

hastaları uzaktan takip ve diğere sağıık görevlileriyle iletişim için çok kritiktir.

Boşluk sınırlamaları eczacılar için evrensel bir sorun olup aşılmaz değildir. Ciro ve karın dikkatlice hesaplanması sonucunda, bazı ürünler ve nesnelere çıkartılabilir. İşe yaramayan araçlar ve ürünler çıkartıldığında, yeniden düzenleme yapılır. Çoğu eczanede tasarımı esnek kılabilmek için, portatif araçlar kullanılır. Bunlar duvar inşa etmekten çok daha hesaplı olmakla beraber, alanı genişletip daraltmak konusunda da çok yardımcıdır.

Cam araçlar, danışmanlık odasında tam gizlilik

sağlamamasına rağmen, bazı eczacılarca iyi bir pazarlama stratejisi olarak bilinir. Danışmanlık alanındaki hasta ve eczacıyı gören diğere hastalar, eczanenin sunduğı hizmetler hakkında bilgi sahibi olmak isteyeceklerdir. Cam araçlar, hastaya profesyonellik izlenimini verir ve eczacının her yeri kontrol altında tutabilmesini sağlar. Yeniden yapılandırmaya girişmeden önce düşünülmesi gereken şey, en iyi eczane planının tipik bir eczane donanımına sahip ve bütçesine uygun olmasıdır. Amaç eczanenin akışını bozmadan diğere hastalara danışmanlık hizmetleri verebilmek ve profesyonel sağıık hizmeti verildiğine dair imaj yaratmaktır.

## Gerii Ödeme

### Gerii Ödeme Hizmetleri

#### *Gerii Ödeme Hizmetlerine Dahil Olan Ana Görevler*

Üçüncü şahısların anlayışlarını mekanik ve dinamik olarak geliştirerek, eczacılar ürün maliyetini en aza indirebilirler. Aşağıdaki adımlar eczane başarılı gerii ödeme hizmetleri için izlenen adımlardır. Bir eczane çeşitli uzmanlık hizmetlerinden yararlanmak isteyebilir. Örneğin, bir eczane hastalarına yadsınan haklarda yardım ederken, bir diğere düşük sigortalı hastalar için gelişim süresince alternatif kaynakları takip ederek haklarını aramalarını önerip sorumlulukları üstlerine alırlar. Şunu bilmek gerekir ki bir eczacı kişisel olarak faturanın detaylarıyla uğraşmak, hakları ya da faturalardaki diğere detayları takip etmek zorunda değildir. Bir eczane sekreteri fatura konusunda eğitilmiş olmalıdır. Bununla beraber eczacılar imalatçılardan ödeme yardım programlarını içine alan gerii ödeme konularında geniş bir fikir aşinalığına sahip olmaları gerekmektedir.

Gerii ödemeyi bütün yönleriyle adım adım yönetebilmek için aşağıdaki tanımları takip etmek gereklidir.

**1. Sigorta Bilgisinin Toplanması.** Gerii ödeme hizmetlerinin sağlanmasıdaki ilk adım hastaların birinci ve ikinci sigorta verilerini içeren bilgilerini toplamaktır. Bu bilgiyi toplarken, mümkün olduğu kadar eksiksiz ve kapsamlı olun. Soruları sizin onları anladığınızı belli eden yollarla sorun. Örneğin, hastalara 'ikinci sigortaları' olup olmadığını sormak yerine eşlerinin sigortasının olup olmadığını ve bu sigortanın onları kapsayıp kapsamadığını sorun. Bazı hastalar özel eczacılık ödemelerinde sigortalandırılırlar. Örneğin, yer değiştiren ilaç tedaviler, bazı aşı ürünleri, kemoterapi uzmanlık ürünleri. Hasta çoğu zaman bakım organizasyon yönetiminden ilave sigorta alabilir. Hastanın maddi durumunu ve yardım programları için seçilme olasılığını dikkate alarak bilgi toplamak yararlı olabilir ve anında mümkün olabilecek gerii ödeme problemlerini tanımlayabilir. Hastaların teşhis ve reçete raporları da kaydedilmelidir.

#### **2. Gerii Ödeme Konusunda Hastalara Danışmanlık.**

Gerii ödeme için danışmanlık hizmeti, eczacının muhtemel müşteriyi saptayıp gerii ödeme yapıldığı ana kadar geçen sürededir. Hastanın doktoru veya kendisiyle hasta durumu hakkında iletişim kurmak gerekir.

Hastanın mali ve sigorta durumunu bilmeniz, ödemeyi ve eczanede sunacağınız hizmetler hakkında bilgi vermenizi kolaylaştırır. Ayrıca ilaçların liste fiyatları ile sigorta şirketlerinin ödediği tutarları hastaya anlatmak durumundasınız. Hastalar, hesabın tüm ecza hizmetlerini karşıladığını da bilmeli. Hasta danışmanlığının bir diğer önemli tarafı da, sağlık hizmetlerinde hastanın bir avukatıymış gibi davranmaktır. Hastalar genelde sağlık durumlarının da verdiği etkiyle, nasıl ödeme yapacakları konusunda stres altındadırlar. Danışmanlık seanslarında, hastalarla bire bir olarak ödeme şekilleri de konuşulabilir. Müşterilerle açık iletişim kurmak önemlidir. Başka bir hizmet olarak, ücretsiz telefon danışma servisleri kurulabilir. Bu sayede hem hasta veri tabanı oluşturulabilir hem de eczanenin yaygınlığı artar.

**3. Sigorta Kapsamını Doğrulamak.** Ödemede bir sonraki adım, hastanın sigorta kapsamlarını doğrulamaktır. Hastanın sigorta şirketini arayarak teşhis ve tedavi kapsamını öğrenilebilir. Hasta gizliliği ön planda olup, bu bilgileri almadan önce hastadan izin alınmalıdır. Doğrulama metodları farklı planlarla ayrılır; örneğin, ticari doğrulama telefonla yapılırken, reçetede ilaç planları elektronik olarak yapılır. Bir sonraki bölümde değişik ödeme seçenekleri için doğrulama gereksinimleri belirtilmiştir.

