



**T.C.**

**TOROS ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**İŞLETME ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS**

**PROGRAMI**

**DÜNYA' DA VE TÜRKİYE' DE DRG UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER**

**Yunus GÜLER**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğretim Üyesi Bilal AK**

**KASIM-2018**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Yunus GÜLER tarafından hazırlanan "Dünya'da ve Türkiye'de DRG Uygulamalarından Örnekler" başlıklı bu çalışma 15/11/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

  
Jüri Başkanı  
Doç. Dr. Abdullah ÇALIŞKAN



Jüri Üyesi  
(Danışman)  
Dr. Öğr. Üyesi Bilal AK  
(Biruni Üniversitesi)



Jüri Üyesi  
Doç. Dr. Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ  
(Mersin Üniversitesi)

Savunma Sınav Jürisi Tarafından Tezin İmzalı Nüshasının Teslim Tarihi : .12../12./2018

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Haluk KORKMAZYÜREK  
Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu çalışmada;

- Sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- Bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

12/12/2018

Yunus GÜLER  


# DÜNYA' DA VE TÜRKİYE' DE DRG UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Yunus GÜLER

TOROS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

2018

ÖZET

Teknolojide yaşanan gelişmeler tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık alanında da önemli ölçüde hissedilmiştir. Sağlık alanında kullanılan medikal cihazların teknoloji ile beraber işlevleri artırıldı ve fiyatları da çok yüksektir. Tıpta ve teknolojide yaşanan gelişmelerle beraber bireyler daha iyi bir sağlık hizmeti talep etmektedir. İstenilen kalitede sağlık hizmeti sunmak ve almak için yapılan harcamalar artmaktadır. Ülkeler, sağlık harcamalarına daha çok bütçe ayırmak zorunda kalmaktadır. Bunun için sağlık hizmetleri bakım kalitesi artarken etkinliğin ve verimliliğin artması ve maliyet kontrollerine yönelik beklentilerde yükselmektedir.

Tüm Dünya'da bu beklentileri karşılaya bilmek için ülkeler sağlık sistemlerini yeniden yapılandırma ihtiyacı duymuşlardır. Kaynakların etkili ve verimli kullanılması için, DRG uygulamalarına geçişler yapılmaktadır. Dünya'da ve Türkiye'de DRG sistemine geçiş aşamaları ve örnekleri çalışmada anlatılmıştır. Sonuç olarak; Dünya'da ki DRG örneklerinden yola çıkarak Türkiye'de pilot uygulaması devam eden TİG çalışmalarına yönelik değerlendirmeler ve önerilerde bulunuldu.

**Anahtar-kelimeler:** TİG, DRG, maliyet ve bütçe.

# WORLD'S AND TURKEY FROM DRG APPLICATION EXAMPLES

(M. Sc. Thesis)

Yunus GÜLER

TOROS UNIVERSITY

SOCIAL SCIENCE INSTITUTE

2018

## ABSTRACT

Developments in technology have been felt in health sector as well as in all sectors. The medical devices used in the field of health have increased their functions together with technology and their prices are very high. With advances in medicine and technology, individuals demand a better health service. Expenditure on providing and receiving health services of the desired quality is increasing. Countries have to allocate more budget to health expenditures. This increases the quality of care for health services and increases in efficiency and efficiency and expectations for cost controls.

In order to meet these expectations all over the world, countries need to restructure their health systems. Transitions are made to DRG applications for efficient and efficient use of resources. In the world and Turkey's transition and examples of the DRG system described in the study. As a result; World 'Based on the sample of DRG Turkey was made in the assessment and proposals for TIG ongoing pilot study.

**Key words:** TIG, DRG, cost and budget.

## TEŞEKKÜR

İçinde bulunduğumuz zamanda bilgiye ulaşma, bilginin kendisi kadar değerli olmuştur. Toros Üniversitesi' n de yüksek lisans yapma şansı bulup, bilgiye ulaşmanın yanı sıra, çalışmalarım boyunca yardımları, katkıları, yönlendirmeleri ve kıymetli tecrübeleri benimle paylaştıkları için değerli hocalarıma, danışman hocam Dr.Öğretim Üyesi Bilal AK' a, arkadaşlarıma ve beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan çok kıymetli, annem, babam, eşim Fatma ve oğlum Yusuf' a teşekkürü bir borç bilirim.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
TEŞEKKÜRLER.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	VII
TABLoların LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR.....	IX
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HASTANE VE MALİYET KAVRAMLARI

1. SAĞLIK HASTANE VE MALİYET KAVRAMLARI.....	2
1.1. Sağlık.....	2
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	2
1.3. Hastane Tanımları ve İşlevleri.....	3
1.3.1. Hastane çeşitleri.....	4
1.4. Maliyet, Gider ve Harcama Kavramları.....	5
1.4.1. Maliyet ve marjinal maliyet.....	5
1.4.2 Gider.....	6
1.4.3. Zarar.....	6
1.4.4. Harcama.....	6

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ.....	8
2.1. Sağlık Hizmetleri Finansman Kavramları.....	8
2.1.1.Sağlık hizmeti finansmanının amaçları.....	9
2.1.2.Sağlık hizmetleri finansmanının fonksiyonları.....	10
2.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri.....	10
2.2.1.Özel finansman yöntemleri.....	11

2.2.2. Kamusal finansman kaynakları.....	13
2.3. Hizmet Sunucusuna Geri Ödeme .....	16
2.3.1. Harcama kalemleri bütçeler ve genel bütçeler .....	17
2.3.2. Hizmet başına ödeme .....	18
2.3.3. Gün başına ödeme .....	19
2.3.4. Kişi başına ödeme .....	20
2.3.5. Vaka başına ödeme.....	21
2.3.6. Maaş .....	22

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (TİG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİNİN GELİŞİMİ

3. TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (TİG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİNİN GELİŞİMİ.....	23
3.1. Tarihçe .....	23
3.2. Amaçları Ve Yapısı.....	25
3.2.1. TİG oluşum süreci.....	27
3.2.2. TİG' in amaçları.....	29
3.2.3. TİG' in temel yapısı.....	32
3.3. Dünyadaki Tanı İlişkili Gruplar (TİG) Uygulamaları .....	35

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### DÜNYA' DA VE TÜRKİYE' DE DRG UYGULAMALARINA ÖRNEKLER

4. DÜNYA' DA VE TÜRKİYE' DE DRG UYGULAMALARINA ÖRNEKLER .....	36
4.1. DRG Sisteminin Amacı .....	36
4.1.1. Avusturya LKF-PC'lerinin Amacı.....	36
4.1.2. İngiltere DRG sisteminin amacı.....	37
4.1.3. Fransa DRG sisteminin amacı .....	37
4.1.4. Almanya DRG sisteminin amacı.....	38
4.2. DRG İle İlgili Gelişmeler ve Güncellemeler .....	38
4.2.1. Avusturya LKF-PCS ile ilgili gelişmeler ve güncellemeler.....	38
4.2.2. İngiltere DRG sisteminin geliştirilmesi ve güncellemeleri .....	41
4.2.3. Fransa DRG sisteminin geliştirilmesi ve güncellenmesi.....	45
4.2.4. Almanya DRG sisteminin geliştirilmesi ve güncellemeleri.....	47
4.3. Mevcut Hasta Sınıflandırma Sistemi .....	52



4.3.1. Avustralya hastaları sınıflandırmak için kullanılan bilgiler .....	52
4.3.2. İngiltere’de hastaları sınıflandırmak için kullanılan bilgiler .....	57
4.3.3. Fransa mevcut hasta sınıflandırma sistemi .....	62
4.3.4. Almanya mevcut hasta sınıflandırma sistemi.....	67
4.4. Hastaneler İçin Maliyet Muhasebesi.....	71
4.4.1. Avustralya hastaneleri maliyet muhasebesi.....	71
4.4.2. İngiltere hastanelerinde maliyet muhasebesi .....	71
4.4.3. Fransa hastanelerde maliyet muhasebesi .....	75
4.4.4. Almanya hastanelerinde maliyet muhasebesi.....	76
4.5. Geri ödeme için DRG’ ler.....	78
4.5.1. Avustralya LKF-PCS temelinde hastane finansmanı .....	78
4.5.2. İngiltere hastane ödemeleri için DRG’ ler .....	82
4.5.3. Fransa hastane geri ödemelerinde DRG’ ler .....	85
4.5.4. Almanya hastanelerinde geri ödeme için DRG’ ler .....	90
4.6. Kalite İle İlgili Düzenlemeler .....	94
4.6.1. Avustralya hastanelerinde kalite ile ilgili düzenlemeler .....	94
4.6.2. İngiltere’de kalite ile ilgili düzenlemeler ve hastaneler için teşvikler .....	94
4.6.3. Fransa’da kalite ile ilgili düzenlemeler ve hastaneler için teşvikler .....	95
4.6.4. Almanya’da kalite ile ilgili düzenlemeler ve hastaneler için teşvikler .....	96
4.7. Türkiye’de Tanı İlişkili Gruplara (TİG) Geçiş Ve Uygulamaları .....	98
4.7.1. Türkiye’de gerçekleştirilen TİG çalışmaları .....	98
4.7.2. Klinik kodlama ve değerlendirme süreçleri .....	101
4.7.3. TİG kapsamındaki, tedavi çeşitleri .....	106

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME .....	107
KAYNAKÇA.....	113
EKLER.....	119
ÖZGEÇMİŞ.....	121

## ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4. 1. Önceki ve güncel DRG sistemlerine genel bakış.....	44
Şekil 4. 2. Almanya'da DRG 'lerin tanıtımı ile ilgili aşamalar .....	49
Şekil 4. 3. Yakınsama fazı .....	50
Şekil 4. 4. LKF gruplama süreci .....	55
Şekil 4. 5. HRG4 - yatan hastaları için sınıflandırma tablosu.....	60
Şekil 4. 6. Ayırıştırılmamış aktivite: ayırıştırılmamış HRG' lerin bileşenleri .....	61
Şekil 4. 7. Hastaları GHM' ye sınıflandırmak için kullanılan bilgiler.....	63
Şekil 4. 8. Şiddet derecesi olan GHM sınıflandırması .....	64
Şekil 4. 9. G-DRG gruplama algoritması .....	68
Şekil 4. 10. İngilizce maliyet muhasebesi sistemi.....	73
Şekil 4. 11. İngiliz maliyet muhasebesi sistemi .....	74
Şekil 4. 12. Hasta başına toplam LDF skorunun hesaplanması .....	80
Şekil 4. 13. GHM tabanlı hastane ödeme sisteminde yer alan hizmet yelpazesi .....	86
Şekil 4. 14. Toplam hastane harcamalarının dökümü, 2008.....	87
Şekil 4. 15. Almanya'da yatarak tedaviye geri ödeme.....	91
Şekil 4. 16. Kalma süresine ilişkin kesintiler ve ek ücretler .....	93
Şekil 4. 17. G-DRG geri ödemesi ve g-drg uygulamasının bileşenleri.....	93

## TABLO LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 3. 1. DRG için gerekli demografik ve klinik veriler .....	27
Tablo 3. 2. TİG swot analizi .....	28
Tablo 3. 3: TİG sisteminin temel yapıtaşları .....	34
Tablo 4. 1. LKF-PCS sürümleri 1997.....	41
Tablo 4. 2. İngiliz DRS sisteminin gelişimi .....	44
Tablo 4. 3. GHM sürümleri 1986'dan 2009'a kadar .....	47
Tablo 4. 4. G-DRG sistemi ile ilgili temel bilgiler .....	52
Tablo 4. 5. MBDS' nin içeriği .....	53
Tablo 4. 6. HRG fiyatları, 2009/2010.....	85
Tablo 4.7. Kamu ve özel hastaneler için ghm fiyatlarına dahil edilen maliyet kategorileri.....	87
Tablo 4. 8. G-DRG modüler maliyet yaklaşımı .....	91
Tablo 4. 9. Sağlık bakanlığı tig çalışmaları süreci .....	101
Tablo 4. 10. Ana hata kategori başlıkları .....	105
Tablo 5. 1. G-DRG sisteminin güçlü ve zayıf yanları .....	109

## KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
(A)LOS	(Average) Length(s) of stay
A&E	Accident & Emergency (department, services)
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
ATIH	Technical Agency for Hospital Information (France)
BBAG	Branş Bazlı Ayaktan Gruplar
BQS	Federal Office for Quality Assurance (Germany)
CART	Classification and Regression Trees
CC	Complication and co-morbidity
CCAM	French classification of procedures (France)
CCSAE	Clinical Costing Standards Association of England
CMA	Severe/acute/complicated episode(s) (France)
CQUIN	Commissioning for Quality and Innovation
DIMDI Information	German Institute of Medical Documentation and
DRG	Diagnosis-related group
DRGs	Diagnosis Related Groups
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ENC	National Cost Study (France)
G- DRG	Alman DRG sistemi
G-BA	Federal Joint Committee (Germany)
GHM	Homogeneous groups of patients
HDG	Main diagnosis group (Austria)
HES	Hospital Episode Statistics

<b>HUAP</b>	Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases (WHO)
<b>ICD-10</b>	International Classification of Diseases, Tenth Revision
<b>ICD-10-GM</b> German Modification	International Classification of Diseases, Tenth Revision,
<b>ICD-9-CM</b> Clinical Modification	International Classification of Diseases, Ninth Revision,
<b>InEK</b> (Germany)	Institute for the Hospital Remuneration System
<b>İBAG</b>	İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar
<b>LDF</b>	Procedure- and diagnosis-oriented case groups (Austria)
<b>LKF</b> (Austria)	Performance-oriented hospital financing framework
<b>MDC</b>	Major diagnostic category
<b>MEL</b>	Single medical procedure (Austria)
<b>MFF</b>	Market forces factor
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>OPCS</b>	Office of Population Censuses and Surveys
<b>OPS</b>	Procedure classification codes (Germany)
<b>PCS</b>	Patient classification system
<b>PCT</b>	Primary Care Trust
<b>PLICS</b>	Patient-Level Information and Costing Systems
<b>PRIKRAF</b>	Private Hospitals Financing Fund (Austria)
<b>QMS</b>	Quality management system(s) (Germany)
<b>RSS</b>	Patient discharge summary (France)
<b>RUM</b>	Departmental discharge summary (France)
<b>SGB</b>	German Social Law
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHF</b> insurance	State Health Fund (Austria) SHI Statutory health
<b>SUT</b>	Sağlık Uygulama Tebliği
<b>TİG</b>	Tanı İlişkili Gruplar

**VHI**

Voluntary health insurance

**WHO**

World Health Organization

## GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de sağlık alanında yapılan harcamalar oldukça yüksektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların yararlanabilmesi ve kaynak finansmanının ölçülü kullanılabilmesi için mevcut ödeme sistemlerine göre daha objektif bir sisteme ihtiyaç duyulmaktadır. Dünyada, ABD başta olmak üzere, Avustralya, Almanya, Fransa, İngiltere gibi birçok ülke DRG sistemine geçiş yapmıştır. Türkiye’de sağlık hizmet sunucularına geri ödemelerin daha tutarlı yapılabilmesi için 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HUAP) olarak Tanı İlişkili Gruplar (TİG) alanında ilk çalışmalar yapılmaya başlanmıştır ([www.saglikaktuel.com](http://www.saglikaktuel.com)).

Araştırma beş bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde; sağlık, hastane ve maliyet kavramları hakkında açıklamalar yapılmıştır. İkinci bölümde; sağlık hizmetlerinde finansman ve geri ödeme yöntemleri hakkında bilgilere yer verildi.

Üçüncü bölümde; TİG’ e dayalı finansman sisteminin gelişimi hakkında genel bilgi verildi.

Dördüncü bölümde; araştırma konusunu olan Dünya’ da ve Türkiye’ de DRG Uygulamalarına Örnekler: DRG sisteminin amacı, DRG’ ler ile ilgili gelişmeler ve güncellemeler, mevcut hasta sınıflandırma sistemi, hastaneler için maliyet muhasebesi, geri ödemeler için DRG’ ler, kalite ile ilgili düzenlemeler gibi konu başlıkları ve alt başlıkları altında incelendi. Avustralya, İngiltere, Fransa ve Almanya’ da yukarıda sıralanan konu başlıkları hakkında yapılan gelişmeler ve uygulama örneklerine yer verildi. Türkiye ile ilgili 2005 yılında başlayıp 2009 yılında bitirilen HUAP projesi kapsamında; DRG ile ilgili gelişmeler ve örnekler yer almaktadır.

Beşinci bölümde; Dünya’ da DRG uygulaması yapılan ülkelerdeki gelişmeler dikkate alınarak, Türkiye’ deki DRG çalışmaları hakkında değerlendirmeler öneriler yer almaktadır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HASTANE VE MALİYET KAVRAMLARI

#### 1. SAĞLIK HASTANE VE MALİYET KAVRAMLARI

Sağlık veya sağlık sistemi çok kapsayıcı bir kavramdır. Kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, uzun süreli bakım ve fizik tedavi hizmetleri gibi alt sistemleri yer almaktadır. Bu nedenle sağlık ve hastane ile ilgili bir çalışma yapıldığında sağlık, sağlık hizmeti, hastane, hastane fonksiyonları ve çeşitleri ve maliyet, gider ve harcama gibi çalışmanın alt konuları hakkında bilgiler verilmesi gerekmektedir.

##### 1.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik durumu” olarak ifade etmektedir (Ak, 2001).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise sağlık; “Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat “ veya “Vücudun iyi veya kötü olma durumu” şeklinde ifade edilmektedir. (www.tdk.gov.tr).

Sağlık bireyin ve toplumun sağlığı olarak önemli olması devletin sağlık hizmetlerinin sunumunda aktif rol oynamasını zorunlu kılmaktadır. Bu bakımdan devlet, sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlayarak bireyin ve toplumun refah seviyesini yükseltmeyi amaç edinmektedir. (Bayrak 2013).

##### 1.2. Sağlık Hizmetleri

Bireylerin fiziksel ve ruhsal iyilik hallerinin korunması, tedavi edilmesi için uygulanan faaliyetler olarak tanımlanabilir (Esmeray, 2006).

Sağlık hizmetleri genel anlamıyla sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisine yönelik yapılan çalışmalar anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi



hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlının geliştirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır (Ak, 1991).

Sağlık ekonomisinin gelişmesi ve bilim dalı olarak ortaya çıkmasında etkili olan faktörler şu şekilde sıralanmaktadır. (Bayrak, 2013).

- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur
- Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantıdır
- Sağlık hizmetleri ertelenmezdir
- Sağlık hizmetini hasta değil hekim belirler
- Sağlık hizmetlerinde tüketici irrasyonel davranış sergiler
- Sağlık hizmetinin kalitesi ve doyumunu önceden belirlenemez
- Sağlık hizmetleri paraya dönüştürülemez

### **1.3. Hastane Tanımları ve İşlevleri**

Literatürde hastane tanımı ile ilgili olarak yapılan bazı tanımlamalar aşağıda yer almaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin planlanması, izlenmesi ve yönlendirilmesi anayasal görev olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bakanlık 1983 yılında Resmi Gazetede yayınlamış olduğu yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği madde-4 de yataklı tedavi kurumları diyerek hastaneleri: "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. (<http://sağlık.gov.tr/belge/1-10615/>).

Hastane: içerisinde barındırdığı mevcut uzmanlık dalları ve profesyonel sağlık personelleri ile her türlü hastalık şüphesi ve acil vaka ile gelen hastaları, dil, din, cins ve ırk

ayrımı gözetmeden kabul edildiği ve ayakta veya yatarak muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı sağlık kuruluşları olarak ifade edilmektedir. (Ak, 1990).

Ak,Akar ve Karaca' ya göre hastane; "Her türlü sağlık hizmetinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplumsal hizmetlerin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstri pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip, yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşidi veya hastalara hizmet vermeye yönelmiş bir otel türüdür."(Ak, 1990).

Hastane; Latince de hopes kelimesinden türeyen ve alınan misafir (hasta) ve misafirhane (hastahane) olarak kullanılan mekanlar olarak tanımlanmaktadır (Beyatlı, 2017).

Hastane; hasta bireylerin hastalıklarının muayene, teşhis, tanı ve tedavi edildiği, tıbbi araç ve gereçlerin bulunduğu her türlü tıbbi müdahalenin yapıldığı yerler olarak tanımlanmaktadır (Sur, v.d. , 2013).

Hastaneler, yeterli nitelik ve nicelikte sağlık hizmetlerini en düşük maliyetle üreterek bu hizmetleri, rahatlığı ve beşeri fonksiyonu bulunan kurumlarda, hastaların tedavisinde ve şifalarında kullanarak hastaların tekrar ekonomik ve sosyal hayattaki yerlerini almalarına olanak sağlayan kuruluşlar olarak ifade edilmektedir (Ak, 2001).

### **1.3.1. Hastane çeşitleri**

Hastaneler; mülkiyetlerine, hastaların yatış sürelerine, yatak kapasitelerine, eğitim statülerine, akreditasyon durumlarına ve sundukları hizmet türlerine göre sınıflara ayrılmaktadırlar (Ak, 1990).

Sağlık Bakanlığı hastaneleri; ilçe belde hastanesi, gün hastanesi, genel hastane, özel dal hastanesi ve eğitim ve araştırma hastaneleri olarak sıralamaktadır.

İlçe Belde Hastanesi: 112 acil servis hizmetleri, kadın doğum, ayaktan veya yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetlerinin verildiği ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların sevkini yapıldığı sağlık kuruluşları olarak ifade edilmektedir.

Gün Hastanesi: İçerisinde birden fazla uzmanlık alanında günü birlik ayaktan muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu ve minimum 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan kurular olarak tanımlanmaktadır.

Genel Hastaneler: İçerisinde minimum 50 yatağı bulunan ve hastalara ayırım gözetmeksizin (acil vaka, yaş, cinsiyet v.b.) muayene, tanı ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşları olarak ifade edilmektedir.

Özel Dal Hastaneleri: Bünyesinde belirli uzmanlık dallarını barındıran, belirli bir yaş ve cins grubu hastalara sağlık hizmeti veren kuruluşlar olarak ifade edilmektedir.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: bünyesinde öğretim görevlileri bulunan ve uzman, yan dal uzmanı yetiştiren genel ve özel dal sağlık kuruluşları olarak tanımlanmaktadır.

#### **1.4. Maliyet, Gider ve Harcama Kavramları**

##### **1.4.1. Maliyet ve Marjinal Maliyet**

Ürün ve hizmet üretmek, bir amaca ulaşmak için yapılan tüm maddi fedakarlıkların toplamıdır (Bekçi ve Özal, 2010). Buradan çıkarılacak sonuç: Kişi veya kuruluşların yaptıkları her türlü faaliyetlerin bir maliyetinin olduğudur. Örneğin, bir öğrencinin okula gitmesi, bir esnafın dükkanı temizletmesi gibi (Bekçi ve Özal, 2010).

Akdoğan'a göre "Maliyet, ürün veya hizmet üretebilmek için işletmelerin ürün veya hizmetin üretim öncesinde veya sonrasında katlandıkları değerlerin, fedakarlıkların maddi tutarıdır. Başka bir ifadeyle maliyet, hizmet veya ürünün kullanım için satın alındığı durumda yapılan harcamalar toplamıdır (Bayrak, 2013).

Sağlık hizmetleri açısından maliyet, hizmetin üretim ve o hizmetin sunumu için yapılan tüm giderlerin toplamı olarak tanımlanabilir. Üretim maliyeti olarak hastanelerin en düşük satış maliyeti, üretim için katlanılan en düşük maliyete eşit olduğu maliyettir. Buda hastaneyi başa baş noktasında tutmayı sağlayacaktır (Bayrak, 2013).

Bununla beraber teknolojinin gelişmesi, yasal düzenlemeler, sağlık harcamalarının artması sonucunda hastanelerde maliyet analizine yönelik çalışmaların önemini artmasını

sağlamıştır (Özgülbaş, 2014). Sağlık hizmetlerinin maliyeti, sağlık hizmet sunucularının hastalara sağlık hizmeti verebilmesi için kullandığı üretim giderlerinin parasal değeri olarak ifade edilebilir (Akar, 1992).

Marjinal maliyet; ilave bir birim hizmetin veya malın üretim maliyetidir. Üretilen her bir ürünün toplam maliyete katkısıdır. Toplam maliyetteki değişimin miktardaki değişime oranıdır. Sağlık kuruluşları kar amacı gütmeyen işletmelerdir ve bu nedenle etkililik ön plana çıkmaktadır. Gelirin maksimumlaştırılması tedavide marjinal gelirin marjinal maliyete eşit olduğu noktalarda maksimum kazanç sağlar. Fakat hastane işletmelerinde kazancın maksimum olmasından çok sunulan hizmetin maksimum seviyeye çıkartılması kazancın maksimumlaştırılmasından daha büyük önem ifade etmektedir (Ak, 2001).

#### **1.4.2 Gider**

Gider; kar elde edebilmek için ürün veya hizmetin üretiminde ve sunumunda kullanılan varlıkların ekonomik değeri olarak tanımlanabilir (Bayrak, 2013).

"Gider, firmanın ömrünü devam ettirebilmesi, faaliyetlerini sürdürebilmesi ve kâr elde edebilmesi için tükettiği ve harcadığı mal ve emeğin parasal değeri olarak tanımlanmaktadır (Bayrak, 2013)."

#### **1.4.3. Zarar**

Zarar, mal veya hizmet üretimine katkı sağlamayan ve lüks tüketime yol açarak olması gerekenden fazla olan ve kuruma geri dönüşü olmayan harcamalar olarak tanımlanırken (Bayrak, 2013). Ürün veya hizmet üretiminin de katlanılan maliyet ile gelir arasında oluşan fark olumsuz ise o da zarar olarak tanımlanabilmektedir (Bayrak, 2013).

#### **1.4.4. Harcama**

Harcama; bir mal veya hizmetin verilmesi ve üretilmesi için yapılan her türlü borçlanma ve ödeme olarak tanımlanabilir (Bayrak, 2013). Bir diğer ifadeyle harcama, mal veya hizmet üretmek ya da doğacak bir zararı önlemek için yapılan ödemelerdir ( Bayrak, 2013). Yukarıda ifade edilen harcama, gider, zarar, maliyet kavramları hastanenin mali fonksiyonu içerisinde değerlendirilebilir. Mali fonksiyon: çalışan sağlık personellerinin, hastaların ihtiyaçlarını karşılaya bilmek, hastanelerde sunulan sağlık hizmetini verebilmek için gerekli olan tıbbi

malzeme, sarf malzeme, temizlik, bakım-onarım, hizmet alımı, ısınma, barınma, yiyecek, içecek, giyim ihtiyaçlarının satın alınması ile personel maaşı, yolluk, tazminat, ek ödeme v.b. faaliyetlerin yönetilmesidir. Kısaca hastanenin tüm gelir ve gider faaliyetlerinin yönetilmesini içermektedir (Ak, 1990).

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

#### 2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Bir hizmet işletmesi olan ve sağlık hizmeti üreten hastaneler, genel işletmelerde olduğu gibi üretim, pazarlama, finansman ve yönetim fonksiyonlarını yerine getirirler. Sağlık hizmetleri; gelişmiş ekonomilerde üçüncü sıradaki endüstri olarak ele alınırlar. Yüksek düzeyde ve çeşitte uzman personel çalıştıran, yüksek teknolojide tıbbi cihaz ve sistemler kullanan, çok çeşitli ve pahalı sağlık sarf malzemelerini işleyen ve bu sebeple yüksek düzeyde finansman ihtiyacı bulunan hastaneler yüksek maliyetli işletmeler olarak dikkat çekerler. Bu nedenle günümüzde sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı sağlık sektöründe ve yönetiminde öne çıkan ve önceliği olan konular olarak ele alınmaktadır.

##### 2.1. Sağlık Hizmetleri Finansman Kavramları

Gelişen bilgi ve teknoloji ile birlikte tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de talebi artırmaktadır. Sürekli gelişen bilim, tıbbi cihaz ve ilaç sektörü ile birlikte sağlık sektöründen hastaların beklentileri paralel olarak artmaktadır. Artan beklentileri karşılamak ve etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için yetişmiş personele, yeni teknoloji tıbbi cihazlara ihtiyaç duyulmaktadır. Duyulan bu ihtiyaçları karşılamak, kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak ve devamlılığını sağlamak sağlık ekonomisinin konusudur. Sağlık ekonomisi bununla birlikte, esnek yapıda olan sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için finansmanın nasıl, hangi koşullarda, nereden ve ne zaman sağlanıp nasıl kullanılacağını hesaplamak en temel işlevidir (Orhaner, 2006).

Bireylerin ihtiyaçlarının sınırsız olması ve bu ihtiyaçları karşılayacak kaynakların sınırlı ölçüde olması nedeni ile kaynakların daha verimli kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Tüm ihtiyaçlar gibi bireylerin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılaya bilmek için eldeki kaynakları doğru ve verimli kullanmak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerini bireylere eşit bir şekilde sunulmasını, kaynakların verimli bir biçimde kullanılmasını ve kaynakların devamlılığını sağlamak sağlık hizmetleri finansmanının amaçlarındandır (Kaya, 2008).

Ülkemizde sağlık hizmetine ihtiyacı olan tüm bireylere kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hazineden yeterli bütçe ayrılması ve ayrılan bütçenin verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hangi sağlık hizmetine ne kadar kaynak gerektiği, bu kaynakların kimlere aktarılacağı, kaynakların nerelerde kullanıldığının kontrolünün sağlanmasında yer alacak kişi ve kurumların belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır. (Ersoy,2014).

### **2.1.1.Sağlık hizmeti finansmanının amaçları**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık finansmanının amacı, bireylerin ve kamu sağlık sunucularının tıbbi hizmetlere ulaşımını sağlayacak bir şekilde yeterli kaynak sağlamaktır (Langenbrunner, 2011). Sağlık sektöründe sağlık finansmanının amacı, önceleri vatandaşlar için yeterli kaynak sağlamak ve adil bir şekilde kullanılması olmakla beraber günümüzde yaşanan ekonomik nedenlerden dolayı kaynakların daha verimli kullanılması olmuştur (Yenimahalleli, 2007). Sağlık hizmetleri finansmanında amaç; sağlık ihtiyaçlarını bireylere uygun koşullarda, uygun kaynaklardan, uygun yer ve zamanda verimli bir şekilde sunabilmek ve devamlılığını sağlayabilmek için gerekli fon ve geri ödeme yöntemlerini oluşturarak, sağlık maliyetini verimli kullanımını sağlayarak ülkenin sağlık düzeyini istenilen seviyeye ulaştırmak olarak ifade edilebilir (Yıldırım, 2012).

Sağlık hizmetleri günümüzde, kamu ve kar amacı güden özel sağlık kuruluşları tarafından karma bir yapı şeklinde sunulmaktadır. Sağlık sektöründe etkili olan sağlık hizmetleri finansman yönetimi, sağlık hizmeti sağlayıcılarını ve sağlık hizmetinden faydalanacak bireyleri olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun için uygulanan sağlık hizmeti finansman yönteminin sağlık hizmeti sunumunun verimliliği, sürekliliği, ulaşılabilirliğine ilişkin olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kimlere, ne kadar ve kim tarafından nasıl verileceği ile ilgili süreç sağlık hizmetleri finansman yönetimi ile büyük ölçüde belirlenmektedir (Ersoy, 2014). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak ve tüm bireylere eşit bir şekilde sağlık hizmeti sunabilmek ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak için hizmetin kalitesi ile mali devamlılık ilkesi dengede olmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği adil kaynak dağılımı sağlayacak bir geri ödeme yöntemi ile sağlanabilir.

Toplumun tüm ferdinin sağlık hizmetlerine ekonomik açıdan erişebilmesi için sürdürülebilir finansal kaynak sağlamak temel amacdır. Toplumun tüm bireyelerine finansal güvence sağlarken adaleti gözetmek, kaynakları doğru bir şekilde kullanmak ve finansal kaynak oluştururken bireyelerin yoksullaşmasını önlemek gibi amaçları da bulunmaktadır.

### **2.1.2. Sağlık hizmetleri finansmanının fonksiyonları**

Sağlık hizmetleri finansmanının gelir elde etme, fon oluşturma ve hizmet sağlayıcıya ödeme yapmak gibi üç temel fonksiyonu bulunmaktadır. Gelir elde etme yöntemlerini; halktan ve kurumlardan alınan vergiler ile sosyal sağlık sigortalarından ve özel sağlık sigortalarından elde edilen primler ile bireysel tıbbi tasarruf hesapları, doğrudan ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır.

## **2.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri**

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlayıcılarında ülkeden ülkeye kamu-özel sektörün ağırlıklarının farklılık arz etmesinin başlıca sebepleri; ülkelerin farklı kültürel özelliklere, farklı ekonomik zenginliğe ve politikalara sahip olması olarak açıklanabilir.

Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerini; genel vergiler, sosyal sağlık sigortası, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruflar ile finansman olarak dört başlıkta toplanabilir. Dünyada birçok ülkede bu dört başlığın kombinasyonu olarak uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde finansman yöntemleri kamu finansmanı, özel finansman ve karma finansman adı altında üçe ayrılmaktadır. (Yalçın ve Yıldırım, 2001). Ülkelerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için uyguladıkları finansman modelleri incelendiğinde genellikle, kamu, özel finansman ve çoğunluk karma finansman modellerini kullandıkları ortaya çıkmaktadır. Çağımızda bu finansmanları birbirinden ayırarak sadece birini kullanmak oldukça zordur. Özel ve kamu sektörün oluşturduğu kombinasyonlarla karşılanmaktadır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990).

Ülkemizde; Sağlık Bakanlığı, Kamu İktisadi Teşebbüsleri, Sosyal Güvenlik Kurumu, Belediyeler, Üniversiteler gibi kamu kurumları ve Kızılay, Organ Nakli Vakfı gibi kamuya yararlı kuruluşlar, özel hastaneler, özel klinikler, özel tıp merkezleri, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Maliye, özel sigorta şirketleri gibi sağlık hizmeti finans sağlayıcıları ile karma bir sağlık hizmeti sunmaktadır.



### 2.2.1. Özel finansman yöntemleri

Özel finansman yöntemleri kapsamında cepten ödemeler, doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları, resmi olmayan ödemeler, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesabı yer almaktadır.

Cepten ödemeler; vatandaşın sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek amacı ile sağlık sunucularına ödedikleri harcamaların tamamını ifade etmektedir. Hastalık faktörü vatandaşa finansal bir güvence vermemektedir. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkıları ve resmi olmayan ödemeler olarak üçe ayrılmaktadır. (Ayanoğlu ve Beylik, 2014).

Doğrudan ödemeler; herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan bireyler ve sosyal güvence kapsamı dışında kalan uygulamalar için yapılan ödemelerdir. Bununla birlikte uzun bekleme sonrası hizmete ulaşamadığı durumlarda yapılan ödemeler olarak da tanımlanır. Genellikle özel sektör hizmet sunucularına yapılan ödemelerdir.

Kullanıcı katkıları; sağlık harcamalarının minimum olduğu zamanlarda, sağlık hizmeti için daha fazla kaynak yaratarak veya sağlık harcamalarının maksimum olduğu zamanda, talebi düşürerek verimliliği yükseltmek için kullanıcı katkılarından yararlanılmaktadır (Creese,1997). Bununla beraber kullanıcı katkıları; finansman yükünün vatandaşa yansımaya ve risklerin paylaşımına engel teşkil etmektedir. Dayanışmayı düşürmekte ve finansman ihtiyacında adaletsiz bir oluşum meydana getirmektedir. Bunların başlıca sebebi kullanıcı katkıları ile finansmanın etkilerinin gelir durumu düşük olan ve sağlık durumu iyi olmayan bireylere yansımadır.

Resmi olmayan ödemeler; Çağımızda rüşvet ve yolsuzluk ile aynı anlamlarda kullanılabileceğimiz, tedavi öncesi ve tedavi sonrası hediye veya para olarak yapılan resmi olmayan ödemelerdir. Ülkemizde ve birçok ülkede kanun dışı bir uygulamadır. Amaç; hizmet sağlayıcıyı etkilemektir ( İstanbuloğlu v.d. , 2010).

Sosyal sağlık sigortasının içeriğinin yetersiz olduğu ve hiç bulunmadığı ülkelerde, sağlık ihtiyaçlarından doğan belirsizlikler ve yapılacak sağlık harcamalarındaki belirsizlikleri ve beraberinde meydana gelecek aşırı harcama bilinmezlerine karşılık bireylerin, gönüllülük esasına dayanarak yaptıkları sağlık sigortasına özel sağlık sigortası denilmektedir. Birçok faktöre göre farklılık göstermektedir. Özellikle sigorta şirketlerinin statüsü, işlevleri, primlerin hesaplanması gibi etkenler farklılık yaratmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan

veya kişisel beklenti ve tercihlerden dolayı bireylerin kendi istekleri ile kapsamını ve finansal tutarlarını belirleyerek yaptırdıkları sigortalardır (Yıldırım,2012). Özel sağlık sigortaları; Avustralya, İsviçre ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi ülkelerde özel sağlık sigortaları önemli yer tutmaktadır. Özel sağlık sigortasının amacı; bireylerin kapsamını ve tarihlerini kendilerinin belirledikleri süre içerisinde, sağlık harcamalarından doğacak finansal riskleri garanti altına almaktadır. Geliri iyi olanların özel sigorta yaptırmaları ve kendi sağlık finansman kaynaklarını sağlamaları, kamunun sağlık finansman kaynaklarını, geliri düşük olan bireylerin sağlık harcamalarını karşılanmasında kullanarak adaletli bir şekilde dağılımını sağladığı düşünülmektedir. Bununla birlikte özel sağlık sigortaları yeterli ölçüde denetlenemediği zaman, risk ve riske neden olan durumların sigortacılık süreci içerisinde meydana gelip gelmediğinin tespiti süreç içerisinde en zor olanıdır (İnce, 2014).

