

Geri Ödeme

KONU

77

Geri Ödeme Konuları

David A. McKenzie, Michael A. Granovsky
Çeviri: Dr. Ahmet Fatih KAHRAMAN,
Dr. Aysel Begüm AKIN

GİRİŞ

Geri ödeme, sağlık hizmeti sağlayıcılarına verdikleri hizmetler için yapılan ödemelerle ilgili genel süreci tanımlar. Bu terim, ödemedan önce hizmetin verilmesinden ve daha sonra sigorta şirketlerinden veya hastaların kendilerinden geri ödeme istenmesi uygulamasından gelmektedir. Verilen hizmetlerin tanımlandığı, bu hizmetlerin rapor edildiği ve kazanılan gelirin alınması için gereken faturalama ve toplama işlemlerinin tamamlandığı süreç geri ödeme sürecidir. Hizmetler için adil bir ödeme yapılmadan acil servisin ve acil servis hekimlerinin yeterli hasta bakımı verebilmeleri imkânsızdır. Geri ödeme süreci iyi organize edilmeli ve organizasyonun canlılığı sürdürülecek ve çevredeki toplum için kaliteli acil hizmetlerine erişim sağlanacak şekilde icra edilmelidir. Ayrıca geceleri, hafta sonları ve tatillerde çalışmaya istekli ve kaliteli hekimlerin alınması ve tutulmasına yetecek düzeyde olmalıdır. Geri ödeme bir hekimin, uzun eğitim süreciyle orantılı bir yaşam tarzı sürdürmesine ve eğitim sırasında birikmiş olan borçlarını ödemesine yetecek düzeyde olmalıdır. Geri ödemeler nihai olarak yerel ve bölgesel pazar kuvvetlerine göre ayarlanacaktır.

Muayenehanelerde verilen bakımın aksine, acil servis hastalarının tipik olarak hizmet sağlayıcılarla önceden güncel ilişkileri veya bilinen bir durum için planlanmış bir randevuları yoktur. Çok geniş bir yelpazedeki ilk geliş sorunlarının plansız ve epizodik nitelikleri diğer tıp uzmanlık alanlarının çoğundan farklı olan ödeme kuralları hakkında geniş bilgi gerektirir. Geniş tıbbi hizmetler yelpazesinin en üst katmanında sayısız yönetmelikler bulunur; bunlar arasında ödeme yapma gücü veya isteği olmamasından bağımsız olarak acile gelen tüm hastaların en azından stabil hale gelinceye kadar tarama yapılmasını ve tedavi edilmelerini gerektiren Acil Tıbbi Tedaviler ve Aktif İşgücü Yasası (EMTALA) vardır. Denetim faaliyetlerinin artmış olması ve sağlık reformunun gelişimi de süreci daha karmaşıktır. Bu nedenlerle acil tıbbıyla ilgili geri ödeme süreci endüstride belki de en büyük zorluklardan biridir.

Bu bölümde tıbbi hizmetlerin rapor edilmesinin ve o hizmetler için geri ödeme alınmasının temelleri tanımlanacaktır. Belgelendirme, kodlama, faturalama, başvurular, toplama ve maksimal uyum ihtiyacının kapsanmasını içerir.

Bu başlık alanlarının her biri takip eden konularda çok geniş olarak anlatılacaktır ancak geri ödeme sürecinin her adımının temelleri burada ele alınacaktır. Şu anki ve gelecekteki ücret ayarlamaları, sözleşme yapma ve profesyonel ve fırsat ücretler ve ödemeleri arasındaki ilişkiler gibi geri ödemeleri iyileştirecek stratejiler yanında devletin düzenleme süreçlerinin çerçevesi ve özel ödeyici politikaları da anlatılacaktır.