Kapsamı doğrularken, reçete kartı ile tazminat policesini farklılıklarından haberdar olun. Çünkü ödeme şekilleri, reçetenin kapsadığı ilaçlara bağlıdır. Eğer hastanın sigortasının, terapiyi kapsamadığını görürseniz, araştırma yöntemlerini kullanarak farklı bir ödeme şekli arayınız. Örneğin, sigortacı terapistin kapsam dışı olduğunu belirtirse, muayenehane, hastane, poliklinik gibi farklı kapsamaları sorunuz. Eğer sigortacı, hastanın teşhisinin kapsam dışı olduğunu ifade ederse, farklı teşhis kapsamalarını sorunuz. Hastanın ilk sigortacısından mevcut durum hakkında kapsam dışı olduğunu öğrenirseniz, farklı yardım programlarına üye olup olmadığını öğrenmeye çalışın.

Şunu aklınızdan çıkarmayın, bir firmanın yetkilisi ile telefonda konuşmak, ödemenin yapılacağı garantisini vermez. Önemli olan, dikkatli bir şekilde kapsam hakkında bilgi almaktır. Konuştuğunuz şahsın adını, saati ve tarihi not etmek iyi bir fikirdir. Konuşmadan sonra, aynı kişiye bir mektup göndermek, daha sonraki karışıklıkları ve yanlış anlamaları önleyecektir.

**4. Görevin Kabulü.** Doğrulama sonrası, bakım, Medicare, Medicaid tazminat sistemlerine dahil olan hastalar için geri ödeme prosesindeki sonraki adım kabulüdür. Kararları kabul etmek eczanenin direkt hasta yerine, ödemeyi sigortacıdan alacağı anlamına gelir. Bunu yapabilmek için hastaya bir anlaşma imzalatmak gerekir. Sözleşmeyi kabul ettiğinizde, hastaların tüm taleplerini sigortacılara bildirmek ve verdiğiniz hizmetlerin karşılığında alacağınız ödemeler sizin sorumluluğunuzdadır. Doktorlar, evde aşı yapan şirketler, hemşire kuruluşları, programlı bir şekilde sözleşmeyi kabul ederler. Birçok sigortacı da doğrudan eczacılara ödeme yapar.

#### Gerri ödeme Hizmetlerinin Başarılmasındaki Adımlar

1. Sağlık bakımını kapsayan bilgileri toplayın.
2. Hastaya geri ödeme hakkında önerilerde bulunun.
3. Sigorta kapsamını ve yararlarını doğrulayın.
4. Kararları kabul edin.
5. Talepleri bildirin.
6. Talepleri takip edin.
7. Gerri çevrilen taleplere başvurun.
8. Alternatif kaynakları araştırın.

Birçok durumda, sözleşmenin kabulü hem eczane hem de hasta için yararlı olur. Sözleşmenin kabul edilmesi hastayı maddi manevi engellerden kurtarır. Eczacılar tedaviyi daha iyi anlayıp iletişim kurduğundan, hastanın kendi başına yetersiz oldukları

yerlerde, ödemenin güvenliği için sigortacıyla işbirliği yaparlar. Sözleşmeyi kabul ederek ve sigortacılarla doğrudan çalışarak kendi eczanelerini diğerlerinden farklı yapabilir ya da rekabete dayalı, temel olan avantajları sağlayabilirsiniz.

Sözleşmeyi kabul etmenin eczaneye dezavantajı, sigortacı tarafından belirlenen geri ödeme derecesini kabul etmek zorunda olmasıdır. Tazminat planı olağan şekilde geri ödenebilir. Bu geri ödeme seviyesi, işletim hizmetlerinden, PBM'lerden veya ilaç planlarından daha yüksek seviyede olabilir. Sözleşmeyi kabul etmenin bir diğer riski de, eczanelere çek göndermeye alışık olmayan sigortacıların, ödemeyi yanlışlıkla hastalara göndermeleridir. Eczane daha sonra hastalardan ödenekleri toplamak zorundadır. Riski en aza indirmek için, hastaya bir çek aldığında, eczaneye göndermesi gerektiğini tavsiye etmek gerekir. Ödenmeyen çekleri takip ederken, sigortacıya çeki hastaya gönderip göndermediğini sorun. Göndermişse, çeki almak için hemen hastayla konuşun. Ürün alımı sırasında hastaya kredi kartı çıkmasını sormak uygulanabilir. Bu ayrıca, hastalardan çek toplama zorluğuna karşı bir güvence olabilir.

**5. Taleplerin Bildirimi.** Geri ödemedeki bir sonraki adım, ek personel gerektirecek, detaylı ve zaman alıcı bir adımdır. Şu anki atmosferde, ödeme gücünün artmasıyla, personelin de düşünülmesi gerekmektedir. Taleplerin bildirilmesindeki gereksinim kariyere göre değişir. Bazıları uzmanlık statüsündedir ve çoğu CMS olarak adlandırılan Universal Claim Form kullanımına izin verir. Diğerleri, özellikle de ilaç planlama reçetelerini yönetenlerden yararlanılan eczaneler, taleplerin elektronik bildirimini teşvik ederler. Talep formlarını doldurmakla beraber, tedavi için yardımcı dokümanlara da talep vardır. Doküman gereksinimi, hastanın özgeçmişini ve etiketsiz ürün kullandığını kanıtlayan klinik yazılarda, geçmişteki ilaç tedavi başarısızlıklarını gösteren tıbbi gereksinim sertifikasında sıralanmıştır. İmalatçıların geri ödeme çizelgeleri ya da Profesyonel Hizmet Departmanları, yazı araştırmalarında yardımcı

olabilir. Bireysel hastalar için dokümanlaştırmanın hızlandırılması açısından eczane, doktorun dolduracağı ve imzalayacağı standart "CMN" formu ya da mektubu sağlayabilir. Belgeleme gereksinimleriyle beraber, faturalama sıklığı, limiti ve geri ödeme zamanının tolere edilmesi, sigortacıya göre değişir.

