცემების მიხედვით პოზიციები შეცვლილი არ არის, პირველ ადგილს ისევ ჰოსპიტალური დაწესებულებები იკავებენ, შემდეგ ფარმაცევტული კომპანიები, მათ მოყვება ამბულატორიული და ბოლოს – სტომატოლოგიური კლინიკები. (იხ. ცხიდი 2, ცხიდი 3)

თვისებრივი კვლევა

1. რატომ არის სადაზღვევო კომპანიისთვის მნიშვნელოვანი ჰყავდეს ბევრი პროვაიდერი კლინიკა?

I რესპოდენტი:

ახსებობს მხავადი მიზეზი, თუ ჩაგომ აჩის მნიშვნელოვანი სადაზღვევო კომპანიისთვის ჰყავდეს მხავადი პროვაიდერი კლინიკა:

ზრუნვაზე ხედმისაწვდომობის გაზიდა: პროვაიდერი კლინიკების მხავადფეხოვანი ქსედის

ცხრილი 3: კოხეჭიხების მიზეზები (დახებში) (2020-2022 წწ.)

ფასდაკლება	დაგვიანება	დოკუმენტაცია	სხვა	სულ კორექტირება
98,012	238,597	657,480	40,052	1,034,143
9.48 %	23.07%	63.58%	3.87%	100%

ახსებობა უზრუნველყოფს, რომ დაზღვეულებს ჰქონდეთ წვდომა ჯანდაცვის სერვისებისა და პროვაიდერების ფართო სპექტრზე. ეს საშუალებას აძლევს ინდივიდებს აიჩიონ კლინიკა, რომელიც საუკეთესოდ შეესაბამება მათ საჭიროებებს ადგილობრივი სერვისების, სპეციალისტებისა და ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით.

მომხმარებელთა კმაყოფილების ზედა: სხვადასხვა პროვაიდერის კლინიკების შეთავაზებამ შეიძლება გამოიწვიოს მომხმარებელთა უფრო მაღალი კმაყოფილება. როდესაც დაზღვეულებს აქვთ აჩივანი და ადვილად პოულობენ კლინიკას, რომელიც აკმაყოფილებს მათ მოთხოვნებს, დაზღვეულები უფრო კმაყოფილი იქნებიან სადაზღვევო დაფაჩვით და მიღებული მომსახურების ხარისხით.

ქსელის ადეკვატურობა: მრავალი პროვაიდერი კლინიკის შენაჩივრება ხელს უწყობს ქსელის ადეკვატურობის უზრუნველყოფას. ეს ნიშნავს, რომ ხელმისაწვდომია საკმაოდ კლინიკები დაზღვეულის ჯანდაცვის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, ხაც ხელს უშლის დოქტორის ხანგრძლივ პეიროდს და აუმჯობესებს დროულ დახმარებას.

სახტოფექტუი სერვისები: პროვაიდერი კლინიკების ფართო ქსელის ახსებობა სადაზღვევო კომპანიებს საშუალებას აძლევს განსაზღვრონ უკეთესი გაჩივები და კონტრაქტები ჯანდაცვის პროვაიდერებთან. ამან შეიძლება გამოიწვიოს ხატების დაზოგვა როგორც სადაზღვევო კომპანიისთვის, ასევე დაზღვეულთათვის, ხადგან კლინიკებმა შეიძლება შესთავაზონ ფასდაკლებული გაჩივები ან მონაწილეობა მიიღონ ხატების განაწილების ღონისძიებებში.

საერთო ჯამში, ხამდენიმე პროვაიდერი კლინიკის ახსებობა თავის ქსელში საშუალებას აძლევს სადაზღვევო კომპანიას შესთავაზოს ჯანდაცვის ვაჩიანტების ფართო სპექტრი, გაზაღდოს მომხმარებელთა კმაყოფილება, უზრუნველყოს ქსელის ადეკვატურობა.