GERİ ÖDEME SÜRECİNİN SOMUNLARI VE CIVATALARI

Şimdi geri ödeme sürecinin adımlarını daha ayrıntılı olarak ele alalım. (Kutu 77-1)

■ TIBBİ HİZMETLERİN SAĞLANMASI

Geri ödeme süreci tıp hizmetinin verilmesiyle başlar. Rapor edilen tüm hizmetler tıbben gerekli olmalı, hizmet sağlayıcı tarafından kendi eğitimleri kapsamında ve sözleşme şartlarına göre kapsam içinde ödeme için seçilebilir bir hizmet olarak verilmelidir. Acil serviste bakım tipik olarak ilk geliş durumunun teşhis ve uygun tedavisi için bir değerlendirme ve yönetim hizmetiyle başlar. Bu acil servis yönetim (E/M) hizmeti *Güncel Prosedürel Terminoloji/ Current Procedural Terminology* (CPT) kodları olan 99281-99285 ve 99291 ile rapor edilir. Klinik etkileşimin yoğunluğunu temsil etmek üzere tek bir acil servis yönetimi (E/M) kodu seçilir. Acildeki yönetim kodlarının her biri için spesifik anamnez, fizik muayene ve tıbbi karar kriterleri Konu 79'da daha geniş olarak tartışılmaktadır. Ayrıca, hastanın tedavisinin tamamlanması için gereken laserasyon tedavisi veya lomber ponksiyon gibi prosedürler ve EKG gibi diagnostik testler de geri ödenebilir olaylar olarak rapor edilir. Kaliteli bakım verilmesi, acil servis hekiminin en önemli endişesi değildir. Ancak faturanın nasıl verileceğinin ve sonuç olarak nasıl gelir oluşturulacağına bilinmesi de önemlidir.

Geri Ödeme İpucu: Genelde acil servis gelirlerinin %85'i acil servis yönetim hizmetleri olan 99281-99285 ve 99291'den, geri kalanı ise spesifik prosedürlerden gelir.

■ VERİLEN HİZMETLERİN BELGELENMESİ

Kart şeklinde belgeleme birçok amaca hizmet eder. Tıbbi kayıtlar, verilen tıbbi hizmetlerin kalıcı şekilde belgelenmesini sağlar, gelecekteki bakıma kılavuzluk edecek bir mekanizma oluşturur ve geri ödeme için gerekli olan tıbbi gerekliliğin kanıtını oluşturur. Ayrıca olası malpraktis iddialarına karşı koruma sağlar. Tartışma, ödeme amaçlı hizmet raporlarının doğru olmasını sağlayan bir spesifiklikle tıbbi karşılaşmanın kaydedilmesi gerekliliği üzerine odaklanmaktadır. Örneğin, geri ödeme için laserasyon tedavilerinin anatomik yerinin, uzunluğunun, kapatma mekanizmasının ve ilgili alt katmanlarının sayısının rapor edilmesi gerekir.

Anamnez, fizik muayene ve tıbbi karar verme (Konu 79'da tartışılmaktadır) bileşenlerinin belgelenmesi acil servis yönetimi kodlarının atanmasını belirler ve böylece verilen hizmetlerin ödemelerinin belirlenmesini sağlar. Haklı nedenlerinin gösterilmesi ve ödeme alınması için EKG, röntgen veya ultrason gibi her türlü diagnostik testler için ayrıca tanımlanabilir olan ve uygun şekilde belgelenmiş yazılı raporlar bulunmalıdır. Kırıklar veya çıkıklar için tedavinin kesin niteliğinin belgeleneceği uygun bir raporlama için hayati önem taşır. Son olarak, acil servis yönetim hizmeti, gerçekleştirilen prosedürler ve diagnostik incelemeler geri ödeme için sunulurken ayrıca listelenir.

Acil Servis Yönetimi (E/M) Hizmetlerinin Geri Ödemeleri için Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi (CMS) Yaklaşımı: Eskiden Sağlık Hizmetleri Finansman İdaresi (HCFA) olarak bilinen Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi (CMS) ilk belgelendirme kılavuzunu 1995'te oluşturmuştur. Bu kılavuzda anamnez (HPI, ROS ve PFSH), fizik muayene

KUTU 77-1 Geri Ödeme Sürecinin Adımları

1. Tıbbi hizmetin verilmesi
2. Hizmetin belgelenmesi
3. Hizmetin tanımlanması
4. Bakımın kodlanması (CPT, ICD-9, HCPCS, değiştiriciler)
5. Fatura etme (ilk talep, itirazlar, A/R, toplama)
6. Uyumun sağlanması (denetimler ve eğitim)