Özel sağlık sigorta şirketlerinin işleyiş ve denetimi yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkan bazı sorunlar;

- Sigorta primlerinin doğru hesaplanmaması,
- Bireylerin risk doğuracak hastalıklarını gizleye bilmeleri,
- Özel sigorta şirketlerinin risk faktörü yüksek olan bireylere sigorta yapmak istememesi,
- Bireylerin sigorta yaptırdıktan sonra, yüksek riskli eylemlerde bulunmak isteyebilmeleri,
- Sigorta şirketlerinin sigorta tekeli meydana getirme istekleri,
- Toplumsal güven, dayanışma ve adalet anlayışını zedelenebilmesi.

Tıbbi tasarruf hesabı; bireylerin, firmaların ve grupların ileriki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri sağlık sorunlarını karşılamak için gönüllü veya zorunlu olarak hesaplarına para yatırmaları ve sadece sağlık harcamalarında kullanabilmeleri olarak ifade edilmektedir. (Ayanoğlu ve Beylik, 2014).

### 2.2.2. Kamusal finansman kaynakları

Kamu finansmanının ortaya çıkışı, özel finansmanın ortaya çıkışına göre günümüze daha yakın bir tarihte 19. yüzyılın sonlarına rastlamaktadır. Sosyal sigortacılık ile ortaya çıkan kamusal finansmanı, 20. yüzyılın başlarında vergilerle finansman takip etmiştir.

Sosyal sağlık sigortacılığı; özel sağlık sigortacılığının yaratmış olduğu altyapı üzerine kurulan zorunlu sağlık sigortacılığı yasal olarak 1883 yılında, Otto Van Bismarck önderliğinde ilk defa Almanya'da başlatılmıştır. Öncelikle belirli gelirinin altında çalışan işçilerin hastalık fonuna üye olarak, fonun finansmanı işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla sağlamaya çalışılmıştır (Ron, Abel- Smith ve Tamburi, 1990). Zorunlu sağlık sigortasının Almanya'da ortaya çıkmasının nedenleri arasında; yoksulluğu azaltmak ve gelişen sanayi sonrası işçilerin işveren ve devlete bağlılığını arttırarak, oluşan sistemle işçileri bir arada tutmak olmuştur (Abel –Smith,1994).

Sosyal sağlık sigortacılığını takiben, 1884 yılında iş kazası ve 1889 yılında sakatlık ve yaşlılık sigortalarının ortaya çıkmasına öncülük etmiş, beraberinde de diğer ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerine örnek teşkil etmiştir (Fişek, 1989). Sosyal sigortalar yardımıyla tüm bireylere sağlık güvencesi verebilmek, birkaç ülke ile sınırlı olmuştur. İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa 2000 yılında tüm bireylere %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır (Saltman, 2004).

Çağımızda sosyal sağlık sigortaları ortaya çıkış nedenlerini devam ettirmekle birlikte ülkeden ülkeye sosyal, ekonomik ve kurumsal yapılarındaki farklılıklara göre işleyiş ve teknik yönleri bakımından farklılık göstermektedir. Sosyal sağlık sistemlerinin ortak bazı özellikleri vardır. (İstanbulluoğlu, 2010). Bu özellikler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Üyelik zorunluluğu,
- İlk uygulamalar, işçi ve işveren arasında gerçekleştirilmiş zamanla devlette katkı sağlamıştır,
- Öngörülen primler işçi ve işveren arasında paylaştırılmıştır,

- Genel vergilerden elde edilen finansmanın, sosyal sağlık sigortası finansmanında önemli bir yeri bulunmaktadır,
- Sosyal sigorta kuruluşları, kar amacı güden ve kar amacı olmayan sigorta kuruluşları ülkelere göre farklılık göstermektedir.

Türkiye’de 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Yasası ile sosyal sigortaların kurulmasını ilk defa önemsemiş ve bugünkü sosyal güvenliğin alt yapısının oluşmasına katkı sağlamıştır (Güzel ve Okur,2004). Bu yasaı takiben 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu Yasası ile İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur.

Türkiye’de 1950 yılında bağımlı çalışanlar adına hastalık anında finansal güvence getiren kamusal alanda ilk yasa, sigortacılık tekniğini ön görerek yürürlüğe girmiştir. Devamında 1965 yılında kamu personelinin sağlık harcamaları bağlı buldukları kurumları tarafından karşılanmasına yönelik yasa yürürlüğe girmiştir. 1971 yılına gelindiğinde de memur emeklilerine yönelik yasa ve 1985 yılında bağımsız çalışan vatandaşlara sağlık güvencesi verilmesi büyük öneme sahiptir. Aynı zamanda, belirli dönemlerde çıkarılan birçok özel yasa ile genel bütçeden finansman sayesinde bazı kişi veya grupların sağlık güvencesi verilmiştir. Bu yasaların en geniş kapsamlısı 1992 yılında çıkarılan Yeşil Kart Yasa’sı olmuştur. Ülkemizde, 2006 yılında çıkartılan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası (SSGSS), tek bir finansman kurumu ile bütün vatandaşların sosyal sigortacılık yöntemiyle sağlık güvencesine kavuşturulması hedeflemektedir. SSGSS Yasası ile ülkemizde ilk kez devlet, yukarıda belirtilen genel bütçe ile finansmanı sağlanan kişi ve grupların finansmanını da yüzde yüz oranında karşılayacaktır (Karacık, 2009).

Vergilerle finansman; sosyal sağlık sigortası ile başlayan sağlık güvencesinin kamu finansmanı ile tüm vatandaşları kapsaması yönünde çalışmalar yapılmıştır. Bunun neticesinde vergilerle finansman denilen ve tüm vatandaşları kapsayan “ ulusal sağlık hizmetlerinin ” oluşmasına zemin hazırlanmıştır.

Vergilerle finansman sistemine ilk 1920 yılında uygulamaya girmiştir. 1938 yılına kadar tüm nüfusu kapsamı altına almıştır. Bununla beraber 1938 yılında ulusal sağlık sistemleri uygulamasını başlatan ilk ülke Yeni Zelanda olmuştur (WHO,2000).

1948 yılına gelindiğinde ilk ulusal sağlık sistemleri uygulamasını kullanmaya başlayan batı ülkesi İngiltere olmuştur. Bu ülkeyi Sovyetler Birliği, Macaristan, Avrupa da ki Sosyalist Ülkeler, Japonya, İskandinav Ülkeleri ve Şili takip etmiştir. 1970 yılına gelindiğinde Kanada, 1980 yıllarında Brezilya, İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya, 1990' lı yıllarda Güney Kore ve 1994 yılında Tayvan takip etmiştir (Abel-Smith, 1994).

Dünya ülkelerinin büyük bir çoğunluğu genel vergi gelirlerini sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanmaktadır. Genel vergi gelirleri gelişmekte olan ülkelerde önemli finansman kaynağıdır (Hoare ve Mills, 1986).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyelerinin çoğunluğu sağlık hizmetleri finansmanını vergilerle finansmandan sağlamaktadır (Gottret ve Schieber, 2006).

Sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan vergiler amaçlarına göre genel ve özel amaçlı olarak sınıflandırılabilir. Genel amaçlı vergiler birçok amaç için kullanılabilmektedir. Geniş bir gelir tabanına sahip olması ve sağlık sektörü ile diğer kamu sektörleri arasında tercih yapmaya olanak sağlaması en önemli özelliğidir. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere alınan vergilerdir (WHO, 2009).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı "sağlık yardımı" adı altında gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de vergilerle finansmanın en önemli uygulama alanı Yeşil Kart uygulaması olmuştur. Bununla birlikte bazı gruplara çıkarılan özel yasalarla sağlık hizmeti verilmesi sağlanmıştır (Uz, 1995).

Devletin doğrudan olmasa bile dolaylı olarak sağlık hizmetleri finansmanına müdahalesi ve üzerine düşen ödevleri bulunmaktadır. Dünya Bankası özel sağlık sektörünün güçlenmesini desteklemesine rağmen devletin bu konuda rolünün olması gerektiğini kabul etmektedir. Devletin sosyal hayatta eşitliği, adaleti ve düzeni sağlamak amacıyla Pazar şartlarına müdahalesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kaynaklarda ismi yok kullanılan model ne olursa olsun aşağıdaki şartları yerine getirmek gerekmektedir (Uz, 1995).

- Hakkaniyeti ulaşılması zor olan bir hedef olarak görmek,

- Finansal kaynak toplama ve yönetimi için gerekli olan maliyetleri düşük tutmak,
- Kaynakların toplanmasında devamlılığı sağlamak,
- Uygulanan modeli halkın kabul etmesi ve halkın hoşnut edilmesi,
- Önceliği bulunmayan faaliyetleri finansa etmemesi,
- Hizmet sağlayıcılar arasında rekabeti teşvik edebilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin sağlanmasına ve sağlanan hizmetin maliyetlerinin takibinin yapılabilir olması,
- Kaliteli bir sağlık hizmeti vermeyi amaçlaması,
- Hizmetin finansmanını sağlayan tarafı hizmeti sunan tarafa karşı güçlü tutması,
- Gereksiz hizmet sunulmasına veya gereksiz hizmet istenmesine engel olması,
- Finansmanın hastayı takip etmesini sağlamaktır.

### **2.3. Hizmet Sunucusuna Geri Ödeme**

Çağımızda fertlerin ve toplumun sağlık ihtiyacına olan talepleri giderek artmaktadır. Bunun sonucunda sınırlı sayıda kaynakla daha kaliteli ve topluma eşit şekilde sağlık hizmeti vermek için kullanılan kaynakların finansmanının iyi yapılması gerekmektedir. Bundan dolayı, sağlık hizmeti sunum modelleri, hizmet sunucusuna ödeme yöntemleri ve bunların denetleme mekanizmaları daha güncel yer tutmakta ve bilim dünyası tarafından da tartışılır hale gelmiş bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti verildikten sonra sağlık sunucularına; doğrudan ödeme ve dolaylı ödeme yapılmaktadır. Doğrudan ödeme; sağlık sunucularına alınan hizmetten sonra bireyler tarafından yapılan direk olarak sunucuya yapılan ödeme olarak tanımlanmaktadır. Dolaylı ödeme; sağlık hizmetinin verilmesinden sonra sağlık hizmeti alan bireyler adına, özel veya

sosyal sigorta şirketleri, işveren ve devlet tarafından hizmet sunan kuruluşa yapılan ödemeler olarak ifade edilmektedir. (Normand, Weber, 1994).

Hizmet sunucusuna ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, kişi başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe ve ücret olarak sıralanmaktadır. (WHO, 2009).

### **2.3.1. Harcama kalemlili bütçeler ve genel bütçeler**

Gelişmekte olan ülkelerde hükümetler sağlık kurumlarının finansmanını spesifik harcama kalemlerine göre maaş, ilaç, ekipman, bakım onarım, yakıt, ısınma vb. göre yapmaktadır. Sağlık kurumlarındaki idareciler merkezi yönetimin izni olmadan harcama kalemleri veya bütçe kalemleri arasında transfer yapamamaktadırlar (Pinto ve Andersson, 2001).

Genel bütçeler kaynakların verimli kullanımına imkan sağlamaktadır. Verimlilik artışı bütçelerin nasıl hesaplandığına ve kamu yöneticilerinin performans değerlendirmelerine bağlıdır. Genel bütçeler çoğunlukla harcamaların kontrol altına alınmasını sağlamaktadır. Ancak genel bütçelerin uzun süreli (birden çok bütçe dönemi veya kısa süreli (bir bütçe dönemi) olmasına göre sağlık hizmetlerinin maliyetleri üzerine etkileri değişmektedir. Kısa dönemde maliyetleri kontrol altına almak için sabit bütçe sınırlandırmalarına gidilebilir. Ayrıca yöneticilere karar alma esnekliği ve hizmetlerin üretimi için gerekli girdileri planlama yetkisi verilebilir (Pinto ve Andersson, 2001).

Harcama kalemlili bütçeler ve genel bütçelerin hazırlanmasında geçmiş yılların bütçeleri esas alınmaktadır. Yani geçmişteki kaynak kullanım düzeylerine göre bütçelerin oluşturulmasına çalışılmaktadır. Harcama kalemlerine göre ayrı ayrı bütçe hazırlarken sonuçlardan çok hasta yatağı başına, personel başına veya birim maliyet başına gibi normlar ile geçmiş yılın gerçekleşen değerlerine dikkat edilmektedir (Barnum vd. , 1995). Avustralya, Norveç, Portekiz'de genel bütçeler beklenen vaka karması (hastalık yapısı) ve kullanım modellerine göre maliyet projeksiyonları yapıldıktan sonra oluşturulmaktadır (Wiley, 1992).

Hastanelerin yönetsel açıdan yeterli bilgi ve beceride olmaması ve kalite güvencesi uygulamalarında yaşadığı sıkıntılar genel bütçelerin başarı ile uygulanmasındaki önemli engeller arasında yer almaktadır. Çünkü genel bütçeler sağlık hizmeti sunucularına hizmet kalitelerini yükseltme noktasında zayıf özendiriciler sunmaktadır. Meslek birlikleri veya

akreditasyon kurumları hastaneler başta olmak üzere sağlık kurumlarının kalite açısından uyması gereken standartları belirlemek durumundadır. Kalite için performans göstergeleri oluşturmanın zor olduğu da unutulmamalıdır. Genel bütçeden daha fazla pay almak için hastaneler sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmek isteyebilir. Ancak sonuçta genel bütçeler kalite açısından zayıf özendiriciler sunmaktadırlar. (Barnum vd. , 1995).

### **2.3.2. Hizmet başına ödeme**

Hizmet başına ödeme; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bakıldığında en çok tercih edilen ödeme yöntemi olarak görülmektedir (Barnum vd, 1995). Hizmet başına ödeme yöntemleri; hastaların tedavilerinde kullanılan tıbbi ilaç, medikal malzeme kalemleri başına kullanılmaktadır.

Hastanelerde verilen tedavi başına ve kullanılan ürün başına ödeme gerçekleştirilmektedir. Hastanelerde hekimlere yapmış oldukları muayene, girdikleri konsültasyon için ve gerçekleştirdikleri ameliyat başına ödeme yapılabilir. Aynı zamanda hastanelere hastaya uyguladıkları tedavi için sağlık çalışanları tarafından sunulan temizlik, barınma ve tedavi hizmetleri başına ödeme yapılabilmektedir (Pinto ve Andersson, 2001).

Bu ödeme şekli; hastaneye başvuran hastaların teşhis ve tedavileri için önceden belirlenen tutarlar karşılığında ödeme gerçekleştirilmesine dayanan bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir. Özel hastanelere sundukları hizmetlerin hak edişleri sosyal sigorta kuruluşları veya devlet tarafından bu yöntemle ödeme sağlanmaktadır. Meme kanseri tanısı ile hastaneye yatan bir hastanın tüm işlemleri faturaya yansıtılmaktadır. Yapılan işlemlerin faturasını üçüncü şahıslar (devlet veya sosyal sigorta şirketleri) tarafından ödemesi sağlanmaktadır. Burada amaç yapılan her bir işlemin faturaya yansıtılması ve hizmet sağlayıcıya üçüncü şahıslar tarafından ödemesinin yapılmasıdır (Kaya, 2008).

Hizmet başına ödeme; hastanede ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalara uygulanan her bir hizmet için yapılan ödeme olarak da tanımlanabilir. Bu uygulamanın olumlu ve olumsuz yanları bulunmaktadır. Hastaların teşhis ve tedavilerinin eksiksiz yapılabilmesi için ihtiyaç duyulan hizmetlerin sağlanmasını garanti ediyor olması en önemli yararlarıdır. Uygulamanın olumsuzluğu ise, hizmet sunucularının daha çok kar elde etmek için gereksiz istemlerde bulunmaları veya bu işlemleri yapıyormuş gibi fatura etmeleridir. Oluşan olumsuzlukları engellemek için hizmet başına ödeme ile bütçe yöntemi bir arada



uygulanmaktadır. Kullanıcı katkıları yöntemi ile de engellenme yoluna gidilmiştir. Hizmet başı ödeme yönteminin bir olumsuzluğu da yapılan işlemlerin doğruluğunun tespiti için denetim maliyetlerini arttırması olmuştur (WHO, 2004).

Doktorların muayeneye gelen hastaların teşhis, tedavi ve yapılan her bir işlem için ayrı ücret almaları bu yöntem örnektir. Meme kanseri olan bir hastanın teşhis, tedavi ve kontrollere gelmesin de her bir gelişinden önceden belirlenen fiyatlandırmalara göre ücret alınmaktadır. Hastalar aldıkları bu hizmetlerin bedelini doğrudan cebinden ödemekte veya üçüncü şahıslar tarafından hasta adına fatura karşılığı ödeme gerçekleştirilir. Hizmet başına ödemenin hasta ve hekim tarafından kolayca kötü amaçlara yönelik kullanılması yüksek maliyetleri beraberinde getirmektedir.

### 2.3.3. Gün başına ödeme

Gün başına ödeme; sağlık hizmeti sunucularına, hastaların hastanede kalış sürelerine göre gün başı yapılan ödeme olarak tanımlanabilir. Hastalara günlük uygulanan tüm işlemleri (ilaç, tedavi, ameliyat, görüntüleme, otelcilik gibi) içerir. Sağlık sunucuları kazançlarını arttırabilmek için hastaları hastanede uzun süre yatırmaya çalışabilirler. Hastaneye yatan hastaların ilk iki gün tanı, tedavi ve personel maliyetleri oldukça yüksektir. İlk iki günden sonra hastalara uygulanan hizmetin maliyetinin düşmesi ilave kalış süresini uzatmak istemelerindeki en önemli noktadır (Pinto ve Andersson, 2001).

Bunun önüne geçebilmek ve hastanelere gereğinden fazla ödeme yapmamak için ödemeyi yapan üçüncü şahısların; görevlendirdikleri sağlık personeli ile hastaları ziyaret ederek taburculuk sürelerini hesaplamaları veya yapılan belli tanı ve teşhisler için hastanede ödeme yapılabileceği belirlenerek hastanede kalış süresi azaltılabilir. Meme kanserlerinde, kalış süresini örneğin, beş gün olarak belirlenmesi durumunda hastaneye beş gün için ödeme yapar ve bu sürenin sonunda hastanenin talebine göre süre uzatılır ya da hastane tüm masrafları kendisi öder. Başka bir ifadeyle gün başına ödeme; hastaya verilen hizmetlerin tamamını içermektedir. Günlük ödemeler hastaya uygulanan teşhis, tedavi, bandaj, temizlik hizmeti, konaklama hizmeti, protezler, gibi sağlık harcamalarını içermektedir (Pinto ve Andersson, 2001). Hastanelere ödenen gün başı ücretleri üçüncü şahıslar (sağlık fonu) ile hizmet sunucu arasında yapılan görüşmeler sonucunda belirlenmektedir. Eğitim araştırma hastanesi ile taşrada bir ilçedeki birinci basamak sağlık kuruluşunun gün başı fiyatları farklı olacaktır (Normand ve Weber, 1994).

Günlük ödeme maliyetleri kolaylıkla hesaplanabilir. Hizmet sunucunun yıl boyunca hasta başına maliyetleri hastanenin personel, materyal ve yatırım gibi maliyetleri de dikkate alınarak belirlenmelidir. Yıl boyunca hastane maliyetinin toplam hastaların kalış sürelerine bölünerek hasta günü başına yıllık maliyet hesaplanabilmektedir (Normand ve Weber, 1994).

#### 2.3.4. Kişi başına ödeme

Günümüzde sağlık hizmetlerinin toplumun her ferdine eşit ve etkin bir şekilde sağlık hizmetinin sağlanması ve finansmanının karşılanmasında kamu aktif bir rol üstlenmiştir. Sağlık sunumunda yer alan doktor, eczacı, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelleri ücretli olarak istihdam edilmektedir. Hastaneler kamuya ait olmakla birlikte, yıllık ayrılan bütçeleri ile maliyetlerini kendileri öderler. Bireylerin sağlık ihtiyacı doğması halinde ücretsiz olarak sunulur. Bu uygulamada hizmet sağlayıcılarla sağlık hizmeti finansmanını karşılayanlar arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yapılacak harcama kararlarını idare vermektedir (Işık, 2005).

Aile hekimliği uygulamalarında bölgesel olarak yürütülen hizmetlerin maliyetlerinin karşılanmasında kullanılan bir uygulamadır. Hekimler, önceden belirledikleri sağlık hizmeti verecekleri bireylerin listesini kayıt eder ve kişi başı aylık sabit bir maaş almaktadırlar. Aile hekimleri sağlık hizmeti sunmakla yükümlü olduğu vatandaşlara gebelik takibi de yapsa, aile planlaması da yapsa yapılan işlem ne olursa olsun sabit aynı ücreti alır (Tengilimoğlu, v.d. , 2009).

Kişi başı ödeme, sosyal güvencesi olan belirli bir bölgedeki bireylerin sayısınca sunulan hizmeti harcamalarını finansa etmek amacı ile sağlık sunucusuna belli bir dönemi kapsayacak şekilde ödemeler yapılmaktadır (Chawla vd. , 1997). Kişi başı ödeme sağlık hizmeti sunucuları açısından ekonomik riski üçüncü taraf ödeyicilere göre daha fazladır. Bu sayede sağlık hizmeti sunumunda maliyet-etkinliği ve hizmet sağlayıcılar üzerinde maliyetin denetimi üzerinde baskı oluşturacaktır. Sağlık hizmeti sunumu için yapılan ödemelerin tespiti, kontrolü ve kullanımı hakkında daha kolay tahminlerde bulunmaya olanak sağlamaktadır (Barnum v.d. , 1995).

Sağlık sunucularına yapılan kişi başı ödeme miktarlarının hesaplanmasında kullanılacak yöntemin doğru tespit edilmesi gerekmektedir (Chawla vd. , 1997). Sağlık hizmetinin sunulduğu bölgedeki kişilerin sayısı, sağlık hizmetine olan ihtiyaçları ve risklerini

ortaya koyan veriler dikkate alınmalıdır. Kişi başı ödeme yöntemi genel bütçenin bireysel şekli gibi tarif edilebilir (Barnum vd. , 1995).

Başka ifadeyle kişi başına ödeme, birinci basamak sağlık kuruluşlarında belli bir süre içerisinde de belli sayıdaki gruba sağlık hizmeti sağlamayı benimsediği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekimler, önceden belirledikleri sağlık hizmeti verecekleri bireylerin listesini kayıt eder ve kişi başı aylık sabit bir maaş almaktadırlar. Aile hekimleri sağlık hizmeti sunmakla yükümlü olduğu vatandaşlara gebelik takibi de yapsa, aile planlaması da yapsa yapılan işlem ne olursa olsun sabit aynı ücreti almaktadır. Kişi başı ödeme yöntemlerinde hizmet sunucu hizmet vermek için ne kadar çok kişi listeye ekleyebilirse o kadar fazla ücret alabilmektedir. Uygulamanın devamlılığı için listesindeki grupları sabit ve üst sınırdaki tutarak kazancını artırabilir. Sağlık sunucularının verdikleri hizmetin sayısı ve niteliği alacak olduğu ücreti değiştirmemektedir. Hekimler arasında rekabet ortamı yaratıldığı zaman hekimler hastalara daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya ve kişi kaybetmemek için hastalarla iyi bir iletişim kurmak zorunda kalacaklardır. Hizmet sunucularının gelirlerini artırmak ve daha iyi sağlık hizmeti sunmaları için verilen bazı sağlık hizmeti sunumlarında maddi artış yapılabilir. Yapılan iyileştirme ile kırsal bölgelerde hekimlerin daha istekli bir şekilde sağlık hizmeti sunması sağlanabilir (Barnum v.d. , 1995).

### **2.3.5. Vaka başına ödeme**

Vaka başı ödeme uygulamasında, hizmet sunucularına gerçekleştirdikleri vaka başına daha önceden belirlenen, sabit bir ücret ödenmektedir. Sağlık hizmeti ihtiyacı olan her bir hasta vaka olarak adlandırılır. Sağlık hizmeti ödeyicileri, hizmet başına veya gün başına ödeme yerine her bir vaka için ödeme gerçekleştirirler. Yapılacak olan ödeme tutarları, belirli bir hastalığa göre, her hasta için gerekli olan kaynak miktarlarına ait geçmiş veriler dikkate alınarak belirlenebilmektedir. Vakaya bağlı ödemeler, vaka başı belirlenen sabit bir fiyat üzerinden veya hastalık ve koşulları dikkate alınarak farklı oranlar üzerinden yapılan hesaplamalara göre ödenir. Günümüzün en çok konuşulan uygulaması Tanı İlişkili Gruplar (TİG), ihtiyacı olan kaynaklar ve klinik yapısı bakımından benzer vakaları kapsamaktadır (Folland v.d. , 1997). Bu sayede aynı tanı ile yatan hastalar benzer tedavi, teşhis ve kalış sürelerine sahip olmaktadır. TİG de ağırlık adı verilen oranlar üzerinden ödeme sağlanmaktadır. Ağırlık oranlarının yükselmesi, verilecek tedavinin ve diğer hizmetlerin maliyetini artıran hasta gruplarını meydana getirmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynak tüketimi, hastalığın şiddetine, kullanılacak tıbbi ekipmanın pahalılığı,

sunulacak hizmetin yoğunluğuna göre değişmektedir. Ağırlık oranı arttıkça, yapılacak ödemede artmaktadır (Casto ve Layman, 2006).

Başka bir ifadeyle vaka başına ödeme; sağlık hizmeti sunucusuna önceden belirlenen fiyat dikkate alınarak yapılan tüm hizmetlerin bedelinin ödenmesi olarak tanımlanabilir. Vaka başı ödemede, hizmet sunucusunun kullandığı kaynak benzerliklerine ve aynı tedavi uygulamasını gerektiren hastalık grupları için benzer vakalar üzerinden ödeme gerçekleştirilmektedir (Glaser, 1987). Vaka başına yapılacak ödeme bir vaka yerine vaka grupları için yapılacaksa, grup da yer alan vakalar için eşit kaynak kullanımını ve vakaların bütünlüğü sağlamaya çalışılmalıdır (Telyukov, 2001). Sağlık hizmeti sunucuları bu uygulamayla daha fazla sağlık hizmeti vermek, üretmek istemektedirler. Vaka başı ödeme yöntemi, Arjantin, Macaristan, Brezilya ve Birleşik Devletler gibi ülkelerde hizmet sunucusuna ödeme yöntemi olarak genellikle tercih edilmektedir (Barnum vd. , 1995).

Sağlık sunucularına hastaya koydukları tanı üzerinden ödeme yapılmaktadır. Hastanede yapılan tanı teşhis ve tedavi gibi tüm müdahaleler için yapılan ödeme sabit tutulmaktadır. Hastaya konulan tanı farklılık gösterip ilave tanılar ortaya çıkması durumunda fiyat değişmektedir. Meme kanseri tanısı ile yatırılan bir hastanın tedavi sürecinde diyabet tanısı konulması durumunda hizmet sunucuya ödenecek tutar değişmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları gelirlerini arttırmak için daha yüksek fiyatlı olan teşhisleri tedavi etmek istemelerine neden olması en büyük dezavantajı olarak belirtilebilir (Barnum v.d. , 1995).

### 2.3.6. Maaş

Maaş; sağlık sunucularına çalıştıkları belirli sreler için (bir ay) sabit bir ücret ödenmesidir. Sağlık sunucuların yaptıkları hizmetin büyüklüğüne bakılmadan orantısız bir ödeme gerçekleştirilmektedir. Bunun sonucunda sağlık sunucularının kaliteli ve daha fazla hizmet vermeleri düşünülemez. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, kamu kaynaklarını finansman olarak kullanan ve sağlık hizmetini direk veren sağlık sunucularına maaşla ödeme yapmaktadırlar (Ayanoğlu ve Beylik, 2014).

## ÜÇÜNÇÜ BÖLÜM

### TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (TİG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİNİN GELİŞİMİ

#### 3. TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (TİG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİNİN GELİŞİMİ

##### 3.1. Tarihçe

Diagnose Related Grups (DRG) ülkemizdeki adı ile Tanı İlişkili Gruplar (TİG), Yale Üniversitesinde görev yapan Robert Barclay Fetter ve John D. Thompson tarafından hasta gruplandırmasını hedefleyen bir uygulama olarak ortaya çıkmıştır. Bu sistemle birlikte hastanelerde vakalar, yapılan tanılar, işlemler, yaş, cinsiyet, taburculuk durumları, hastalık komplikasyonları meydana gelip gelmemesine göre gruplama yapıldığı ve 665 farklı gruba ayrıldığı bilinmektedir. Hizmet sunucularına yapılan geri ödemeleri amaçlayan bir uygulamadır (Hsiao v.d. , 1986).

Teşhis İlişkili Gruplar, 1970 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Yale Üniversitesinde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için geliştirilmiş bir sistem olarak ifade edilmektedir. İlerleyen yıllarda özellikle 1980 ve sonrasında hizmet sunucularına geri ödemelerde tanıya dayalı gruplama sistemi olarak kullanılmıştır (<https://www.saglikaktuel.com>).

Tarihte ilk olarak New Jersey'de uygulama yapılmıştır. Üç yıllık bir uygulama sonrası kazanılan deneyimle birlikte Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere 1983 yılından itibaren Dünyanın birçok ülkesinde uygulama kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle, Avustralya, ABD, Kore, Malezya, Kanada, Tayvan, Çin, Macaristan, Romanya, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, Bulgaristan gibi birçok ülkede DRG uygulamaları kullanılmaktadır (Hsiao v.d. , 1986).

Avrupa ülkelerinde Euro DRG adı altında; Avustralya başta olmak üzere Hollanda, Belçika, İngiltere, Fransa, Almanya, İspanya, İsveç, İsviçre, İtalya, Portekiz, Galler, Danimarka, Finlandiya'da sağlık hizmeti sunucularına DRG yöntemi kullanılarak ödeme yapılmaktadır (Hsiao v.d. , 1986).

Sağlık hizmetlerini yatarak alan hastaların, belirli verilerinden yararlanılarak belirli ölçülere göre yol izlenerek sınıflandırma yapılmıştır. Tanı İlişkili Grupların sınıflandırılmasındaki ana hedef, benzer hizmetleri ve benzer sonuçları olması planlanan vaka

gruplarının belirli bir tanımını yaparak karşılaştırmalı bir veri örneği oluşturmak olarak ifade edilebilir (Ağırbaş, 2016).

Tanı ilişkili Gruplar (TİG) uygulaması en basit haliyle ifade edilmek istenirse; Aynı veya benzer hastalık gruplarına uygulanacak sağlık hizmetlerinin grup da ki diğer hastalara uygulanan sağlık hizmetleri ortalaması ile karşılaştırmanın yapılabilmesidir. Sağlık hizmeti alan bireylerin, farklı aile yapıları, farklı bir kültürü, yaşam tarzı, risk faktörleri ve farklı bir klinik tanısı olması nedeni ile her bir hasta benzersiz olarak ifade edilebilir. Hasta gruplarında çeşitlilik sonsuz denilecek kadar çoktur. Bu kadar fazla çeşitlilik içerisinde anlamlı bir oluşum için, hastalıklara göre gruplandırma gerekmektedir (Ağırbaş, 2016).

Hastaneye yatan hastaları tanıya (birincil tanı) göre sınıflandırarak ilerleyen aşamalarda ikincil bir hastalık olgusunun olup olmamasına göre alt sınıflandırmalar yapmak TİG' de kullanılan en önemli sınıflandırma uygulamasıdır (Ağırbaş, 2016).

Tanıya dayalı sınıflandırma yapılırken, temas detaylı olmasa da yapılan işlemler ve hastalık grup bilgilerinden gruplandırma yapılırken faydalanılmaktadır. Yapılan gruplandırma sonucunda, grup da yer alan vakaların ortalama maliyetleri dikkate alınarak oluşturulan bağıl değer oluşturulması geri ödeme yöntemi olarak kullanılmasının en önemli nedeni olarak belirtilebilir (Ağırbaş, 2016).

Kısaca TİG; yatan hastaların klinik ve maliyet verilerinin incelenerek sınıflandırılmasını ve benzer hastaların benzer gruplara aktarılmasını sağlayan sınıflandırma yöntemi olarak tanımlanabilir (Ağırbaş, 2016).

Hastanelerde benzer vakalara (ortalama maliyet belirleyerek) fazladan tetkik ve işlem yapılarak sağlık hizmetleri finansmanında fazla ödeme almaları engellenebilir. Yapılan araştırmalarda TİG uygulamalarının hastanelerdeki maliyet ve performans kontrolünü sağladığı büyük oranda ortaya konmuştur.

Hizmet sunucularının tedavi sırasında yapmış oldukları işlemlerin maliyetlerini parasal olarak değil, bağıl değer/ katsayı bazında değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

### 3.2. Amaçları Ve Yapısı

TİG, hizmet sunucularında maliyet, bütçe ve kalite kontrolünün sağlanması amacı ile geliştirilmiştir. İlk olarak 1983'te Amerika Birleşik Devletlerinde, hizmet sunucularına yapılan ödemeler için ileriye yönelik geliştirilmiş ödeme sistemleriyle birleştirilip kullanılmıştır. Bu istemin asıl amacı hizmet sunucularının performansını değerlendirebilme ve ölçülebilir olmasını sağlamaktır (Fetter, 1991).

Hastanelerde yapılan tanı, tedavi ve işlemlerin belirli kriterlere altında gruplandırmasının yapılarak hizmet sunucularının performansını ölçmek ve yorumlamak TİG uygulamalarının amaçlarındandır. Bu değerlendirmeleri yapabilmek için TİG uygulamaları Vaka karması yöntemini kullanmaktadır. Vaka karması, hizmet sunucularında yapılan vakaların çeşitliliğini belirtir. Hizmet sunucularında belirli tarihlerde yatan hastaların sayılarını ve hastalara uygulanan tanı, tetkik ve işlemlerin de değerlendirilerek vaka karması elde edilir. Vaka karması sonucu elde edilen verilerden hastanelerde yatan hastaların hastalık durumları ve o sağlık kuruluşunda ne ağırlıkta hastalara hizmet verildiği belirlenebilir. Bunun sonucunda hizmet sunucuları arasında karşılaştırma yapmak mümkün olabilmektedir.

TİG uygulamalarının tüm hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların sayılarına ulaşılmasını ve bu hastalara uygulanan tedavilerin kalitesini ölçmek gibi birçok istatistik veriler elde edilmesine olanak sağlamaktadır.

**Bağlı Değer;** Bir DRG' nin maliyetinin, tüm DRG' lerin ortalama maliyetine oranıdır (TİG e-Bülten, 2009).

Bir DRG için Ortalama Maliyet

**Bağlı Değer =** \_\_\_\_\_

Tüm Grubun Tüm Vakalarını (DRG' lerin) Temsil Eden Genel Ortalama Maliyet

Bağlı değer formülü ile pay ve paydayı hesaplayabilmek için maliyet verilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

**Vaka Karma İndeksi (VKİ)** (TİG e-Bülten, 2009):

**Vaka Karma İndeksi;** Bir hastanenin vaka üretimini bir başka hastane ile karşılaştırmayı sağlayan orandır. Kompleksliğin ölçülmesidir. Hastaların ne kadar “hasta” olduğunu ölçmenin bir göstergesidir.

$$\Sigma (\text{DRG Bağlı Değer} \times \text{Vaka Sayısı})$$

**Hastane Vaka Karma İndeksi =** \_\_\_\_\_

Hastane Toplam Vaka Sayısı

Vaka karması terimi; sağlık hizmet sunucuları tarafından tedavi edilen hastaların türünü ve vakasını ifade etmektedir.

Hastanelerde tedavi edilen hastaların vakasını ve türünü belirleye bilmek için sınıflandırma yapmak gerekmektedir. TİG uygulamaları iyi bir sınıflandırma sistemleridir. TİG gruplandırma sistemini uygulaya bilmek için aşağıdaki, **Tablo3. 1'** de ki verilere gerek duyulduğu (Şencan ve Demir, 2011) tarafından açıklanmıştır.