II რესპოდენტი:

სადაზღვევო კომპანია აჩის ფინანსური რეგანიზაცია, რომლისთვისაც, პიხვედ რიგში, უპიხატესია დაზღვეულთა ხოდენობა და მათ მიეჩ დაწესებული ფინანსური დიმიტების გამოყენება. ბევრი პროვაიდერის ახსებობა სადაზღვევო კომპანიას აძლევს ბევრი ბენეფიცი, პიხვედ რიგში კი, – დაფინანსების ვადების კონტროლის საშუალებას, ანუ ზაზარის გადავადების შესაძ-

ლებლობა გიჩნდება, ხადგან თუ დაზღვეული მიღის აჩაპროვაიდერი კლინიკაში, ამ შემთხვევაში სადაზღვევოს თანხა ასანაზღაურებელი აქვს იმ მომენტშივე, ხოცა დაზღვეული გადმოგზავნის დოკუმენტაციას. მაგჩამ თუ ის მივა პროვაიდერი კლინიკაში, ამ შემთხვევაში ხდება ფინანსების გადავება, ხადგან კომპანიას ხელშეკრულებით განსაზღვრული აქვს ვადები, ამ შესხულების დასამუშავებლად. შესაბამისად თანხის ანაზღაურება გიწევს აჩა მომსახურების მომენტშივე, აჩამედ ეჩიო-რჩიო თვის ფაჩგლებში. მეოჩე რიგში, ხაც უფრო მეტი პროვაიდერი ყავს სადაზღვევო კომპანიას მით უფრო მეტი დაზღვეულის მოთხოვნებს აკმაყოფილებს.

III რესპოდენტი:

ბევრი პროვაიდერი კლინიკა გვადევს საშუალებს, დაზღვეულებს შევთავაზოთ აჩივანი, როგორც სხვადასხვა პროფილის, ასევე, მომსახურების ხარისხის და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის კუთხით.

2. რა კრიტერიუმების გათვალისწინებით ადგენენ სადაზღვევო კომპანიები პროვაიდერულ კონტრაქტს სამედიცინო დანესებულებებთან?

I რესპოდენტი:

სადაზღვევო კომპანიები აფოჩმებენ პროვაიდერის კონტრაქტებს სამედიცინო დაწესებულებებთან ხამდენიმე კრიტერიუმზე დაყრდნობით, რომლებიც შეიძლება განსხვავდებოდეს კონკრეტული კომპანიისა და მისი მიზნების მიხედვით. მაგჩამ აჩსებობს ხამდენიმე საერთო კრიტერიუმს, რომელსაც სადაზღვევო კომპანიები ითვადისწინებენ პროვაიდერის კონტრაქტების გაფოჩმებისას. უპიხვედესად, სადაზღვევო კომპანიები აფასებენ, შეუძლია თუ აჩა სამედიცინო დაწესებულებას დააკმაყოფილოს მათი დაზღვეულის ჯანდაცვის საჭიროებები გეოგრაფიული დაფაჩვის და სერვისების მიწოდების შესაძლებლობების თვალსაზრისით. მათი მიზანია უზრუნველყონ, რომ მათი ქსელი მოიცავდეს პროვაიდერთა საკმაოდ ხოდენობას და მრავალფეროვნებას ყოვლისმომცვერი მომსახურების შეთავაზებისთვის. სადაზღვევო კომპანიები აფასებენ სამედიცინო დაწესებულებების მიეჩ დაწესებული მომსახურების ხარისხს. ეს შეფასება შეიძლება მოიცავდეს ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა სამედიცინო დაწესებულების აკრედიტაცია, სერტიფიკატი, პაცი-

ენგის მკუხნადობის შედეგები, პაციენტების კმაყოფილების გამოკითხვები და მახეგუდიხებულ სტანდარტებთან შესაბამისობა. მზღვევლებს უჩვენიათ პაჩტნიოხობა იმ სამედიცინო ოჩგანიზაციებთან, ომდებიც იცავენ მაღალი ხაჩისხის სტანდარტებს.

3. ძირითადი მიზეზები, რის გამოც ხდება წარმოდგენილი თანხის კორექტირება

I რესპოდენტი:

სამედიცინო დაწესებულების მიეჩ წაჩმოდგენილი თანხის კოჩექტირების ძიჩითადი მიზეზებია უჩგენტუდ შემთხვევებში მზღვევედისთვის შეტყობინების გადაცემის გამოჩრენა ან აჩასწოჩად დატოვებული შეტყობინება, ფასდაკლების გამო კოჩექტირება.

III რესპოდენტი:

სამედიცინო დაწესებულების მიეჩ წაჩმოდგენილი თანხის კოჩექტირების ძიჩითადი მიზეზებია აჩასხუდი დოკუმენტაციის წაჩმოდგენა, აჩავადილუჩი მიმაჩთვით მომსახუჩების გაწევა, პიჩადობის დოკუმენტაციის გამოჩრენა, დიავნობთან შეუსაბამობა, დაზღვეუდის ოჩკოსპიტადიზაცია ეჩთი სამედიცინო დაწესებულებიდან მეოჩეში მოხვედჩისას დჩოის მოკლე პეჩიოდში და სხვ.