**6. İndirim ve Geri Ödemeleri Toplama.** Taleplerin arz edilmesiyle beraber, eczane hastaların ödemelerini ihtiyaca göre düzenlemelidir. Hastalar "İndirim" ve "Yan ödeme"lerden, bazı durumlarda da ürün ödemelerinden sorumlu olacaktırlar. Örneğin; hasta sigortasızsa, hiçbir yardım için seçilebilir değilse ya da hastanın sigortası, eczaneden dolayı talepleri kabul etmiyorsa, ödemediği sorumlu olan hastadır. Sigortacılarından çek aldıklarında, hastaları aramaya teşvik eden sistem, hastalardan ödemelerin toplanmasına yardımcı olacaktır. Hastalar, eczaneye sözleşmeyi kabul etmesi için izin verdiklerinde, aldıkları çeki vermeye mecbur kalırlar. Bir eczane sözleşmeyi kabul etse bile, sigortacı eczaneye ödeme yapmaya ve hastalara doğrudan ödediği parayı, geri almaya mecburdur. Hastanın toplu ya da başka şekilde ödemek zorunda olduğu dolar miktarı yazılıp eczacı ve hasta tarafından imzalanmalıdır. Bazı hastalar için özel ödeme planı gerekebilir ama genelde standart olan, haftalık takip edilen ödenmemiş borçların aylık olarak faturalandırılmasıdır. Eczane ödemelerin toplanması için akılcı teşebbüslerde bulunmalıdır, ancak hastanın ödemeyi yapmayacağı ya da yapamayacağı açık olduğunda, ödemediği vazgeçilebilir.

**7. Ödeme Taleplerinin Takip Edilmesi.** Ödeme taleplerinin takip edilmesi, faturalamayı, para toplamayı ve sigortacıyı 30, 60, 90 gün boyunca ödeme talebi için aramayı teşvik eden bir sistemle daha iyi idare edilir. Bir talebin statüsü onaylandığı zaman, bu talep onaylanana kadar her hafta eczane sigortacıyı aramalıdır. Bu aşama yerine getirilen bütün eczane hizmetleriyle ve izlenen prosedürle tutarlı olmalıdır.

### 8. Geri Çevrilmiş Talepler İçin Doküman Sağlama.

Taleplerin genel olarak geri çevrilme nedenleri şunlardır; 1. talep formunun yanlış ya da eksik doldurulması, 2. talebi arz eden kişinin yeterli derecede ısrarlı olmaması. Hastanın avukatına göre, ecza ve sağlık personeli tedavi ödemesinin sağlanması için zamanın ve enerjinin ayarlanmasında hazır olmalıdır. Bu, başlangıçtan beri, bilgilerin tam olmasını ve geri çevrilmiş taleplere başvurmayı içerir. Geri çevrilmiş bir talebe başvurmak, daha önce hastane ya da doktorun ofisi dışında bulunmadığınızı, tedavinin belirtisini kanıtlamak için ilaç etiketlemediğini gösteren belgeyi toplamayı gerektirir. Belgelemede doktorun ürün için ricası, hastanın ürünü ne amaçla aldığı, ürünün nasıl kullanılacağı, tedavi alternatiflerinin anlatılması ve hastanın geçmişteki tedavi başarısızlıklarının özeti bulunmalıdır. Ürün imalatçılarının, Profesyonel Hizmet Departmanları ya da ödeme hizmeti servisi, belgeleme için gereken bazı bilgileri sağlayabilir. "American Hospital Formulary Service Drug Information" ya da "United States Pharmacopeia Drug Information for the Health Care Professional" gibi, yeni ürünler, son zamanlarda oluşmuş yerlerde çoğu zaman bulunmadığından, sigortalar en yeni tip olanaklarını kapsamazlar. Güncel yazılardan belgeleme imkanı sağlayan eczacılar, tıp uygulamalarını etkileyerek, ödeme poliçelerinin gelişmesinde yardımcı olurlar.

Bazı durumlarda eczacının borçlu kişiyi eğitmesindeki çabalarına rağmen, talepler geri çevrilecektir. Bu koşullarda eczacı için mevcut olan işlemler, eyaletin tıp uzmanı yöneticileriyle ve sigorta yöneticileriyle bağlantıya geçip, yasal yollara başvurmalıdır. Eyaletle ve özel kişilerle geri ödeme konuları hakkında çalışan geri ödeme temsilcileri, eczacılar için değerli bilgi kaynağı sağlayabilirler.

### 9. Alternatif Ödeme Kaynaklarının Araştırılması.

Sigorta bilgilerini dikkatlice topladıktan sonra, kapsamı doğrulamak, bütün talepleri bildirmek, belgeleriyle beraber geri çevrilen talepleri takip etmekle en çok arzu edilenler kapsanmış olur. Ancak bu adımlar ödemeyle sonuçlanmazsa, eczacının alter-

natif ödeme kaynaklarının farkında olması gerekir. Yaşlılar için yardım programları gibi yerel kaynaklar, American Cancer Society'nin yerel programları ve eyaletin HIV/AIDS hastaları için kurduğu "Ryan White Funds", yardım verebilir.

Ödemeleri almadaki görevler, zaman alıcı, karmaşık ve eczaya ait olmayan personel gerektirebilir. Yeni personel almaya alternatif olarak eczane, davaları takip eden servislerle anlaşılabilir. Buna rağmen eczane personeli, kapsam ve yararları doğrulayıp, tedavi için doküman elde etmelidir.

### Sigorta ve 3. Şahıs Borçlular:

#### Ödemeyi Alabilmek için Yollar

Ödeme servislerinin sağlanabilmesi için, farklı ödeme tiplerinin ve ödeme yapanların anlaşılması gerekmektedir. Tahkik temelleri, talepler, arzlar ve her tip ödeme şekli aşağıda sunulmuştur. Sigortacıların tartıştıkları noktalar, işletilen bakım sistemleri, PBM'ler, tazminat planları, Medicaid ve Medicare'dir. Hasta yardım programları, hastaların, sigorta kapsamı dışında kalan boşluklarını doldurabilir.

3. şahıs borçluların değişken oldukları akıldan çıkarmamalıdır. Aynı ürün hakkında eyalet, borçlular ya da borçlu söz sahibi olabilir. En iyisi hiçbir şey farz etmemektir. Borçlular arasındaki farklılıklar, hastaların tedavi ve teşhislerinin kapsamının anlaşılması doğrultusunda kritik önem taşır.

**Yönetilen Bakım Sistemleri.** Özel sigortası olan Amerikalıların % 75'i, yönetilen bakım tarafından kapsanmıştır. Tazminat planları dışında kalan değişimler, şimdilerde sağlık hizmetinde bir norm oluşturur. Çoğu doktor ve eczacı, bakım sistemlerinin en az birine, bazen de bir kaçına bağlıdır:

- **Personel Modelli Sağlık Örgütleri:** Bu sistemde, sigortacı aynı zamanda bakım sağlayandır. Sağlık hizmeti sağlayanlar, HMO (Health Maintenance Organizations) tarafından işe alınır ve HMO'nun sahip olduğu tesislerde görev yaparlar. Bu siste-

me üye olanlar, acil durumlar ve kapsam dışı durumlar dışında HMO tesislerini kullanmalıdırlar. Bu modeldeki çoğu HMO'nun kendi eczanesi vardır.