Tablo 3. 1. DRG için gerekli demografik ve klinik veriler

<b>Demografik veriler</b>	
Yaş	Yeni doğanlar dışında yıl olarak alınması yeterlidir
Cinsiyet	Erkek veya bayan
Taburcu şekli	Hastanın taburcu edildiği sıradaki durumu (Şifa, Ölüm) ve ilgili olduğu hallerde gideceği yeri (Sevk, İstekle Ayrılış vb.) ifade ed
Yeni doğanın doğum ağırlığı	Doğum ağırlığı TİG gruplaması için kullanılan verilerden dir.
<b>Klinik veriler</b>	
Ana tanı	Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki yatışının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır veya ana yatış nedenidir.
İşlemler	Genellikle, TİG ataması üzerinde yalnızca bir işlem etkilidir. Birden fazla işlemin kaydedildiği durumda, kaynak kullanımının yüksek olduğu TİG' lere doğru bir geçiş olur
Ek tanı	Gerek ana tanı ile birlikte seyreden (komorbidite) gerek hasta yatışında ortaya çıkan (komblikasyon) bir durum veya şikayed.

### 3.2.1. TİG oluşum süreci

Sağlık hizmeti alan bireylerin, farklı aile yapıları, farklı bir kültürü, yaşam tarzı, risk faktörleri ve farklı bir klinik tanısı olması nedeni ile her bir hasta benzersiz olarak ifade edilebilir. Hasta gruplarında çeşitlilik sonsuz denilecek kadar çoktur. Bu kadar fazla çeşitlilik içerisinde anlamlı bir oluşum için, hastalıklara göre gruplara ayrılır, sistem otomatik olarak hastaya özgü bir TİG oluşturur. TİG oluşum süreci 4 başlıkta sıralana bilir;

1. Ön değerlendirme
2. MTS ataması
3. Alan ataması
4. TİG' in saptanması

TİG' de bulunan 16013 tanı, 6055 işlem ve 2408 morfoloji 25 majör tanı sınıflandırılmasını oluşturmaktadır. Ülkemizde 25 majör tanı sınıflandırması altında toplam 665 TİG kullanılmaktadır. ( TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

**Tablo 3. 2.** TİG SWOT analizi; (Narmanlı, 2012)

Güçlü yanlar	Zayıf yanlar	Fırsatlar	Tehditler
Ortalama kalış süresinde kısalma	Genel ve tekrar başvuruların artması	Toplam veri kalitesinde artış	Kaynakların gereğinden daha az kullanımı
Kaynakların daha etkin kullanımı	Fazla kodlama	Ulusal uyarlamasının geliştirilmesi	Hastaların gereğinden daha az tedavisi edilmesi
Kalite ve performans artışı	Sistemin kurulmasının karmaşık olması		Düşük bağıl değerli komblike vakalardan kaçınılması

**Tablo 3. 2'**de Narmanlı' nın 2012 de yapmış olduğu TİG SWOT analizinde uygulamanın güçlü ve zayıf yönleri, karşılaşılabilecek tehditler ve fırsatlar değerlendirilmiştir.

TİG ödemeleri iki madde üzerinden belirlenmektedir. Bunlar;

- 1) Vaka sınıflandırması
- 2) Maliyet ağırlıkları üzerinden ya da TİG başına fiyatları belirleyen bir ödeme oranı yöntemidir.

Vaka sınıflandırması:

- a) Hastalıkların tedavilerinde kullanılan kaynakların benzerliklerine göre
- b) Klinik tarafından anlamlı teşhis konulan hasta gruplarını belirler.

TİG' ler, vakaların özellikleri ile kullanılan kaynakların miktarını karşılaştırarak sağlık sunucusunun verimliliğinin ölçülmesini sağlamaktadır. Hastanelerde vakalar için sınıflandırma yapılarak hangi vakada ne kadar kaynak kullanılacağı önceden TİG uygulaması ile belirlenebilmektedir. Buna göre yapılacak ödeme tutarlarını hesaplar ve miktarını belirler.

Uygulamadaki asıl hedef, hizmet sunucularına vaka tedavilerinde tüm işlemleri sunmalarına imkan verecek bir ortamı hazırlamak olarak ifade edilebilir. Tedaviler için yeterli ödemelerin yapılmaması durumunda hizmet sunucuları hastalara gerekli sağlık hizmeti vermeyi istemeyeceklerdir.

Olması gerekenden fazla ödeme yapılması durumunda hizmet sunucuları kaynakları verimli kullanmaya çalışmayacaklardır. Bunun için, hastanelere yapılacak ödemeler de maliyet ağırlıklarını ya da TİG fiyatlarını belirlemede tedavilerin ortalama fiyatlarının hesaplanacağı bilgilerden faydalanılmalıdır.( Ayanoğlu ve Beylik, 2014)

Uygulanan bu iki madde ile birlikte TİG- tipi sağlık sunucuları ödeme yöntemleri klinik ve maliyet verilerini elde etme yöntemini kullanmalıdır. Klinik veri, vakarlı TİG uygulamalarına göre sınıflandırmak için ihtiyaç duyulmaktadır. Maliyet verisi, ödeme oranlarını belirlemek için ihtiyaç duyulmaktadır.

### **3.2.2. TİG' in amaçları**

TİG uygulamalarının amaçları üç başlık altında ifade edilebilir. a) Şeffaflığı Arttırmak, b) Etkinliği Sağlamak, c) Hastanelerin Yönetimini Desteklemek.

#### **a) Şeffaflığı Arttırmak**

TİG uygulamalarında genel yaklaşım diğer sınıflandırmalarda olduğu gibi karmaşık ve çok sayıda bileşeni( vakaları) ortak özellikleri aynı olan az sayıda sınıflara indirgemektir. Bu yaklaşımla çok sayıdaki karmaşık bileşen arasında, finansal ve kalite karşılaştırmaları yapılabilmektedir. TİG uygulamalarının ölçülebilen ve gözlemlenebilen yönleri sayesinde,

belirli bir grup hastanın sağlık sunucularında tedavi edilmesinin ortalama maliyeti hesaplanabilmektedir. Bu uygulamaları yapmanın önündeki engel ise sağlık hizmeti sunucusunun (hastane) denetimi ve kontrolü dışındaki etmenler için gerekli düzenlemenin yapılması olarak karşımıza çıkabilmektedir (Scheller, Kreinsen v.d. , 2009).

Yukarıda ifade edildiği gibi TİG uygulamalarından elde edilen verilerin doğruluk oranı ne kadar yüksek olursa verilerden yararlanılarak daha doğru maliyet hesaplaması yapılabilir. Aynı zamanda kalite ve performans değerlendirmeleri daha doğru hesaplanabilir.

#### **b) Etkinliği Sağlamak**

TİG uygulamaları sağlık hizmet sunucularına finansal kaynak sağlamada ödeme aracı olarak kullanılmaktadır. TİG uygulamasının sağlık sunucusuna ödeme yapması için kullanılan sistem karmaşık ve uygulaması zordur. Zor olmasında amaç, sağlık hizmet sunucusuna sadece geri ödeme yaparak finansman sağlamak değil aynı zaman da sunulan hizmetin kalitesini arttırmak için gereksiz hizmet sunumuna engel olmak, uygun sağlık bakımı verilmesini sağlayarak etkinliği teşvik etmektedir.

ABD’de, TİG uygulamaları kullanılmadan önce sağlık hizmet sunucularına geri ödeme yapmak için kullanılan hizmet başı ödeme yöntemi, sağlık sunucularının etkin olmayan ve gereksiz hizmetleri kullanarak fatura etmesine olanak tanıdığı için yeterli bulunmamış ve maliyetli görülmüştür.

Siyasiler için sağlık harcamalarını azaltmak ve daha doğru bir bütçe ayırmak için TİG uygulamaları ön plana çıkmıştır. Avrupa’da da TİG uygulamaları, ekonominin genel ilkelerine oranla kamu politikası oluşturma paradigmasıyla daha iyi uyum sağlamıştır. TİG uygulamaları verimli kaynak kullanımını teşvik etmek için finansal baskı oluşturma aracı olarak kullanılabilir (Scheller, Kreinsen v.d. , 2009).

Sağlık hizmetlerinin sunumuna devletler milli gelirden çok pay ayırmaktadırlar. Ayrılan pay ne kadar büyük olursa olsun sağlık hizmeti finansmanı yetersiz kalmaktadır. Bunun için sağlık sunucularına doğru ve etkili bir ödeme yapabilmek kaynakların verimli kullanılmasında önemli bir rolle sahip olacaktır. Sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemenin

kontrol altına alınmasında TİG uygulamalarının etkin kaynak kullanımında finansal baskı rolü kullanılabilir.

c) Hastanelerin Yönetimini Destekleme

Sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemelerin bütçeye ve harcırahlara göre yapılan devletlerde, hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin ne ölçüde ve ne kadar maliyette olduğuna dair yönetim çok az bilgi sahibidir. Yönetimin hekimlerin yapmış olduğu hizmetin türünü ve maliyetini hesaplamada ve kontrol etmede TİG dokümanları yardımcı olmaktadır.

TİG uygulamalarında amaç hastanelerde benzer hizmetleri alan hastaları sınıflandırarak ortalama bir tedavi maliyeti oluşturmak olduğu için, TİG verilerinden faydalanarak hastane yöneticileri hekimlerin vakalara uyguladıkları tanı ve maliyetlerin belirlenmesine ait yeterli bilgiye sahip olmaları sağlanabilir. TİG' ler tarafından oluşturulan vaka sınıflandırmaları ve bu vakaların ortalama maliyetlerine göre birer ağırlık( bağıl değer) hesaplanır. Hesaplanan bağıl değerler, sağlık hizmeti sunucularına ödenecek tutarın hesaplanmasında kullanılmaktadır. Vakaların gruplarına ait bağıl değerler toplamı ile ödeme katsayısı çarpılarak ödenecek tutar belirlenir. Hastanelerde binlerce hasta için ayrı hesap yapmak yerine gruplara ayrılmış vakalarla çalışmak daha kolay olacaktır. Bununla birlikte sağlık idarecilerinin hastaneyi daha kolay yönetebilmelerine olanak sağlayacaktır. Belirli bir sistemin uygulanması ile hastanelerde gereksiz işlem ve uzun yatış sürelerinin önlenmesi sağlanabilir.

Vakaların tedavisinde kullanılan kaynakların tasarrufunda doğrudan etkili olmadığı için, maliyetlerin denetimini ve sorumluluğunu hastaneye bırakır. Bununla birlikte kaynakların etkin kullanımı için hastaneyi teşvik eder; (Narmanlı, 2012).

TİG uygulamalarında amaç kısaca şu şekilde sıralana bilir;

- Ülkemizde ve dünyada ki sınırlı sayıda kaynakların hastalıkların şiddetine ve türlerine göre verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak,
- Hizmet sunucularını, verimlilik ve kaliteyi arttırmaya itmek,
- Klinik verileri sistemli bir biçimde toplamak,

- Hizmet sunucuları arasında karşılaştırma yapabilmek,
- Sağlık hizmeti sunucularına adil bir ödeme yapabilmek,
- Hastalık türlerinin belirlenmesini, hastanelerde kalış sürelerini ve yapılan tedavi uygulamalarının istatistiklerini çıkararak ortalama bir maliyet belirlemek,
- Hastane yönetim aracı olarak kullanabilmek,
- TİG uygulaması yapan ülkelerle karşılaştırma yapabilmek,
- Sağlıkta hizmet verecek personel planlamasını gerçekleştirmek,
- İleriye yönelik sağlıkta plan ve araştırmalara rehberlik etmek (TİG Uygulama Rehberi, 2011).

### **3.2.3.TİG' in temel yapısı**

Tanı ilişkili guruplar, sağlık sunucularına geri ödeme mekanizması dikkate alınarak iki temel yapı üzerine kurulmuştur. Bu yapılar;

a) Sağlık sunucularının vakalara verdikleri tedavilere göre sağlık hizmetlerini karşılaştırılabilir guruplara ayırmak; sağlık hizmet sunucularının ürün tanımlarını yapmak

b) Gurupların her birinin fiyatlarını ve ağırlık oranlarını hesaplama şeklinde ayırım yapılmıştır. TİG 'in temel yapısı amaçlarını destekler niteliktedir.

#### *Sağlık hizmet sunucularının ürün tanımlarını yapmak:*

Tanı ilişkili guruplarda ürün tanımlamaları; sağlık hizmet sunucularının tedavi ettikleri vakalar için kullandıkları kaynaklara ve yapılan vaka guruplandırmalarına göre yapılmaktadır. Hastanelerde sağlık hizmetleri, belirli sayıda klinik hizmet verileri, demografik veriler (yaş, cinsiyet) ve vakalar için kullanılan kaynak oranlarına dayanmaktadır (Scheller, Kreinsen v.d. , 2009).

Hastanelerde ürün tanımlama yapılarak, hekim ve hemşirelerin vakalara uygulanan tanı ve tedavileri anlamlı bir biçimde belgelemeleri sağlık hizmetinin kalitesinin ölçülmesini kolaylaştıracaktır. Bununla birlikte vakalarda kullanılan kaynak tüketimleri hesaplanarak benzer vakalar için ortak bir maliyet belirlenecek, vakalar yapılan tanı ve tedavilere göre ayrıt edilebilir yapıya kavuşturulacaktır (Scheller, Kreinsen v.d. , 2009).

Yukarıda ifade edildiği gibi hastanelerde ürün tanımlama yapılarak, hastanelerin klinik kalite ölçümleri kolaylıkla yapılabilecektir. Aynı zamanda vakalar için uygulanan tanı, tedavi ve kullanılan kaynakların kayıt altına alınması benzer vakaların aynı gruplarda sınıflandırılmasını sağlayacaktır.

*Grupların her birinin fiyatlarını ve ağırlık oranlarını hesaplama:*

Tanı ilişkili gruplarda vakaların ağırlık oranlarını hesaplama ve fiyatlarını belirlemede kullanılan sistemler ülkelere göre değişikliklerin olmasıyla beraber ortak özellikleri de bulunmaktadır. Tanı ilişkili gruplar, hastanelerde yapılan tedavi maliyetlerini gösterdikleri için genellikle ilk adım olarak veri örneğini belirlemek gerekmektedir. İkinci adım olarak, TİG maliyetlerini ve ağırlık oranlarının hesaplanmasıdır. Geri ödeme fiyatlarını hesaplamada iki temel yaklaşım dikkate alınabilir. a) doğrudan yaklaşım, b) dolaylı yaklaşım olarak ifade edilmiştir. Dolaylı yaklaşımla belirlenmiş olan TİG grupları başına ortalama maliyetler belirlenerek bunları geri ödeme oranı olarak değerlendirilmesini sağlanmıştır. Dolaylı yaklaşım ile ilgili ise vakaların tedavisi sırasında kullanılan kaynakların yoğunluğu dikkate alınarak, farklı TİG grupları arasındaki ilişkiyi sözde açıklamaya çalışan maliyet ağırlıklarını belirlemekte olduğu ifade edilmiştir.

TİG dolaylı yaklaşım modelini kullanarak, maliyet ağırlık oranı 1 olarak hesaplanan referans ve ortalama tedavi grubunun fiyatı belirlenerek diğer TİG gruplarının fiyatları, her bir TİG grubuna verilen TİG maliyet ağırlıkları ile maliyet ağırlık oranı 1 olarak hesaplanan referans TİG grubu için belirlenen fiyatın çarpılması sonucu elde edilmektedir. TİG gruplarında maliyet ağırlıkları, her bir TİG grubu için referans TİG' e göre kaynak kullanım miktarını ifade etmektedir. Ancak TİG sistemlerinde, TİG gruplarına, fiyat veya ağırlıktan daha yüksek ya da daha az kaynak kullanımı bulunan veya daha çok kaynak tüketimi olan tedavilerin birleşmesi gibi bir problem karşımıza çıkmaktadır. Bunu için kullanılan sistemler, kaynak kullanımı daha az olan ya da daha fazla kaynak kullanımı bulunan vakaların

belirlenebilmesi amacı ile bir takım “ düzeltici metotlar” ileri sürmüşlerdir (Scheller, Kreinsen v.d. , 2009).

**Tablo 3. 3:** TİG sisteminin temel yapıtaşları. Kaynak: (Scheller, Kreinsen v.d. , 2009)

<i>1-Hasta sınıflandırma sistemi</i>	<i>2-Veri toplama</i>	<i>3-Fiyat düzenleme</i>	<i>4-Geri ödeme oranı</i>
<i>* Teşhisler</i>	<i>* Klinik veri</i>	<i>*Ortalama fiyatlar</i>	<i>*Aykırı değerler</i>
<i>* Prosedürler</i>	<i>*Maliyet önerisi</i>	<i>*Maliyet ağırlıkları</i>	<i>*Yüksek maliyetli vakalar</i>
<i>*Ciddiyet</i>	<i>*Örnekleme büyüklüğü</i>		

**Tablo 3. 3’de,** TİG sisteminin temel yapıtaşları dört başlık altında “Scheller, Kreinsen v.d.”tarafından değerlendirilmiştir. Burada hasta sınıflandırma sisteminde dikkat edilmesi gereken; teşhisler, prosedürler ve ciddiyet sınıflandırmadaki hassasiyeti gözler önüne sermektedir. Veri toplama ve fiyat düzenlemede de önem verilmesi gereken değerler alt başlık altında verilmiştir. Geri ödeme oranları ile ilgili ifade edilen, aykırı değerler ve yüksek maliyet vakalar,

TİG gruplarına, fiyat veya ağırlıktan daha yüksek ya da daha az kaynak kullanımı bulunan veya daha çok kaynak tüketimi olan tedavilerin birleşmesi gibi bir problemlere karşı yukarıda ileri sürülen “ düzeltici metotlara” örnek teşkil edebilir.



### **3.3. Dünyadaki Tanı İlişkili Gruplar (TİG) Uygulamaları**

Tarihte ilk olarak New Jersey’de uygulama yapılmıştır. Üç yıllık bir uygulama sonrası kazanılan deneyimle birlikte Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere 1983 yılından itibaren Kore, Malezya, Kanada, Tayvan, Çin, Macaristan, Romanya, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, Bulgaristan gibi birçok ülke DRG uygulamaları kullanılmaktadır( Hisiao v.d. , 1986).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE DRG UYGULAMALARINA ÖRNEKLER

#### 4.DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE DRG UYGULAMALARINA ÖRNEKLER

##### 4.1. DRG Sisteminin Amacı

###### 4.1.1.Avusturya LKF-PC'lerinin Amacı

1980'ler de ve 1990'lar da, Avusturya sağlık sisteminde, özellikle yataklı sektördeki maliyet enflasyonu, GSYİH' nın yıllık büyüme oranını geçmiştir. Avusturya; 15 AB ülkesinin yatan hasta bakımından, daha fazla harcama yapıyordu (OECD, 2010).

Eski kullanılan günlük hastane finansman sistemi, maliyet etkinliği ya da kalış sürelerinde azalma için teşvik sağlamamaktadır. Buna ek olarak, hastane faaliyeti açısından şeffaflık çok zayıftı, çünkü teşhis veya prosedurlerle ilgili ayrıntılı bir yapısal veri bulunmamaktaydı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Diğer ülkelerdeki DRG tabanlı hastane ödeme sistemlerinden yola çıkarak, mevcut sistemin yarattığı sorunların üstesinden gelmek için yeni bir hastane ödeme sistemine geçilmesine karar verildi. DRG benzeri bir hasta sınıflandırma sisteminin kullanılması ile maliyet etkinliğinin artırması, maliyet enflasyonunun sınırlandırılması ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunarken, ALOS' un azaltılmasına katkıda bulunmak amaçlanıyordu. Özellikle, hastane ödemeleri için DRG' leri kullanmak, çoklu tanı prosedurlerini azaltarak, yatılı bakımdan gezici tedaviye geçişi teşvik etmeyi ve böylece hastane yataklarında doluluk oranlarında düşüş amaçlanmıştır (BMGFJ, 2008).

Böylece, DRG benzeri bir sistemin tanıtımı şeffaflığı sağlayarak dokümantasyon kalitesi artacaktır. Bugün, LKF çerçevesinin bir parçası olarak LKF-PCS' nin temel amacı, Avusturya akut bakım hastanelerine aktivite bazlı bütçe tahsisleri sağlamaktır (BMGFJ, 2008).

#### 4.1.2. İngiltere DRG sisteminin amacı

Birçok ülke, DRG sisteminin amacını kavrayamadan geri ödeme sistemine yönelik ilerleme gerçekleştirdi. 1990'lı yıllarda İngiltere'de de benzer gelişmeler yaşandı ve HRG' ler üç ana amaç için uygulandı (Sanderson, 1995).

İlk olarak, karşılaştırmalı performans değerlendirmesine alt yapı oluşturan HRG' ler karşılaştırma için uygulanmıştır. Ulusal Casemix Ofisi, hastanelerin ulusal ortalamaya göre ortalama kalış sürelerini ölçmek için kullanabilecekleri veya önbellek HRG' si için belirlenmiş bir hastane grubuyla karşılaştırılabilir etkilimli bir ulusal veri tabanı meydana getirdi. Veri tabanı, aynı zamanda, kalış süresi fazla olan hastaları tanımlamak için de kullanılabilir. İkinci olarak, özel düzey ve hastane düzeyinde karşılaştırmalar yapabilmek ve iç kaynak yönetimine yardımcı olabilmek için hastaneler HRG' leri kullanmaya teşvik edilmiştir. Üçüncü olarak, HRG' ler sözleşme sürecini bilgilendirmek için kullanılmıştır (NHS Executive, 1997).

#### 4.1.3. Fransa DRG sisteminin amacı

İlk olarak raporlamaya yönelik tanıtımı yapıldı. Fransa'da ki hastane faaliyeti, DRG sınıflandırma sisteminin bütçe tahsisatlarını hesaplamak için kullanılmaktaydı. Artık hastane ödemeleri için de kullanılmaktadır. İlk Fransız hasta sınıflandırma sistemi olan Groupes Homogènes des Malades (GHM), 1986 yılında hastane faaliyetlerini daha iyi anlayabilmek için gönüllü kamu hastaneleri örneği olarak tanıtımı yapıldı. 1991 yılında uygulamaya konulan hastane reformu tedbirlerinin ardından, tüm kamu hastaneleri için GHM' leri kullanarak hastane faaliyetlerine ilişkin verilerin toplanması ve raporlanması zorunluluğu getirilmiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

İlerleyen yıllarda, bu veriler hastane verimliliğini karşılaştırmak ve küresel bütçelere uyum sağlamak amacı ile kullanıldı. Ancak, 1990' lar da, bazı Sağlık Bakanları tarafından DRG verilerinin hastane ödemesi için asla kullanılmayacağını belirtilmişlerdir. 1998' de özel kar amaçlı hastaneler için DRG verilerinin oluşturulması zorunlu hale getirildi (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bu verileri, DRG sisteminin temel amacı olarak, hastanelerde kullanabilmek altı yıl sürdü. DRG tabanlı hastane ödemeleri, aşağıdaki amaçlarla, akut bakım hizmetleri (evde yatış

dahil) için 2004/2005 yıllarında uygulamaya geçilmiştir. DRG tabanlı ödemenin amaçları; verimliliği artırmak, kamu ve özel hastanelere yapılan ödemeler için bir seviye oyun alanı oluşturmak, hastane faaliyetlerinin ve yönetiminin şeffaflığını iyileştirmek ve bakım kalitesini iyileştirmek şeklinde sıralanabilir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### **4.1.4. Almanya DRG sisteminin amacı**

G-DRG sisteminin tanıtımı ile çeşitli hedeflere ulaşılmaya çalışıldı. İlk iş, geri ödeme birimi olarak eski geri ödeme sisteminin bütçelerini temel alan bir geri ödeme sistemi için alt yapı oluşturmaktır. İlgili hedefler, casemix'in kesin ve şeffaf bir şekilde ölçülmesini ve hastaneler tarafından sunulan hizmetlerin düzeylerini kolaylaştırmak, DRG' leri kullanarak kaynakların uygun ve adil bir şekilde tahsis edilmesini sağlamaktır. Aynı zamanda, iç süreçlerin daha iyi belgelenmesi ve artan yönetim kapasitesi nedeniyle hastane sektöründeki sunulan hizmetin verimliliğinin ve kalitesinin artacağı belirtilmiştir. Sonuç olarak, kalış süresini ve yatak kapasitesini azaltmaya dayanan maliyet kontrolüne orta derecede katkı sağladığı belirtilmiştir (Braun ve ark. , 2007).

## **4.2. DRG İle İlgili Gelişmeler ve Güncellemeler**

### **4.2.1. Avusturya LKF-PCS ile ilgili gelişmeler ve güncellemeler**

*Bir bakışta LKF-PCS:*

Sağlık Bakanlığı, LKF-PCS' nin uygulanmasından, sistem içeriğinin ve yapısının geliştirilmesinden ve ayrıca bakımından sorumludur. Avusturya LKF-PCS' si, LKF çerçevesinin çekirdek alanının omurgasını oluşturur. LKF-PCS, prosedür ve tanıya yönelik vaka gruplarını tanımlamaktadır.

LKF-PCS, her hastane vakasını 979 LDF' den tam olarak ayırır. İki ana aşama vardır. İlk olarak, bir hastanın en az bir grup prosedürü Avusturya prosedür katalogunda listelenen bir gruplama işlemine tabi tutulması ile beraber, 209 tek tıbbi prosedür-temelli gruptan birine ayrılır. Aksi takdirde hasta 219 ana tanı grubundan birine ayrılır. Bu gruplar temel DRG' lere, komşu DRG' lere veya diğer DRG benzeri hasta sınıflandırma sistemlerinde kullanılan sınıflara benzerler. İkincisi, hastanın özelliklerine bağlı olarak (yani, yaş, teşhisler veya tedaviler), MEL grupları 427 prosedüre yönelik MEL-LDF' den birine ayrılabilir ve HDG' ler, 552 tanı-odaklı HDG-LDF' den birine ayrılabilirler (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Her bir LDF, bu LDF içinde hastaların tedavi edilmesinin ortalama maliyetleri hakkındaki bilgilere dayanarak belirlenmiş bir spesifik skora sahiptir. Bu LDF skorları, ek pahalı prosedurler ya da t bölümleri için skorların eklenmesiyle beraber, SHI' ler den ve PRIKRAF' dan hastane bütçesi tahsisi için temel oluşturur (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

LKF çerçevesinin ana yapısı, her bir devletin SHF' sinden başlangıç önceliklerine göre hastane bütçe tahsislerinin belirlemesine yardımcı olmaktadır. Her devlet hastane bütçelerini hesaplamak için farklı yöntemler kullandığı için, LKF-PCS' de hastanelere ödeme yapmak için 10 farklı yöntem kullanılmaktadır. (Hofmarcher ve Riedel, 2001).

#### *Avusturya LKF-PCS' nin geliştirilmesi:*

1980' ler de, kullanılan farklı performans odaklı hastane ödeme sistemlerinin, hiçbirinin Avusturya sağlık sisteminin özel ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamadığı ve belgelendirme standartları için uygun bir yasal çerçevenin mevcut olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (BMGF, 2008).

Bu nedenle, hastaneler için belgelendirme standartlarının getirilmesi ve yeniden bir Avusturya hasta sınıflandırması sisteminin oluşturulması kararlaştırıldı. Çeşitli alanlardaki tıp uzmanları ile yakın işbirliği içinde çalışan, disiplinler arası bir ekonomist ve istatistikçiler ekibi, özel ihtiyaçlarına göre tasarlanacak yeni bir sistem geliştirdiler. Bu sistem, Avusturya yatarak tedavi sektörünün bu günkü LKF PCS' inin temelini oluşturmaktadır. Bu sistem, 1988 ve 1990 yılları arasında ülke genelinde 20 hastane de uygulanarak test edildi. Sonuç olarak, sistemi daha fazla geliştirme ihtiyacı duyuldu. Bu arada, Avusturya'daki tüm hastanelere tanı koyma zorunluluğu getirildi (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

1991 ve 1996 yılları arasında prosedür odaklı LDF' lerin tanımlanması için ön koşul olan Sağlık Bakanlığı tarafından bir Avusturya prosedürü geliştirilmiştir. Bu süre boyunca, LKF-PCS' nin hastane finansmanı için kullanılmasının potansiyel etkileri test amacıyla hesaplandı. 1995 yılında Vorarlberg' de ve 1996'da Aşağı Avusturya'da bir pilot proje ile hastane bütçe tahsisi için LKF-PCS kullanma potansiyelini test etti. Pilot projeden, LKF-PCS' nin tanıtımıyla bağlantılı hedefleri yerine getirdiğinden dolayı iyi sonuçlar elde edildi. Son değerlendirmeler ve daha ileri ayarlamalar yapıldıktan sonra, LKF-PCS, 1997' de tüm akut bakım hastaneleri LKF çerçevesi içine dahil edilmiştir. Tablo 4. 1' de, Avusturya LKF-PCS'

nin bazı temel özelliklerini yer almaktadır. Gelişimin den bu yana, LKF-PCS yıllık revizyonlar geçirdi. Ancak, Sağlık Bakanlığı revizyonların ilişkili olduğu yılları birbirinden ayırabilir (BMG, 2010).

Bu sebeple, sistemdeki daha ileri gelişmeler, büyük değişikliklerden kaynaklanan sadece üç LDF versiyonunu göstermektedir. Yıllık bakım çalışmasının ana yönlerinden biri, sistemi güncel tutmak için kullanılan prosedurlerin uygulanmasıdır. Buna ilave olarak, 01'de asgari temel veri seti (MBDS) genişletildi ve kodlama o teşhisleri ICD-10-BMSG-2001'e değiştirildi (Tablo 4. 5'e bakınız), ICD 10m revizyonunun Avusturyalı bir modifikasyonu (ICD-10) Alman Tıbbi Dokümantasyon ve Enformasyon Enstitüsü (DIMDI) ile beraber geliştirilmiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

2002 yılında ilk büyük değişiklik gerçekleştirildi. 15 referans hastaneden alınan verilere dayanarak LDF skorları, ALOS ve trim-noktaları çok olan LDF' ler için yeniden hesaplandı. LDF' ler yeniden düzenlenmiş, yenileri geliştirilmiş ve yeni prosedurler oluşturulmuştur. O zamandan beri, her LDF için LDF skorları bir günlük bileşen ve bir performans bileşeninden oluşmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Performans bileşeni, referans hastanelerin verileriyle hesaplanan prosedurlere doğrudan bağlı maliyetleri (örneğin, cerrahi ve tıbbi ürünler sırasında personel maliyetleri) içermektedir. Gündüz bileşeni, hastanede kalış süresi boyunca tahakkuk eden maliyetlerin yanında bakım ve otel maliyetleri gibi tekrarlanan maliyetleri içermektedir. Yıllar süren küçük bakım revizyonları izlenerek, 2006/2007 yıllarında LDF skorları gündüz hastaları gereksiz yere daha uzun hastanede kalmaya teşvik etmek amacı ile yeniden hesaplandı. Uzman departmanlarda ve yoğun bakım ünitesinde (ICU) gerekli konaklamalar için ekstra puanlar, her bir burs üzerine tanıtımı yapıldı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bir sonraki önemli değişiklik 2009 yılında gerçekleştirildi. 2002' de olduğu gibi, tüm LDF skorları, ALOS ve trim-noktaları her bir LDF için yeniden hesaplanarak, LDF' lerin yeniden düzenlenmesi yapıldı. LDF puanlarının hesaplanması için 2005 yılından itibaren 20 referans hastanenin maliyet verileri kullanılmıştır. Ayrıca, prosedurler kataloguna yeni prosedurler eklenmiş ve yapısı revize edilmiştir. Aynı zamanda, yeni prosedurler geliştirmenin ayrıntılı bir açıklaması yapılmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

**Tablo 4. 1. LKF-PCS sürümleri 1997**

Yıl	1997	2002	2009
Amaç	DRG tabanlı bütçe tahsisi, planlama, performans ölçümü		
DRG sistemi	LKF-PCS Sürüm 1997	LKF-PCS Sürüm 2002	LKF-PCS Sürüm 2009
Kalkınma için kullanılan veriler	20 referans hastaneden maliyet ve etkinlik verileri	15 referans hastaneden maliyet ve etkinlik verileri	20 referans hastaneden maliyet ve etkinlik verileri
LDF sayısı	916	842	979
Uygulanan	Kamu ve olmayan kar amaçlı akut bakım hastaneleri	Tüm akut bakım hastaneleri	Tüm akut bakım hastaneleri
Dahili Hizmetler	Psikiyatri hariç tüm akut yatarak tedavi (gündüz vakaları dahil), rehabilitasyon ve uzun süreli bakım		

Kaynak: Yazarların BMGFJ 2008'e dayalı kendi derlemeleri

#### 4.2.2. İngiltere DRG sisteminin geliştirilmesi ve güncellemeleri

*Bir bakışta mevcut DRG sistemi:*

Hastaneye başvuran tüm hastalar, klinik olarak benzer ve homojen olan kaynaklar HRG' ler tarafından sınıflandırılır (Anthony, 1993). Tahsis işlemi prosedurlerini, birincil tanı, yaş ve komplikasyon düzeylerine göre gerçekleştirilmektedir. HRG4 olarak tanımlanan mevcut sistem, yaklaşık 1400 grubu bünyesinde barındırmaktadır. Psikiyatrik yataklı hasta bakımı şu anda HRG4' ün kapsamında değildir, ancak bunun gelecekte dahil edileceği öngörülmektedir (Mason ve Goddard, 2009). Ayrıca, tarife sistemini bir dizi başka bakım türüne göre geliştirme planları da bulunmaktadır. Şekil 4. 1, HRG4 'ün bir özetini sunmaktadır. HRG4'ün yatan hasta ve günlük vaka aktivitesini nasıl geri ödeyeceğini açıklamaktadır. Hasta seviyesi poliklinik aktivite verileri 2003/2004'ten beri HES kapsamında toplanmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Katılımcılar, birinci veya sonraki atama, primer tanı, ana prosedurler ve müdahaleler ve aynı zamanda hastane tarafından alt bölümlere ayrılır. Bununla birlikte, hastanelerin ayakta tedavi vermesi ya da prosedurleri ve teşhisleri kodlama zorunluluğu yoktur. Bunun sonucu olarak veri kalitesi düşüktür (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

HRG' ler, sadece ayakta tedavi prosedurleri için, uzmanlık içeren diğer sınıflandırmalarla birlikte kullanılır. Ayaktan tedaviye yönelik ödemeler HRG' lere dayalı değildir, ancak ilk veya takip randevusu olup olmadığına, görülen klinisyen sayısına ve uzmanlık düzeyine göre farklılaşmıştır. A & E faaliyeti ile ilgili hasta düzeyinde veriler ilk kez 2007 yılında toplanmıştır. 2008 yılında A & E departmanları, tek uzmanlık bölümlerini, küçük yaralanma birimlerini ve fizik tedavi merkezlerini de kapsamaktadır. Bununla birlikte, kayıtların tutulması tüm sağlayıcılar için zorunlu bulunmadığından, veri kalitesi, ayakta tedavi etkinliği verileri bağlamında da belirtildiği gibi düşüktür. 2009 yılının Ekim ayında, A & E geri ödemesi için soruşturma veya prosedür maliyetleriyle ilgili 12 tarife bulunmaktaydı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *DRG Sisteminin Geliştirilmesi:*

DRG' lerin İngiliz versiyonunun geliştirilmesi, 1981 yılında, Sağlık Bakanlığının, ABD' deki DRG' lerin çağdaş versiyonunun İngiliz kalış süresinde uyarlanabilme yeteneğini değerlendirmek için bir araştırma projesi finanse etmesiyle başlamıştır. (Coles, 1993).

Daha sonraki araştırmalar, Birleşik Krallık' ın kendi sınıflandırma sistemini geliştirilmesini sağladı. HRG' ler, 1991 yılında uygulamaya konuldu. DRG' ler başlıca tanı kategorilerine dayanıyordu. Tek bir organ sistemine karşılık gelen (MDC' ler ve HRG' ler doğrudan uzmanlık ile ilgilidir. Aynı zamanda DRG' ler den farklıdır. Nüfus Sayımları Dairesi ve Anketler (OPCS) geliştirilen yerel prosedür kodlarının kullanılması ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırmasına (ICD) ek olarak teşhis için kodlar Tablo 4. 2'de gösterildiği gibi, ilk versiyon, 534 kategoriden oluşuyordu, ancak psikiyatri, radyoterapi ve onkoloji için eksik olan tüm akut aktiviteleri kapsamamaktaydı (Anthony, 1993).

HRG2 versiyonu, 1994' de piyasaya sürülmüştür. 6 undefined grup (U) dahil olmak üzere, kategori sayısı 533'e düşürülmüş ve psikiyatrik HRG' ler de dahil edilmiştir. Diğer referanslar 1997'de HRG3.1'in yayınlanmasına yol açmıştır ve bu da 572 grubu ve kemoterapiyi içermektedir (Benton ve ark. , 1998).

Bu versiyon, birkaç yıl kullanımda kaldı ve hastane referans maliyet verilerinin raporlanması ve karşılaştırılması için temel teşkil etmiştir (Street ve Dawson, 2002). 2003'te HRG3.5'in serbest bırakılmasıyla daha az dramatik bir revizyon ortaya çıkmış ve grup sayısı 610'a çıkarılmıştır. Hükümet, İKG' leri geri ödeme amaçlı olarak kullanmaya başladığında,



PbR' nin aşamalı olarak tanıtımıyla birlikte bu versiyon 2003/2004'te başlamıştır (Department of Health, 2002).