4. დაკორექტირების შემდეგ ანაზღაურების დროში განუღვის მიზეზები

I რესპოდენტი:

იქიდან გამომდინაჩე, ომ სამედიცინო დაწესებულებას სუჩს დჩოუდად მიიღოს ანაზღაურება და ხედშეკუჩულებით დადგენილ ვადებში მოახდინოს ოჩევიჩება, მის ინტეჩეხებშია სადაზღვევო კომპანიას დჩოუდად გასცეს დასაბუთებული პასუხი. სამედიცინო დაწესებულების მიეჩ კოჩექტირების საპასუხოდ წაჩდგენილი აჩგუმენტის შემდეგ შეიძლება მოხდეს მზღვევედის მიეჩ პოცესის დჩოში გაწედვა, ომ გაახანგჩდღივოს ანაზღაურების პეჩიოდი. შესაძლოა პობდემუჩი თანხების გადაჩიცხვა გაიწედოს ოჩი, სამი თვის ან უფჩო მეტი ხნის განმავდობაში.

II რესპოდენტი:

თუ კოჩექტირების დეგადებში გაჩკვევა და შეთანხმება ვეჩ მოხდა, მაშინ პობდემის აღმოფხვჩაში ეჩთვება აუდიტოჩუდი სამსახუჩი და ავჯიღუ ცდილობენ სამედიცინო ისტოჩიის შესწავლას. დამამტკიცებელი საბუთების მოპოვების შემდეგაც თუ ვეჩ შეძდეს მხაჩეებ-

მა შეთანხმება, მაშინ საკითხი გადადის იუჩი-დიუდ დეპაჩტამენტში და შემდეგ უმაღდეს სასამაჩთლოში ხდება შემთხვევების განხილვა.

5. შესრულების წარდგენის და ვადების დარღვევის შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანიის და სამედიცინო დაწესებულების ქცევა

I რესპოდენტი:

სადაზღვევო კომპანიას უფდება აქვს აჩ ჩაიბაჩოს სამედიცინო დაწესებულების მიეჩ წაჩმოდგენილი დოკუმენტაცია, თუ ის ცდება ხედშეკუჩულებით გათვადისწინებულ ვადებს. სადაზღვევო კომპანიის მხიდან ანაზღაურების დაგვიანების შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულება უფდება მოსიღია გამოითხოვს ინფოჩმაციას ამის თაობაზე, მოითხოვოს ანგაჩიშგება და სუჩვიდის შემთხვევაში შეწყვიტოს სადაზღვევო კომპანიასთან დადებული ხედშეკუჩულება.

6. რამდენად ხშირად ირღვევა ხელშეკრულების პირობები?

I რესპოდენტი:

ხედშეკუჩულების პირობების დაჩღვევის ნებისმიეჩი შემთხვევა მკვეთჩად აისახება სამედიცინო დაწესებულების და სადაზღვევო კომპანიების უჩთიეჩთაზე, ამიტომ ოჩივე მხაჩე ცდილობს თითოეუდი ნაბიჯი აცნობოს ეჩთმანეტს, მაგჩამ მაინც თუ მოხდა მსგავსი ჩამ, ამ დჩოს ოჩივე მხაჩე ცდილობს გაითვადისწინოს თითოეუდის მნიშვნელობა.

II რესპოდენტი:

საკმაოდ ხშიჩია, ოჩი კონტოდიც ხდება უშუადოდ მუშაობის პოცესში აღმოჩენილი შემთხვევებიდან გამომდინაჩე, აჩ იცავენ წინასწაჩ შეთანხმებულ ვადებს, ფასებს.

III რესპოდენტი:

ხშიჩია, თუმცა ოთუდია ზედმიწევნით დაიცვა ხედშეკუჩულების პირობები, ოდესაც პოვადიეჩი კლინიკა პოპუდაჩობით საჩგებდოს დაზღვეულებში.

7. როგორია წარმოდგენილი დოკუმენტაციის დაკორექტირების ძირითადი მიზეზები?