- **Grup Model HMO'ları:** Bu sistemde, HMO'lar hizmet sağlamak için tıbbi gruplarla ilişki kurarlar. Hizmet sağlayanlar HMO tesislerinde çalışıyor olabilir ancak HMO'nun personeli değildir. Hizmet başına ücret alırlar.
- **IPA Modeli:** (Individual Practice Association HMO's: Bu sistemdeki doktorlar, HMO'larla anlaşmalı olarak indirimli hizmetler verir. Sigortacı sadece kontrattaki şartlara göre ödeme yapar. Doktorlar, kontratın yapısına göre finansal riske girebilirler.
- **Point-of-service Planı (POS):** Müşterilerin daha büyük seçimlerine cevap olarak çoğu sigortacı, geleneksel tıbbi faydaları, HMO'nun özellikleriyle birleştirir. Buna point-of-service denir. Bu plan, genelde ağız dışında kalanların kullanımı için tasarlanmıştır.
- **Tercihli Tedarik Eden Örgütler (PPOs):** Bu sistemde, bir borçlu daha düşük fiyatlar için pazarlığa girer. PPO üyeleri, tedarik edenle kontrat yapabilir veya kendi anlaşmalarından daha yüksek fiyata alabilirler.

Grup model HMO'lar, PPO'lar ve IPA'lar, lokasyona, tıbbi malzemeye, masrafa göre tercihli sağlayıcılarla anlaşılırlar. Eğer tercih edilen bir ecza temin edici olmak istiyorsanız, mümkün olduğunca çok plan içinde dahil olmaya çalışın.

#### **Etiketsiz Gösterim veya Alternatif Ürün Desteği için Dokümanlama Tipleri**

1. Doktorun talebi
2. Tedavinin gereğinin açıklanması
3. Ürünün nasıl yönetildiğinin açıklanması
4. Alternatif tedaviler, maliyet ve verimliliğin açıklanması
5. Önceki başarısız tedaviler
6. Hastanın doktoruna ait imza
7. Etiketsiz ürün gösterimi için tıbbi literatürün desteklenmesi.

**Tasdik.** Eğer tercih edilen bir HMO veya PPO sağlayıcısı iseniz, HMO veya PPO'yu arayarak hastanın üyelik statüsünün kapsamını öğrenebilirsiniz. Tasdik elektronik yolla da yapılabilir. Ancak, bazı zamanlar enjekte edilebilenler eczane yararı için dışlanmış olduğunda, tasdik için telefonla görüşmek gerekebilir. Hasta, terapi ve teşhis kapsamlarını doğrulamanız gerekir. Eğer tercih edilen bir sağlayıcı değilseniz, HMO ve PPO faturaları için izin almanız gerekir. Hangi servislerin kapsandığını, size izin verilen terapi sürelerini ve tutarları belirlemelisiniz. PPO ile pazarlıklarda, bir mektup göndererek sözleşmenin onaylandığını belirtmek iyi bir fikirdir.

**Taleplerin Sunumu.** HMO ve PPO'lar, genellikle evrensel talep formu isterler. Eğer izin alındıysa, talep numarasını ya da izin kağıdının fotokopisini gönderin. Bazı HMO ve PPO'lar, PBM'ler tarafından yönetilen reçetelere tabiidir. Bazı IPA modelli HMO'lar veya mali planlar, ilaçları kapital olarak kullanırlar. Bu durumda eczacı, doktordan, sanki 3. şahıstan istiyormuş gibi ödeme bekleyebilir. Taleplerin sunumu, öncelikli olarak, enjekte edilebilenlerin ecza kapsamında mı yoksa planın tıbbi yoğunluğunda mı olduğu saptanmalıdır.

**Ödeme.** Yönetilen borçluların ödeme şekilleri, geleneksel tazminat planındakilerden daha azdır. Tercih edilen sağlayıcılar, anlaşılan yüzdelerde ödeme yaparlar. Diğerleri ise, iznin alınma tarihi dikkate alınarak ödeme yaparlar. Fatura lama olabildiğince çabuk yapılmalıdır.

Bazı durumlarda, pazarlıklar yapılabilir. Tercih edilen sağlayıcılar, kapsama alanı dahilindeki hizmetleri ödemeyi garanti ederler.

#### **Özel Tazminat Planları**

Özel tazminat planları, kar amacı olmayan Mavi Haç ve Mavi Kalkan örgütlerini ve diğer ticari örgütleri kapsar. MH ve MK, 58 plandan oluşur. MH ve MK planları, POS lardan MCP'lere kadar, çok çeşitlidir. Çoğu MH ve MK planı, reçeteleme metodlarını kap-

sar ve direkt ödeme yapar. Ancak, etraflı MH ve MK kapsamı, sağlayıcıya ödeme yapmaz. Demek ki öde-me direkt hastaya yapılmalıdır.

1000'den fazla ticari sigorta şirketinden 20'si ana şirketlerdir. Ticari şirketler, tipik olarak en çok öde-me yapanlardır. Ancak bazıları, maliyeti düşürmek için kendi planlamalarını yaparlar.

Özel tazminat sigortacılarının, biyoteknoloji ürünle-rine sağladığı kapsama, enjekte edilebilenlerin öde-melerine bağlıdır. Genel olarak özel tazminat sigor-tacıları, bir doktorun ofisindeki ya da bir eczanede-ki enjekte edilebilen ilaçlar için ödeme yaparlar.

**Tasdik.** Özel tazminat sigortacılarının kapsamları, ödeyenler ve gruplar içinde farklılık gösterebilir. MH ve MK sigortası olan her hastada bu kapsam yoktur. Her bir hasta için, ürün ve teşhislerin öde-me ve kapsamı değerlendirilmelidir.

Özel tazminat sigortacıların planlarını tasdik etmek, hastanın rızası alınıp telefon açılarak yapılabilir. Te-lefonla yapılan görüşmenin, garanti ödeme olmadı-ğını unutmayın. Her zaman konuşmalarınızı rapor-layın ve konuşmadan sonra mektup yollayın. Pahalı veya yeni ürünler için, yararlar hakkında bilgi ama-çlı bir mektup gönderebilirsiniz ( yeni ilacın hastala-ra ne yararı var? ).