HRG4 tasarımı, HRG3.5'ten önemli bir gelişmeyi temsil eder ve ICD-10 tanımlarını ve OPCS-4. 5 işlem kodlarını kullanır. İlk olarak 2006/2007 referans maliyet toplama çalışmasında kullanılmış ve HRG3.5'in yerine 2009/2010'da geri ödeme için temel alınmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

HRG4 yılda bir evrimleşmek üzere tasarlandı, bu yüzden kategori sayısı sabit değildir. HRG4 yaklaşık 1400 grup içeriyor, bunlardan sadece bir tanesi tanımlanmamış bir kategoridir. HRG4, birçok açıdan burada detaylı olarak açıklanmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

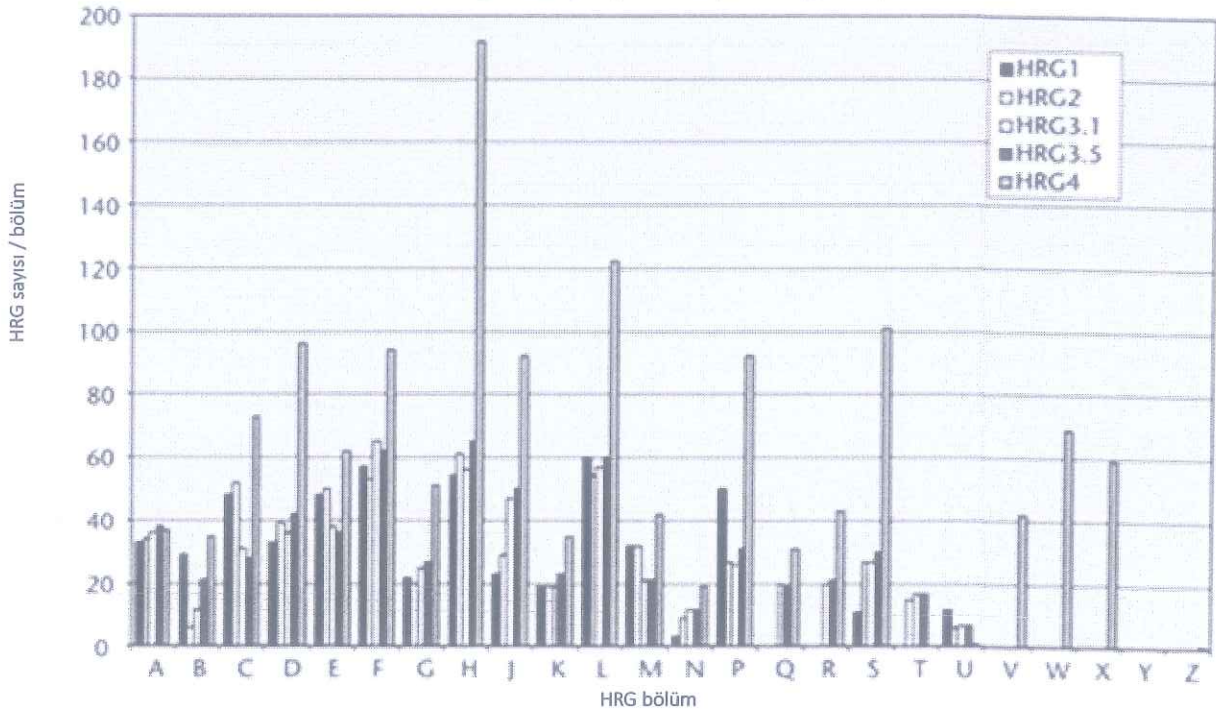
1. HRG3.5 sadece yataklı ve günlük vaka aktivitesini kapsamaktadır. HRG4 kritik olmayan bakım gibi kabul edilmeyen (ayakta tedavi) bakım, acil tıp ve HRG3.5 kapsamına girmeyen bazı özel alanları da kapsamaktadır (NHS Sağlık ve Sosyal Bakım Bilgi Merkezi, 2008a).

2. HRG3.5 altında, her bir bakım bölümü tek bir HRG olarak üretildi ve tedavinin tüm unsurları bu baz-(çekirdek) HRG altında bir araya getirildi. HRG4 altında, bazı (yüksek maliyetli) tedavi unsurları HRG' ler den ayrılır, baz-HRG' lere ek olarak geri ödeme yapılabilen taban-HRG geliştirilmiştir. Bu nedenle, bir hasta birkaç HRG' ye sahip olabilir. Serbest bırakmaya hak kazanmak için, yılda en az 600 vaka beklenmelidir, ya da toplam yıllık 8 maliyet en az E1.5 milyon 3 olmalıdır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

3. HRG4 komplikasyonların ve komorbiditelerin (CCs) sınıflandırılmasını ve şiddetin varyasyonlarını daha iyi yansıtmasını sağlar.

4. Bu son sürüm ayrıca, geri ödemeyi yapmak için (ya da bir ya da daha fazla bölüm dahil olmak üzere) geri ödemedi taburcu olmaya kadar tüm kalış süresini kapsayan büyük tabanlı HRG' lere kaynak oluşturur. Tablo 4. 2 ve Şekil 4. 1, İngiliz DRG sisteminin evrimine genel bir bakış sağlar.

Şekil 4. 1. Önceki ve güncel DRG sistemlerine genel bakış Kaynaklar: (Anthony, 1993)



Tablo 4. 2. İngiliz DRG sisteminin gelişimi

	1. DRG Versiyonu	2. DRG Versiyonu	3. DRG Versiyonu	4. DRG Versiyonu	5. DRG Versiyonu
Giriş Tarihi	Mayıs 1992	Ağustos 1994	Haziran 1997	Ekim 2003	Nakil Halinde
Amacı	Hasta sınıflandırması	Hasta sınıflandırması	Hasta sınıflandırması	Hasta sınıflandırması	Hasta sınıflandırması
DRG Sistemi	HRG 1	HRG2	HRG3.1	HRG3.5	HRG4
Gelişim için kullanılan veri	ABD DRG sinin adaptasyonu	Grupların veri analizi	ICD10'un düzeltilmesi için klinik gözden geçirme yapılması, istatistiksel analiz	Klinik çalışma grupları düzeltilmiş kategoriler, istatistiksel analiz	Uzman çalışma grupları' mikro maliyet verisi
DRG Sayısı	534	533	572	610	1389
Başvurulan yer	Devlet hastaneleri	Devlet hastaneleri	Devlet hastaneleri	Devlet hastaneleri, özel hastaneler, NHS hastalarının tedavi merkezleri	Devlet hastaneleri, özel hastaneler, NHS hastalarının tedavi merkezleri
	Akut girişi	Akut girişi	Akut girişi	Akut girişi	Akut girişi

Gösterilen sürüm 2007/2008 içindir.

### 4.2.3. Fransa DRG sisteminin geliştirilmesi ve güncellenmesi

*Bir bakışta mevcut DRG sistemi:*

Fransa'da bir ulusal DRG sistemi bulunmaktadır. GHM' ler 2004-2005'ten beri Fransa'da hastane ödemesinde temel alınmaktadır. Sistem, psikiyatri, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım altında tedavi edilenler hariç tüm hastanelere (kamu ve özel) ve tüm hastalara (yatan hastalar ve günlük vakalar) uygulanmaktadır. Bu sistem üzerinden yapılan ödemeler, tüm hastane harcamalarının yüzde 56'sını oluşturmaktadır (ATIH, 2009).

Mevcut GHM sistemi (sürünüm 11) Ocak 2009'da tanıtıldı. Organ nakli için 26 Ana Teşhis Kategorisinde 2297 CMD (İngilizce MDC) için deki GHM' yi, bir önceki grup MDC (27 ana kategori) tanımlamaktadır. Özellikle de kemoterapi, radyoterapi veya diyaliz için (CMD 28) farklılaşmamış grup tanımlanmaktadır. Ayrıca, cerrahi, diğer prosedürler, tıbbi ve ayırt edilemeyen kategoriler arasında ayırım yapar. Çoğu dört şiddet seviyesine bölünmüş 606 baz-GHM vardır. GHM hasta sınıflandırma sistemini geliştirmekten ve fiyatları hesaplamaktan sorumlu kurum, Hastane Bilgileri için Teknik Ajans' dır (ATIH). ATIH 2002 yılında kuruldu ve hükümet ve ulusal sağlık sigortası fonları tarafından ortaklaşa finanse edilen bağımsız bir kamu idare kurumudur. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının temsilcilerinin yer aldığı bir sistemdir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*Fransız DRG sisteminin geliştirilmesi:*

Fransız hasta sınıflandırma sistemine ait ilk fikir, 1980'lerin başlarında, hükümetin daha önce var olan zayıf düzenlenmiş günlük çalışma sisteminin yerini alacak olan küresel bütçeleri hastanelerde uygulamaya karar vermesiyle başladı. GHM' ler aracılığıyla hastanelerin klinik aktiviteleri ölçülerek, hastanelere tahsis edilen bütçelerin belirlenmesi planlandı (Michelot & Rodrigues, 2008).

İlk Fransız GHM sınıflandırması 1986 ve 1990 yılları arasında test edildi. Fransız GHM sistemi doğrudan ABD Sağlık Bakanlığı'nın üçüncü DRG versiyonu ilham alınarak tasarlandı. Ancak, Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Hizmeti Finansmanı İdaresinin (HCFA-DRG) DRG versiyonu, tüm hasta DRG sisteminin bütün bölümlerini içerecek şekilde değiştirilmiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

En önemli değişiklik, gün durumları için belli bir ana kategorinin (CM 24) tanıtılması oldu. 1996 yılında, Fransız GHM' sinin ağırlıklarını hesaplamak için yaklaşık 35 gönüllü kamu hastanesinden alınan verilerle Ulusal Maliyet Çalışması (ENC) yapılmıştır.

İlk GHM versiyonu, 1990 ve 1993 yılları arasında devlet hastanelerinde tanıtıldı. O zamandan beri 11 sürüm uygulandı (Tablo 4. 3). GHM sisteminin daha önceki versiyonların da, hastanın temel tanısından bağımsız olarak “önemli komplikasyonları” (CMA) tanımlamak için kapalı bir ikincil tanı listesi orijinal Yale listesinden esinlenilerek uygulanmıştır. Bununla birlikte, GHM' nin sonraki versiyonların da, belirli vakalarla başa çıkmak için bazı istisnalar listesi uygulanmıştır. Sürüm 9 (2004-2005), şiddetli / komplike olan (yukarıda adı geçen CMA' lar) ataklar için ayrı bir tanı listesi oluşturulmuştur (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Sürüm 10 (2006-2008), hastanelerin finansmanında karşılaşılan sorunları dikkate alarak sınıflandırma sistemini güçlendirmeyi hedeflemiştir. Hastane federasyonlarından ve Sağlık Bakanlığı'ndan gelen taleplere cevap olarak, cerrahi dışı ambulator prosedürler için bir takım ekstra (çoğunlukla ambulator) cerrahi grupları ve spesifik DRG' ler oluşturuldu.

Mevcut sürüm 11 önemli bir değişiklik gösterdi: GHM' lerin sayısı, dört seviyesinin tanıtımı ile çoğu baz-GHM' lere uygulanan vaka şiddeti üç kat artmıştır (Tablo 4. 3). Günümüzde kalış süreleri, ikincil teşhisler ve yaşlılık ile ilgili bilgiler artık GHMS' lerin, özellikle de GHM' lerin maliyet homojenliğini geliştirmek için daha sistematik bir şekilde uygulanmaktadır. Ayrıca, gün içi vakalar artık ilgili GHM' ler için ayrı bir grup olarak tanımlanabilir ve sonuç olarak, eski Fransız uzmanlığı “CM 24” (gün vakaları ve çok kısa süreli kalışların bir karışımıydı) uygulamadan kaldırıldı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

**Tablo 4. 3.** GHM sürümleri 1986'dan 2009'a kadar

DRG sistemi	HCFA-DRG	GHM V.1	GHM V.2	GHM V.3	GHM V.4	GHM V.5	GHM V.6	GHM V.7	GHM V.9	GHM V.10	GHM V.11
Tarih	1986-1990	1991-1993	1994	1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2008	2009 dan şimdiye kadar
Amaç	Deneyleme	Hastane faaliyetlerinin tanımı				Hastane bütçe tahsisi			Hastane harcamaları		
Gelişim için kullanılan veri	Gönüllü devlet hastanelerinden alınan veri	Bazı devlet hastanelerinden veri kullanımı				Ulusal kamu hizmetleri			Ulusal kamu hizmetleri	Ulusal kamu hizmetleri	
DRG sayısı	450	480	480	572	582	582	598	598	773(573*)	784(575*)	2297(606*)
Başvurulan yer	Gönüllü örnek hastanelerin sadece akut tedavi servisleri	Devlet hastaneleri, Yatan hasta ve günlük vakalar, psikiyatri, rehabilitasyon ve uzun zamanlı tedavi hariç				Devlet hastaneleri ve özel hastaneler yatan hasta ve günlük vakalar, psikiyatri, rehabilitasyon ve uzun zamanlı tedavi hariç					

\* Parantez içinde temel GHM. Örneğin 773 (573), temel GHM'yi (tanı / prosedür kombinasyonları) tanımlamak için 573 kategori ve 200 Vaka şiddetini ayır eder.

#### 4.2.4. Almanya DRG sisteminin geliştirilmesi ve güncellemeleri

*Bir bakışta mevcut DRG sistemi:*

Ulusal G-DRG sistemi, Avustralya Rafine Teşhisle İlgili Gruplarına (AR-DRG, versiyon 4.1) dayanarak 2003 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Poliklinik hizmetleri G-DRG sistemi kapsamı dışındadır. Sistem, 2003'te 664 olan grup sayısını 2010'da 1200'e yükselterek grup sayısını arttırmıştır. Bir DRG'ye tedavi vakaları tayin etme prosedürü, yatan hasta veri setini kullanan bir gruplama algoritmasına: ana tanı ve diğer teşhisler, tıbbi prosedürler, hasta özellikleri (yaş, cinsiyet ve yenidoğanların ağırlığı), ventilasyon süresi, ventilasyon nedenleri ve kabul tipi (örneğin acil durum, GP' den sevk veya başka bir hastaneden transfer) dayanmaktadır. Uzman gruplayıcı, bu verileri belirli bir DRG'ye aktarır. Her bir DRG, 25 ana tanı kategorisinden birine (MDC) tahsis edildi ve Hastane Ücretlendirme Enstitüsü (INEK) tarafından bir hastane örnekleme ait kayda alınan ortalama maliyet verilerine dayanarak sabit bir maliyet ağırlığı hesaplanmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

### *DRG sisteminin geliştirilmesi:*

2000 yılında, Yasal Sağlık Sigortası Reformu Yasası, G-DRG sisteminin yolunu açmıştır. Almanya hastane sektörünün en önemli reformunu oluşturdu, çünkü 'çift finansman' sistemi 1972 yılında KHG tarafından uygulamaya koyuldu. Reform, G-DRG sisteminin yataklı servislerin vaka bazında geri ödemesi için temel özelliklerini açıklamıştır. Ancak, bu hükmün altında federal düzeyde (yani, Federal Hastalık Fonları Birliği, Özel Sağlık Sigortası Birliği ve Alman Hastanesi Federasyonu) kendi kendini yöneten teşkilatlar (Haziran 2000'e kadar), DRG tabanlı bir geri ödeme sistemini oluşturmak için seçildiler. Yol gösterici bir ilke olarak, sistemin, hastalığın ciddiyetini ve vaka karmaşıklığını göz önünde tutarak, evrensel ve tekdüze uygulama, performans yönelimi ve vaka ödemeleri ile yönlendirileceğini garanti etmeleri istendi. 2000 yılının Haziran ayında, Almanya' da kendi kendini yöneten organlar, AR-DRG sistemini G-DRG sisteminin temeli olarak kullanma kararı aldılar (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

G-DRG giriş sürecinde dört aşama ayırt edilebilir (Şekil 4. 2): Öncelikle, 2000'den 2002'ye kadar, seçilen AR-DRG sisteminin iki ana adımda Alman hastane sistemine uyarlandığı, ayrıntılı olarak açıklandığı hazırlık aşamaları;

1. WHO' nun Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ICD-9-CM' ye (klinik modifikasyon) dayanan Avustralya prosedür kodları, Alman prosedür sınıflandırma kodları (OPS) ve ICD-10-WHO tanı kodlarına dönüştürülmüştür. Alman Tıbbi Dokümantasyon ve Enformasyon Enstitüsü (DIMDI) tarafından ICD-10'a dönüştürülmüştür.

2. Almanya'ya özgü göreceli maliyet ağırlıklarının hesaplanması için bir maliyet muhasebesi sistemi INEK tarafından tasarlanmıştır. Enstitü bu amaca uygun olarak kendi kendini yöneten kurumlar tarafından kurulmuştur. 2001 yılında bir grup küçük hastane, Avustralyalı grupçu tarafından test edildi. Sonuçlar 2002 yılında tartışılarak, bir Alman DRG sistemi için gereklilikler ortaya çıkarılmıştır. 2002 yılı sonunda G-DRG sisteminin ilk versiyonu tasarlanmıştır. Bu ilk versiyon için, yaklaşık 100 hastanede (DRG sistemi altında kalan -1800 akut hastane), maliyet ağırlıklarını hesaplanması için INEK ile maliyet verilerini gönüllü olarak paylaştı. G-DRG sisteminin 1. versiyonu, Vaka Ücreti Katalogunda 664 DRG içeriyordu.

Şekil 4. 2. Almanya'da DRG'lerin tanıtımı ile ilgili aşamalar

2000-2002	2003-2004	2005-2009	2010 sonrası
	2. Bütçe-Nötral aşama	3. Devlet bazında oranlara yaklaşım aşaması	4. İlkeler tartışması
1. Hazırlık Aşaması	<p>Tarihi bütçe(2003)</p> <p>↓</p> <p>Dönüşüm</p> <p>↓</p> <p>DRG bütçesi (2004)</p>	<p>Hastane bazında oran</p> <p>↓%15</p> <p>↓%20</p> <p>↓%20</p> <p>↓%20</p> <p>Devlet basında oran</p> <p>→%25</p> <p>→%25</p> <p>↑%20</p> <p>↑%20</p> <p>Hastane bazında oran</p> <p>↑%15</p>	<p>* Sabitlenmiş ya da maksimum fiyatlar</p> <p>* Seçmeli ya da tekdüze pazarlık</p> <p>* Kalite teminatı (düzenlemeler)</p> <p>*Bütçelendirme (Servis miktarı)</p> <p>* İkili finansman ya da tekli</p>

Kaynak: Neubauer & Pfister, 2008, modifikasyonları

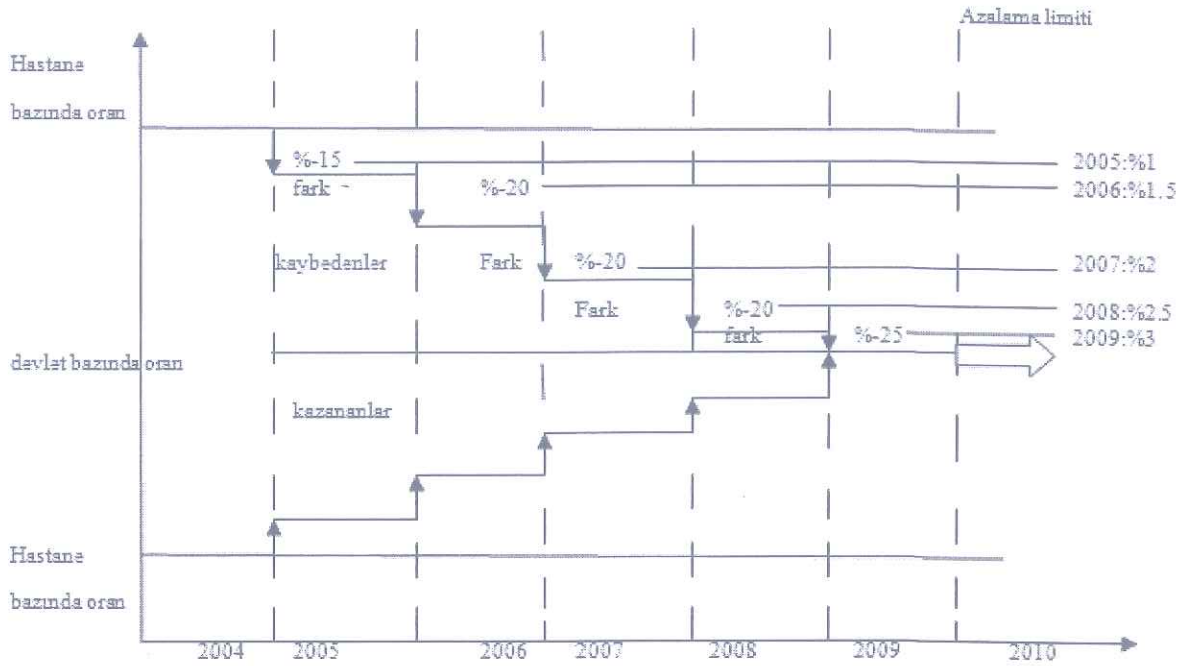
2003'ten 2004'e kadar olan ikinci aşamada, DRG'lerin tanıtımları yapıldı. Bu aşamada, hastaneler daha önce hesaplanan bütçeleri alırken, bütçe-nötr faz olarak tanımlandı. Tek fark, geri ödeme birimlerinin artık harcırah ücretleri değil, bunun yerine DRG'lerin olmasıydı. 2003 yılında, hastaneler gönüllü olarak G-DRG'leri kullanarak hastalarını sınıflandırabilirler, daha sonra 2004'te bunu yapmak için yetki verildi. Günlük harcamaları temel alan bir bütçeden DRG'lere dayanan bir bütçeye geçmek için, tarihsel olarak geliştirilen bütçeleri "DRG bütçeleri"ne dönüştürmek gerekmektedir. Bu, "DRG bütçeleri" bünyesindeki maliyet kategorilerini hastaneler tarafından farklı uygulamalara (örneğin, psikiyatri hizmetleri, hemşirelik öğrencilerine öğretme) devam eden ek faaliyetler olarak barındırıyordu (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

2002 yılına kadar bütçe, günlük harcırahın hesaplanması için kararlaştırılan hasta gün sayısına göre belirleniyordu. 2003/2004 yıllarındaki bütçe hesaplanırken, hastaneye özgü baz oranını sağlamak amacıyla tüm hastalar için nispi ağırlıklar temel alındı. Almanya'da hastane sektöründeki ilk zamanlarda hastane verimliliği ortaya çıkmıştır. yüksek baz oranına sahip (hasta casemix için nispeten yüksek olan bütçeler nedeniyle) aynı hizmetleri, düşük baz oranlarına sahip hastanelerden nispeten daha az verimli olarak sunmuştur. CMI'ha hastaneleri karşılaştırmada yaygın bir terim haline geldi. Casemix, belirli bir süre boyunca tüm DRG'

lerin maliyet ağırlıklarının toplamına eşittir. Ortalama vaka ağırlığı, CMI olarak adlandırılan, casemixin toplam vaka sayısına bölünmesiyle hesaplanır. CMI, belirli bir hastane için ortalama DRG maliyetine eşit ve belirli bir hastanenin tedavi ettiği vakaların maliyetinin önemli bir kısmını gösterir. Küçük kırsal hastanelerde tipik olarak ortalama 1'in altında CMI' lar bulunurken, üniversite hastanelerinin 1. 5' in üzerinde CMI' lara sahip olabilirler (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

2005-2010 arasındaki yakınlaşma döneminin üçüncü döneminde, hastanelerin bireysel baz oranları, eyalet çapında taban oranlarına (16 Länder' in her biri için bir tane) yakınsandı. Başlangıç noktası olarak, 2005 yılında ülke genelinde taban oranları ilk defa müzakere edildi.

Şekil 4. 3. Yakınsama fazı



Kaynak: Neubauer & Pfister, 2008

Bunlar, bu eyaletteki tüm hastanelerin taban oranları için bir avlu çubuk olarak kullanılmıştır. Hastane bütçeleri (ya da daha ziyade gelir bütçeleri) hala müzakere edilmiş ve hastaneye özgü taban oranlarını hesaplamak için kullanılırken, her hastanede kullanılan temel taban oran devlet çapındaki taban oranına yaklaşmak için (hesaplanan) hastaneye özgü taban oranından her yıl farklı çıkmıştır. 2005 yılında, bireysel taban oran devlet taban oranındaki farkın yüzde 15'i olarak hesaplandı, 2006'da yüzde 35 (yüzde 15 artı yüzde 20), vb. eyalet çapında taban oranının değişimi Şekil 4. 3. de gösterilmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).



Hastaneye özgü taban oranları, geri ödeme müzakerelerinde tarihsel farklılıkların bir ölçüde belirtildiği, 2200 € 'den (kırsal alanlarda çoğunlukla küçük hastaneler) - (kentsel alanlarda bulunan büyük hastaneler için) 3200 €' ya kadar önemli ölçüde farklılık göstermektedir (Friedrich ve ark. , 2008). G-DRG sisteminin örgütsel özellikler (büyüklük, girdi fiyatlarındaki farklılıklar ya da hastanenin öğretim durumu gibi) hesaba katmadığı için, taban oranın yakınsaması, maliyetlerin düşürülmesi için yüksek maliyetli hastanelere önemli bir baskı yapmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Reformu politik olarak daha kabul edilebilir kılmak için, müzakere edilen bütçede meydana gelen kayıplar başlangıçta 2005 yılında yüzde 1'e (2004'e kıyasla) sınırlandırıldı. Fakat 2009'da (2008'e kıyasla) yüzde 3'e kadar yükseldi. Sonuç olarak, başlangıçta yüksek hastaneye özgü taban oranlarına sahip tüm hastaneler, 2009 yılına kadar istenilen seviyelere ulaşamamıştı. Ancak 2010 yılında, kayıplar için bir güvenlik ağı bulunmuyordu, böylece tüm hastanelere devlet tarafından belirlenen taban oranları uygulandı. Hastaneye – özgü baz oranları Şekil 4.3' de mevcuttur (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bunlar arasında 2010 / 11'den itibaren dördüncü aşamada, G-DRG sisteminde daha ileri değişiklikler planlanmaktadır. Bazıları:

- 2010 yılından itibaren ödüller, ülke çapında bir taban oran INEK tarafından belirlenecektir. 2014 yılına kadar devlet çapındaki baz oranları, bu oranın% 2,5'inden ve% 1.25'inden daha düşük bir hedef koridoruna doğru yaklaşmalıdır.
- 2009 KHRG, devlet hükümetlerine yatırım maliyetlerini DRG' lerin maliyet hesaplamasına dahil etme fırsatı verdi. Bu, bazı devletlerde hastane geri ödeme için tek bir ödeme yaklaşımıyla sonuçlanacaktır. Bununla birlikte, şu anda, devlet tarafından hastane yatırımı için ödenen paranın sisteme nasıl aktarılacağı belli değildir.
- Psikiyatri hizmetlerine ait ödemeler de DRG benzeri bir sistem tarafından sağlanacaktır. Bu muhtemelen, kalış süresinin ve kaynak yoğunluğunun bir kombinasyonu olarak sistemin geri kalanından farklı olacaktır; Yani, vaka ağırlıkları günlük olarak hesaplanacaktır.

Tablo 4. 4, G-DRG sisteminin ana özelliklerini özetlemekte ve zaman içinde değişmektedir. İki gelişme dikkat çekmektedir:

(1) maliyet ağırlıklarını hesaplamak için kullanılan örnek önemli ölçüde artmıştır. 2004'ten bu yana, ciddi, nadir ve ağır vakalarla sahip üniversite hastanesi katılmıştır;

(2) Yeni DRG' ler eklendikçe ve mevcut olanlar bölündükçe, DRG' lerin ve ek ücretlerin (çoğunlukla yüksek maliyetli ilaçların geri ödenmesi için kullanılan) sayısı önemli ölçüde arttı.

**Tablo 4. 4. G-DRG sistemi ile ilgili temel bilgiler**

Yıl	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Toplam DRG</b>	<b>664</b>	<b>824</b>	<b>878</b>	<b>954</b>	<b>1 082</b>	<b>1 137</b>	<b>1 192</b>	<b>1 200</b>
<b>Toplam yatan hasta DRG</b>	<b>664</b>	<b>824</b>	<b>878</b>	<b>952</b>	<b>1 077</b>	<b>1 132</b>	<b>1 187</b>	<b>1 195</b>
Belirlenmiş değer(B2*)	642	806	845	912	1 035	1 089	1 146	1 154
Belirlenmemiş değer(D1*)	22	18	33	40	42	43	41	41
Maliyet aralığı minimum-maksimum(yuvarlanmış)	0.12-29.71	0.11-48.27	0.12-57.63	0.12-65.70	0.11-64.90	0.11-68.97	0.12-78.47	0.13-73.76
<b>Toplam günlük bakım DRG</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
Belirlenmiş değer(B2*)	0	0	0	1	1	1	1	1
Belirlenmemiş değer(D3*)	0	0	0	1	4	4	4	4
<b>Ek ücretler</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>71</b>	<b>83</b>	<b>105</b>	<b>115</b>	<b>127</b>	<b>143</b>
Belirlenmiş değer(C1*)	0	1	35	41	59	64	74	81
Belirlenmemiş değer(D2*)	0	25	36	42	46	51	53	62
<b>Maliyet verileri koleksiyonuna katılan hastaneler</b>	<b>125</b>	<b>144</b>	<b>148</b>	<b>214</b>	<b>263</b>	<b>249</b>	<b>251</b>	<b>253</b>
Veri kalitesi için hariç tutulan	9	0	0	0	38	28	33	28
Asıl	116	144	148	214	225	221	218	225
Üniversite hastaneleri dahil	0	12	10	9	10	8	10	10
Hesaplamaya uygun vaka sayıları	633 577	2 825 650	2 909 784	3 531 760	4 239 365	3 900 098	4 737 021	4 539 763
Veri kontrolünden sonraki hesaplama için kullanılan vaka sayıları	494 325	2 395 410	2 283 874	2 851 819	2 863 115	2 811 669	3 075 378	3 257 497
R tüm vakalar	0.4556	0.5577	0.6388	0.6805	0.7072	0.7209	0.744	0.7443
R inlier	0.6211	0.7022	0.7796	0.7884	0.8049	0.8166	0.8345	0.843

*Kaynak: INEK yıllık raporlarından elde edilen verilere dayanmaktadır.*

### 4.3. Mevcut Hasta Sınıflandırma Sistemi

#### 4.3.1. Avustralya hastaları sınıflandırmak için kullanılan bilgiler

LKF-PCS, hastanelerin her başvuru için hazırlanmak zorunda olduğu MBDS' den alınan bilgiler temelinde hastaları sınıflandırır. Tablo 4. 5, MBDS' ye dahil edilen verilerin türünü açıklamaktadır.

Gruplama işlemi için, sadece (prosedürler, ana tanı, yaş sınıfları, ikincil tanımlar ve uzman bölümlerde tedavi çocuk ve genç için akut geriatrik bakım, remobilizasyon, palyatif bölümler veya nöropsikiyatri bölümleri) veriler sınıflandırma değişkenlerinden yararlanır.

Prosedür katalogu LKF-PCS için önemlidir ve sistemi desteklemek amacıyla özel olarak tasarlanmıştır. Daha önce de ifade edildiği gibi, katalogdaki prosedürler tek tıbbi prosedürler (MEL' ler) olarak ifade edilmektedirler.

Sonuç olarak, LKF-PCS' deki MEL grupları, bir DRG sisteminin bir operasyon odası bölümündeki temel-DRG' lere benzer biçimde prosedür bazlı grupları basitçe açıklamaktadırlar. Başka ülkelerin kullandığı kapsamlı prosedür kataloglarının aksine, Avusturya prosedürü, cerrahi, kanser tedavisi ve büyük ölçekli ekipman kullanan teşhis prosedürlerine kadar sadece 1500 seçilmiş prosedürü kapsamaktadır. Ek olarak, yaş, cinsiyet ve günlük durum gibi her prosedür için olası makul bilgiler sunulmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Prosedür katalogu ve LKF-PCS arasındaki yakın ilişki, katalogun, prosedürlere yönelik LDF' lere ayrılacak bireysel durumları nitelendiren bir grup pahalı ve çok sık kullanılan prosedürleri göstermesi ile de belirtilmektedir. Aksi olarak, ikincil tanı ve uzman bölümlerde yapılan tedavi, hastaların sınıflandırması için nadiren kullanılır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

**Tablo 4. 5.** MBDS' nin İçeriği

İdari veriler	Kabul verileri <ul style="list-style-type: none"> <li>• hastane kodu</li> <li>• kabul kodu ve tarihi</li> <li>• kabul türü</li> <li>• bölümler ve transferler</li> <li>• tahliye tarihi ve türü</li> </ul>	Hasta verileri <ul style="list-style-type: none"> <li>• doğum tarihi</li> <li>• Cinsiyet</li> <li>• vatandaşlık</li> <li>• ana konut</li> <li>• sigorta veya fonlama organ</li> </ul>
Tıbbi veri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ana tanı (ICD-10 BMSG 2001)</li> <li>• herhangi bir ek tanı (ICD-10 BMSG 2001)</li> <li>• prosedürler kataloğundan herhangi bir sağlık hizmeti</li> </ul>	
LKF verileri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LDF</li> <li>• LDF puanı</li> <li>• aykırı puan</li> <li>• Yoğun bakımda konaklama için ekstra puan</li> <li>• Birden fazla tedavi için ekstra puan</li> <li>• uzman bölümler için puanlar</li> <li>• toplam puan</li> </ul>	

Kaynak: BMGFJ, 2008.

### *Gruplama algoritması:*

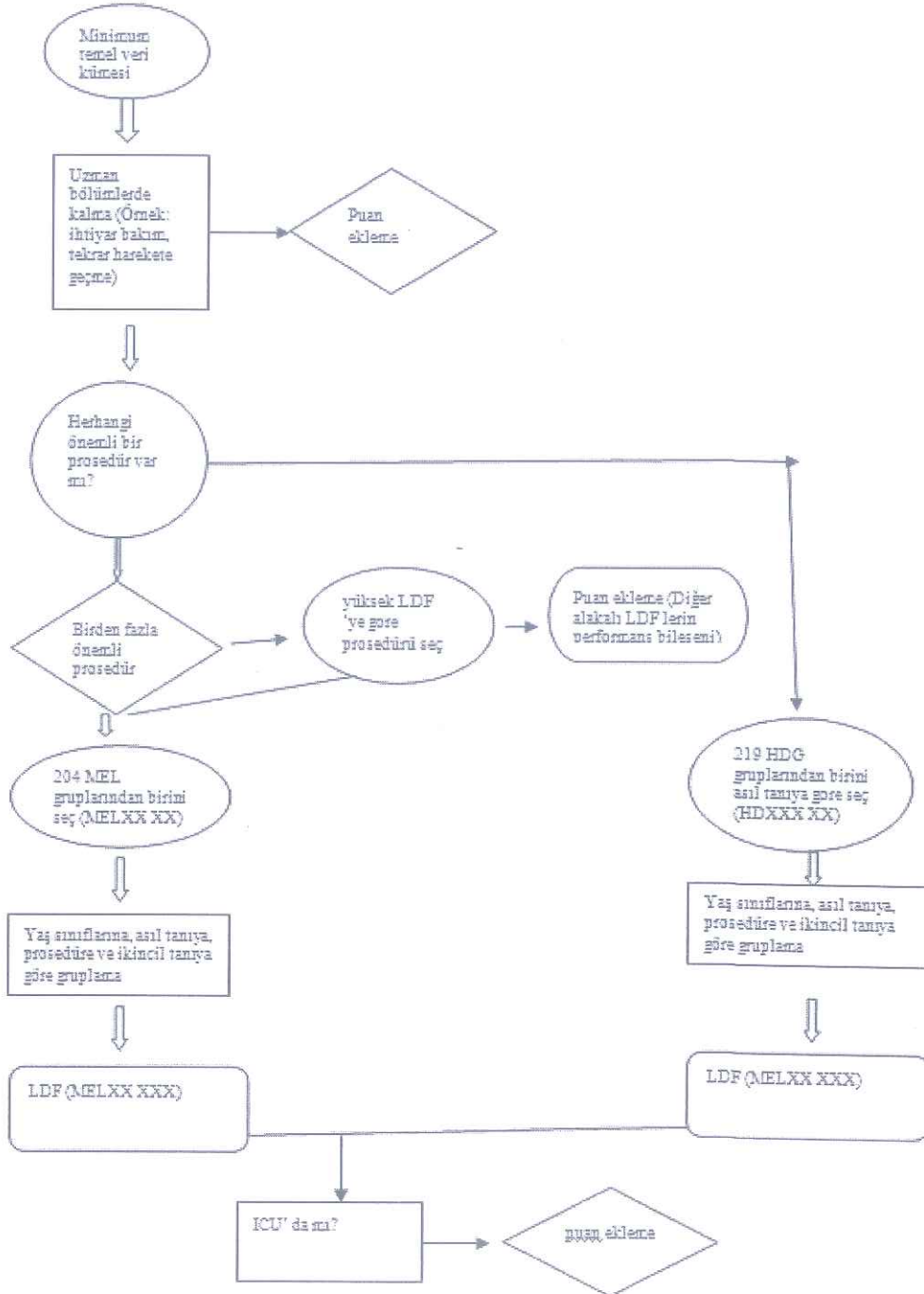
Her hastaneye yapılan başvuru tam olarak bir LDF olarak sınıflandırılmıştır. Sınıflandırma süreci, Şekil 4. 4' de gösterilen bir dizi yinelemeli adımları izler. Kodlama ve gruplandırma, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan özel yazılımlar kullanılarak hastanelerdeki tıp doktorları tarafından yapılır.