II რესპოდენტი:

სამედიცინო დაწესებულებების წაჩმოდგენილი დოკუმენტაციის კოჩექტირების მიზეზები მჩავადგვაჩია, თუმცა ძიჩითადად გამოწვეუდია აჩასხუდყოფილი დოკუმენტაციის, შეუსაბამო

დიაგნოზების, დუბლირებული მონაცემების მოწოდების, ვადების დახლვევის გამო.

III რესპოდენტი:

კოხეტიციების მიზების პოვნა ძალიან მაჩვივია, თუმცა, ხოცა ადამიანს უშდება, საშუალებას ვაძღვევთ წახმოგვიდგინოს შესწოხებული დოკუმენტაცია.

8. რამდენად ხშირია რევიზიის შემთხვევა?

III რესპოდენტი:

ხოდესაც სადაზღვევო კომპანიის ხომედიმე თანამშრომელს უჩნდება კითხვები და ეჭვი ეპაჩება წახმოდგენილ დოკუმენტაციაში, ჩნდება ხევიზიის საჭიხოება და კდინიკაში გზავნის აუდიტოხებს.

დისკუსია

სადაზღვევო კომპანიები, რომელთაც აქვთ საკუთარი სამედიცინო დაწესებულება, მათ მიერ დაქირავებულ ოჯახის ექიმებს მიუთითებენ, ზოგ შემთხვევაში, ავალდებულებენ დაზღვეულთა მიმართვას მათ სამედიცინო ორგანიზაციებში, რითაც ცდილობენ თავიდან აირიდონ ზედმეტი ხარჯები. ასეთ შემთხვევებში ნაკლებად ხდება წარმოდგენილი დოკუმენტაციის დაკორექტირება სხვადასხვა დარღვევების გამო.

მეორე მხრივ, სადაზღვევო კომპანიები, რომელთაც არ აქვთ საკუთარი სამედიცინო დაწესებულება, ხელშეკრულებას აფორმებენ სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებასთან, მათი დაზღვეულებისთვის შეუფერხებელი მომსახურების მიწოდებისთვის. ამ შემთხვევაში, სადაზღვევო კომპანიები ოჯახის ექიმებს არ მიუთითებენ დაზღვეულთა მიმართვას რომელიმე სამედიცინო ორგანიზაციაში. თუმცა, სადაზღვევო კომპანიები დაზღვეულებს მუდმივად აწვდიან ინფორმაციას კლინიკების სანოლების დატვირთვის შესახებ და ცდილობენ შესთავაზონ მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, რათა არ წარმოიქმნას პრობლემები, რაც გაზრდის დაზღვეულთა უკმაყოფილებას.

ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო დაწესებულება კისრულობს ვალდებულებას, ხელშეკრულებით განსაზღვრული პირობების დაცვით უზრუნველყოს მზღვეველის მიერ დაზღვეული პირები სამედიცინო

მომსახურებით. თავის მხრივ, მზღვეველი კისრულობს ვალდებულებას, დროულად და სრულად გადაუხადოს სამედიცინო დაწესებულებას განუული სამედიცინო მომსახურების ღირებულება შესაბამისი პოლისით განსაზღვრული დაფარვების/ლიმიტებისა და ამ ხელშეკრულების დანართებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ტარიფების შესაბამისად. სამედიცინო დაწესებულებასა და სადაზღვევო ორგანიზაციას შორის დადებული ხელშეკრულება წარმოადგენს ბერკეტს, რომლის მიხედვითაც გეგმავენ ურთიერთობას მინიმუმ ერთი წლის განმავლობაში. თუ თანამშრომლობა სტაბილურად მიმდინარეობს და არცერთი მხარის მიერ არ ხდება სერიოზული დარღვევა, შემდეგ წლებში ხელშეკრულება გრძელდება შეთანხმების საფუძველზე, იდენტური პირობებით, მანამ სანამ ძირეულად არ გახდება საჭირო ხელშეკრულების პუნქტების ჩასწორება.