**Taleplerin Sunumu.** Özel tazminat sigortacılarının bilgi ve doküman gereksinimleri, kariyerle de-ğişiklik gösterebilir. Bunların çoğu evrensel faturalama-yı kabul etmiştir (CMS-1500). Sanal olarak tüm öde-yenler, üstünde ilaç adı, ulusal ilaç kodu, ücret ve poliçe numarası yazan talep formuna ihtiyaç duyar-lar. Genel anlamda, teşhis kodları eczane için ge-rekli değildir. İstisnalar dışında, eczane St. Anthony yayınlarından, "the Coding and Reimbursement Guide for Pharmacists"i bulundurmalarıdır. Bu ki-taplar APA örgütü tarafından veya tıbbi kütüphane-lerden sağlanabilir. Hastanın ilacına ve ilaç dozajına ait dokümanlar, doktorun gönderdiği mektup da doküman olarak kullanılabilir.

Fatura ve form sıklığı konusundaki limitler, özel tazminat sigortacılar tarafından ihtiyaç duyulur. Ba-zı sigorta planları kendi formlarına sahiptirler. Ecza-neler bu formları hastadan alabilirler. Ancak çoğu evrensel formların kullanımına izin vermektedir.

**Ödeme.** Her sigortacının, olağan durumlar hakkın-da bir tavan ödemesi vardır. Olağan oran, AWP (+) bilinmeyen bir değerdir. Ancak bazı durumlarda, si-gortacılar bildirilen tutarın yüzdesini alırlar. Bir fa-turadan geri dönüş süresi, gönderimden sonra 45 gündür.

#### **Reçeteli İlaç Planları**

Reçeteli ilaç planı genellikle müşterinin ilaç maliyet-lerini minimize etmek için bir PBM tarafından tasar-lanmıştır. Bu planlar enjeksiyon ilaçlarını kapsama-yabilir, tipik olarak yapılanlardan daha az tazminat planı ödemesi yapar ve üyeleri için "bölünerek" ha-zırlanan reçeteli ilaç planlarını kullanmayan yöneti-len bakım planlarından daha az ödeyebilir.

**Eczane İşletmesi Yöneticileri (PBM).** İşverenler ilaç fiyatlarının eczacılık yardım maliyetlerindeki artışın sadece üçte birini oluşturduklarını keşfettiler. Geri kalanı, artan ilaç kullanımı, uygun olmayan kulla-nım, ve yeni terapilerin masraflarından oluşuyor. PBM'ler bu masrafları daha etkili ilaç reçetelendir-me planları ile azaltmaya çalışıyorlar. Bununla bir-likte, bir düzenlenmiş ilaç programının hedefi sade-ce masrafları düşürmek değil. Birçok PBM, kulla-nım uygunluğuna, hizmetin veya ürünün dağıtımın-da etkinliğe, ve tamamen gelişmiş bakım kalitesine erişmek için uğraşiyor. Bu aslında diğer sağlık ba-kım masraflarından tasarruf ederek artan ilaç harca-malarına götürebilir.

Eczane kârları, bir şirketin toplam sağlık bakım fatu-rasının, 1980lerin sonundakinden sadece % 3 – 4 daha yüksek bir oranı, % 19'unu oluşturuyor. Bu re-çetelerin birçoğu PBM'ler tarafından düzenlenmiş-tir, bu da onları farmasötik ürünlerin eleyicisi yap-maktadır. Büyük işverenler, çalışanlar fayda yöneti-

mi departmanlarında, şirketin reçeteli ilaç planını denetleyen bir bireyi, özel bir "eczacılık kâr menajeri"ni barındırabilirler. Birçoğu PBM'leri ya doğrudan ya da sözleşmeli olarak, çalışanlarının düzenlenmiş sağlık bakımı kapsamında kullanırlar.

Büyük PBM'lerin farmasötiklerin, özellikle yüksek maliyetli farmasötiklerin kullanımını düzenleyen programları vardır. Buna hastalık düzenlemesi ve destek düzenlemesi sayesinde ulaşılmıştır. Tipik bir eczacılık fayda programı indirimleri, geri ödemeleleri, bir perakende eczacılık ağını, jenerik eşdeğerlerinin (doktor onayıyla) değiştirilme politikasını, ve doktorlara ve eczacılara istenen sonucu veren ve maliyet etkili ilaçları yazmayı ve dağıtmayı gösteren bir formülü içerebilir.

Endüstrideki PBM'lerin sayısı arttıkça aralarındaki rekabet de kızışıyor. Bu durum hizmetlerini pazarlamak için yeni yolar arayan yenilikçi şirketleri ortaya çıkarıyor. Bu şirketlerin neredeyse bütününün nihai hedefi, bununla birlikte, ilişki kurdukları faydalanıcıların hastalıklarını ve tedaviyle ilgili masrafları etkin biçimde düzenlemektir. Buna, onlara açık olan eczane hak verilerinin proaktif düzenlenmesiyle erişilebilir. Çoğunlukla bunlar sadece indeminity patients üzerine verilerdir.

**Ödeme.** PBM'lerin hastalıklara daha iyi müdahale etmek için etkin olarak kullandıkları diğer araçlar ise: (1) eşzamanlı ilaç kullanımı incelemeleri (DUR); ve (2) uygun ilaç kullanımı üzerine doktor ve hasta eğitimidir. Bunlardan eşzamanlı DUR eczacıların en çok ilgisini çeken araçtır, çünkü bunun sayesinde, ilaçların dağıtımından önce reçetelerin görüntülenmesine olanak sağlayan on-line hasta geçmişlerine doğrudan erişim fırsatını yakalıyorlar. Bundan sonra eczacılar kullanılan ilacın hastaya uygun olup olmadığını, hastanın yaşını, hamilelik olasılığını, alınan diğer ilaçlarla olan etkileşimleri, ve uygun dozajın yazılıp yazılmadığını gözeterek tespit edebiliyorlar.

Değerlendirme sonuçları çeşitli, ancak 1997 yılına ait olanlara göre, PBM'ler ambalajlı ilaç piya-

salarının % 50'sini ve bütün reçeteli ilaç pazarının yaklaşık % 80'ini kontrol ediyorlardı. En büyük 5 PBM Amerikalıların % 75'ine hizmet veriyordu.