LKF-PCS' nin amacı (diğer herhangi bir DRG benzeri hasta sınıflandırma sisteminde olduğu gibi) olguları tıbbi olarak anlamlı ve ekonomik bir şekilde homojen gruplara ayırmaktır. Bunu yapmak için, gruplama algoritması ilk önce hastaların uzmanlık bölümlerinde tedavi görüp görmediğini kontrol eder. Durum buysa, sistem bu bölümlerde geçirilen gün sayısına göre ekstra puanlar atar. İkinci adım olarak, gruplama süreci ayrıca, hastaların önemli prosedürleri geri alıp almadıklarını kontrol eder. Bunlar, hastanede kalış süresinin toplam maliyetini önemli ölçüde etkileyen prosedürlerdir. Böyle bir prosedür gerçekleştirilmemişse, vaka ana tanı temelinde 219 HDG' den birine atanır. Hastalara hastanede kalış süresince önemli bir prosedür verildiyse, algoritma bu prosedürlerden birden fazla uygulanıp uygulanmadığının kontrolünü yapar. Bu aşamada, en yüksek LDF skorunu oluşturan prosedür ve LDF seçilerek, LDF' lerin performans bileşenine bağlı olarak diğer tüm önemli prosedürler için ek puanlar verilir. Eğer sadece bir prosedür gerçekleştirilirse, bu vakanın doğrudan 204 MEL grubundan birine ataması yapılır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

219 HDG grubunun ve 204 MEL grubunun her biri bir önek (HDG veya MEL ) takip eden dört basamaklı bir sayı kodu ile karakterize edilmektedir. Gruplama sürecinin bir sonucu olarak, HDG grupları benzer tanıları olan vakaları ve MEL gruplarının tıbbi olarak benzer olan ve benzer kaynak tüketimine sahip havuz prosedürlerini kapsamaktadır. MEL ve HDG grupları, diğer DRG sistemlerinde baz DRG' lere veya sınıflara benzerler. Son LDF' lerin ekonomik homojenliğini arttırmak için, MEL ve HDG grupları yaş sınıflarına, ana tanıları, prosedürlere ve ikincil tanıları göre çeşitli şiddet seviyelerine bölünebilirler ya da tek grup olarak kalırlar. Gruplar aralıksız kalırsa, A harfi dört basamaklı MEL veya HDG koduna eklenir ve son LDF' yi tanımlar. MEL veya HDG grupları bölünmüşse, ek harf kodları (B, C, D) harfleri eklenir. Bununla beraber, LDF kodları kaynak tüketimine göre sıralanmıyor. Sistem, her grupta kaynak tüketiminin nispi homojenliğini sağlamak için, MEL veya HDG grubu başına bölme sayısını belirlememekte, fakat bunları gerektiği kadar LDF' ye böler.

Toplamda, 2009 LKE-PCS: 427 MEL-LDF s ve 552 HDG-LDF s' de 979 LDF vardır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şekil 4. 4. LKF gruplama süreci Kaynak: Grubinger ve arkadaşları, 2010.



Son LDF' nin atanmasından sonra sistem, hastaların yoğun bakımda tedavi edilip edilmediğini kontrol ederek, ICU (Yoğun bakım) ünitesinde günlük ek puanlar verir. Yoğun bakım üniteleri ve yoğun bakım ünitelerinin üç aşaması olan dört farklı yoğun bakım türü

mevcuttur. Yoğun bakım tedavisi için hastanelerin SHF veya PRIKRAF tarafından onaylanması gerekmektedir. Bir hasta yoğun bakımda kalıyorsa, hastanın durumu standart raporlama programlarına göre her 24 saatte bir belgelenmelidir; örneğin, TISS-28, SAPS ve TRISS (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Yoğun bakım ünitelerini haklı çıkarmak için asgari bir puan gerekmektedir. Her bir diem temelli eklenti puanlarının atanması kesinlikle gruplama sürecinin sonucundan bahsetmese de, bu skorlar gruplama sürecinde belirlenir ve Avusturya LKF PCS 'nin ayrılmaz bir parçasını oluştururlar (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

LKF-PCS, diğer DRG sistemlerinde kullanılan ana tanı kategorileri kavramını kullanmadığı için, gruplama işlemi sırasında prosedür yönelimli grupların ana tanısı genellikle kontrolü yapılmamaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*Veri kalitesi ve güvenilirlik kontrolleri:*

Sağlık Bakanlığı'ndan ücretsiz olarak sağlanan gruplama yazılımı içerisinde bir dizi veri kalitesi ve güvenilirlik kontrolleri barındırmaktadır. En önemli olasılık ve veri kalitesi kuralları şu şekilde sıralanır:

- \* Tanıların ve yaşın ve cinsiyetin uygunluğu
- \* Prosedürün uygunluğu ve yaş ve cinsiyet
- \* Her işlem için en az bir tanı bulunmalıdır.
- \* Belli bir hastanede belirli bir işleme izin verilip verilmeyeceği.

Her bir SHF' de ve PRIKRAF' da bir veri kalitesi grubu hastanelerdeki veri kalitesi kontrollerini yürütmekten sorumludur. Genellikle, hastane aktivite veri tabanından rastgele örnekler alınır ve yapılandırılmış belgeler hastanede kayıtlı olan hasta öyküleri ile karşılaştırılır. Anketler, doğru olmayan ana tanı, atanan ICD-10 kodlarının yanlış dördüncü basamağı, eksik veya çok fazla prosedür ve ikincil teşhis gibi temel problemleri belirlemek için kullanılır. Bazı eyaletler şüpheli veri kümelerini belirlemek için özel algılar

kullanmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011). Bu aynı zamanda hastanelerin veri kalitesi profiline de izin verir.

#### *Yukarı ya da WRONX-kodlama için teşvikler:*

Yukarı kodlama, Avusturya' da şiddet düzeyleri nadiren ikincil tanılara dayandığı için bir sorun değildir. Bunlar en sık yaş, ya da özel prosedürler gibi nispeten nesnel ölçütler temelinde tanımlanırlar. LKF çerçevesinin tanıtımından bu zamana kadar, bazı şirketler sözde optimizasyon yazılımını tavsiye etmişlerdir. Fakat, sistematik optimizasyon kullanıldığı takdirde belirli bir kontrol seviyesine izin veren yazılım da, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiştir. Prensip olarak, yukarı kodlamanın bir sorun olduğu tespit edilirse yaptırımlar mümkündür. Ancak, kötüye kullanımın tespit edildiği yerlerde bile, şimdiki kadar hastanelere hiçbir yaptırım yapılmadı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### **4.3.2. İngiltere'de hastaları sınıflandırmak için kullanılan bilgiler**

HRG' ler, sağlık bakım kaynaklarının karşılaştırılabilir düzeylerini kullanan klinik olarak benzer tedavilerin standart gruplandırmasıdır (Sağlık ve Sosyal Bakım için NHS Bilgi Merkezi, 2007a). 33 Klinik Çalışma Grubu'nun himayesinde geliştirilen HRG4, doktorlar, finans uzmanları, istatistikçiler, sağlık ekonomistleri, kullanıcılar, PbR (geri ödeme) ekibi ve casemix uzmanları tarafından tasarımı yapılmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

HRG4, beş karakterli bir kod yapısı (AANNA) kullanır. İlk iki karakter bölüm / alt bölümdür. Sonraki iki sayısal karakter bölüm içindeki HRG numarasını gösterir. Son karakter bölüm için uygulanan 'bölünmüş' seviyeyi belirtir. Genel olarak, A kodları B kodlarından daha fazla kaynak tüketimini açıklar ve bu da C kodlarından daha fazla kaynak kullanımını belirtir. Z ile biten bir HRG, bu HRG' ye hiçbir bölme uygulanmadığını belirtir. Veri yetersizliği veya veri doğrulama sorunları nedeniyle sınıflandırılmayan bölümler kodlanmamış bir HRG' ye (örneğin, UZ012) tahsis edilir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

HRG4 (2007/2008 sürümü) içindeki 1390 HRG' den 511'i yaş, cinsiyet veya diğer belirleyiciye göre uyarlanmıştır. Hastalar klinik veriler (tanılar (ICD-10), prosedürler (OPCS) ve şiddeti (CC' lerin varlığı ve seviyesi), demografik veriler (yaş, cinsiyet) ve kaynak kullanımı (kalış süresi) temel alınarak HRG' ler içinde sınıflandırılır. Hasta ağırlığı veya

hastalık evresi tarafından tanımlanmayan HRG4 kusurlu bulunmamaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

HRG4, OPC4.2 / HRG3.5'ten daha iyi özgünlük sağlamak için en son prosedür kodlarını (şu anda OPCS-4.5) kullanmaktadır. NHS' de tam olarak uygulanan OPCS-4 sınıflandırması 1990, Birleşik Krallık' ta ilk kez 1944 yılında başlatılan cerrahi operasyonların istatistiksel bir sınıflandırmasına dayanmaktadır. OPCS sistemi, modern klinik uygulamayı yansıtacak biçimde her yıl yenilenmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Sınıflandırma algoritması:*

Klinik Çalışma Grupları, HRG' lerdeki kaynak homojenliği hakkında bilgi vererek, hasta düzeyindeki verilerle yapılan değerlendirmelerdir. Ana veri kaynağı HES veritabanıdır. HES, bireysel hasta kayıtlarını ve tüm NHS güvenlerini her tedavi ve her hasta için HES verilerini rutin olarak içermektedir. Bu nedenle tam veri seti her yıl yaklaşık 15 milyon kayıt içermektedir. Her hasta kaydı, demografik (yaş, cinsiyet gibi) bir takım değişkenleri barındırır: Klinik Bilgi (tanı, prosedür başına prosedürler gibi); kabul tipi (seçmeli, seçmeli olmayan, günlük durum gibi); kaynak kullanımının birincil ölçüsü olarak kalış süresi kullanılmaktadır. Sınıflandırmaların optimal tasarımında yardımcı olmak ve istatistiksel tutarlılığı ölçmek için çeşitli istatistiksel tekniklerden faydalanılmaktadır. HRG' lerin tasarımına yönelik ana analitik yaklaşım, Sınıflandırma ve Regresyon Ağaçları (CARTs) kullanılmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bu, değişkenlerin (kalış süresi) altta yatan dağılımları hakkında bir varsayımda bulunmayan parametrik olmayan bir analiz tekniğidir. Bu sayede, CART' lar, çok değişkenlik gösteren sayısal verileri kullanabilir. CART' lar, prosedürler, tanımlar, yaş ve benzerleri gibi HES' in içerdiği değişkenleri, uzun veya kısa kalma süreleri olan vakalar arasında en iyi ayırt eden HRG' leri belirlemek için kullanacaktır. Bu CART analizleri, HRG sisteminin her ne zaman olursa olsun önemli bir incelemesi olduğunda, Klinik Çalışma Gruplarını desteklemek için tasarlanmıştır.

Hastalar, bir kaç veri unsuru temelinde tek bir HRG' ye gruplandırılır. Bu veriler eksik veya geçersiz ise, hasta kodlanmamış bir HRG' ye (UZ01Z) tahsis edilmektedir. Algoritmanın aşamaları Şekil 4. 10'da gösterilmektedir. Ayırıştırma, gruplama sürecinin ilk basamağıdır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).



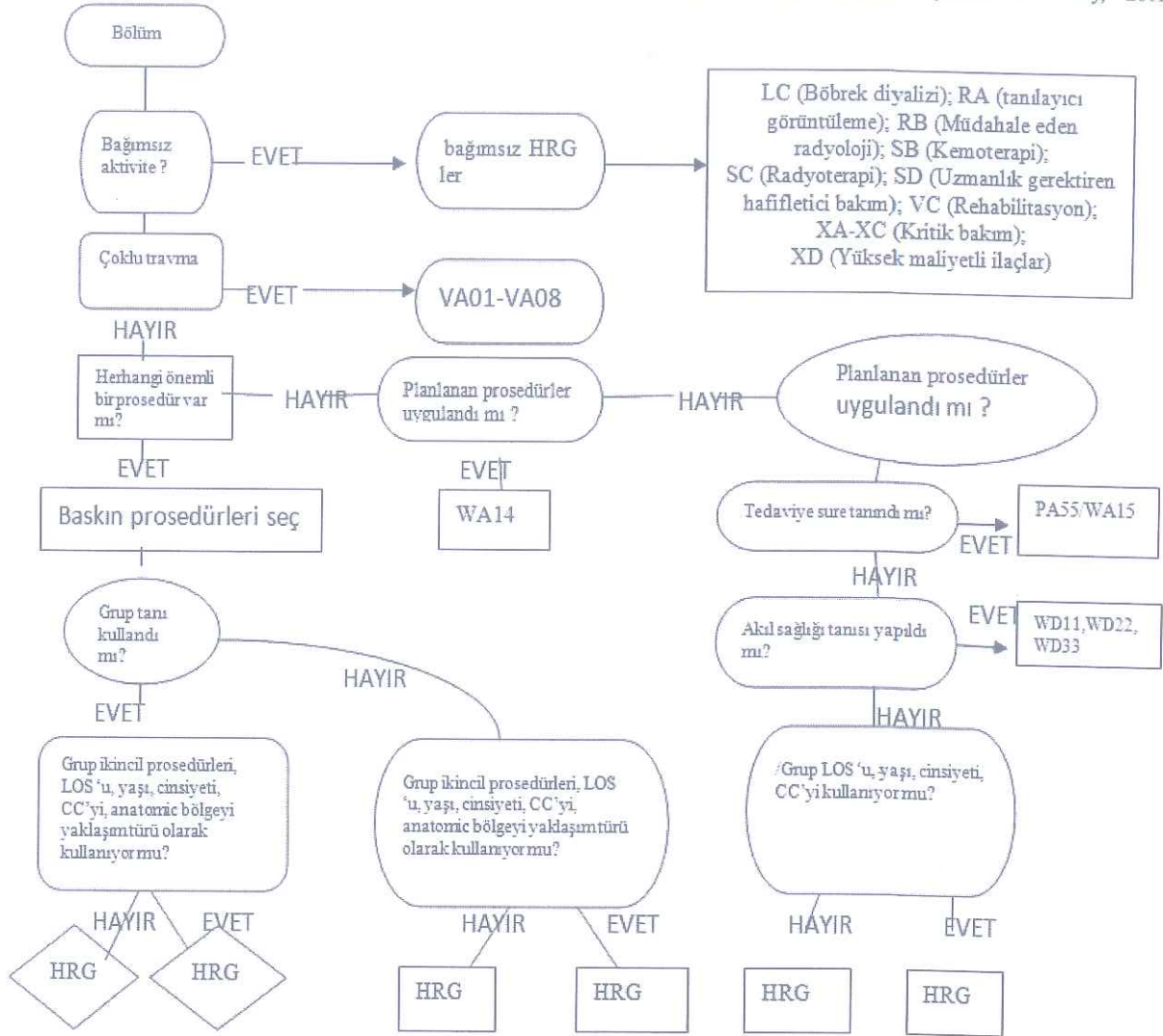
Ayrıştırılmamış etkinlik tanımlanmış ve ayrıştırılmış 'HRG' ler olarak Şekil 4. 6' da sınıflandırma yapıldı. Daha sonra, sınıflayıcı, bir bölüm veya ikinci bölüm için çekirdek HRG oluşturulurken, bu ayrıştırılmış bileşenleri yok sayarak, birden fazla travma vakasıyla ilişkili kompleks tedavileri tanımlamak için yeni bir mekanizma tasarlanmıştır.

Bu, diğer tüm prosedür hiyerarşilerine hükmeder ve böylece Şekil 4, 5'nin tepesinde gösterilen ayrıştırma basamaklarını izler. Gruplama sürecindeki üçüncü adım, prosedürlerle ilgilidir. HRG4'te prosedürler, maliyet verisine ve klinik bilgiye dayanan bir hiyerarşi yardımıyla sıralanır. Birkaç prosedür kaydedildiğinde, hangi prosedürün baskın olduğuna karar vermek için bir prosedür hiyerarşi listesi oluşturulur ve 'HRG' yi atamak için kullanılmaktadır. HRG4 sürümü için kullanılan prosedür hiyerarşisi, HRG4 için kapsamlı bir şekilde yenilendi ve şimdi 11 bant (en düşük kaynak kullanımı) ile 12 (en yüksek kaynak kullanımı) içermektedir. Ek olarak, Bant 0, HRG ataması için geçerli olmayan prosedürleri (örneğin, operasyon yeri kodları) tanımlamakta ve Bant 1, olmayan prosedürler (enjeksiyonlar gibi) için minimum kaynak kullanım kodlarını oluşturur. Eğer prosedürler planlanır, ancak gerçekleştirilmezse, hastalar bir ısmarlama HRG' ye (WA14) aktarılırlar (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Hiçbir prosedür kaydedilmezse, HRG birincil tanı ile belirlenmektedir. Bu, rıza ya da iyileşme durumlarını ve akıl sağlığı hizmeti sektöründe değil, sağlayıcılar tarafından tedavi edilen akıl sağlığı tanılarını içermektedir. HRG4' ün 2009 versiyonunda, sadece yaş gruplarına göre ayrılan, üç zihinsel sağlık HRG' si vardır. HRG' ler içinde CC bölünmeleri, şiddet ve karmaşıklığı varyasyonları birleştirme aracıdır. CC bölünmelerinin listeleri her bir HRG bölümüne özgüdür ve özellikle tıbbi HRG' ler için önem arz etmektedir.

Bununla birlikte, ikincil teşhisler hem cerrahi hem de medikal bölümler için CC' ler düşünülmektedir. Maliyet farklılıklarını belirlemek açısından açıklayıcı yönlerine bağlı olarak, bazı HRG' ler ile ikincil prosedürler, yaş, cinsiyet, kalış süresi, anatomik bölge (sindirim sistemi tanıları veya prosedürleri için) veya yaklaşım tipi (örneğin, laparoskopik cerrahi) ile bölünmektedirler (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şekil 4. 5. HRG4 - Yatan hastaları için sınıflandırma tablosu Kaynaklar: Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011.



#### Veri kalitesi ve makullük kontrolleri:

HRG4, klinik ve maliyet gereksinimlerini karşılamak için yıllık olarak yenilenmektedir. Uzman Çalışma Grupları ve Klinik Danışma Paneli aracılığıyla hekimlerle sürekli resmi katılım gerçekleştirilmektedir. 2006'dan beri, İngiltere'deki tüm akut güvenceler, kamu sektöründe paranın değerini sağlamaktan sorumlu bağımsız bir kamu kuruluşu olan Denetim Komisyonu tarafından harici bir klinik kodlama denetimi yapılmıştır (Audit Commission, 2006).

Denetim süreci, rastgele örneklemlerle vaka örneklerinin, hastanın gerçek kodlamalarının karşılaştırılmasını yapar. Denetim komitesi, kodlama doğruluğunu, kodlama ve veri tanımları için ulusal standartlara uygunluğu kontrol eder. Organizasyonların performanslarını

karşılaştırabilmeleri ve daha fazla araştırma alanları belirleyebilmeleri için PCT' ler ve tröstler için çevrimiçi bir ulusal kıyaslama aracı bulunmaktadır (Audit Commission, 2010).

**Şekil 4. 6. Ayrıştırılmamış aktivite: Ayrıştırılmamış HRG' lerin bileşenleri** Kaynak: Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011.

Bağımsız aktivite	HRG bölümü	Örnekler
Böbrek diyalizi	LC	LC01A-19 yıl ve daha uzun zamanlı hepatit B hastasının kan süzdürümü ve filtrelemesi LC03A-19 yıl ve daha uzun zamanlı hepatit B hastasının karın zarı diyalizi LC04B-18 yıl ve altının karın zarı diyalizi
Tanısal görüntüleme	RA	RA01Z-MRI taraması, bir bölge, kontrast yok RA08Z-CT taraması, bir bölge, kontrast yok RA24Z-20 dakikadan fazla ultrason taraması
Müdahale eden radyoloji	RB	RB01Z-Müdahale eden radyoloji kategori 10 RB02Z-Müdahale eden radyoloji kategori 9 RB03Z-Müdahale eden radyoloji kategori 8
Kemoterapi	SB	SB01Z-Band 1 deki rejimler için kemoterapi ilaçları temin etmek SB11Z-Özellikle ağızsal kemoterapi yaptırmak SB15Z-Kemoterapik döngünün sonradan gelen elemanlarını teslim etmek
Radyoterapi	SC	SC01Z-Görüntüleme olmadan ve basit hesaplamayla SXR, DXR, elektron ve megavoltaj radyoterapi için ses tanımlama SC09Z-Doku içi radyoterapi için hazırlanmak SC29Z-Diğer radyoterapi tedavileri
Uzmanlık gerektiren hafifletici bakım	SD	SD01A-19 yıl ve üstü için yatan hasta uzmanlık gerektiren hafifletici tedavi SD03A-19 yıl ve üstü için hastane uzmanlık gerektiren hafifletici tedavi desteği SD05B-18 yıl ve altı için medikal olmayan uzmanlık gerektiren hafifletici tedavi katılımı
Rehabilitasyon	VC	VC01Z-Rehabilitasyon için değerlendirme(disiplinsiz) VC18Z-Ekleme değişimi için rehabilitasyon( Tedavi bölümü olmadan) VC42Z-Diğer bozukluklar için rehabilitasyon( Tedavi bölümü olmadan)
Kritik bakım(yenidoğan)	XA	XA01Z-Yenidoğan kritik tedavi yoğunlaştırılmış tedavi XA03Z-Yenidoğan kritik tedavi özel tedavi yabancı bakıcı olmadan XA06Z-Yenidoğan kritik tedavi nakli
Kritik bakım(çocuk sağlığı)	XB	XB01Z-Çocuk kritik tedavi yoğunlaştırılmış tedavi-ECMO/ECLS XB04Z-Çocuk kritik tedavi basit artırılmış yoğunlaştırılmış tedavi XB08Z-Çocuk kritik tedavi nakli
Kritik bakım(yetişkin)	XC	XC01Z-Yetişkin kritik tedavi-6 organ desteklenmekte XC04Z-Yetişkin kritik tedavi-3 organ desteklenmekte XC07Z-Yetişkin kritik tedavi-0 organ desteklenmekte
Yüksek maliyetli ilaçlar	XD	XD01Z-Başlıca akciğer hipertansiyon ilaçları band 1 XD18Z-Kemik metabolizması ilaçları band 1 XD38Z-antiviral ilaçlar band 1

### 4.3.3. Fransa mevcut hasta sınıflandırma sistemi

#### *Hastaları sınıflandırmak için kullanılan bilgiler:*

GHM' ler de hastaların sınıflandırılması, idari ve klinik bilgilere dayanmaktadır. Her ikisi de standart olarak mevcut bulunan hasta taburcu özeti (RSS) Şekil 4. 7' de açıklanmıştır. Klinik veriler doktorlar tarafından rapor edilir. Hastanın hastanede kaldığı süre içinde tıbbi servisler arasında bir hasta aktarımı yapılmışsa, bazı bölüm deşarj özetleri (RUM) bir RSS' ye aktarılmıştır. 2009 yılına kadar, ana tanı girişte kodlanarak (ilk RUM' un ana tanısı) ve herhangi bir ek tanı ikincil teşhis olarak kodlaması yapıldı. Mevcut GHM versiyonunda (11), ana tanı tahliye departmanı tarafından belirlenir (son RUM) ve hastaneye yatış nedenini açıklamalıdır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

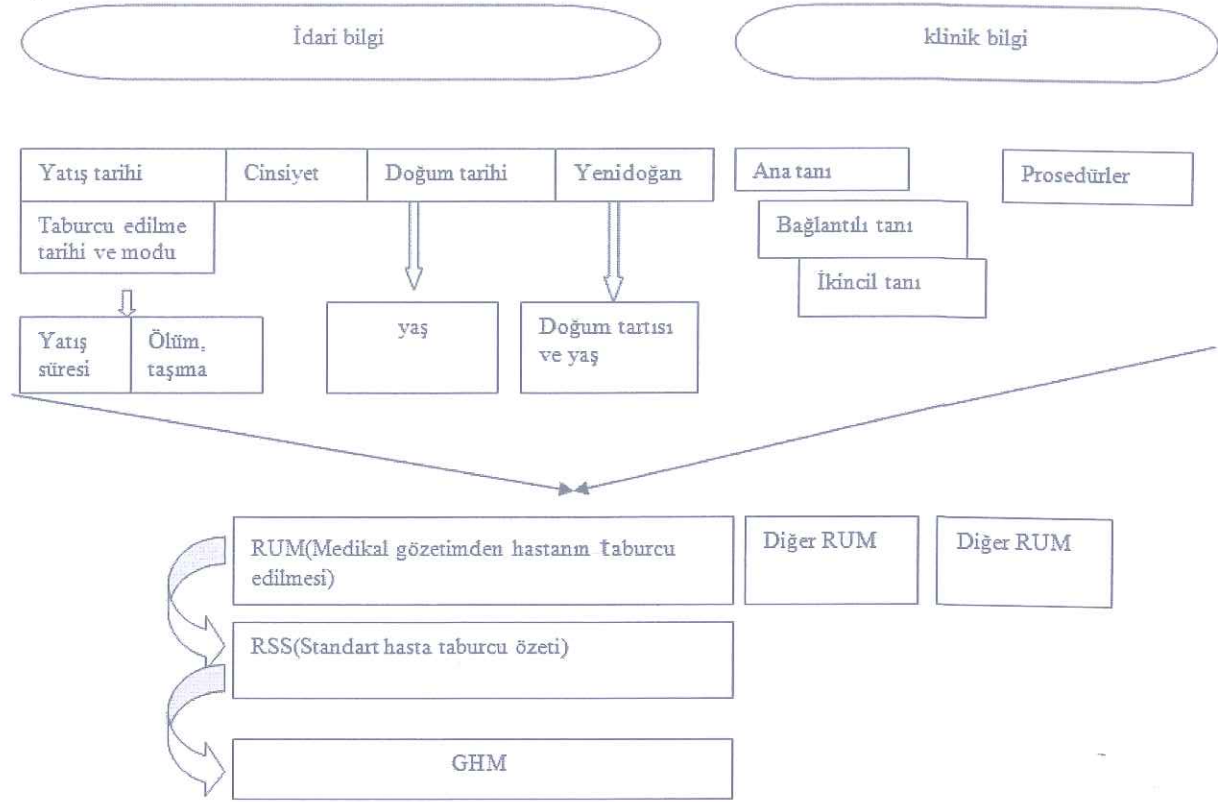
Sınıflandırma sürecinde dikkate alınan klinik bilgiler ICD-10 kullanılarak kodlanan ana tanı ve ikincil teşhisleri ve prosedürlerin Fransız sınıflandırmasına (CCAM) göre kodlanan prosedürleri içerir. Ayrıca yeni doğanların doğum ağırlığı ve yaşı (gün içinde) kabul edilmektedir. Hastaların ciddiyet düzeyini tanımlamak için kullanılan idari veriler, kalış süresinin uzunluğunu ve taburculuk modunu (ölüm, transfer) belirtir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Sınıflandırma algoritması:*

Her taburcu edilen hastayı, hastane standart RSS' de yer alan bilgiler temelinde eksiksiz olarak bir GHM' ye aktarmıştır. Şekil 4. 8, gruplama algoritmasını özetlemektedir. Yapılan ilk test hastanın hastanede kalışının kemoterapi, radyoterapi veya diyaliz için bir "seans" a karşılık gelip gelmediğini belirtmektedir. Bu durumda hasta, herhangi bir şiddet seviyesi olmadan 15 GHM' ye ayrılan ayrı bir CMD (CMD 28) olarak gruplandırılır. Gruplama sürecinin bir sonraki adımı organ nakilleri için bir grup MDC öncesi grubu belirtir (catégorie majeure 27). Ayrıca, çoklu travma veya AIDS tanısı ile transversal vakalar spesifik CMD' lere (26 ve 25) aktarılır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şekil 4. 7. Hastaların GHM' ye sınıflandırmak için kullanılan bilgiler

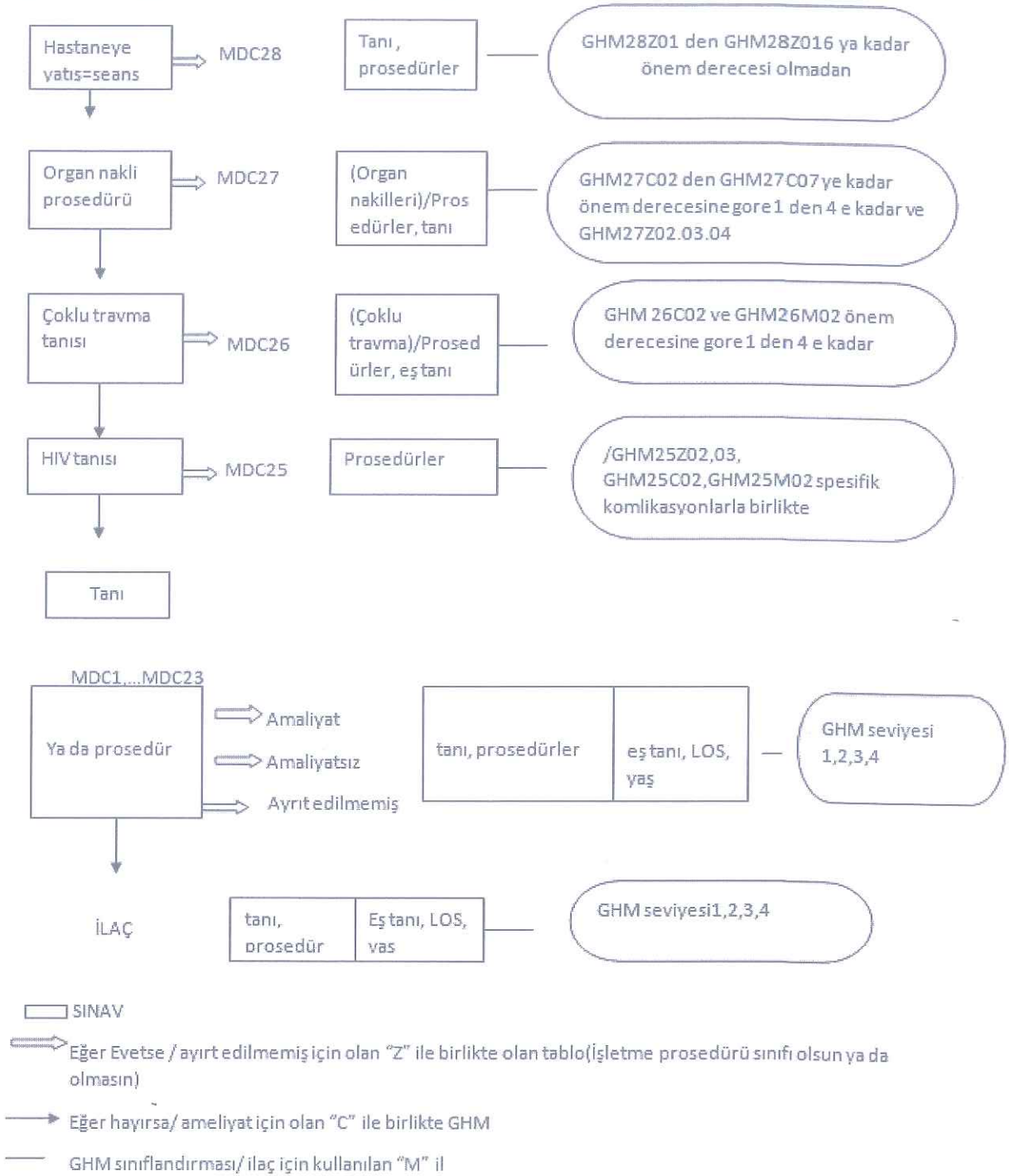
Kaynak: 2009 yılında R. Cash for Mission T2A tarafından hazırlanan PowerPoint sunumu.



Tüm hastalar, ana tanıya dayanarak 23 adet birbirini izleyen CMD' den birine gruplandırılır. Daha sonra gruplama algoritması, hastanede kalış süresince gerçekleştirilen prosedürleri değerlendirir. Ameliyathane (OR) prosedürleri olan vakalar cerrahi bir bölüme ayrılır. İlgili olmayan veya prosedürleri olan durumlar bir "diğer prosedür" bölümüne aktarılır. İlgili prosedürlere sahip olmayan durumlar tıbbi bölüm. Bazı CMD' ler de, gerçekleştirilen prosedürlerin türünü ortaya koymak için test edilmeksizin verilen vakaların toplandığı farklılaşmamış bir bölüm bulunmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şekil 4. 8. Şiddet derecesi olan GHM sınıflandırması

Kaynak: Bellanger & Tardif, 2006'dan uyarlanmıştır.



Bölmelerde, temel-GHM' ler ana tanı ve prosedürlerin belirli bir kombinasyonu için sıklıkla da yaş, komplikasyonlar ve kalış süreleri dikkate alınarak belirlenir.

Hastanede kalış süresi boyunca bir kaç prosedür uygulanırsa, en karmaşık prosedür (karmaşıklık ve kaynak kullanımı açısından), hastaların baz-GHM' lere sınıflandırılması yapılır. Hata-GHM' lerin de, tutarsızlıklar varsa, gruplama sürecinin bir kaç adımında değiştirilebilir. Tanı ve hasta cinsiyeti ya da kilo ve hasta yaşı arasında bir örnek mevcuttur.

GHM versiyon (11) in yeni bir özelliği, baz-GHM' lerin sistematik bir şekilde dört şiddet derecesine ayrılmasıdır. Gizlilik seviyeleri, kalış süresi, yaş bazında belirtilir. Komplikasyonları veya komorbiditeleri (CC) gösteren ikincil tanılar ve bunların karmaşıklık seviyelerini 2'den 4'e kadar açıklayan ve dışlama koşullarını belirleyen ikincil tanılarının listeleri mevcuttur (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şiddet düzeyi 1, herhangi bir CC olmayan veya 3 günden az kalış süresine denk gelmektedir. Önem düzeyi 2, en az 3 günlük bir süreyi zorunlu kılar. Önem derecesi 3, minimum 4 günlük ve seviye-3 CC kalma süresini zorunlu kılar. Önem derecesi 4, 5 günlük minimum süre ve seviye 4 CC zorunlu kılar. Belli şartlar altında, yaşları 2 yaşın altında veya 69 (hatta 79) yılı geçiyorsa hastalar daha yüksek bir şiddet derecesine göre gruplandırılabilir. Eğer kalış süresi 3 günden fazlaysa ve hasta hastanede yatış sırasında ölmüşse, CC' si olmayan bir vaka seviye 1'den seviye 2'ye yeniden gruplandırılabilir. Buradaki fikir hastanelere, ölümle ilgili ekstra masrafları karşılamak için yeterli kaynak sunmaktır. Bakım kalitesinin ne anlama geldiği net değildir.

Ek olarak, bazı baz-GHM'ler için (örneğin, katarakt cerrahisi, gün cerrahisi tanınmış bir uygulamadır), daha önce CM 24 olarak kodlanmış ambulator cerrahi ile ilgili vakaları sınıflandırmak için ek bir grup tanımlanmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Veri kalitesi ve makullük kontrolleri:*

Hastanelerdeki DIM' ler, verilerin uygunluğunu test etmek için iç kontrolleri yaparlar. Bu amaçla, ATIH onlara kalış süresi, kabul tipi, CC' ler ve şiddet düzeyleri arasındaki tutarlılığı kontrol eden özel bir program sunar. Buna ilave olarak, ATIH hastane referans aracı ve standart sapmalara (karşılaştırılabilir bir hastane grubundan) ve aykırı vakaların bir indeksine sahiptir. Doktorlar, DIM içerisindeki veriyi onaylamadan önce verileri kontrol etmek ve düzeltmek için bu bilgilerden faydalanırlar. Dış veri kalitesi ve uygunluk kontrolleri, ARH ve sağlık sigortası fonları tarafından bölgesel düzeyde gerçekleştirilir. ATIH, hastaneler için harici kontrolleri desteklemek için çok fazla sonuç bulunan bilgi sağlar. Dış kontrollerin

başlıca amacı, “haksız” hizmet faturalandırmasını ve yukarı veya yanlış kodlamayı belirtmektir. 2006 yılında, yaklaşık 5 000 hastanede (ilgili tüm hastanelerin üçte biri) 150.000'den fazla hasta muayene edilmiştir: yatan hastaların yüzde 60'ından fazlası (ve ayaktan bölümler için yüzde 80'den fazla) bir çeşit kodlama hatası veya faturalanan prosedürlerde tutarsızlık tespit edildi (CNAM, 2006). Kontroller ayrıca, yenilikçi ilaçların (DRG fiyatının üstünde ayrı finanse edilen) kullanımının, vakaların yaklaşık yüzde 30'unda gerçekleştirilmediğini de ortaya çıkarmıştır.