ხელშეკრულება მოიცავს ორივე მხარის უფლება-მოვალეობებს, რაც თავისთავად გულისხმობს, რომ მასში მნიშვნელოვანი როლი უკავია შესრულებული სამუშაოს წარდგენისა თუ დამუშავების ვადებს, ანაზღაურების დეტალებსა და ფასებს. სამედიცინო დაწესებულება იღებს ვალდებულებას – სათანადო მომსახურება გაუწიოს დაზღვეულს, თუმცა თუ ადგილი ექნება მცდარ სამედიცინო ქმედებას, საანგარიშგებო დოკუმენტაციის არასრულყოფილად წარმოდგენას, პაციენტის კლინიკაში შესვლისას ან არაუგვიანეს 24 საათში მზღვეველისთვის ინფორმაციის მიწოდებლობას, შეთანხმებული ლიმიტებისა და ტარიფების გაუთვალისწინებლობას, გართულების შემთხვევაში, დაზღვეულის შეთანხმებულ დროზე მეტი ხნით დაყოვნებას და სხვა დეტალებს, ამ შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანია იტოვებს უფლებას ადგილზევე შეამოწმოს დამდგარი ზარალის სამართლიანობა, ან გამოითხოვოს ყველა საჭირო დოკუმენტაცია, რათა დარწმუნდეს შემთხვევის ავთენტურობაში. სადაზღვევო კომპანია იღებს ვალდებულებებს, რომ მიანოდოს სამედიცინო დაწესებულებას ინფორმაცია დაზღვეულის დარჩენილი ლიმიტების, დაფარვის მოცულობისა და დამდგარ შემთხვევის ანაზღაურების ან არანაზღაურების შესახებ ახსნა-განმარტება.

სამედიცინო დაწესებულებისათვის მთავარია შემოსავლების გაზრდა და სწორი ბიუჯეტირება. მათი მიზანია შემოსავლების მაქსიმალურად აკუმულირება და სამომავლო მიზნებისთვის სწორი გადანაწილება. სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით და კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან მიღებული თანხებით.

სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს ღირებულების კორექტირება ხდება სამი ძირითადი კრიტერიუმის მიხედვით: ანაზღაურება, ვადები და ფასდაკლება.

ანაზღაურება

სამედიცინო დაწესებულების და სადაზღვევო კომპანიას შორის ხარისხიან თანამშრომლობაზე მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს ანაზღაურება. თუ რომელიმე მხარე უკმაყოფილოა ანაზღაურების საკითხით, ეს პირდაპირ აისახება მათ ურთიერთობაზე. როდესაც სამედიცინო დაწესებულება არ უწევს შესაბამის, ხარისხიან მომსახურებას კონკრეტულ დაზღვეულს, ეს ნეგატიურ გავლენას ახდენს სადაზღვევო კომპანიაზე.

როდესაც სამედიცინო დაწესებულების მიერ სადაზღვევო კომპანიისთვის ანაზღაურების არასმართლიანად მოთხოვნის შემთხვევები ხშირია, სადაზღვევო კომპანია ცდილობს თავისი დაზღვეულების გადამისამართებას სხვა მისთვის მისაღებ სამედიცინო დაწესებულებაში. მზღვეველის მიერ სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურება ხორციელდება ხელშეკრულებით განსაზღვრული ტარიფების შესაბამისად. სამედიცინო დაწესებულება მომსახურებებზე მზღვეველის სასარგებლოდ ავრცელებს ფასდაკლებებს და ეს ფასდაკლება გაანგარიშდება შესრულების სრული ღირებულებიდან. ანაზღაურება მოიცავს რამდენიმე ეტაპს:

1. საანგარიშგებო თვის დასრულების შემდეგ მზღვეველს წარედგინება იმ დაზღვეულების ყველა საჭირო დოკუმენტაცია, რომლებმაც კონკრეტულ თვეში მიიღეს მომსახურება და ასევე, შესაბამისი თვის ჯამური ანგარიში.
2. ფორმდება მიღება-ჩაბარების აქტი, რომელიც ორივე მხარისთვის წარმო-

ადგენს ვალდებულების საბუთს და აქედან გამომდინარე, ხდება ანგარიშწორება. ამ საბუთის მიხედვით მიწოდებული დოკუმენტაციის დაკარგვის ან შემთხვევით განადგურების შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულება თავისუფლდება ვალდებულებისგან და სადაზღვევო კომპანიას უწევს სრულად ანაზღაუროს შემთხვევა.