Sonuç olarak, PBM'lerin düzenlenmiş bakım üzerinde artan etkileri bulunmaktadır. PBM'lerin daha iyi hizmet sunmak ve perakende satıcılarla sözleşme yapmak için HMO kullanması, 1993'te % 58'den hızla artarak, 1995'in bütün planlarında % 75 oranına kadar yükseldi. Bugün PPO üyeleri için neredeyse bütün reçete talep işlemleri ve yararlanma incelemelerinin % 94'ü PBM'ler tarafından yürütülmektedir.

PBM'ler ve düzenlenmiş bakım şirketleri eczacılık işinde artan bir paylaşım olduğunu açıklarken, eczacıların PBM'lerin talepleri ve sözleşmeleri konusunda daha dikkatli davranmaları gerekiyor. PBM, eczaneye düşük belirlenmiş bir ücret karşılığında sözleşme imzalamayı talep edebilir. Hastalık düzenleme programlarında ek sınırlamalar ve ilişkiler (bunlar PBM'nin kârını azaltabilir) üyelerin ihtiyaç duydukları terapiye erişimini etkileyebilir. Hasta savunmalarına göre, eczacılar ve ödeme kadroları bu değişen gereksinimlerden haberdar olmayı istemektedirler.

**Doğrulama.** Reçeteli ilaç programlarındaki hastalar kapsam bilgilerini içeren üyelik kartlarına sahiptirler. Hastanın ve terapinin doğrulanması çoğunlukla talep başvurusu sırasında elektronik olarak elde edilmektedir.

**Talep Başvurusu.** Talepler genellikle elektronik olarak aktarılır, ve ödeme bilgisi ile ödeme garantisini derhal verilir. Birçok plan kağıtla talep formlarını kabul etmemektedir, bununla birlikte, bazıları evrensel talep formunu 30 günlük dosyalama sınırı içinde kabul etmektedir. Hastaların eczaneye toplam tutarı ödemesi gerekir, sonra bir evrensel talep formunu bir DMR (doğrudan üye ödemesi) için dosyalamaları gerekir.

**Ödeme.** PBM'ler tarafından yürütülen reçeteli ilaç planları aracılığıyla ödeme, bireysel sağlayıcılar ile görüşülmüş sözleşmelere dayalıdır. PBM ile bir kez sözleşme imzaladıktan sonra katılımcı hastalara daha yüksek bir oranda fatura kesemezsiniz. Planların çoğu AWP eksi belirli bir yüzde artı talep başına genellikle 0. 50 \$ ile 3. 50 \$ arasında değişen bir profesyonel dağım ücreti üzerinden ödeme yapar. Hasta genellikle, satış sırasında eczanenin toplamak zorunda olduğu bir ortak ödemedir sorumludur. Dönme süresi elektronik başvurularda yaklaşık 14 – 21 gün, evrensel talep formu üzerinde faturalanmış talepler için 30 -60 gündür.

#### **Eksik Sigortalı Hastalar için Programlar**

Eksik sigortalı hastalara devlet destekli programlar veya farmasötik üreticileri tarafından sağlanan programlar gibi bir dizi kaynaktan destek sağlanabilir. Planların çoğunluğu için uygunluk hastanın gelir düzeyine ve hastanın sigorta kalitesine bağlıdır. Bu programlar tarafından kabul edilen hastalardan yine de çoğunlukla terapilerinin bir kısmı için ödeme yapmaları beklenmektedir.

**Farmasötik Üreticileri Tarafından Yürütülen Programlar.** Farmasötik üreticilerinin çoğu, hastanın sigorta kapsamını belirlemeye yardımcı olmaya çalışmaktadır. Eğer sigorta kapsamı yoksa şirket terapiyi desteklemek için hastanın sağlayıcısıyla birlikte çalışabilir.

**Özel İlgil Programları.** Eyalet düzeyinde birçok program hastaların bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmıştır. Örneğin, birçok eyalette yaşlılar için ilaç destek programları bulunmaktadır. American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)'nin yerel programları sık sık destek sağlar, ve her eyalette HIV/AIDS taşıyıcısı hastalar için bir Ryan White Fonu bulunmaktadır. Farmasötik üreticileri, kendi ödeme destek programları aracılığıyla özel ilgi programlarına yerleştirmek için destek sağlayabilirler.

**Cepten Ödeme.** Cepten ödeme yapan tüketiciler, sigortacılarının eczaneye doğrudan ödeme yapmadığı, talepleri kendi başlarına sunmak isteyenler ve ilaçla tedavi masraflarını ödeyebilecek bir sigortalı olmayanlardır. Eczane cepten ödeme yapan tüketicilerle ilgilenmek için bir hasta hesap sistemi kurulmalıdır. Minimum ödeme politikasının kurulması nakit akışını istikrarlı tutar.

#### **Destek Görevlileri ile Etkin Karşılıklı Çalışma İlişkisi Kurmak**

Destek düzenlemesi her tip ödeyen tarafından kullanılan, masrafların kontrolünü sağlayan bir yöntemdir. Burada, bir destek görevlisi, tipik olarak hemşirelik geçmişi olan biri, hastanın bakımını hem kalite hem de maliyet perspektifinden denetleyen biridir. Destek görevlileri özellikle bir sigorta şirketi ile ilişkili olmak zorunda değildirler, bununla birlikte düzenlenmiş bakım planlarının çoğunun bir destek düzenlemesi unsuru bulunmaktadır. Bazı özel tazminat planlarının kendi destek düzenleme bölümleri vardır, ve bazıları da bu işlevi sağlamaları için destek düzenleme firmalarıyla sözleşme yapmaktadır.

Destek düzenleme maliyet denetiminde yaygınlaşan bir eğilimdir. Eczacılar için uygun olanı, destek görevleriyle ilişkide olmak ve destek görevlileriyle karşılıklı ilişkilerin eczanenin işlerine kazandıracağı olası fırsatlardan avantaj sağlamaktır. Destek görevlileri hastanın bakımındaki bütün alanları düzenlerler ve böyle yaparak belki eczanenizi önerebileceği birçok potansiyel sevk kaynağı ile temas kurarlar (örn. : doktorlar, discharge planners, sosyal yardım uzmanları). Destek görevlileriyle sıkı ilişkiler geliştirmek için kendinizi hastalık durumları ve çeşitli terapilerin kullanımı ve etkinliği hakkında bir bilgi kaynağı olarak sunun. Bu gruplara iç hizmetler (in-services) ve başka eğitici etkinlikler sağlamak işiniz açısından değerli olabilir ve ayrıca, destek görevlileri tarafından yetersiz anlaşıldığı için sorgulanmadan kalan taleplerin sağlanmasında da yardımcı olabilir.