Yukarı kodlama veya yanlış kodlama tespit edilirse, hastaneler alınan ödemeleri iade etmelidir. Ayrıca, hastaneler yıllık bütçelerinin yüzde 5'ine kadar yüksek mali cezalar ödemekle karşı karşıya kalabilirler. Bu kontrollerden elde edilen gelir 2006 yılında 24 milyon olarak belirtilmiştir. Kontrol sayısı 2007 yılı için iki katına çıkmış, ancak sonuçlar henüz paylaşılmadı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Yukarı ya da yanlış kodlama için teşvikler:*

Hastaların GHM' lere göre sınıflandırılması hastane gelirlerini belirlediğinden dolayı, hastanelerin kodlama uygulamalarını optimize etmeleri için güçlü teşvikler verilmiştir. 2006 yılında, DRG bazlı ödemenin uygulamaya konulmasından bir yıl sonra, sağlık sigortası fonlarından sağlanan dış kontroller, çok sayıda hastanenin ya kasıtlı olarak hastaları yukarı kodlamış ya da yanlışlıkla yanlış GHM' lere sınıflandırdığını ortaya koymuştur. Ayaktan konsültasyonların gündüz vakası olarak kodlanması, önemli bir problem olarak karşımıza çıkmıştır (CNAM, 2006). Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı, 2007'de günlük vaka olarak kodlanmaması gereken prosedürleri açıklayan bir kararname yayınlamıştır. 2005-2008 yılları arasında, her hangi bir CC olmayan yatarak tedavi gören hastaların oranı, tüm hastanelerde önemli ölçüde düşmüştür.



#### 4.3.4. Almanya mevcut hasta sınıflandırma sistemi

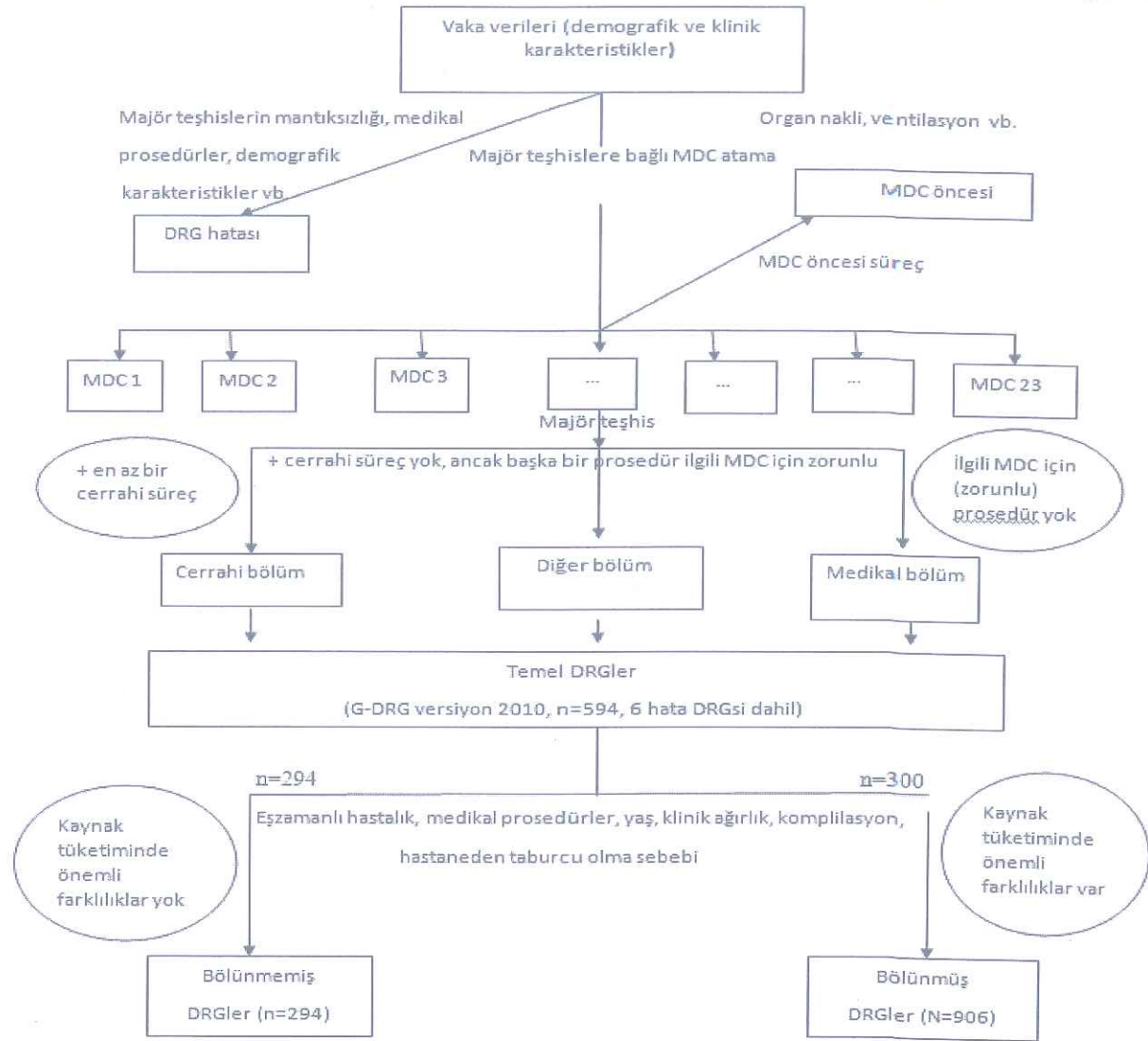
##### *Hastaları sınıflandırmak için kullanılan bilgiler:*

Teşhisler ve tıbbi prosedürler, hastaları belirli bir G-DRG' ye atamak için kullanılan en önemli verilerdir. ICD-10-GM, tanıları kodlamak için kullanılmaktadır. OPS, başlangıçta yalnızca cerrahi müdahaleler için prosedür kodları içerse de, 2004'ten bu yana hem cerrahi hem de genel yataklı tıbbi prosedürleri kodlamak için kullanılmaktadır ve bu nedenle DRG' lerin uygulanmasında kilit bir rol almaktadır. 2005'ten beri, gezici cerrahi prosedürler OPS içerisinde yer almıştır; Bu nedenle, bu gibi birçok cerrahi prosedürün gerçekleştirildiği ayaktan tedavi sektöründe de kullanılmaktadır. G-DRG sistemindeki rolüne ilave olarak, OPS kalite güvencesini sunmak ve yeni teknolojilerin alımı için geliştirilmiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

##### *Sınıflandırma algoritması:*

Gruplama sürecinin basitleştirilmiş bir sürünü mü Şekil 4. 9' da yer almaktadır. Aşırı miktarda kaynak tüketimi olan durumlarda, bazı prosedür kodları doğrudan DRG' yi belirler. Bu kategorideki DRG' ler, MDC öncesi DRG' ler olarak tanımlanır. Diğerleri için, ana tanı, sınıflandırmayı 1 ila 23 arasında numaralandırılmış 25 MDC' den birini (her biri 18 ve 21 A ve B' ye ayırır) belirtir. Aslında, bir MDC, ICD' de gruplandırmaya benzer vücut sistemi hastalıklarına karşılık gelmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şekil 4. 9. G-DRG gruplama algoritması Kaynak: Schreyögg ve arkadaşları, 2006'dan güncellendi ve değiştirildi.



MDC öncesi ile ilgili tüm DRG' ler bir A ile başlarken, 25 MDC, B ve Z arasında bir başlangıç harfi kullanmaktadır. Örneğin, MDC 1 (Sinir sistemi) = B veya MDC 14 (hamilelik, doğum ve puerperium) = P.

Bu adımdan sonra, prosedür yapısına ilişkin veriler, bir temel DRG' ye bir vaka atamak için kullanılmaktadır. Bu, yakın ilişkili tanı ve prosedürler olup, komorbiditeler veya hasta yaşı gibi kriterlere göre alt sınıflara ayrılmamıştır. Her bir MDC' de için de, temel DRG' lerin de iki basamaklı bir numarası bulunur, bunlar cerrahi DRG' ler için 01'den 39'a kadardır (örneğin, cerrahi ile sinir sistemi hastalıkları için BO1 B39). 2005 sisteminden bu yana, sıkı bölümlenme MDC 5 (Dolaşım Sistemi) ve MDC 8 (Kas-iskelet Sistemi ve Bağ Dokusu) içinde yer almıştır, böylece 39'un üstündeki DRG' ler de cerrahi prosedürler içerebilir. Baz-DRG' ler, ek kriterlere göre ayrı DRG' lere ayrılabilir ve böylece farklı kaynak tüketim derecelerini

yansıtabilir. Daha sonra bir vaka son DRG' ye eşlik eden hastalıklar, prosedürler ve bir yandan hasta özellikleri ve diğer yandan maliyet verileridir. Bir temel DRG bölünmüyorsa, dördüncü basamak (tekrar bir harf) bir Z' dir, örneğin B012, bölünmüş DRG' ler ise A, B, C ve benzeri kaynak yoğunluğuna göre BO2A> BO2B> BO2C'yi azalan sıraya göre kullanır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Veri kalitesi ve makullük kontrolleri:*

##### *Maliyet veriler;*

Başlangıçta, Veri Merkezi, resmi ve teknik hatalar için maliyet veri kümelerini denetler. Bu sürecin bir parçası olarak, her bir veri kümesindeki hizmet ve maliyet verilerinin varlığının yanı sıra, uygunluk ve veri şifrelemesi onaylanmaktadır. DRG ile alakası olmayan vakalar (psikiyatri gibi) sistem dışı bırakılmıştır. Daha sonra, INEK ekonomik ve tıbbi uygunluk kontrollerinden oluşan üç adımı daha gerçekleştirmiştir. İlk olarak, modül başına minimum ve maksimum maliyetler (günlük klinik personelin maliyetleri, hastanenin toplam maliyeti gibi) ve modüller arasındaki oranlar (maliyet merkezinin anestezi maliyetleri gibi) bir ekonomik kontrol olarak verilir. İkinci olarak, Alman DRG gruplandırma kodlarına (ICD-10-GM ve OPS) bağlılık tıbbi bir kontrol olarak verilir ve üçüncü olarak, ekonomik ve tıbbi bilgiler arasındaki tutarlılık kontrol edilmektedir (örneğin, kalça replasmanı durumunda maliyetler yansıtmalıdır implantların malzeme maliyeti: radyoloji prosedürleri rapor edilirse, maliyetler maliyet merkezi 9 radyolojisinin bir parçası olmalıdır. Tablo 4. 3' e bakınız). 2009 yılında bu verilerin uygunluk kontrolleri yapıldıktan sonra, hesaplama için 4 adet 539 763 kayıttan 3'ü 257 497'si (yüzde 72) olarak hesaplanmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011). Hizmet vermeye devam eden veri kümeleri maliyet ağırlıklarının ve trim-noktalarını belirlemek için temel alınır.

##### *Klinik veriler;*

Geri ödeme maksadıyla, her hastane, esas olarak klinik verileri (tanıları, prosedürleri), demografik verileri (yaş, cinsiyet) ve idari verileri (başvuru, cerrahi ve taburculuk tarihleri) içeren vaka verilerini hastalık fonlarına(8301 SGB V) aktarmaktadır. Bu verilerin kodlama kalitesi, hastalık fonlarının bölgesel tıbbi inceleme kurumları tarafından düzenli olarak kontrolü yapılır. Vakaların DRG' lere atanmasını ve hizmet kullanımlarını değerlendirmektedir (275 SGB V: 17 KHG). Bunu uygulayabilmek için, ekipleri tıbbi ve kodlama uygulamalarını belirtmek zorunda olan rastgele seçilmiş hastanelere yönlendirirler.

İstenmeyen up-kodlamanın ortaya çıktığı durumlarda, hastaneler, up-kodlama yoluyla elde ettikleri gelirleri iade etmelidir. Hastanelerin kasten karlarını arttırmak için bir araç olarak kullandıkları tespit edilirse, geri ödeme ücretlerine ek olarak, geri ödeme ücretlerinin toplamına eşit bir ceza kesilmesi gerekmektedir. 2009 yılında, tüm hastane vakalarının yüzde 12'si (1,7 milyon vaka) hastalık fonları tarafından denetlenerek, denetlenen vaka başına ortalama 850 € geri iade miktarı ile sonuçlanmıştır (MDS, 2011).

*Yukarı ya da yanlış kodlama için teşvikler:*

*Yukarı kodlama, yanlış kodlama;*

Bir Alman hastanesinin gelirleri, verilen hizmetlerin sayısına ve kalitesine bağlıdır. Bu, hastanelerin gerçekte sunulandan daha fazla veya daha yüksek geri ödemeli hizmetleri kodlamasına sebep olabilir. Hastalık fonlarının tıbbi gözden geçirme kurulu, daha önce açıklandığı gibi rastgele seçilen münferit vakaları gözden geçirerek yanlış kodlamayı tespit etmeye çalışmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*Krem-kayma veya kiraz toplama;*

Ters seçim, özellikle kırsal alanlarda hastanelerin işlev ve bakım görevine aykırıdır. Vaka Ücreti Kataloğu, yataklı tedaviler için geçerli cari maliyetleri yansıtmak üzere yıllık olarak güncellendiğinden dolayı, maliyet ağırlıklarının bir yıldan diğerine farklılık göstermesi sebebiyle kiraz toplanmasını önlemek için sistemik bir yöntemi temsil etmektedir.

Bu yaklaşım, uzun vade de bazı tedaviler için DRG katkısı marjlarını tahmin etmeyi zorlaştırır ve kapasiteleri buna göre ayarlamak için teşvikleri azaltır. Özellikle hastanenin, özel hastanelerinin sunumu genellikle özel altyapıya bağlıdır ve organizasyon değişimine ihtiyaç duyabilir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*Uygun olmayan erken tahliye;*

Maliyetleri azaltmak için erken taburcu riskleri, DRG sistemlerinin devreye girmesinden bu yana iyi kaydedilmiştir. G-DRG sistemi, iki ana enstrümanın uygulanmasıyla erken tahliyeden uzak durmayamaya çalışır. Vaka Ücreti Kataloğu'nun yıllık güncellemesi ve maliyet kalemlerinin yeniden hesaplanması, aykırı değerlerin geri ödenmesi için düzeltme noktaları, masrafların karşılanması için yeterli tazminat ödenmesi suretiyle erken tahliye için teşviklerin azaltılması, hizmetlerin yanı sıra kısa süreli aykırı harcamalar için yapılan

ödemeler düşülür. İkincisi, taburcu edildikten sonraki 30 gün içinde aynı sebeple yapılan okumalar orijinal DRG' ye geri ödenir ve ek bulgular kabul edilmez. Bu yaklaşım, uygunsuz erken tahliye fiili olarak cezalandırır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### **4.4. Hastaneler İçin Maliyet Muhasebesi**

##### **4.4.1. Avustralya hastaneleri maliyet muhasebesi**

Genel olarak, hastanelerdeki maliyet muhasebesi, LKF çerçevesinin bir parçası olmadığı gibi düzenlenmiş de değildir. Hastaneler bu nedenle kendi ihtiyaçlarına uygun maliyet muhasebesi sistemleri geliştirebilirler. Bununla birlikte, SHF' ler tarafından finanse edilen hastaneler, SHF' ye yüksek oranda ve standartlaştırılmış verileri rapor olarak sunmaktadır. Bu veriler, örneğin, sarf malzemeleri (tıbbi ve tıbbi olmayan), enerji, ücretler ve idare için toplam maliyetleri içerir; personel türüne göre tam zamanlı eşdeğerlerin sayısı ve ilgili toplam maliyetler LDF puanlarının yeniden hesaplanması için referans hastanesi olarak işlev gören hastaneler, prosedürler için ortalama kaynak tüketimine ilişkin veri sağlar. Her prosedür için, personel tipine göre ortalama çalışma süresi belirtilir. Hazırlık, anestezi ve gerçek tedavi veya cerrahi zamanları arasında bir ayırım çizilir. Kan ürünleri, implantlar, protezler ve ameliyat bezleri gibi “pahalı” tıbbi sarf malzemeleri için ortalama maliyetler rapor edilmektedir. Cerrahi olmayan prosedürler için, büyük satış ekipmanı için kullanım süreleri ve maliyetleri rapor edilmektedir. Bu maliyetler satın alma, amortisman, faiz ve bakım içermektedir. Ayrıca, departman düzeyinde toplam maliyetler rapor edilmekte ve gün bileşeninin hesaplanmasında kullanılmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

##### **4.4.2. İngiltere hastanelerinde maliyet muhasebesi**

NHS Maliyet El Kitabı, NHS hastanelerinde uygulanacak zorunlu maliyet uygulamasını açıklamaktadır. 1999 yılında tanıtılmış, maliyet bilgilerinin üretimi ve toplanması için bir dereceye kadar tutarlılık gereklidir. İngiltere' nin Klinik Maliyetleme Standartları Derneği (CCSAE), akut bakım sektörü için klinik maliyetlendirme standartlarını geliştirmek üzere bir maliyet uzmanları çalışma grubu oluşturdu. Ayrıca NHS bünyesindeki Patient Level Bilgi ve Maliyet Sistemlerinin (PLICS) uygulanmasına destek vermektedir. PLICS uygulaması şu anda zorunlu değildir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

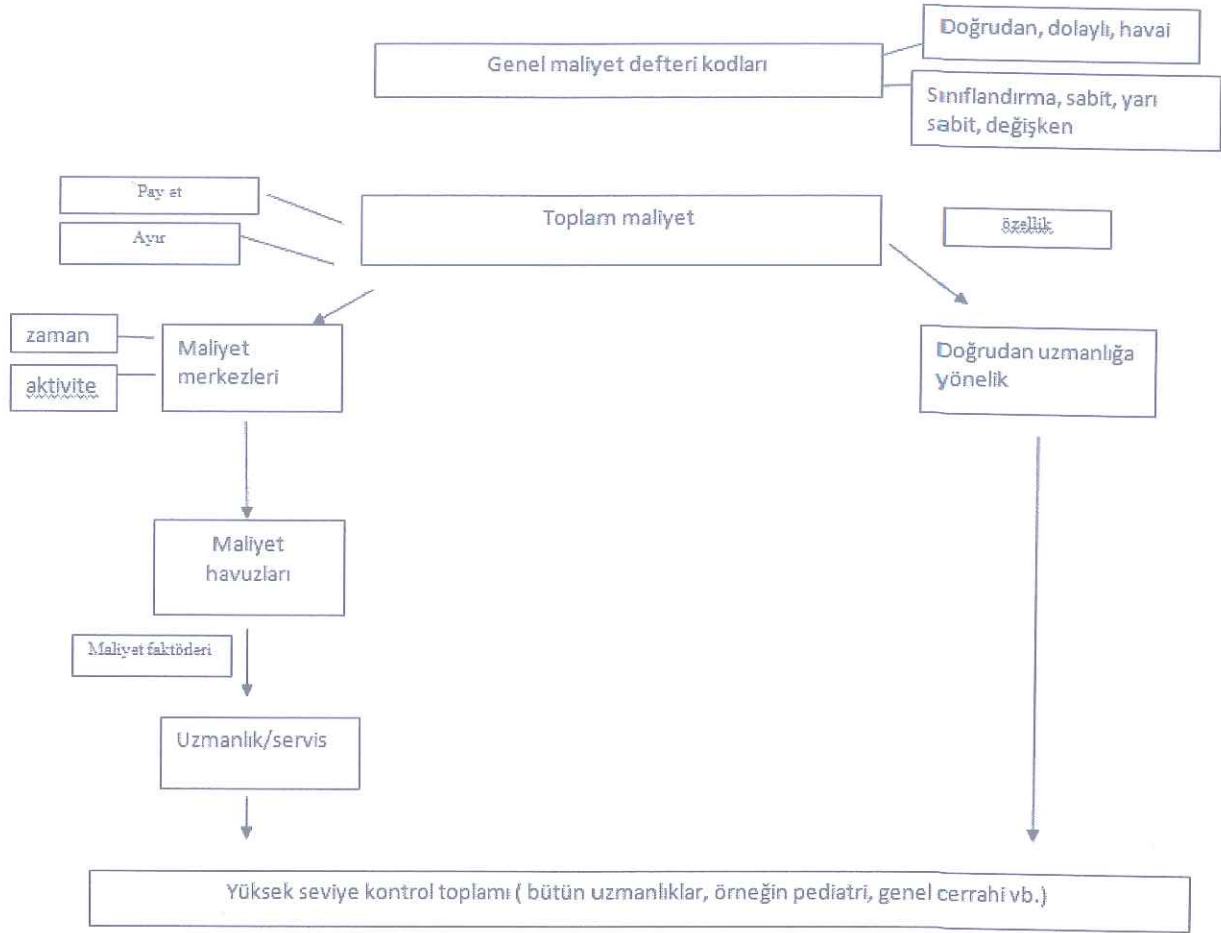
*Maliyet muhasebesi sisteminin temel özellikleri:*

Tüm NHS hastanelerinin faaliyetlerini ve birim maliyetlerini yıllık olarak Sağlık Departmanına bildirmeleri zorunludur. Birim maliyetler, hükmün fiili maliyetini yansıtır ve tüm işletme giderlerini, personel maliyetlerini ve sermaye maliyetlerini içermektedir. Fakat, öğretim ve araştırma maliyetlerini içermemektedir. Toplam maliyetler, bir önceki mali yıl için sağlayıcının mali maliyetleri ile eşleştirilir. İngiltere'de tek tek hastalar tarafından maddelenmiş kaynak kullanımına ilişkin veriler bulunmadığından, maliyetler yukarıdan aşağıya bir yaklaşım kullanılarak belirlenmeye çalışılmaktadır.

Şekil 4. 10, başlangıç ve Şekil 4. 11'i bu maliyetlendirme çalışmasının ikinci aşamalarını belirtmektedir. Maliyetleme sürecinin başlangıç noktası genel muhasebeci olarak belirtilir. Burada toplam maliyetler veya yüksek seviye kontrol toplamları belirlendi. Maliyetler tam emilim temelinde hesaplanır: yani, tüm maliyetler verilen hizmetlere tahsis edilmektedir. Bu maliyetler, doğrudan ücretlendirmeyi en üst düzeye çıkararak tahsis ederek paylaşılır ve bu mümkün olmadığında, bunları oluşturan hizmetlere uygulanan standart paylaşırma yöntemleriyle eşleştirilmektedir.

Toplam maliyetleme, maliyetleri daha sonra doğrudan (D), dolaylı (I) ve genel (O) maliyetler olmak üzere üç maliyet kategorisinden birine ayrılır. Doğrudan maliyetler, bunları oluşturan hizmetler ile doğrudan ilişkilendirilebilen maliyetler olarak tanımlanır. Örneğin, belirli bir uzmanlıkta çalışan personelin türü ve miktarı, makul bir hassasiyetle tahmin edilebilir. Doğrudan ilişkilendirilemeyen maliyetler başka yöntemler kullanılarak paylaşılmalıdır. Bunu yapmak için dolaylı ve genel masraflar bir araya getirilir. Bu "maliyet havuzları" maliyetleri bir araya getirilebilir gruplara ayırır ve bunların ilgili hizmetlere paylaşılmasına olanak sunar. Her bir maliyet havuzu fiili, yarı sabit veya değişken olarak tanımlanabilmektedir. Maliyetlerin bir araya getirilmesi, faaliyet birimlerinin (sabit ve yarı sabit havuzlar için) ve zamanın (değişken havuzlar için) hesaplanmasını sağlamaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şekil 4. 10. İngilizce maliyet muhasebesi sistemi: Başlangıç aşamaları Kaynak: Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011.



Adsız Not Defteri Dosya Düzen Biçim Görünüm Yardım Her bir maliyet havuzunda, temel maliyet sunucuları tanımlanmıştır. Bunlar, zamana dayalı kondisyon maliyetleri için kalma süresini veya kullanılan protez sayısı gibi olay bazlı maliyetleri kapsayabilir. Hastalara doğrudan atfedilmeyen tüm hizmetler için, üst düzey kontrol toplamları hastanın, bir günlük ya da yatarak (seçmeli ya da seçmeli olmayan), bir ayakta tedavi prosedürü geçirip geçirmediğini ya da “öteki” ayarlarda tedavi edildiğini (Şekil 4. 11) belirterek, analiz edilir. Yatarak ya da günlük vaka aktivitesinin yanı sıra ayakta tedavi prosedürleri için maliyetler HRG' lere daha fazla paylaşılır. Bunu yapmak için, sağlayıcı tarafından kullanılan ana HRG' ler her uzmanlık alanı içerisinde tanımlanmaktadır. Bu kilit HRG' ler, her bir ortamdaki maliyet ve aktivitenin en az yüzde 80'ini oluşturmaktadır. Sağlayıcının temel koşulları veya prosedürleri daha sonra her bir HRG içerisinde açıklanmaktadır. Her bir HRG' nin ağırlıklı ortalama maliyeti şu şekilde hesaplanır:

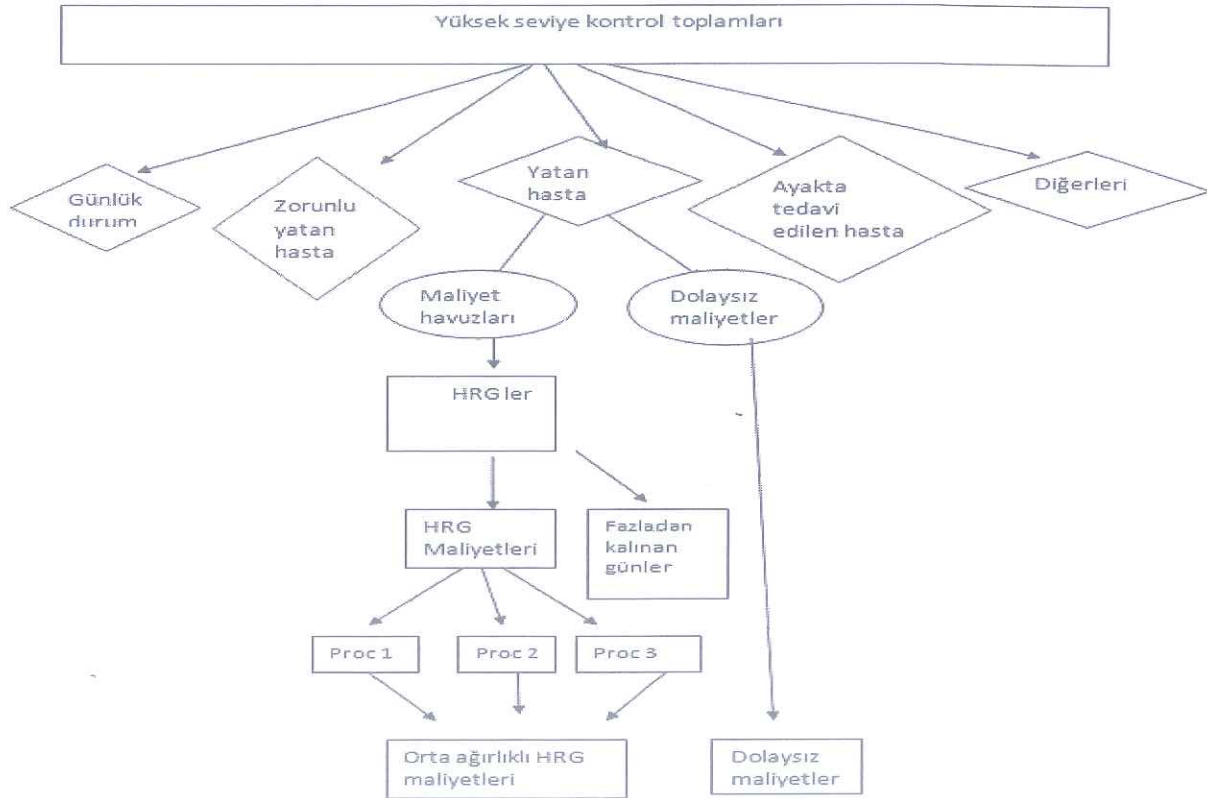
\* Belirli bir HRG' de her tanı ve prosedürün, bu tanı ve prosedür için toplam hasta sayısına göre çarpılması;

\* Tanı ve prosedürün tüm maliyetlerini toplamak: bu toplam maliyeti HRG' deki toplam hasta sayısına bölmek.

Ya da her bir HRG, anormal uzun bir bekleme süresine sahip az sayıda vaka içerecektir. Her bir HRG için bir üst referans noktası belirlenir: bu HRG' nin kalış süresi uzunluğunun üst çeyreği ile çeyrekler arası aralığın 1.5 katıdır (Schreyögg ve ark. 2006). Aykırı vakaları hariç tutmak yerine, sadece üst referans noktasının ötesinde fazla yatak günleri hariç tutulur ve fazla yatak günü başına bir maliyet belirlenir. Açıklık sağlamak için, HRG' leri seçmeli yatarak faaliyete ayırma süreci gösterilmektedir.

Bu maliyet tahsisi sürecinin sonucu, G 1 tedavi ayarına göre HRG i 1... I) başına bir maliyettir. .5) ve kabul tipi. Her bir ayarda (cij) HRG başına maliyet formülü, Dij' in HRG' ye atfedilebilecek doğrudan maliyetleri ve  $\frac{Dij}{a}$  ve  $\frac{Dij}{j}$  in sırasıyla HRG' ye atfedilen dolaylı ve genel gider paylarını temsil ettiği yerdir.

Şekil 4. 11. İngiliz maliyet muhasebesi sistemi: Son aşamalar Kaynak: Busse, Geissler, Quentin ve Wilcy, 2011.





#### 4.4.3. Fransa hastanelerde maliyet muhasebesi

##### *Düzenleme:*

Önerilen hastane maliyet muhasebesi modeline, kaynakların çeşitli tüketim gruplarına dağıtıldığı, yukarıdan aşağıya bir muhasebe modeli olan (analitik hesap) adı verilir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

1992'den beri ENC' ye katılan tüm hastaneler bu modele göre veri oluşturmaktadır. 2007 yılında veritabanına katılan özel hastaneler için maliyet muhasebesi yöntemlerini uyumlu hale getirmek amacıyla ortak muhasebe kuralları bir kararname ile bildirildi (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011). Kamu ve özel hastanelerin geri kalanı analitik olandan çok daha az ayrıntılı bir muhasebe sistemini kullanmaktadır.

##### *Maliyet muhasebesi sisteminin temel özellikleri:*

Ortak ENC' ye katılan hastaneler, hem maddi maliyet hem de mikro maliyet unsurları olan yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya maliyet muhasebesinin bir kombinasyonunu kullanmaktadırlar (Bellanger & Tardif, 2006). Katılımcı hastaneler, belirli ilaçların ve tıbbi cihazların, kanın, harici laboratuvar testlerinin ve özel doktorların ücretleri için yapılan doğrudan masraflarla ilgili tüm prosedürler hakkında hasta düzeyinde bilgi sunabilmektedir.

Analiz için hastanelerin maliyet hesaplarının hazırlanması tüm GHM' ler aracılığıyla geri ödenmeyen faaliyetlerle ilgili harcamalar (örneğin, öğretim, araştırma, psikiyatri, yoğun bakım, neonatoloji, özel hastanelerde doktor ücretleri) ve yüksek maliyetli ilaçlar ve tıbbi sarf malzemelerinin maliyetleri hariç doğrudan hastalara mal edilebilir. Tüm kalan masraflar bir dizi maliyet merkezine aktarılır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Hastanede gün başına maliyet hesaplamak için, maliyet merkezlerinin birim maliyetleri belirlenerek, kolayca tanımlanarak hastalara tahsis edilir. Her hastanede kalış süresinin toplam maliyeti üç ana bileşene ayrılır: tıbbi masraflar, genel masraflar ve sermaye maliyetleridir. Tıbbi masraflar aşağıdakileri içerir:

(1) Belirli ilaçlar ve tıbbi cihazlar, kan, ayaktan hasta testleri ve özel doktorlar için ücretler gibi bir hastayla doğrudan ilişkilendirilebilen ücretler;

(2) Doğrudan maliyet merkezlerindeki maliyetler yani, hastanedeki hastalara tahsis edilen servis seviyesindeki klinik maliyetler (örneğin; tıbbi ve tıbbi olmayan personel, ilaçlar, hastane servislerinin bakım maliyetleri, ekipman maliyetleri) hastane servislerinde kalma süresinin temeli;

(3) Mediko-teknik maliyetler (anestezi, cerrahi, laboratuvar, radyoloji, eczane, bu bölümlerin işletme maliyetleri dahil). Bu hizmetlerin hasta tarafından tüketilmesi (örneğin, görüntüleme testleri veya cerrahi prosedürlerin sayısı ile ilgili) hastaneler tarafından kaydedildiğinden, hastalara, hizmetlerin tüketilmesi ve hizmet başına maliyetlerin mediko' ya göre tahsis edilmesi mümkün olmaktadır.

Teknik maliyet merkezleri, genel giderler ve genel yönetimin yanı sıra çamaşırhane, sterilizasyon, eczane ve hastane hijyeni gibi yönetim ve destek hizmetlerini kapsamaktadır. Sermaye maliyetleri, binaların kiralanması, faizler, binaların amortismanı ve vergileri kapsamaktadır. Genel giderler ve sermaye maliyetleri, hesaplanan günlük maliyetler temelinde hastalara tahsis edilmektedir. Bu yaygın metodolojiye rağmen, maliyet bileşenleri her zaman kamu ve özel hastanelerde aynı maliyet kalemlerini kapsayamamaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### **4.4.4. Almanya hastanelerinde maliyet muhasebesi**

##### *Düzenleme:*

Almanya'da, hastanelerde ki maliyet muhasebesi doğrudan düzenlenir ve zorunludur. Bununla birlikte, G-DRG sisteminin uygulamaya konması ile kaynak tüketimini ve verilen hizmetlerin seviyesini kontrol etmek için uygulanacak tıbbi ve maliyet kontrol sistemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Almanya'da ki Tıbbi muhasebe, neredeyse her hastanede farklı idari bir birimdir. Tıbbi kontrolörler (çoğu zaman kodlama konusunda daha ileri eğitim almış hekimler) hastalık fonlarının gözden kaçırılmasını önlemek ve karı maksimize etmek için hastane vakalarını doğru kodlanması yönünden incelemektedirler.

Ayrıca, maliyet yapılarını ve kaynak israfı kontrol etmek için hasta düzeyinde maliyet muhasebesi uygulanmaktadır. Maliyet ağırlıklarını hesaplamak için INEK, hasta düzeyinde maliyet verilerini gönüllü olarak toplayan bir hastane örneği meydana getirmiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Sadece INEK tarafından belirlenen ve maliyet verileri verebilen hastaneler katılmaktadır. Aksi durumda, bildirilen vaka sayısı ve veri kalitesi ile ilgili bir toplu ödeme değişken miktara göre belirlenen ek bir ücret üzerinden geri ödenir. 2008 yılında INEK, hastanelerin ek harcamalarını telafi etmek için 9 milyon harcama yaptı.

*Maliyet muhasebesi sisteminin temel özellikleri:*

Bu bölümde, diğer hastanelerin maliyet muhasebesi özellikleri DRG hesaplamasını etkilemediği ve büyük ölçüde farklılık göstermediği için, INEK tarafından belirlenen maliyet muhasebesi standartlarını izleyen hastanelere odaklanılmıştır. Katılımcı hastaneler belirli maliyet muhasebesi standartlarına sahipmalıdır. Gerçek maliyetler kullanılarak, tam maliyet yöntemine göre vaka başına maliyet hesaplamaları yapılmalıdır. Bu, DRG tedavi vakalarının maliyetlerini hesaplarken tüm DRG ile ilişkili maliyetlerin hesaba katılması gerektiği anlamına gelmektedir. Fiili masraflar, denetlenen hastanelerin yıllık hesaplarından karşılanır. Buna göre, vaka başına maliyet hesaplaması yapmak için referans periyodun tamamı bir yıldır. Amaç, katılımcı hastanelerin aşağıdan-aşağı maliyet muhasebesi kullanmalarınıdır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bununla beraber, Gerektiğinde maliyetlendirme eğer bu mümkün değilse, hastanelerin karışık bir hesaplama yapmasına da izin verilmektedir. Vaka başına maliyet hesaplanırken, dikkate alınması gereken tek maliyetler, DRG ile ilgili hizmetlerin performansından dolayı ortaya çıkan maliyetlerdir. Aşağıdaki maliyet unsurları hariç tutulmuştur:

*Diğer dönemlere ilişkin olağanüstü masraflar ve harcamalar;*

*Yatırım masrafları,*

Temel yataklı hasta bakım hizmetleriyle ilgili olmadığı sürece (örneğin, bilimsel araştırma / öğretim maliyetleri ve psikiyatri ve ayakta tedavi hizmetlerinin maliyetleri hariç), temel iş harcamaları;

Genel hastanede yatarak hizmet vermeyen hastanelerin operasyonel bölümleri için vergiler, harçlar, sigortalar ve kar vergileri;

O kötü borçlar için belirli ve uzun vadeli ödenek;

Ödenecek faizler, bu, sermaye kredileriyle ilgili olmayan maliyetler (örneğin, hastane binası) ile ilgili değildir.

Dava başına maliyet hesaplama süreci, Tablo 4. 8' de detaylandırılan modüler bir yaklaşımla açıklanmaktadır. Maliyet unsuru grupları ve maliyet merkezi gruplarındaki toplam maliyetler, hasta başına veya hasta grubu başına (DRGS) maliyetleri hesaplamayı mümkün kılmaktadır (INEK, 2007).