3. მიღება-ჩაბარების აქტის გაფორმებიდან ხელშეკრულებით განსაზღვრული ვადის ამონურვამდე სადაზღვევო კომპანია ამუშავებს წარდგენილი შესრულებული სამუშაოს რეესტრს და დოკუმენტაციას, გამოითხოვს გამორჩენილ საბუთებს და შემდეგ უკვე ახორციელებს თანხის გადარიცხვას სამედიცინო დაწესებულებისთვის.
4. თუ დამუშავების ვადის ამონურვამდე სამედიცინო დაწესებულება წერილობით შეატყობინებს სადაზღვევო კომპანიას გამორჩენილი შემთხვევების შესახებ, ამ შემთხვევაშიც, მზღვეველი ვალდებულია მიიღოს დაგვიანებით წარდგენილი შესრულება, დაამუშაოს და მოახდინოს ანაზღაურება.
5. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ამ ორ დაწესებულებას შორის ურთიერთანამშრომლობა მიმდინარეობს სპეციალურად შეთანხმებული ფასების მიხედვით. სამედიცინო დაწესებულებას ფასების შეცვლის უფლება აქვს და თუ დროულად აცნობა მზღვეველს ამის შესახებ, მაშინ დამუშავების პროცესიც ახალი ფასების მიხედვით წარიმართება, მაგრამ თუ ამის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება დროულად არ მოხდა და მხოლოდ დამუშავების პროცესში გახდა მზღვეველისთვის ცნობილი, ამ შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანია იტოვებს უფლებას, დოკუმენტაცია დამუშავდეს ძველი ტარიფის მიხედვით.

ვადები

სამედიცინო დოკუმენტაციის დამუშავების ვადები განსაზღვრულია ხელშეკრულებით. ხელშეკრულების პირობების თანახმად,

დამუშავების პროცესის ვადები ძირითადად განსაზღვრულია 30 კალენდარული დღით. სამედიცინო დაწესებულების მიერ დაზღვეულის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობა, ანგარიშ-ფაქტურა, კალკულაცია ფორმა #IV-100/ა, შეტყობინება, შესაბამისი უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და დაწესებულების ბეჭდით დამოწმებული, წარდგენილი უნდა იყოს საანგარიშგებო პერიოდის დასრულებიდან მომდევნო თვის 10 რიცხვამდე. დოკუმენტაციის მიღებიდან კი, მზღვეველს აქვს 20 სამუშაო დღე დოკუმენტაციის დასამუშავებლად, შემდეგ კი ისევ 10 დღე, რომ მოახდინოს ანგარიშსწორება. დამუშავებისთვის განკუთვნილი 20 დღის განმავლობაში სამედიცინო დაწესებულებას წერილობით უნდა ეცნობოს არასრულად წარმოდგენილი დოკუმენტაციის შესახებ და უფლება მიეცეს შეტყობინების მიღებიდან 14 კალენდარული დღის განმავლობაში გამოასწოროს ხარვეზი და გადააგზავნოს საჭირო დოკუმენტაცია. მსგავსი შემთხვევების ასანაზღაურებლად კი სადაზღვევო კომპანიას ეძლევა საშუალოდ 15 სამუშაო დღე თანხის ასანაზღაურებლად. რაც შეეხება დაკორექტირებულ შემთხვევებს, მათი დამუშავების ვადების სტანდარტიზაცია შეუძლებელია, რადგან თითოეული შემთხვევა არის ინდივიდუალური, საჭიროებს ინდივიდუალურ გამოკვლევას და ხშირ შემთხვევაში, საკითხი მიდის სასამართლომდე, რაც გულისხმობს, რომ ანაზღაურების საკითხი შესაძლოა გაიწელოს ერთ, ორ ან მეტ თვეზე, თუნდაც წელზე.

ფასდაკლება

სამედიცინო დაწესებულებასა და სადაზღვევო კომპანიას შორის ურთიერთობის საწყის ეტაპზე სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო კომპანიას აწვდის თითოეული მომსახურების ფასს. შემდეგ ეტაპზე ხდება ორივე მხარისთვის მისაღები ფასის შეთანხმება, შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულების შიდა სტანდარტის ფასი ხშირ შემთხვევაში კორექტირდება მზღვეველთან შეთანხმებით და დგინდება ფასთა ჩამონათვალი (ე.წ. price list). სამედიცინო დაწესებულება ამ შემთხვევაში შესაბამისი

კონტრაქტით ფასდაკლებას ავრცელებს სადაზღვევო კომპანიაზე, ან ქმნის ცალკე ფასთა ჩამონათვალს მისთვის. რიგ შემთხვევებში, სამედიცინო დაწესებულებას უფლება აქვს შეცვალოს ფასები, მაგრამ ხელშეკრულებით განსაზღვრული ფასდაკლების პროცენტი უცვლელი რჩება.