Eczacılarla güvene ve güçlü iletişime dayalı kişisel bir ilişkiye ek olarak destek görevlileri, sağlayıcıları hizmet, fiyatlandırma, fatura hizmetleri ve konum üzerinden seçerler. Destek görevlileri açısından tercih edilen bir sağlayıcı olma şanslarınızı, geniş bir coğrafi alana ve çeşitli sigorta alanlarına hizmet sağlayarak arttırabilirsiniz.

Destek düzenlemesi alan hastalar açısından ödeme kazanmak, bunun dışında kalan hastalar için de aynı olan süreçlerle ilişkilidir. Yine kapsamı doğrulamak ve destek düzenlemesi alan hastaların sigortacılarına talepleri aktarmak zorundasınız. Çoklu faturalar gibi bazı ek kağıtlar ve ücret görüşmeleri destek görevlileriyle çalışmanın ek görevleridir. Destek düzenleme firmalarıyla çalışırken gereken ödeme şartları ve ek hizmetler aşağıda sayılmaktadır.

**Doğrulama.** Destek görevlileri her zaman hastanın sigorta şirketinin bir çalışanı olmak zorunda olmadıkları için, ve aslında birçok sigorta taşıyıcısına hizmet edebilecekleri için, destek düzenlemesi alan hastaların kapsamının doğrulanması yine hastanın sigorta şirketi aracılığıyla mümkündür. Aslında, destek görevlisi belirtilen ürün ve di-yagnoz için hastanın kapsamının şartlarını onlara sağlamanızı sizden bekleyebilir. Ve, daha önce de belirtildiği gibi, destek görevlilerinin sorularına her zaman hazırlıklı olmalısınız, çünkü onlar eczane hizmetlerine alışık değillerdir. Destek düzenlemesi alan hastaların kapsamının doğrulanması, destek düzenlemesi olmayan hastalardaki gibi bir ödeme güvencesi alınmasından ibarettir.

**Fiyat Görüşmeleri.** Bir destek görevlisinin işinin bir parçası da, eczane ürünleri ve hizmetlerinde mümkün olan en düşük fiyat için görüşmektir. Destek görevlileri parça başına, günlük fiyat başına, veya çeşitli ödeme oranlarına dayalı olarak fiyatları araştırırlar. (Bazı sigorta şirketleri daha yüksek bir oranda daha düşük fiyattan ödeme yaparlar, ve bazıları daha düşük bir fiyata daha uygun bir ödeme için görüşür). Ev infüzyon hizme-

ti, sürekli tıbbi ekipman, veya başka ev hizmetleri için günlük bir oran teklif ederken, terapi tamamlanmadan hasta hastaneye giderse ve henüz dağıtılan bütün ürünler için ödeme almamışsanız, minimum kaç gün güvence altında olacağınıza sormanız gerekir. Destek görevlileri fiyat görüşmelerinde referans olarak çoğunlukla Red Book (Kırmızı Kitap) kullanırlar. Bütün fiyat görüşmelerini kabul edilen şartları içeren bir onay mektubu ile tamamlayın.

Tüm vaka yönetimi alan hastalardan ödeme için belirgin bir zaman çerçevesi tayin ettiğinizden emin olarak bir sözleşme talep edin ve bu sözleşmeyi faturalandırma rehberiniz olarak kullanın. Vaka yöneticisini sözleşmede değişiklikler yapılması gerektiğinde veya ilaç veya dozajlar değişirse veya yeni terapiler eklenirse vaka yöneticisine bildirim. Vaka yönetimi alan hastaların sigortacıları sözleşmede belirtilen oran üzerinden faturalandırılmalı ve hastaların kendileri ücretin kendi taraflarına düşen kısmı için ayrıca faturalandırılmalıdırlar.

**Ödeme.** Ödeme her bir hastanın sigortacısının özel politikasına dayandırılacaktır fakat yukarıda da belirtildiği gibi fiyat azaltmak suretiyle daha kısa bir zamanda vaka yöneticisiyle görüşerek ödeme alabilirsiniz.

Eczacı için vaka yöneticisiyle ilişkide olmak hem hasta bakımı düzeyinde hem de eczanenin işleri anlamında ödüllendirici olabilir. Vaka yöneticisinin işinin bir özelliğinin hastanın sağlık bakımının toplam maliyetini kontrol etmek olmasına rağmen vaka yöneticileri bakımın kalitesini ve devamlılığını gözlemleyerek hasta için bir avukat gibi de işlev görebilir. Eczacı hasta adına vaka yöneticisi ile ortaklık içerisinde çalıştığında değerli bir katkıda bulunabilir. Vaka yöneticisiyle beraber çalışmadaki başarı hasta bakımının yaygınlaşmasına adanmış bir söz gibi iş kuracaktır.

### *Geride Ödemede Engellerin Üstesinden Gelmek*

Doğrulamanın temellerini anlamak, poliçelerin teslimi ve ödeme her türden sigortacı için, ödeme elde etmede zaman zaman yeterli değildir. Geride ödemede engellerin üstesinden gelebilmek için eczacının geri ödeme sürecinin tüm ürün kullanımları reddedilen poliçeleri idare etmek için stratejiler ve finansmana yönelik alternatif kaynaklar bulmak gibi bilgilerin tamamına sahip olmalıdır ve bir plandan daha fazla sigorta kapsamında olan hastaların ödemelerini nasıl koordine edeceğini bilmelidir.

**Etiketsiz Yönergelerde Ürün Kullanımı İçin Geride Ödeme Almak.** FDA etiketlendirmeye dahil olmayan onaylanmış ilaçların yönergelerinin kullanımını sınırlamaya da pek çok sigortacı özellikle yönetilen bakım planları kapsamı paket insörtü içerisindeki yönergelerle sınırlar. Etiketsiz ürün kullanımı için reddedilen poliçeler ürünün özel durumdaki kullanımını destekleyen ve eğer mümkünse alternatif tedavilerle karşılaştırılan ürünlere göre maliyet etkinliğini açıklayıcı bir belge ile yeniden sunulmalıdır. Sigortacıları ürünlerin yarar ve potansiyel maliyet etkinlikleri konusunda eğitmek eczacının önemli rollerinden biridir. Belgeleme yeniden incelenmiş literatür, hastanın doktorundan tedavi alternatiflerini ve önceki başarısızlıkları tartışan bir mektup ve paket insörtünün bir kopyasını da içermelidir. Farmasötik üreticileri tarafından sağlanan destek materyalleri geçerli literatürü araştırmakta yardımcı olabilir.