#### **4.5. Geri ödeme için DRG' ler**

##### **4.5.1. Avustralya LKF-PCS temelinde hastane finansmanı**

LKF çerçevesi, tüm akut bakım hastanelerinde (kamu, özel kar amacı gütmeyen ve özel kar amacı güden hastaneleri) SHF kapsamındaki tüm hastane yatışları için geri ödeme sistemi olarak hizmet vermektedir. Gündüz bakımı ve çocuk ve gençler için akut geriatrik bakım, rehabilitasyon, palyatif bölümler veya nöropsikiyatri bölümleri gibi uzmanlık birimlerinde kalır. Bununla beraber, LKF-PCS' ye dayalı ödeme, günlük olarak finanse edilen uzman bölümlerdeki yatışlar için geçerli değildir. Buna ilave olarak, SHF' ler kendi bütçeleri dahilinde kendi yönlendirme faaliyetlerinin bir parçası olarak finans yatırımlarını finanse edebilmektedir. Özel kar amaçlı hastaneler kısmen LKF-PCS tarafından finanse edilmektedir. PRIKRAF, SHF tarafından listelenen tedaviler için doğrudan ödeme yapmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

SHF' ler veya PRIKRAF tarafından finanse edilmesinin yanı sıra, hastaneler çeşitli diğer kaynaklardan da ödeme yapılmaktadır. Özel hastaların tedavisi özel sağlık sigortası veya cepten yapılan ödemelerle hasta tarafından ödenir. Federal Hükümet, öğretim ve araştırma masraflarını karşılamak için üniversite hastanelerine ek ödeme yapmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

##### *LDF skorlarının hesaplanması:*

LDF skorları, tüm hastanelerin hastane aktivite verilerine ve referans hastanelerin prosedürleri için oluşturulan kaynak tüketim verilerine dayanarak hesaplanmaktadır. Daha önce açıklandığı gibi, her bir LDF' nin puanı iki bileşen içermektedir: (1) prosedürlere doğrudan bağlı tüm kaynak tüketimini içeren bir performans bileşeni; ve (2) hastanede kalış

süresince tahakkuk eden tüm masrafların toplamını içeren bir günlük bileşendir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Performans bileşeni;*

Referans hastaneler tarafından sağlanan prosedürlere ait verilere dayanarak, her bir LDF için ortalama prosedürle ilgili maliyetler belirlenmektedir. Her bir prosedür için referans hastaneler, dört kategoride ortalama bir maliyet sağlar: (1) personelin türüne göre ortalama maaş ile çalışma süresi olarak hesaplanan personel maliyetleri; (2) miktarı, fiyat ile çarparak oluşturulan pahalı sarf malzemelerinin maliyetleri; (3) büyük ölçekli ekipman maliyetleri; ve (4) prosedürle ilgili genel gider olarak belirlenmiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Gün bileşeni;*

Bir LDF skorunun gün bileşeni, her bir yatak günü için belirlenmiş maliyetlerin ortalama toplamı olarak hesaplanır, bu LDF 'nin ALOS' u olarak kabul edilir. MEL-LDF'lerde ALOS, yüzde 10 kırpılmış ortalama olarak ve HDG-LDF'lerde yüzde 20 kırpılmış ortalama olarak hesaplanmaktadır.

MEL-LDF' ler de, 'aykırı değerler', minimum 1. 5 ALOS' dan ve kalış süresinin 90. persantinden daha uzun kalan veya en fazla 0. 3 ALOS ve kalış süresinin 10. persentilinden daha az süre kalan hastalar olarak tanımlanmaktadır. HDG-LDF' ler de, aykırı değerler biraz farklı bir yöntemle belirlenir. Uzun konaklamalar en az 1. 5 ALOS ve 80 persentilden daha uzun olanlar belirlenir, kısa süreli kalışlar ise maksimum 0,5 ALOS ve 20 persentilden daha kısa olanlar belirlenir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

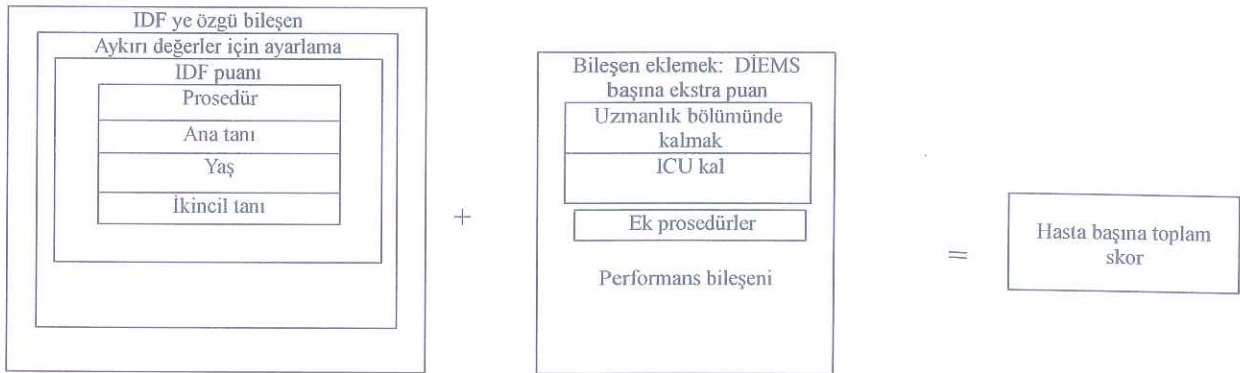
#### *Aykırı değerler için ayarlamalar;*

Uzun süreli aykırı değerler için belirlenen ek günlük skor, bir ay sonrasındaki her gün için azaltılır, ancak günlük gün bileşeninin en az yarısında sabittir. LDF skoru 0 günlük konaklamalar için, günlük hastanelerde uygulanan tedaviler, 1 günlük konaklamalarda olduğu gibi geri ödenir, onaylanmamış tedavileri bulunan 0 günlük konaklamalar, tam performans bileşenini alırlar, ancak kısa süreli aykırı değerler için hesaplanan azaltılmış gün bileşeninin yalnızca % 10'u hesaplanmaktadır (BMGFJ, 2008).

### Gerçek hastane ödemelerinde LDF' ler:

SHF'ler, hastane bütçelerinin çoğunu LDF skorları temelinde karşılamaktadırlar. LDF skorunu belirlemek için geçerli genel kurallar ülke çapında aynı olduğundan, bunlar LKF çekirdek alanının bir parçasını oluşturur. Bununla beraber, SHF'lerin hastane bütçelerini belirlemek için bu bilgileri nasıl kullandıkları, devlete özgü önceliklere bağlıdır ve LKF, her bir duruma özgü olarak tanımlanmıştır.

Şekil 4. 12. Hasta başına toplam LDF skorunun hesaplanması Kaynak: (BMGFJ, 2008).



LKF çekirdek alanı, hasta başına LDF skorunun LKF-PCS temelinde nasıl belirlendiğini açıklamaktadır. Şekil 4.12 toplam puanın iki ana bileşenden oluştuğunu belirtmektedir: (1) LDF' ye özgü kısım; (2) belirli servisler için ek puanlar. Hastaneden taburcu olan her hasta tanıları, prosedürleri ve benzerlikleri oranında bir LDF' ye atanmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Her bir LDF, bu LDF içindeki hastaların ortalama tedavi maliyetlerine göre hesaplanan spesifik bir skora sahiptir. İlave olarak, LDF skoru, aykırı hastalar için, yani, oldukça uzun veya kısa kalma süreleri olan hastalar için belirlenir. Günlük vakalarda (kalış süresi 0' dır), azalma, günlük bakım tedavisine açıkça izin verilip verilmediğine bağlı olarak değişir. İlave puanlar iki şekilde belirlenmektedir. Diem bazlı ek puanlar, bir hastanın uzman departmanlarında (akut geriatric bakım, remobiasyon, palyatif bölümler veya çocuklar ve gençler için nöropsikiyatri bölümleri gibi) ya da yoğun bakımda geçirdiği her gün için verilmektedir. Hastalar bir hastanede kalış süresinde birden fazla anlamlı prosedür uyguladıkları zaman ek prosedür puanlara eklenir, çünkü birden fazla prosedürü olan hastalar

için bir LDF' nin performans bileşeni sadece en karmaşık prosedürün kaynak tüketimini yansıtmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Aynı günde birden fazla işlem için olası indirimler uygulanmaktadır. Hastane ödemesinin temeli olarak, belirli bir eyaletteki her hastanenin tüm LDF skorlarının toplamı hesaplanmaktadır. Ayrıca, bir eyaletteki tüm LDF puanlarının toplamı hesaplanır ve belirli bir hastanenin sağladığı toplam puanın payını belirlemek için bir referans noktası olarak belirlenir. PRIKRAF' tan özel kar getiren hastanelere ait hastane bütçe tahsislerini hesaplamak için karşılaştırılabilir bir prosedür kullanılmaktadır. Ana farklılık, tüm özel sektöre hizmet veren hastanelere dağıtılan (SHF'ler tarafından kültüre edilen) bütçedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *LKF yönetim bölgesi:*

LKF çerçevesinin yönetim bölgesinde, devletlerin kamu ve özel sektör için hastane bütçelerini belirleme imkânı bulunmaktadır. SHF tarafından il ölçütlerine göre finanse edilen kar sağlayan hastaneler, dört ana yaklaşımla açıklanabilir:

1. Yukarı Avusturya, tüm hastane bütçesini LDF skorları temelinde tahsis etmektedir; Yani, SHF bütçesi LDF puanlarına göre hastanelere paylaştırılmaktadır. Bu aynı zamanda Aşağı Avusturya'daki bütçenin yüzde 98'i için de geçerlidir. SHF bütçesinin sadece yüzde 2'si, hastane tipine göre tahsis edilmektedir. Yani, bu tür hastanelerin yapısal özelliklerine bağlı olarak, örneğin öğretim durumuna veya büyüklüğüne göre hastanelere ek ödeme yapılır.

2. Üç durumda, çekirdek alan ve çerçeve bölgesi arasında sabit oranlar kullanılmaktadır. Tyrol ve Burgenland, LDF skorlarına göre yüzde 70 tahsis etti. Bütçenin kalan yüzde 30'u, hastane tipine (örneğin, üniversite hastaneleri tarafından üretilen LDF skorlarının şişirildiği) veya belirli hastaneye bağlı olarak LDF skorlarının ağırlıklarının hesaplanmasından sonra tahsis edilmektedir. Vorarlberg' de, bütçenin yüzde 15'i belirli bölgesel alanlarda daha yüksek personel maliyetleri için LDF puanlarının hesaplanmasıyla tahsis edilmiştir.

3. Karintiya, Styria ve Viyana, çekirdek alan ile çerçeve bölgesi arasında sabit oranlar kriterlerini kullanmamaktadır. Viyana, personel maliyetlerini ve ek maliyetleri, faktörler olarak, Carinthia ve Styria ağırlık hastane tiplerini farklı faktörlerle bir araya getirir. Bu, her

hastanenin LDF puanlarının bir faktör tarafından ağırlıklarının hesaplandığı ve bütçenin ağırlıklı hisselerle dayalı olarak tahsis edildiği anlamına gelmektedir.

4 Salzburg'da finansman iki aşama olarak belirlenmiştir. İlkinde, bütçenin yüzde 75'i ağırlık hesapları yapılmadan dağıtılmakta ve yüzde 25'i hastane ile ilgili bir faktör tarafından ağırlıkları hesaplanmaktadır. İkinci katmanın toplam yüzde 40'ı geçmiş açık verilere ve yüzde 60'lık ağırlıklı LDF puanlarına göre hesaplanmaktadır.

LDF skorlarının bir hastane tarafından üretilmesi LDF skorlarının değerini düşürmekte ve dolayısıyla diğer hastaneler için mevcut bütçeyi azaltmaktadır. Bazı devletler, hastane faaliyetlerinin kontrolsüz büyümesinden kaçınmak için her hastanenin puan bütçelerini belirleyerek, karşı tedbirler almaya zorlanmaktadır. Bir hastanenin izin verilen LDF skorundan daha fazlasını üretmesi durumunda, bu LDF puanlarının değeri azalmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### **4.5.2. İngiltere hastane ödemeleri için DRG' ler**

*DRG tabanlı hastane ödemelerinde yer alan hizmet ve maliyetler aralığı:*

2003'ten beri aşamalı olarak, İngiltere'de neredeyse tüm hastane bakımı PbR sistemi kapsamında geri ödenmektedir. PbR tarifeleri ortalama hastane maliyetlerine dayanır ve işgücü, ekipman ve sermaye maliyetlerini içerir. 2009/2010'da HRG4, HRG3.5'i PbR tarifelerini destekleyen sistem olarak değiştirdi (A & E hizmetleri için ödeme hariç). Klinik aktivite daha spesifik olarak kodlanabilir ve artan HRG sayısı, sağlayıcıların gerçekleştirdikleri faaliyetler için daha adil bir şekilde geri ödeme yapılabileceği anlamına gelir. HRG4 ayrıca 'ayrıştırma' için izin verir. Bu, bazı servislerin artık ayrı fiyatlandırılabilmesi anlamına gelir (Şekil 4. 6).

2009/2010'da, ulusal PbR tarifesi hastanede yatılı bakım (hastaneye yatış dahil), ayakta tedavi ve A & E hizmetleri için ödenmek zorundaydı ve neredeyse tüm hastane faaliyetlerini kapsamaktadır. PbR tarafından kapsanmayan hizmetler arasında temel bakım hizmetleri, toplum hizmetleri, akıl sağlığı hizmetleri ve ambulans hizmetleri yer almaktadır. Tarifeden istisnaların tam listesi Sağlık Bakanlığı web sitesinden edinilebilir. PbR kapsamına girmeyen hizmetler için herhangi bir yayımlanmış tarifeler olmamasına rağmen, yerel



müzakereleri desteklemek ve yönlendirmek için fiyatlar açıklanmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*DRG fiyatlarının hesaplanması:*

HRG fiyatı (tarife), Sağlık Bakanlığı tarafından standart metodolojiye göre bir yıl için belirlenir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Başvuran hastalar, poliklinikler ve A & E katılımları için tarifelerin detayları Tablo 12.3'te özetlenmiştir. Fiyatlar, hesaplanan maliyetlerin ortalamasına göre belirlenir. Denklem (1)'de daha önce açıklandığı gibi, her bir HRG' si için tüm hastaneler tarafından her bir HRG ve kabul türü için verilen tarife  $t$ ,  $p_{ijt}$ , aşağıdaki gibi hesaplanır:

$$p_{ijt} = \pi_i \bar{c}_{ij} t^{-3}$$

(2)  $\bar{c}_{ij}$ 'in her hastanede ortalama kabulü, tüm hastanelerde kabul tipidir. Maliyet verileri gönderen hastaneler arasında üç yıllık bir gecikme var. Veriler fiyatlara dönüştürülür, dolayısıyla bunlara bağlı  $t - 3$  alt yapısı ortalama maliyetler. Bu gecikmeyi hesaba katmak için, çok yönlü bir ayar  $\pi_i$  olduğu her bir HRG' ye yapılır. Bu ayar, infl için izin veren HRG-specifi  $c$ 'dir. Klinik rehberlik ve teknoloji değerlendirmeleri gibi etkiler (NICE tarafından yayınlanmıştır) araya girme döneminde meydana gelmiş olabilir.

*Fiili hastane ödemesinde DRG' ler:*

Başlangıçta, hastaları daha ucuza taşımak için hastaları cesaretlendirmek amacıyla, günlük bir vaka ve yatarak tedavi gören hastalara tek bir tarife uygulanmıştır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011). 2009/2010 tarihinden itibaren aynı tarife, yatan hasta ve günlük durum bakımı için geçerli değildir.

Tek bir PbR tarifesi, coğrafi konumdan bağımsız olarak tüm sağlayıcılar için geçerlidir. Ancak, hastanelerin kontrolünün dışında, ne kadar verimli olduklarına bakılmaksızın, ortalamanın üzerinde toplam maliyetlerle karşılaştıkları anlamına gelen bazı maliyetler olduğu tartışılmaktadır. Bu nedenle, faktör fiyatlarındaki kaçınılmaz maliyet farklılıklarını yansıtmak için, Sağlık Bakanlığı, doğrudan Pazar Güçleri Faktörü (MFF) olarak bilinen tek bir endekse dayalı sağlayıcılara ödeme yapar. Bu tek MFF endeksi üç alt endekste işgücü, arazi ve binalara dayanmaktadır. Her hastane için işçilik maliyetleri, benzer hizmet

sektörü işleri için özel sektördeki ücretlerdeki yerel değişimlere dayanmaktadır. Arazi endeksi, NHS' deki NHS arazisindeki Değerleme Ofisi verileri kullanılarak NHS' deki her hastane için hesaplanmaktadır ve bina endeksi, tüm kamu ve özel sözleşmeler için teklif fiyatlarının bir haddeleme ortalamasına dayanmaktadır (Miraldo, 2008).

Mevcut ve kaçınılmaz olan maliyet çeşitlilikleri ile ilgili olarak MFF, Sağlık Bakanlığı tarafından periyodik olarak ayarlanmaktadır. 2009 yılında, MFF personelinin Kaynak Tahsisi Danışma Komitesi (ACRA) tarafından gözden geçirilmesini takiben, MEF endeksinin nasıl hesaplandığı ve nasıl ödeneceği konusunda değişiklikler olmuştur. PCT' ler şimdi MFF ödemelerini sağlayıcılara aynı zamanda faaliyet ödemeleri ile öderken, MFF daha önce doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından ödenmiştir. Bu değişikliğin sağlayıcı gelirleri üzerindeki etkisini düzeltmek için, yeni endeks artı veya eksi yüzde 2 oranında kapatıldı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

MFF, tarife için hastaneye özgü bir düzenleme olarak temsil edilebilir, böylece HRG başına ödenen fiyat, her bir K hastanesine özgüdür:

$$P_{ijkt} = \delta_{kt} P_{ijt}$$

(3)  $\delta_{kt}$ , t zamanında hastaneye uygulanan MFF ayarlamasıdır.

**Tablo 4. 6.** HRG fiyatları, 2009/2010 Kaynak: Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011.  
Not: Öğretim ve araştırma tamamen ayrı ayrı finanse edilmektedir ve maliyetleri PbR' ye dahil değildir.

Başvuran hastalar		Ayakta	A&E
Yapı	<p>İçin Tarifeler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• seçmeli</li> <li>• seçmeli olmayanlar</li> <li>• planlanmış aynı gün aktivitesi (sadece günlük 2009/2010)</li> <li>• kısa süreli konaklama</li> <li>• kısa süreli acil durumlar</li> </ul>	<p>İçin Tarifeler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ilk katılım</li> <li>• takip katılımı</li> <li>• çok profesyonel ve aynı zamanda bekar tedavi için profesyonel randevular</li> <li>Verilerin mevcut olduğu fonksiyon kodları</li> <li>• Ayakta uygulanan prosedürler zorunlu olmayan tarife tabi tutulması</li> <li>HRG'lere dayalı olarak,</li> <li>Bu etkinlik zorunlu olarak kaplıdır</li> <li>Gelecek yıllarda Same Planlı Aynı Günün tarife tarifesi</li> <li>• Ayakta hasta için zorunlu olmayan tarife randevular yüz yüze yapılmaz</li> </ul>	<p>İçin Tarifeler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yüksek katımlı katılım</li> <li>• Standart katılım</li> <li>• Kombine Minör A &amp; E / Küçük Yaralanmalar Birim katılımı</li> </ul>
Uzmanlaşmış Hizmet ayarlamaları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Özel hizmetler için toplanan ödeme çocuk ve ortopedik aktivite</li> <li>• Hariç tutmalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hariç tutmalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uygulanamaz</li> </ul>
Aykırı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beklenen uzun süreli ödeme tetiklendi önceden belirlenmiş olan konaklama süresi (HRG). Günlük ücrete özel HRG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dışlayıcı politika yok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dışlayıcı politika yok</li> </ul>
Esneklikleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yerel yönetime tabi bakım yolunun ayrılması anlaşma</li> <li>• Yeni için yerel "geçiş" ödemeleri teknoloji</li> <li>• Acil durum okumaları: yerel düzenlemeler</li> <li>Uygun geri ödeme belirleme ve kriterleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakım yolunun ayrılması konusu yerel anlaşma</li> <li>• Yeni için yerel "geçiş" ödemeleri teknoloji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yerel fonksiyonlar olabilir destek hizmetine başvurdu yeniden tasarlamak</li> </ul>

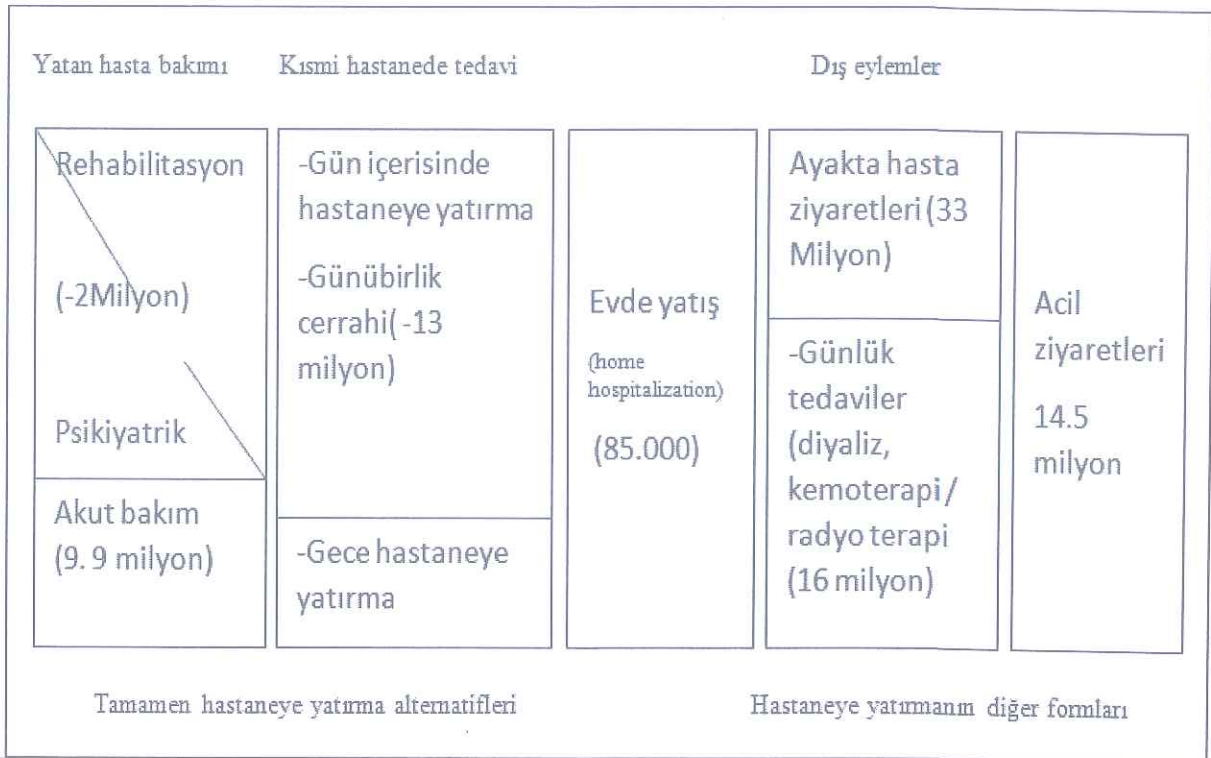
#### 4.5.3. Fransa hastane geri ödemelerinde DRG' ler

##### *Yeniden ödeme hastanesi ödemeleri için DRG' ler:*

2008'den beri, kamu ve özel hastanelerdeki tüm akut bakım faaliyetleri GHM' lere dayanarak finanse edilmektedir (bkz. Şekil 4. 13). Psikiyatrik bakım ve rehabilite edici bakım hizmetlerinin GHM bazlı hastane ödemesine dahil edilmesi için pilot testlerin 2011 yılında başlaması planlanmaktadır. 3 Hali hazırda, farklı maliyet kategorileri içerdiği ve her sektördeki tarihi maliyetlere dayandığı için, GHM fiyatları kamu ve özel hastaneler için farklılık göstermektedir (Tablo 4. 7). Kamu hastaneleri için tarifeler, kalıba bağlı tüm masrafları kapsamaktadır (tıbbi personel, testler ve prosedürler dahil), özel hastaneler için ise doktorların tıbbi ücretlerini (hizmet-ücreti ödemelerine göre ödenir) ve bazı masrafları kapsamaz. Teknik ekipman, ilgili hastanelere belirli bir tahsisat ile ödenir. 2010 yılına kadar, bazı tıbbi cihazlar özel hastaneler tarafından ayrı faturalandırılırken, kamu hastanelerinde DRG fiyatlandırmasına dahil edildi. Amaç, iki sektör arasındaki maliyet ve tarife hesaplama yöntemlerini 2012'ye uygun hale getirmektir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

2008'den bu yana, sermaye maliyetleri (ekipman, finansal ve inşaat maliyetleri) GHM fiyatlarına dahil edilmiştir. Dolayısıyla, hastanelerin bu gelirlerden sermaye yatırımlarını finanse etmeleri beklenmektedir. Bununla birlikte, bazı (ölçülmemiş) sermaye maliyetlerinin bir kısmı, kamu hastanelerinin son hastane reformları tarafından uygulanan ağır yatırım planlarını finanse etmesine yardımcı olmak için özel fon akışlarıyla finanse edilmektedir. Bu şu demek GHM fiyatlarının kapsadığı sermaye maliyetlerinin bir kısmı tamamen şeffaf değildir(Cour des comptes, 2009).

Şekil 4. 13. GHM tabanlı hastane ödeme sisteminde yer alan hizmet yelpazesi Kaynak: HCAAM, 2009.



2008 yılında, GHM bazlı hastane ödemeleri ile yapılan ödemeler, hastane harcama bütçelerinin yaklaşık yüzde 56'sını ifade etmiştir (bu tutar 67 milyardır). "Genel ilgi MIGAC misyonları için" 2 için yapılan genel ödemeler, kamu hastane bütçesinin yaklaşık yüzde 10'unu oluşturuyordu, ancak büyüklükleri, sahiplik statüsü ve yakında hastaneler arasında büyük farklılıklar var. Pahalı ilaçlar ve tıbbi cihazlar için ek ödemeler ortalama hastane harcamalarının yaklaşık yüzde 6'sını temsil ederken, yoğun bakım, acil bakım ve organ nakli gibi belirli hizmetler için yıllık ücret, toplam hastane harcamalarının yüzde 1,5'ine karşılık gelmektedir (bkz. Şekil 4. 14). ). Küresel bütçeler rehabilite edici, psikiyatrik ve uzun vadeli bakımın finansmanı için kullanılır ve tüm hastane harcamalarının yaklaşık yüzde 27'sini oluşturur (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

### Referans maliyetlerin ve fiyatların hesaplanması:

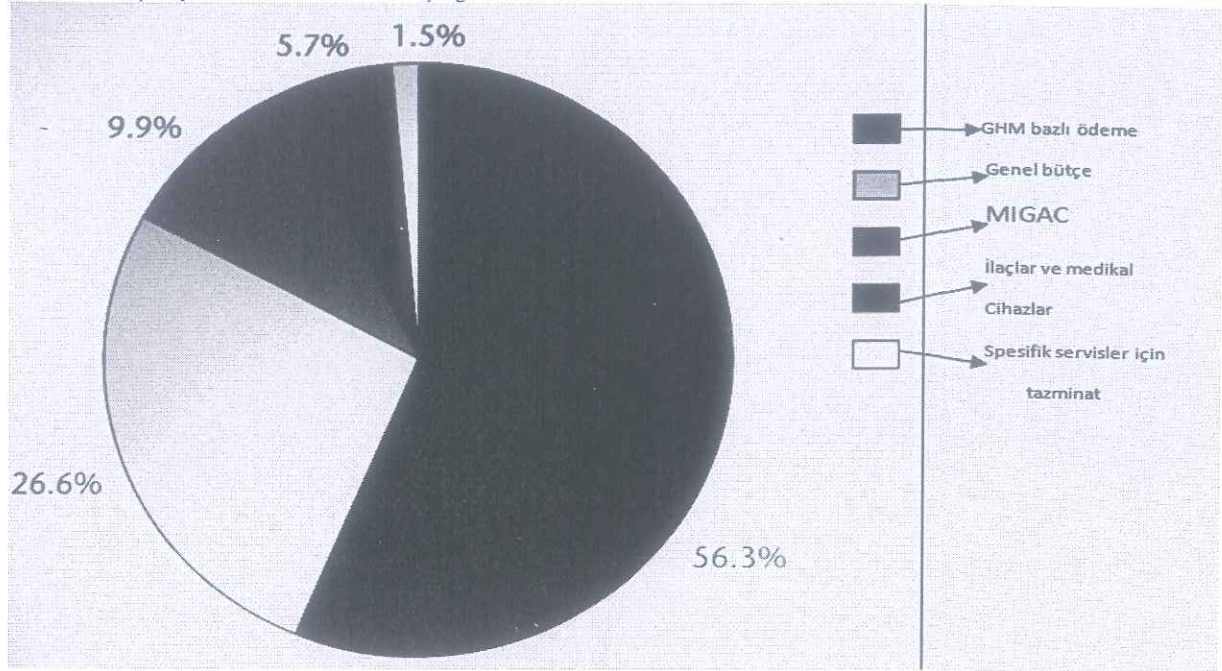
GHM başına ortalama maliyetler (referans maliyetler) ENC' den ayrı olarak hesaplanır. Kamu ve özel hastaneler için (ATIH, 2007).

Tablo 4.7. Kamu ve özel hastaneler için GHM fiyatlarına dahil edilen maliyet kategorileri, 2010

Hastaneler	Halka açık	Özel, kar yapma
Maliyet kategorileri	DRG fiyatına dahil	
Sosyal ücretler dahil doktorlar için ödeme	Evet	Hayır
Diğer sağlık personeli için ödeme	Evet	Evet
Teknik ekipmana yatırım	Evet	% 25
Kapalı listeden pahalı ilaçlar ve cihazlar	Hayır	Hayır
Tüm tıbbi malzeme, cihazlar, ilaçlar	Evet	Evet
Altyapı / Giderleri	Kısmen	Evet

Şekil 4.14. Toplam hastane harcamalarının dökümü, 2008 Kaynak: ATIH, 2009'dan uyarlanmıştır.

\* Rehabilitatif, psikiyatrik ve uzun süreli bakım için gelirler.



Bireysel hastalara ait maliyetlerle ilgili temel bilgiler olarak, her bir GHM için, iki farklı "kırpma" prosedürü boyunca, ilk kez kalış süresinde ve ikincisinde maliyetler üzerinden, daha önceki durumlar tespit edilir. Kalma süresinin kısaltılması sadece şiddet düzeyi 1 olan GHM' lere uygulanır. Bu, kalış süresinin daha uzun olduğu tüm GHM' leri hariç tutar: ortalama kalış süresi (ALOS) x 2.51).

Ortalama olarak, yüzde 0,7 Tüm kamu hastaneleri ve tüm özel hastane konaklamalarının yüzde 0,4'ü bu temelde ENCC' den kesilmiştir (ATIH, 2009).

Nadir durumlarda bu, maliyet verisine dayanan ikinci bir aşama kesim izlemektedir. Ancak, ATIH' e göre, kırpma sürecinin maliyet verileri bölümünde 2007 yılında sadece 92 konaklama atılmıştır. ENCC' nin tüm hastaneleri kapsamadığı, ancak sadece küçük bir grup olduğu göz önüne alındığında, GHM başına maliyetler hastane tipine göre ağırlık hesaplanmaktadır.

Kamu sektörü için, beş tip hastane tanımlanmıştır: yılda 16 000'den az bölüm üreten genel hastaneler; 16000'den fazla bölüm üretenler; öğretim hastaneleri; kanser merkezleri; ve kar amacı gütmeyen özel hastaneler.

Reanimasyonla ilgili hizmet sunan ALOS, ALOS ve hastane tipine göre yapılan ortalama işlem sayısı, ENCC' den elde edilen GHM başına ortalama maliyetler için kullanılmaktadır. Özel kar amaçlı hastaneler için, ALOS, sektörün yanı sıra reanimasyon yoğun bakımda ALOS (ilgili olduğunda), ortalama işlem sayısı ile birlikte, ağırlık değişkenleri olarak kullanılır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Referans maliyetler, GHM bazlı ödemelerin (sektör başına) toplam bütçesi göz önüne alındığında, GHM başına 'ham' tarifeleri hesaplamak için kullanılır. GHM başına fiili fiyatlar, akut bakım sektörü ve diğer politik öncelikler için bütçe zarfı (harcama hedefi) dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Sonuç, makro düzeydeki bir fiyat / hacim kontrol mekanizmasıdır: Eğer toplam faaliyet hacmindeki büyüme yatarak tedavi edilen sektör için hedefi aşıyorsa, GHM fiyatları düşmektedir. 2009 yılında ATIH, GHM fiyatlarının MIGAC bütçelerindeki artışa, pahalı ilaçlara yapılan ek ödemeler için harcamaların artmasına ve faaliyet hacimlerinin ve ulusal önceliklerin (kanser tedavisi ve palyatif bakım için) evrimine uyum sağlamaya yönelik olarak değiştirildiğini belirtti. Ancak, bu farklı unsurların farklı GHM' lerin fiyatlarını nasıl değiştirdiği açık değildir. Sonuç olarak, GHM fiyatlarının bir yıldan diğerine değişimini öngörmek mümkün değildir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*Mevcut hastane ödemelerinde DRG' ler:*

Ulusal GHM fiyatları yıllık olarak belirlenir. Aynı maliyet kalemlerini kapsamadıkları için kamu ve özel hastaneler arasında farklılık gösterirler, ancak hastanenin büyüklüğünden veya öğretim durumundan etkilenmezler.

Hastane ödemesi aşırı durumlar için ayarlanır. Son derece uzun veya çok kısa süreli kalma süreleri olan vakaları tanımlamak için her DRG için bir üst ve bir alt eşik hesaplanır. GHM tarifesi, bu sınırlar arasındaki süre boyunca kalma süreleri için geçerlidir. Uzun süre kalan hastalıklar için hastaneler, hastaya bekleme süresinin üst sınırının üzerinde kaldığı her gün için GHM-spesifik ek ücret alırlar. Benzer şekilde, hastalar daha düşük kalış süresinden daha erken taburcu edildiyse, DRG ödemesi, günlük harcanan kesintilere göre azalır. Alt eşik, sağlayıcıları hastaları klinik olarak uygun olanlardan daha erken boşaltmalarına engel olmak için kullanılır. Bu düşük / yüksek kalış süreleri, kamu ve özel hastaneler için her zaman aynı değildir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şu anda, ulusal DRG fiyatları, her hastane için kendi tarihsel maliyetlerinden / fiyatlarından hesaplanan “hastaneye özgü bir geçiş katsayısı” ile ağırlık hesaplanmaktadır. Geçiş katsayıları, hastane bütçelerinde bir yıldan diğerine büyük değişikliklerden kaçınmayı amaçlamaktadır. Amaç, kamu ve özel sektör içindeki katsayıların 2012 yılına kadar “1” e katılmasıdır. Paris bölgesinde ve işçilik maliyetlerinin yüksek olduğu deniz aşırı bölgelerinde bulunan hastanelere bölgesel bir endeks de uygulanmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Kamu hastaneleri federasyonlarının güçlü tepkilerinden dolayı 2012 yılında kamu ve özel hastaneler için DRG fiyatı 2016'ya ertelenmiştir. Bununla birlikte, 2011-2012 döneminde seçilmiş DRG' lerle deney yapılması beklenmektedir.

Daha önce belirtildiği gibi hastaneler belirli hizmetler, ilaçlar ve tıbbi cihazlar için ek ödemeler alırlar ve eğer eğitim ve araştırma için uygunsa. Kamu misyonları için bütçe zarfları (MIGAC) ulusal tanımlanmış kurallara göre ARH tarafından dağıtılmaktadır. MIGAC bütçelerinin artan büyüklüğü şu anda bir endişe konusudur. Çünkü bu bütçelerin miktarı ilişkin karar, kanıt temelli olmaktan ziyade politik görünmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### 4.5.4. Almanya hastanelerinde geri ödeme için DRG' ler

*DRG tabanlı hizmetlerin kapsamı ve maliyetleri hastane ödemeleri:*

Almanya'da kullanılan yataklı geri ödeme bileşenleri Şekil 4. 15' de özetlemektedir. 2010 için Vaka Ücreti Katalogu'nda ulusal tekdüze maliyet ağırlıklarına (B2) sahip 11SS DRGS, ulusal maliyet ağırlıkları (D1 & D3) olmayan 45 DRG ve 143 ek ücret (C1 & D2) bulunmaktadır. (bkz. Tablo 4. 4). Ulusal maliyet ağırlıkları (D1 & D3) bulunmayan DRG' ler, her bir hastane ile, DRG ulusal maliyet ağırlıklarından hariç tutulduğu için ayrı müzakere edilir; çünkü bunların örneklem büyüklüğü, hesaplama için yetersizdir veya maliyet farklılığı çok büyüktür. G-DRG' lerin tıbbi tedavi, hemşirelik bakımı, eczane ve terapötik cihazların yanı sıra yönetim kurulu ve konaklama hizmetlerini kapsamı amaçlanmıştır. Ek ücretler, belirli karmaşık veya düşük maliyetli hizmetleri ve çok pahalı ilaçları kapsamaktadır. Ek ücretler, belirli DRG' lerin maliyetlerinin hesaplanması için yeterli veri bulunmaması ve mevcut maliyet ağırlıklarının sınırlı olan uygun maliyetlerinin (gerçek maliyetlerin yansıtılması açısından) kullanılmasından dolayı kullanılmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bu ek ücretler genellikle bir üniforma ile hesaplanır. Almanya genelinde bir şekilde 2004 yılında ek ücretlerin alınmasından bu yana, 2010 yılında sayıları 26'dan toplam 143 bireysel ücrete yükselmiştir. Bunlar arasında, 2010 DRG Vaka Ücreti Katalogu'nda (CD. Diğer 62 tedavi hizmeti, Hastane Ücreti Katalogunda, hastane-hastane bazında görülecek olan ek ücretlerin bir alt listesine dahil edilmiştir (D2). Ayrıca, sözleşme tarafları, ek geri ödemeleri müzakere etme yetkisine sahiptir.