კორექტირებისა და ფასდაკლების კავშირს თუ განვიხილავთ, მთავარ პრობლემად ფასების ცვლილების შესახებ ინფორმაციის მიუწოდებლობა გამოვლინდება. ხშირად სამედიცინო დაწესებულება დროულად არ აწვდის სადაზღვევო კომპანიას ინფორმაციას ფასების ცვლილების შესახებ. ამ დროს სადაზღვევო კომპანია სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარმოდგენილ შესრულებულ სამუშაოს ძველი ფასით ანაზღაურებს. აღსანიშნავია, რომ ფასდაკლება მოქმედებს მხოლოდ მიმართვით და არა თვითდინებით მიღებული პაციენტის შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში მზღვეველს წარმოექმნება ვალდებულება – დაზღვეულს თანხა აუნაზღაუროს შიდა სტანდარტით დადგენილი ფასის მიხედვით და არა მისთვის სპეციალური ფასის ფარგლებში.

დასკვნა

კვლევის მიზანი იყო, დაგვედგინა სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ურთიერთობის პროცესში წარმოქმნილი ძირითადი პრობლემები, რაც ხშირ შემთხვევაში ხდება კორექტირების მიზეზი. ბოლო წლებში გამოიკვეთა სადაზღვევო კომპანიებსა და საავადმყოფოებს შორის ურთიერთობის პრობლემები. სადაო საკითხები დაკავშირებულია სხვადასხვა ფაქტორთან, მათ შორისაა: ჭანდაცვის ხარჯების ზრდა, ანაზღაურების შესახებ დავების წარმართვა და სადაზღვევო პოლისების სირთულე. ამ გამოწვევებმა გაართულა პარტნიორობა მზღვევლებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის, რამაც გამოიწვია ნდობის შემცირება.

ერთ-ერთი მთავარ პრობლემად რჩება ანაზღაურების ტარიფებთან დაკავშირებული უთანხმოება. ხარჯების შესამცირებლად სადაზღვევო კომპანიები ხშირად აწარმოებენ მოლაპარაკებებს დაბალ ტარიფებზე, ხოლო

საავადმყოფოები ცდილობენ სამართლიანი კომპენსაციის მიღებას, რათა ადეკვატურად დაფარონ თავიანთი ხარჯები. მსგავსი სახის უთანხმოებები იწვევს საავადმყოფოებზე მძიმე ფინანსურ დარტყმას, როდესაც სამედიცინო ორგანიზაცია იძულებული ხდება პაციენტების სამედიცინო მომსახურება აწარმოოს შეზღუდული რესურსებისა და შესაძლებლობების ფარგლებში.

გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანიებს აქვთ უპირატესობა – შეავინროვონ დაზღვეულებისთვის არეალი, პროვაიდერთა სიიდან ამოიღონ გარკვეული საავადმყოფოები, რაც ზღუდავს პაციენტების უფლებას სამედიცინო მომსახურება მიიღონ მათთვის სასურველ დაწესებულებაში. ერთ-ერთი პრობლემური საკითხია სადაზღვევო პოლისების რთული და დამაბნეველი ბუნება. დაზღვეულებს ხშირად უჭირთ მათი დაფარვის ლიმიტების გაგება, რაც იწვევს მოულოდნელ ხარჯებს და სადაო საკითხი ხდება. საავადმყოფოები ცდილობენ ამ რთულ სქემას მოერგონ და მოითხოვონ დაფინანსება, რაც იწვევს ანაზღაურების დაგვიანებას და ზრდის სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციულ ხარჯებს. ეს გამოწვევები ქმნის შეუსაბამო გარემოს მონაწილე მხარეებისთვის და ხელს უწყობს ურთიერთობების დაძაბვას. ამ პრობლემების გადასაჭრელად, მნიშვნელოვანია ერთობლივი ძალისხმევა. სადაზღვევო კომპანიებსა და საავადმყოფოებს შორის გაუმჯობესებულმა კომუნიკაციამ და გამჭვირვალობამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ნდობის ჩამოყალიბებას და უფრო კორპორატიული გარემოს შექმნას. კონფლიქტების გადასაჭრელად აუცილებელია ღია დიალოგში ჩართვა, მონაცემების გაზიარება და მკაფიო მოლოდინების ჩამოყალიბება ანაზღაურების განაკვეთებთან და დაფარვის პოლიტიკასთან დაკავშირებით. გარდა ამისა, ორივე მხარემ უნდა იმუშაოს მარეგულირებელი წესების ფარგლებში, რომლებიც უზრუნველყოფენ ანაზღაურების სამართლიან განაკვეთებს და სტანდარტიზებულ სადაზღვევო პოლისებს. ასეთ ზომებს შეუძლია შეამციროს უთანასწორობა სადაზღვევო კომპანიებსა და საავადმყოფოებს შორის.