Reddedilen poliçelerle karşılaştıklarında eczacıların uygulayabilecekleri bir başka strateji, finansman için alternatif kaynaklar araştırmaktır. Eczacı ürünün alternatif bir kurguyla geri ödenebilir olup olmadığını anlamak için hastanın sigorta kapsamını araştırmalıdır. Bazı durumlarda geri ödeme alabilmek için hastanın doktorun muayenehanesinde veya evde tedavi edilmesi gerekebilir. Sigortacılık eyalet kurulu yardımcı olabilir ve bazı durumlarda yasal başvurulara ihtiyaç duyulabilir sonunda bütün kay-

naklar tüketildikten sonra hastanın kendisi ödemenin sorumlu tutulacaktır.

### *Reddedilen Poliçelerle Başa Çıkabilmek İçin Stratejiler ve Alternatif Finansman Kaynaklarını Tanımlamak*

Daha önce de belirtildiği gibi poliçelerin reddedilmesinin temel nedenleri eksik bilgi ve ısrar eksikliğidir. Reddedilen bir poliçeyle ilgilenmenin temel stratejisi, poliçeyi teslim ederken kullanılan tüm çabayı içermelidir. Bunlar etiketsiz kullanım için belgelemeyi sağlamak ve alternatif finans kaynakları araştırmayı içerir. Pek çok üretici reddedilen poliçelerle ilgili olarak rehberlik sağlayabilecek ve araştırmaya da yardımcı olabilecek geri ödeme asistanlık programlarına sahiptir. Üreticilerin programları size özel maddelere dair geri ödeme bilgisi sağlayabilir ve bazı sigortacılar temel sigortalara ilgili geri ödeme politikaları gibi bilgiler sağlayabilir. Bazıları sigortasız hastalar için programlar hakkında doğrulama ve bilgi için yardım sağlayabilirler. Üreticilerin profesyonel hizmet departmanları, reddedilen poliçelerde başvurulması gerekli olan geçerli prosedürün belgelenmesini sağlayabilirler. Tüm seçenekler kullanıldığında ve hiçbir karşılık alınamadığında hasta terapiyi karşılamak durumunda kalacaktır.

**Gelirlerin yönetilmesi: Faturalandırma sırasına karar vermek.** Pek çok hasta birden fazla sigorta kapsamında olabilir. Bu sigortaları uygun sırayla faturalandırmak önemlidir. Genel olarak sigortalılar "ödeyici akışı" kutusunda belirtildiği gibi faturalandırılmamıştır. Ancak ayrıcalıklar olabilir. Örneğin, Medicare hastaları için bazı ikincil sigortalılar öncelikle Medicare'in faturalandırılmasını, Medicare terapiyi açıkça kapsamıyor olsa bile, talep ederler. Bu talep tek tek vakalar temelinde değişiklik gösterir. Eyalet tarafından finanse edilen programlar da değişken gerekliliklere sahip olabilirler. Genel olarak ancak siz listedeki hastayı kapsayan ilk sigortacıya faturalandıracağınız ve listenin aşağısını bu sırayla giderek geri ödeme güvence altına alınana kadar uygun sigortalara faturalandıracağınız

### Reddedilen Poliçelerle Başa Çıkabilmek İçin Stratejiler ve Alternatif Finansman Kaynaklarını Tanımlamak

1. Poliçenin geçerliliğini ve kapsamını kontrol edin.
2. Poliçeyi destekleyici belgelerle birlikte geri verin.
3. İkincil bir sigorta araştırması yapın.
4. Hastanın bir başka aile üyesinin sigortası altında olup olmadığını kontrol edin.
5. Terapinin bir başka kuruluştaki kabul edilip edilmediğini kontrol edin.
6. Farmasötik üreticilerinin geri ödeme kanallarından rehberlik kullanın.
7. Hastanın yoksul hasta programı için uygun olup olmadığını kontrol edin.
8. Eyalet tıbbi uzmanlık topluluğunun tıbbi yöneticisi ile iletişime geçin.
9. Kongre temsilcisi, senatör ve eyalet sigorta şube müdürüyle iletişime geçin.
10. Eyalet sigorta kurulunun yardımını sağlayın.
11. Yasal girişimlerin garanti altında olup olmadığını düşünün.

### Ödeyici Akışı: Birden Fazla Sigorta Kapsamı İçin Faturalandırma Talebi

1. Yönetilen bakım organizasyonu veya özel güvence planı (öncelikli)
2. Reçeteli ilaç planı
3. Yönetilen bakım organizasyonu veya özel güvence planı (ikincil)
4. Medicare\*
5. Medicaide
6. Eyalet yardım programları +
7. Yoksul hasta programları
8. Kişisel ödeme

\*Medicare: Eğer ilaç tedavisi karşılanıyorsa öncelikli olarak faturalandırılabilir veya ikincil sigorta öncelikli olarak Medicare'in faturalandırılmasını istiyorsa öncelikli olarak Medicare faturalandırılır.

+ Bazı durumlarda eyalet yardım programları öncelikli olarak faturalandırılacaktır.

Geride ödeme süreci deneyimsiz eczacılar için karmaşık ve fazla zorlayıcı görünebilir. Ancak geride ödemeyi anlamak terapinin herhangi başka bir özelliğini anlamakla aynı bağlamda görülmelidir. Nasıl depolama talepleri, ele alma, ilaç etkileşimleri ve yeni ilaç tedavisiyle bağlantısı olan yan etkileri rutin olarak öğreniyorsanız o ürünle alakalı olan geride ödeme konularını da öğrenmelisiniz. Geride ödeme süreçleri ve gereklilikleri değişken olduğundan bilginizi güncellemeye ihtiyacınız olacak ve belki de geride ödemeye yaklaşımınızı kontrol etmeniz gerekecek.

Sürecin içerisindeki ilk adım geride ödemenin her ürün için garanti olmadığını öğrenmektir; her bir hasta ve her bir ürün için geride ödeme durumlarına karar vermelisiniz. Bu duruma karar verir vermez süreç poliçelerin sunulmasından ödemeye kadar mantıklı bir akış izler. Ödemeyi yapacak kişilerin faturalandırılma sırası ve reddedilen poliçeleri elde almak için duyulan gereklilikler, geride ödemenin elde edilip edilemeyeceğine karar verecek önemli unsurlardır.