საქართველოში სადაზღვევო კომპანიებსა და საავადმყოფოებს შორის ურთიერთობის პრობლემები მოითხოვს მრავალმხრივ მიდგომას, რომელიც მოიცავს თანამშრომ-

ლობას, გამჭვირვალობას და მარეგულირებელ რეფორმებს. ამ გამოწვევების ძირეული მიზეზების მოგვარებით და თანამშრომლობის სულისკვეთებით, შესაძლებელია უფრო მდგრადი და პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის შექმნა.

რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე, სამედიცინო დაწესებულებებისა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის კორექტირების მინიმალურ დონემდე დასაყვანად შესაძლოა გაიცეს შემდეგი სახის რეკომენდაციები:

1. დაინერგოს ინტეგრირებული პროგრამები, სადაც ორივე მხარე მიმდინარე პროცესში გააკონტროლებს დაზღვეულის მიმართვებს, ლიმიტებს, დიაგნოზებსა და მკურნალობის მეთოდის შესაბამისობას.
2. მიზანშეწონილია ადმინისტრაციული და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგების ხელშეწყობა, მზღვეველის და სამედიცინო ორგანიზაციის პრიორიტეტების, თავისებურებებისა და თანამშრომლობის სპეციფიკის გათვალისწინებით.
3. სამედიცინო დაწესებულების ყველაზე ხშირად დაკორექტირებული შემთხვევების მუდმივი სიღრმისეული კვლევა, მიზეზებისა და მათი გადაჭრის გზების საპოვნელად.
4. მონაცემების სიჭარბიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია ხელოვნური ინტელექტის გამოყენების მეთოდების დანერგვა, რათა ზედმეტი ძალისხმეების გარეშე მოხდეს დაკორექტირებული ქეისების ანალიზი.
5. სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის დადებულ ხელშეკრულებებს უნდა დაემატოს პუნქტი მომხმარებელთა კმაყოფილების შესახებ. ანაზღაურების დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს თითოეული პაციენტისგან მიღებული უკუკავშირი. მსგავსი ჩანაწერი მკვეთრად გაზრდის მომხმარებელთა კმაყოფილების ხარისხს.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Freund, T., Gondan, M., Rochon, J., ... Wensing, M., Szecsenyi, J. (2013). Comparison of physician referral and insurance claims data-based risk prediction as approaches to identify patients for care management in primary care: An observational study. *BMC Family Practice*, pp. 14, 157.
2. Irving, A., Prager, A., Standley, C. A. (2010). customizable plan for effective claims management. *J Healthc Risk Manag*, 30 (2).
3. Porter, C.N., Taylor, R., Harvey, A.C. (2022). Applying the asymmetric information management technique to insurance claims. *Applied Cognitive Psychology*, 36 (3), pp. 602–611.
4. Sodzi-Tettey, S., Aikins, M., Awoonor-Williams, J.K., Agyepong, I.A. (2012). Challenges in provider payment under the Ghana National Health Insurance Scheme: a case study of claims management in two districts. *Ghana medical journal*, 46(4), pp. 189–199.
5. Mahlow, N., Wagner, J. (2016). Evolution of Strategic Levers in Insurance Claims Management: An Industry Survey. *Risk Management and Insurance Review*, 19(2), pp.197–223;
6. Bhat, R., Reuben, E.B. (2002). Management of claims and reimbursements: The case of Medclaim insurance policy. *Vikalpa*, 27(4), pp. 15–28.
7. Gowanit, C., Thawesaengkulthai, N., Sophatsathit, P., Chaiyawat, T. (2016). Mobile claim management adoption in emerging insurance markets: An exploratory study in Thailand. *International Journal of Bank Marketing*, 34(1), pp. 110–130.