Söz konusu hizmetin DRG' ler veya ek ücretler yoluyla henüz uygun bir şekilde tazmin edilemediği kanıtlanabiliyorsa, ihtisaslaşmış ya da büyük çaplı hizmetler için dava temeli, sözleşmeli taraflar arasında müzakere edilen ve özellikle ilgili olan ek ücretler vardır. Yeni ve yenilikçi tedavi seçenekleri kullanan tor hastaneleri Örneğin, yenilikçi teşhis ve tedavi için ek ücretler pazarlık etmek mümkündür. Hatta bazı özel tesisleri ve hastane departmanlarını G-DRG sisteminden tamamen hariç tutmak, daha sonra finansman için ayrı müzakere edilen ücretler gelir bütçesinin işlevi de dahil olmak üzere detaylandırılır (Busse ve Riesberg, 2004).



Tablo 4. 8. G-DRG modüler maliyet yaklaşımı Kaynak: (INEK, 2007)

Maliyet Unsuru Grupları										
Maliyet merkezi grupları	İşçilik			Materyal					Altyapı	
Yataklı hastane üniteleri	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
1.Normal Koğuş	1.1	1.2	1.3	1.4a	1.4b	-	1.6a	1.6b	1.7	1.8
2.Yoğun bakım ünitesi	2.1	2.2	2.3	2.4a	2.4b	2.5	2.6a	2.6b	2.7	2.8
3.Diyaliz ünitesi	3.1	2.3	3.3	3.4a	3.4b	-	3.6a	3.6b	3.7	3.8
<b>Teşhis ve tedavi alanları</b>	4.1	-	4.3	4.4a	4.4b	4.5	4.6a	4.6b	4.7	4.8
4.Operasyon odası	5.1	-	5.3	5.4a	5.4b	-	5.6a	5.6b	5.7	5.8
5.Anestezi	6.1	-	6.3	6.4a	6.4b	-	6.6a	6.6b	6.7	6.8
6.Matemite odası	7.1	-	7.3	7.4a	7.4b	7.5	7.6a	7.6b	7.7	7.8
7.Kardiyak tanı/terapi	8.1	-	8.3	8.4a	8.4b	8.5	8.6a	8.6b	8.7	8.8
8.Endoskopik tanı/terapi	9.1	-	9.3	9.4a	9.4b	9.5	9.6a	9.6b	9.7	9.8
9.Radyoloji	10.1	-	10.3	10.4a	10.4b	10.5	10.6a	10.6b	10.7	10.8
10.Laboratuvarlar	11.1	11.2	11.3	11.4a	11.4b	11.5	11.6a	11.6b	11.7	11.8
11.Diğer tanı ve tedavi alanları										

Anahtar: \* 1 = Diğer sağlık personelinin işgücü maliyetleri;

2 = Bakım personelinin işçilik maliyetleri;

3 = İdari ve teknik personelin işçilik maliyetleri

4a = İlaç maliyetleri; 4b = İlaç masrafları (bireysel maliyetler / gerçek tüketim);

5 = İmplant ve greft maliyetleri;

6a = Malzeme maliyetleri (ilaçlar, implantlar ve greftler); 6b = Malzeme maliyetleri (bireysel masraflar, ilaçlar, implantlar ve greftler olmaksızın)

7 = Tıbbi altyapı maliyetleri; 8: Tıbbi olmayan altyapı maliyetleri.

Şekil 4. 15. Almanya'da yatarak tedaviye geri ödeme

Kaynak: Schreyögg ve arkadaşları, 2006 tarafından güncellendi ve değiştirildi.



Örneğin, hastalara eşlik eden bireyler (A2) veya kalite güvencesi (A3) gibi diğer geri ödeme bileşenleri de dahil olmak üzere, tekdüze ağırlıklı DRG'lerin (B1-B3) yanı sıra tüm geri ödeme bileşenleri, halen psikiyatri dışı yatan hasta için toplam geri ödemenin yaklaşık yüzde 20'sini oluşturmaktadır. Siyasi amaç, hastanelere sadece tekdüze ağırlıklı DRG'ler

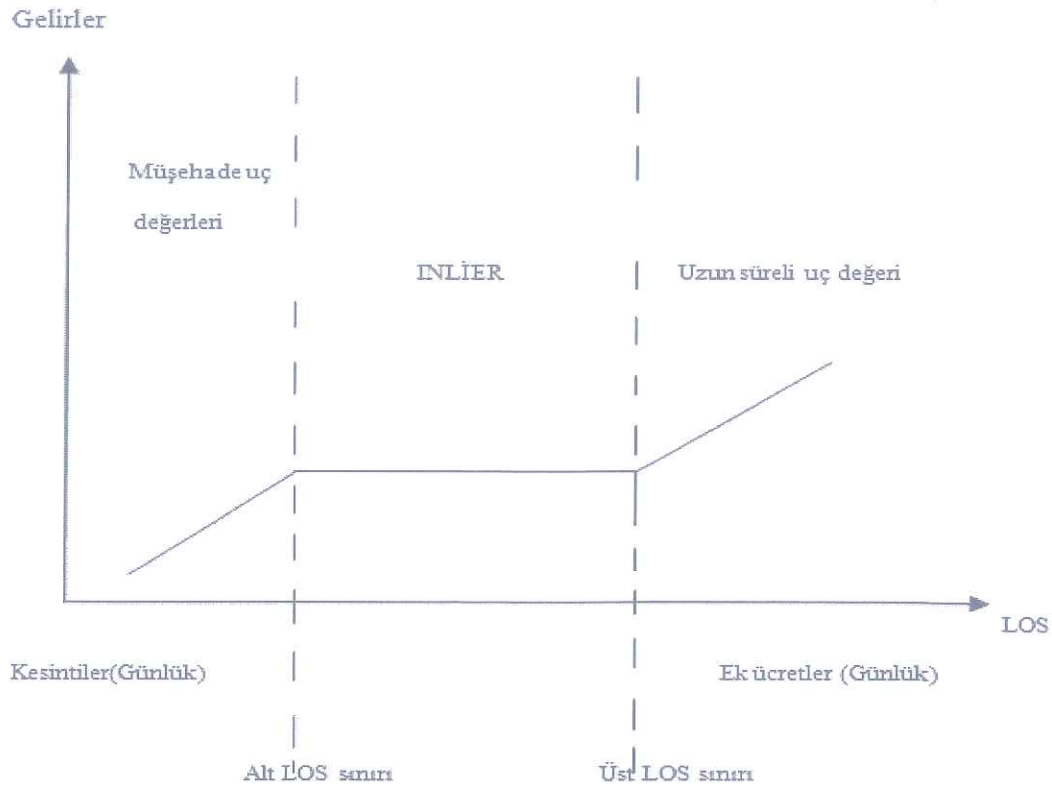
yoluyla geri ödeme yapmak olsa da bu durum devam etmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*DRG fiyatlarının / maliyetinin hesaplanması:*

G-DRG sisteminde, kaynak yoğunluğuna göre farklı DRG grupları arasındaki ilişkiyi tanımlayan maliyet ağırlıkları hesaplanmıştır. Bu çerçeveyi kullanarak, referans maliyet grubu 1.0'lık maliyetin fiyatı baz oranına eşittir. Diğer tüm DRG'lerin fiyatları, her bir DRG'ye eklenmiş olan DRG maliyetinin, belirlenen fiyat ile çarpılmasıyla hesaplanmaktadır. Referans DRG 1.0 ağırlığı. Her bir DRG grubunun maliyet ağırlığı, kaynak DRG'ye göre kaynak tüketimini yansıtır, bu da kaynakları fiyatlara göre ayarlamaktadır. Kesme yöntemleri INEK, ekstra durumlar için bir matematiksel düzeltme yöntemi uygulanmaktadır (INEK, 2004).

DRG sistemleri, yatan hastaları tıbbi olarak tutarlı ve maliyet-homojen gruplara çevirmeye çalıştıklarından, aykırı değerler, maliyet ağırlıklarının hesaplanmasının dışında tutulmaktadır. 'Inlier' terimi, bir kalma süresi aralığı içinde tedavi edilen vakaları belirtmektedir. Bu, ortalama tedavi durumlarının bulunduğu düşük bir kesme noktası ve yüksek kesme noktası ile ayrılmaktadır (Şekil 4.16). Bu nedenle, veriler, makulluk kontrolleri ile rafine edildikten sonra, her DRG için ortalama vakaların ortalama maliyetleri belirlenmektedir.

Şekil 4. 16. Kalma süresine ilişkin kesintiler ve ek ücretler



Şekil 4. 17. G-DRG geri ödemesi ve G-DRG uygulamasının bileşenleri



Her bir DRG' nin maliyet ağırlığını belirlemek için, söz konusu DRG için ortalama iadelerin ortalama maliyetleri, ilgili yıla ait referans değerine bölünmektedir. Tüm ikincil durumların aritmetik ortalama maliyetleri olarak tanımlanan referans değer, Almanya genelinde etkili casemix toplamına bölünmesiyle, DRG-İlgili maliyetlerin toplamı olarak hesaplanır. Vaka Ücret Katalogu 2010'u geliştirmek için kullanılan referans değer, 2619,10 Euro dur (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

*Gerçek hastane ödemesinde DRG' ler:*

Maliyet ağırlıklarından fiili geri ödeme oranlarına, uygulanabilir baz oranının, DRG' ye özgü maliyet ağırlığı ile çarpılarak verilmiştir (Şekil 4. 17).

#### **4.6. Kalite İle İlgili Düzenlemeler**

##### **4.6.1. Avustralya hastanelerinde kalite ile ilgili düzenlemeler**

LKF çerçevesi kapsamındaki hastane bütçesi tahsisleri kaliteye göre belirlenmiştir. Bununla birlikte, Avusturya Yapısal Sağlık Planı, LKF çerçevesi ile finanse edilen belirli tedaviler için asgari standartlar gerektirir. Örneğin, hastane büyüklüğü, altyapı ve personelin kullanılabilirliği ve minimum hacim eşikleri ile ilgili şartlar bulunmaktadır (ÖBIG, 2008).

*Hastaneler için temel teşvikler:*

SHF' lerin bütçeleri, esas olarak hastanelerin belirli bir yılda ürettiği LDF puanlarının miktarına göre dağıtılmaktadır. Bu nedenle, hastaneler, örneğin daha fazla hastayı, özellikle de günlük vakaları tedavi ederek, daha fazla LDF skoru üreterek bütçedeki paylarını artırmaya çalışabilirler. Bununla birlikte, LKF hastane bütçesi tahsis sistemi sabit bir küresel bütçe içinde çalıştığı için, bir hastanenin LDF skorlarının artması LDF puanlarının değerini düşürmekte ve bu yüzden de bu tür hastaneler için devlet mevcut bütçe de çok sayıda tedbirler almak zorunda kalmıştır. Hastane faaliyetlerinin kontrolsüz büyümesinden kaçınmak için her bir hastane için puan bütçeleri belirlenmektedir. Eğer bir hastane izin verilen LDF puanlarının üzerinde bir miktar uygularsa, bu LDF skorlarının değeri azalmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

##### **4.6.2. İngiltere'de kalite ile ilgili düzenlemeler ve hastaneler için teşvikler**

*Kalite ile ilgili düzenlemeler:*

Yüksek kaliteli bakım önerilerinden sonra, 2009/2010'dan itibaren tüm akut güvenceler, mali hesaplarının yanında kalite hesaplarını da yayınlamaktadır (Darzi, Department of Health, 2008).

Kalite ve İnovasyon için Devreye Alma (CQUIN) ödeme çerçevesi Nisan 2009'da yürürlüğe girmiştir. PCT' lerin, gerçekçi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik olarak, belirli ölçüde, (ulusal olarak mutabakata varılmış) gelir sağlayıcılarının belirli bir oranını

kapsamasına imkan tanır. 2009/2010'da, CQUIN ödeme çerçevesi, bir şirketin yıllık sözleşme gelirlerinin yüzde 0,5'ini, 2010/2011'de yüzde 1,5'e çıkarmıştır. CQUIN ödemeleri, düzenli gelirlerin ödenmesiyle birlikte aylık aralıklarla yapılır ve sözleşme hedeflerine karşı başarıyı yansıtacak şekilde ayarlanır. CQUIN çerçevesi, PbR sisteminin bir parçası olarak geri ödenen faaliyeti de içeren hasta ile ilgili tüm aktivitelere uygulanmaktadır (Department of Health, 2008).

#### *Hastaneler için ana teşvikler:*

PbR'nin temel amaçları, “iş çıkışı” sürelerini arttırmak, hasta seçimini desteklemek, verimliliği arttırmak ve aynı zamanda hasta memnuniyetini arttırarak maliyetleri korumaktır. kontrol altında (Miraldo ve ark. , 2006). Yaptıkları iş için hastanelere HRG başına sabit bir tarif verildiği için, PbR onları maliyetleri azaltmaya ve kalış sürelerini kısaltmaya ve böylece daha fazla hastayı tedavi etme kapasitesini azaltmaya teşvik eder. Artan aktivite, hastaların daha hızlı tedavi edilmeleri, hastaların bekleme listelerinde sağlık hizmetlerine erişiminin iyileştirilmesi anlamına gelmektedir (Mannion ve ark. , 2008). PbR ayrıca yeni sağlayıcıları piyasaya teşvik ederek, sahada rekabeti artırarak ve hastaneler tarafından sağlanan bakım karışımını geliştirerek seçim yapmayı kolaylaştırmaktadır (Miraldo ve ark 2006).

Uluslararası ampirik kanıtlar, muhtemel ödeme sisteminin getirilmesinin, sağlayıcıların finansal pozisyonlarını iyileştirmek için saptırılmış teşvikler sunabileceğini göstermektedir. Örneğin, hastaneler 'DRG sapması' içine girebilir, hastaları daha pahalı DRG' lere kodlayabilir ve aşırı geri ödeme ile sonuçlanabilir. PbR, maliyetleri düşürmek için sağlayıcıları 'kremadan arındırma' (daha az karmaşık vakalar seçebilir) konusunda teşvik edebilir. Bununla birlikte, düzenli olarak İngiliz hastanelerindeki kodlama performansını izleyen ve denetleyen Denetim Komisyonu, sistemli oyun oynama veya kasten yukarı kodlama konusunda çok az kanıt buldu: Gözlemlenen kodlama hataları hem olumlu hem de olumsuz finansal sonuçlarla ilişkilendirildi (Audit Commission, 2008).

#### **4.6.3. Fransa'da kalite ile ilgili düzenlemeler ve hastaneler için teşvikler**

##### *Kalite ile ilgili düzenlemeler:*

Bakım kalitesi için belirli bir düzenleme yoktur. GHM ödemeleri sonuçlardaki farklılıklara göre değişmemektedir. Uygun olmayan erken deşarja karşı tek GHM ile ilgili önlem (kalitenin bir boyutu olarak), tanımlanan düşük uzunluktaki eşiklerin altında gündelik

bazlı kesintilerin kullanımınıdır. Aksi takdirde, enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi gibi kalite ile ilgili programlar, MIGAC bütçe zarfının bir parçası olarak ARH' den özel tahsisler yoluyla müzakere edilir ve finanse edilir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Aynı zamanda, GHM bazlı ödemenin uygulamaya konmasıyla, Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Sağlık Kurumu (HAS) tarafından hastanelerde bakım kalitesini daha iyi izlemek için gelişen göstergelere göre oldukça önemli bir çalışma yapılmıştır. Küçük sayıdaki gönüllü hastanelerde test edilen ve onaylanan bakım süreci ve yapı / organizasyon kalitesini ölçen bir batarya göstergesi 2011-2012 dönemi boyunca uygulanacaktır. Bununla birlikte, standardize mortalite oranları, geri kabul ve komplikasyon oranları gibi sonuç göstergeleri, bu göstergeler bataryasının bir parçası değildir ve şu anda rutin olarak takip edilmemektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Hastaneler için ana teşvikler:*

GHM bazlı hastane ödemeleri ile sağlanan temel teşvikler, etkinliği ve verimliliği artırmaktadır. Hastaneler, GHM başına sabit bir tarifeye tabi olduklarından, kalış sürelerini kısaltmak ve daha fazla hastayı tedavi etmek için teşvik edilmektedir. Bununla beraber, hastanenin yatan hasta için hedefini aşması halinde GHM fiyatlarının düşmesi nedeniyle, hastaneler, belirli bir yılda artan faaliyetlerin, her zaman bir sonraki yıl gelirlerinin artmasına yol açıp açmayacağını bilmemektedir. GHM fiyatlarının bir sonraki yıla devrini tahmin etmek mümkün olmadığından, hastanelerin üretkenliği artırmalarının ne kadar teşvik edici olduğu bilinmemektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Hastaneler için en belirgin sapkın teşvik, yukarı kodlama veya yanlış kodlama içindir. Hasta seçiminde ve kremada kayma gibi diğer olası sapkın teşviklerin, kamu hastaneleri için daha az sorun olduğu görülmektedir, çünkü kanuna göre, hastalarını seçemez ve kapsamlı bir bakım paketi sunmalıdırlar.

#### **4.6.4. Almanya'da kalite ile ilgili düzenlemeler ve hastaneler için teşvikler**

##### *Kalite ile ilgili düzenlemeler:*

Mevcut G-DRG sistemi, kalite için geri ödeme düzenleyemez. Geri ödeme ortalama tedavi maliyetlerine dayandığından, ortalamanın üzerinde bir maliyet düzeyine sahip hastaneler harcamaları azaltmak için teşvik edilmektedir. Bu, hastanelerin geri ödeme

cezalarını ödemedi, kaliteyi azaltabilmesi sebebiyle kaliteyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kalite etkilerini dikkate almadan karları arttırmaya yönelik teşvikleri ele almak için, yasa koyucu zorunlu kalite raporları, dış kalite güvence, kalite yönetim sistemi ve minimum hacim eşikleri (137 SGB V) gibi düzenleyici önlemleri uygulamaya geçirmiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Kalite raporları;*

2002 yılında, Vaka Ücretleri Yasası (FPG), hastaneler arasındaki karşılaştırmaları basitleştirmek ve hastalara uygulanan tedavileri belirtmeleri konusunda tavsiyelerde bulunmak için hekimleri ve hastalık fonlarını desteklemek üzere hastane kalite raporlarını açıklamıştır. 2005'ten bu yana, hastaneler, Federal Joint Committ raporlarının kamuya açık, çevrimiçi (G-BA) direktifleri tarafından zorunlu kılınan bir yapıyı izleyerek, her iki yılda bir kalite raporları vermek zorunda dır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Dış kalite güvencesi;*

2000 yılındaki SHI Reform Yasası'ndan bu yana, hastaneler BQS tarafından geliştirilen dış ve karşılaştırmalı kalite güvence programına katılmak zorundadır. Bu program tedavi ile ilgili kalite göstergelerini araştırır ve bunları ulusal olarak karşılaştırmaktadır. 2001'den 2009'a kadar, BQS, adlandırılmamış hastanelerin sonuçlarını detaylandıran bir yıllık kalite raporu yayınladı. BQS yöntemi, hastanelerin rutin veri setlerinin bir parçası olmayan verileri elde etmek için harcadıkları ekstra çaba nedeniyle eleştirilmektedir. 2010'dan itibaren, AQUA-Sağlık Hizmetlerinde Uygulamalı Kalite İyileştirme ve Araştırma Enstitüsü, dış kalite güvence programının daha da geliştirilmesi ve uygulanmasıyla (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

#### *Kalite yönetim sistemleri;*

1999 yılında, yasa koyucu, SGB V' nin S135a'sını tanıtarak, hastanelerin QMS' yi kullanmasını ve daha da geliştirmesini zorunlu yapmıştır. Hastaneler, hangi türden QMS kurduklarını özgürce seçebilmektedirler. Bu nedenle, Almanya genelinde, Ortak Komisyona yönelik sistemlerden daha basit (Sağlık Hizmetlerinde Şeffaflık ve Kalite için İşbirliği için İşbirliği) ve çok çeşitli QMS ' ler getirilmiştir. Bununla birlikte, çoğu hasta farklı kalite sertifikaları arasında ayırım yapamaz, bu da hastaların bir kısmının netleştirilmesi yerine kafa karışıklığına nedn olmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

### *Minimum hacim eşikleri;*

FPG, kalite raporlarına ek olarak, belirli hizmetleri vermek için asgari düzeyleri belirlemek için verilen hizmetlerin düzeyi ile ilgili bir kararname yayınlamıştır. G-BA, bu hizmetleri belirlemek için, hekim veya hastane başına verilen minimum hizmet sayısını tanımlayan bir katalog geliştirmekle görevlidir (Velasco-Garrido & Busse, 2004).

Gerekli hizmet hacmine ulaşmayan hastaneler hizmeti vermeyecebilirler. 2004'ten bu yana, katalog altı seçmeli hizmetten (hastane başına yıllık asgari sayı ile parantez içinde gösterilmiştir): karaciğer nakli (20), böbrek transplantasyonu (25), yemek borusunda karmaşık prosedürler (10), pankreastaki karmaşık prosedürler ( 10), kök hücre transplantasyonu (25) ve diz deplasmanı (50)olarak belirtilmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

### *Hastaneler için ana teşvikler:*

G-DRG sisteminde, hastaneler genellikle tıbbi sonuçlarını iyileştirmek için teşvik edilmemektedirler. Bununla birlikte, G-DRG çerçevesinde, hastaneler, bütçe yükümlülüklerini yerine getirmek için maliyetleri kontrol eden bir sistem oluşturmak ve uygulamak için teşvik edilmektedirler (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

## **4.7. Türkiye’de Tanı İlişkili Gruplara (TİG) Geçiş Ve Uygulamaları**

### **4.7.1. Türkiye’de gerçekleştirilen TİG çalışmaları**

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık alanında yapılan harcamalar oldukça yüksektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların yararlanabilmesi ve kaynak finansmanının ölçülü kullanılabilmesi için mevcut ödeme sistemlerine göre daha objektif bir sisteme ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’de de sağlık hizmet sunucularına geri ödemelerin daha tutarlı yapılabilmesi için 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HUAP) olarak Tanı İlişkili Gruplar(TİG) alanında ilk çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu proje 2009 yılında tamamlanmıştır. Bu proje ile elde edilen birikimler, Sağlık Bakanlığımız bünyesinde oluşturulan Teşhis İlişkili Gruplar Şubesinin kurulması ile değerlendirilmeye başlanmıştır (tig.saglik.gov.tr).

2006 yılında HUAP kapsamında, belirlenen 8 pilot hastaneden gelen kodlayıcı ve kodlayıcı eğiticisi olarak görev alacak personellere ve Sağlık Bakanlığı’nın ilgili birimlerinden gelen personellere ICD 10- AM’ in genel özellikleri, yapısı ve kodlama ile ilgili



yöntemleri açıklayıcı şekilde eğitimler verilmiştir. Eğitime Hacettepe Üniversitesi Hastanesi klinik kodlayıcı biriminden 24 personele kodlayıcı, 2 personele eğitici eğitimi verilmiştir. Bununla beraber pilot hastanelerden gelen 33 personele klinik kodlayıcı eğitimi ve 2 personele eğitici eğitimi verilmiştir (Akar, v.d. , 2006).

2009 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak TİG çalışmalarını değerlendirecek şube kurulmuştur. 2012 yılına gelindiğinde Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü'nün altında Teşhis İlişkiler (TİG) Daire Başkanlığı kurulmuştur. Daire Başkanlığı tarafından, ülkemizde sayısı 900 üzerinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin klinik verilerinin incelenerek gerekli gruplara ayrılması ve yatan hastalara yönelik geri ödemelerin elde edilen verilere göre yapılmasını sağlamak gibi temel amaçları bulunmaktadır (tig.saglik.gov.tr).

Türkiye'de TİG uygulamaları ile ilgili yapılan çalışmalarda örnek model olarak Avustralya DRG uygulamaları örnek alınmıştır. Yapılan çalışmaların başlangıcından itibaren ICD10-AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) 4. Güncellemesi ve TİG algoritması olarak da AR DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups: Grupları tayin eden algoritma) 5. 1 versiyonu kullanılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda klinik kodlama ile ilgili önemli tecrübe elde edilmiştir. Buna rağmen AR DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups) yani TİG'lerin oluşturulması ile ilgili arada çalışan algoritmalar konusunda yeterli birikim elde edilememiştir. Yürütülen projenin tamamlanması ile birlikte Ulusal lisansa sahip olması gerektiği ortaya çıkmıştır. Ulusal bir lisansa sahip olabilmek için TİG ile ilgili şube oluşturulma çalışmaları başlamıştır. Türkiye'de TİG ile ilgili gerekli görülen lisanslamanın alınmasıyla birlikte, ICD10 AM 6. güncellemesi ve AR DRG 6. Versiyonu kullanmaya geçilmesi planlanmaktadır.

Nisan 2014 tarihi itibari ile ICD-10 AM (7. 0) ve AR-DRG (6. 0) versiyonlarının lisans alımı gerçekleştirildi. Yatan hasta teşhis, tedavi ve klinik bilgileri TİG veri sistemine kodlanmaktadır. TİG veri sistemine yatan hasta verilerinin yanında gününbirlik ve ayaktan hasta verilerinin de kaydedildiği, tüm sağlık hizmetlerini kapsayan bütüncül bir yapı meydana getirilmiştir.

TİG' e dayalı ödeme sistemine ek olarak, polikliniklere ayaktan yapılan başvuruların Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBAG) ile gününbirlik ve bir tedavi planı doğrultusunda tedavisi

gerçekleştirilen hasta verilerinin İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar (İBAG) verisi olarak toplanması sağlanmıştır.

2013 yılı başı itibariyle, Türkiye’de kullanılan TİG sistemi içerisindeki her bir TİG kalemi için yapılan maliyet analizi çalışması, Daire Başkanlığı tarafından bilimsel kurallar çerçevesinde bilgisayar teknolojilerinden de yararlanılarak hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılan TİG çalışmalarında 81 pilot hastane belirlenmiş ve hastanelerde gerçekleştirilen maliyet analizi çalışmaları üretilen 661 TİG in bağıl değerleri TİG Daire Başkanlığı tarafından dikkate alınmıştır. TİG ile ilgili yapılan çalışmaların kapsamı Tablo 4. de yıllara göre özetlenmiştir (Teşhis İlişkili Gruplar, 2014).

Ülkemizde; sağlık sunucularına yönelik geri ödemeler SGK tarafından yürürlükte bulunan SUT’ a göre yapılmaktadır. Sağlık bakanlığına bağlı sağlık sunucularına geri ödemeler global bütçe üzerinden, üniversitelere bağlı sağlık kuruluşları ile özel sağlık kuruluşlarına SUT’ ta yer alan işlem puanları üzerinden geri ödeme yapılmaktadır. Bununla birlikte ülkemizde 2005 yılından buyana Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık sunucularına TİG’ e dayalı geri ödeme yapabilmek için çalışmalar yapılmakta ve bu amaçla bu güne kadar pilot ve kısmi bütçe dağıtımına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde sağlık sunucularına TİG’ e dayalı geri ödeme sistemine geçiş süreci Eylül 2014 tarihin den itibaren resmi olarak uygulamaya konulmuştur (Yılmaz, v.d. , 2015).

**Tablo 4. 9.** Sağlık Bakanlığı TİG çalışmaları süreci

<i>2004-2006(HUAP)</i>	<i>7 Hastane</i>
<i>2006-2008(HUAP)</i>	<i>48 Hastane</i>
<i>2009 SB</i>	<i>TİG Şube Müdürlüğü kuruldu</i> <i>50 Hastane</i>
<i>2010</i>	<i>260 Hastane</i>
<i>2011</i>	<i>550 Hastane</i>
<i>2012</i>	<i>TİG Daire Başkanlığı kuruldu</i>
<i>2013-2014</i>	<i>523 Hastane</i> <i>Özel ve Üniversiteler dahil sisteme entegre oldu</i>

**Tablo 4. 9** da belirtildiği gibi sistemin ülkemizde geçiş aşaması yıllara göre kapsamı genişleyerek devam etmiştir.

TİG temelinde hastane ödemeleri, 01 Aralık 2010 tarihinde 50 pilot hastanenin Kasım dönemine ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) ve Branş Bazlı Ayaktan Gruplama (BBAG) sistemi doğrultusunda ödenmesiyle başlamıştır. Aralık ayı itibari ile tüm il merkezinde bulunan 206 kamu hastanesi de sisteme dahil edilerek ödemeye alınmış, Ocak ayı itibari ile de tüm ilçe hastaneleri sisteme dahil edilerek toplam 555 kamu hastanesinin ödemesinin %10'u TİG üzerinden verilmiştir. Halen 543 kamu hastanesinden veri alınıp ödemelerinin %10' u TİG üzerinden gerçekleştirilmektedir (tig.saglik.gov.tr).

#### **4.7.2. Klinik kodlama ve değerlendirme süreçleri**

##### *Tanımlar:*

TİG uygulamasına ait Klinik Kodlama Metodolojisi ile ilgili temel kavramlar TİG Uygulama Rehberinde ayrıntılı olarak ifade edilmiştir (TİG Uygulama Rehberi, 2011).

*Hastaneye Yatırma*; sağlık hizmet sunucusunun hastanın bakımı ve tedavisi ile ilgili gerekli olan süreçleri üzerine almasıdır. Bununla birlikte, hastanın hastanede bir günlük veya bir gecelik tedavi ihtiyacının belirlenerek verilen klinik karar olarak da ifade edilebilir.

*Bakım Epizodu*; hastanın tedavi için hastaneye yatışından başlayarak taburculuk işlemleri yapılana kadar aradaki geçen süreyi ifade etmektedir.

*Yatan Hasta*; sağlık hizmet sunucuları tarafından tedavi edilmek üzere yatışı yapılan hasta veya tedavi gören hastalar olarak ifade edilebilir.

*Tıbbi Kayıt (Klinik Kayıt)*; sağlık hizmet sunucuları tarafından hastalara ait muhafaza edilen öyküler, raporlar, filmler, tanımlar, uygulanan tedaviler, açıklamalar ve hastaya ait diğer tıbbi bilgilerin tamamı olarak ifade edilebilir.

*ICD 10 AM*; TİG ile ilgili hastanelerde kullanılan klinik verilerin tanı ve işlem kodlamaları için kullanılan kodlama sisteminin Avustralya baz alınan örneğini teşkil eder.

*Ana Tanı*; hastanelerde yatan hastaların hastanelerde sağlık hizmeti alması için gerekli görülen tanı olarak ifade edilebilir. Hastanın müşahede altında tutularak sağlık tesisinde bulunmasına neden olan tanı ana tanı olarak ifade edilir.

*Ek Tanı*; ana tanı ile birlikte ilerleyen, hastanın sağlık tesisine başvurduğu sırada meydana gelen ya da sağlık tesisine başvurduğu sırada var olan bir şikayet olarak da ifade edilebilir.

Hastanelerde yatış sırasında ortaya çıkan ek tanıların tedavi edilmesi maliyetli olacaktır. Bunun için hastanelerde yatış süreleri de dikkate alınarak kodlanmaları gerekmektedir. Ek tanıları ana tanının sebebini ortaya koyarak klinik olguların daha iyi açıklanmasına yardımcı olurlar.

#### *Klinik kodlama:*

Hastanelerde hastaların tanı tedavi ve diğer süreçlerini kapsayacak şekilde tutulan klinik kayıtları doğru ve tutarlı bir şekilde incelenerek standartlara uygun olarak tespit edilir.

Tespit edilen verilere ait kodlar E-Kitaptan bulunarak TİG veri giriş sistemine kaydedilmesi olarak tanımlanmıştır(TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

#### *Klinik kodlayıcı:*

Bakanlık tarafından veya Bakanlığın belirlediği üniversiteler tarafından TİG ile ilgili klinik kodlama eğitimine katılarak belge almış, TİG veri sistemine kaydı yapılarak şifre verilen sağlık personeli olarak tanımlanmaktadır.

#### *Klinik kodlayıcı personellerin görevleri;*

- Hastalara ait klinik verileri eksiksiz ve doğru bir şekilde zamanında sisteme girmek,
- Hastalara ait kliniklerden gelen dosyalarda eksik ve yanlış bilgi tespit edilmesi halinde ilgili kliniğe ve TİG birim sorumlusuna bilgi vermek,
- TİG ile ilgili resmi kurumlarca yapılan duyuruları; [www.tig.saglik.gov.tr](http://www.tig.saglik.gov.tr) adresindeki düzenli takip etmek,
- Veri giriş sisteminde meydana gelen teknik hataları Genel Müdürlüğe ve Kuruma bildirmek, başlıca görevleri olarak sıralana bilir (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

#### *TİG Birimi:*

TİG kapsamına alınan hastanelerde hastaların klinik süreçlerine ait bilgilerinin, TİG sistemine uygun olarak hazırlanıp, doğru ve tutarlı kodlama işlemlerinin yapıldığı ve TİG sistemine verilerin aktarımının sağlandığı, hastanede başhekim yardımcısına başhekim yardımcısı bulunmayan hastanelerde direk başhekime bağlı olarak çalışan bir birimdir. Bakanlık ve hastane arasındaki bağlantıyı sağlayarak, bulunduğu hastanedeki TİG uygulamalarını koordine eder (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

#### *Hekimlere düşen görevler:*

Doğru klinik kodlama, tam ve tutarlı klinik bilgilere erişim ile sağlanabileceğinden hekimlere düşen bazı sorumluluklar Tablo 5. 'de açıklanmıştır.

TİG uygulamaları ile ilgili hekimlere düşen görevler yer almaktadır. Hekimler sağlık hizmet sunucuları olması nedeni ile hastalara yaptıkları tüm tanı, tedavi ve işlemler ile ilgili karar vericidirler. Hasta klinik dosyalarının eksiksiz ve doğru tanı ve tedavi ile doldurulmasında yardımcı sağlık personelinin daha çok hekimlerin kararı ve tutumu etkili olmaktadır. Bu nedenle hekimlerin aşağıdaki maddelere uymaları TİG uygulamaları açısından tutarlı ve doğru bilgiye ulaşımını kolaylaştıracaktır.

*Hekimlere düşen bazı sorumluluklar;*

- \* Hasta dosyaları (epikriz, görüntüleme, laboratuvar sonuçları, hemşire gözlem kağıdı vs.) vaktinde, eksiksiz ve doğru kaydedilmelidir. Ana tanı başta olmak üzere tanı ve işlemler tüm detaylarıyla (Ventilasyon süreleri, ASA skorları, kişisel öyküler, diyabet vs.) belirtilmelidir.
- \* Hekimler ve klinik kodlamacılar arasında bilgi alışverişinin yapılması sağlanmalıdır.
- \* Kendi uzmanlık alanlarına ait tanı ve işlemler e-kitaptan incelenmelidir.
- \* Mevcut hastalığın yanında o yatışı uzatan ya da yeni bir tedavi prosedürü yaratan durumlar belirtilmelidir.
- \* Kendi uzmanlık alanlarına ait tanı ve işlemler e-kitaptan incelenmelidir.
- \* Mevcut hastalığın yanında o yatışı uzatan ya da yeni bir tedavi prosedürü yaratan durumlar belirtilmelidir.

*Klinik kodlama kalite değerlendirmesi:*

TİG uygulamalarında hastalara ait klinik veri dosyalarının, hastane TİG biriminde bulunan kodlayıcı personelleri tarafından tam ve doğru bir şekilde okunması, tanı ve işlem kodlarının belirlenen standartlara uygun olarak seçim kodlanması ile gerçekleşmektedir. TİG çalışmalarının ilk aşamasında gerçekleştirilen kodlama işlemlerinin doğru, tutarlı olması ve tüm hatalardan arındırılarak kodlanması “klinik kodlamada kalite” ye ulaşılmasını sağlayacaktır. Türkiye de TİG daire başkanlığı tarafından yürütülen çalışmalardan bir tanesi de “Klinik Kodlama Kalite Değerlendirme Çalışmaları”dır. Yürütülen bu çalışma ile TİG veri sistemine hastanelerdeki klinik bilgilerin tam, doğru ve tutarlı bir şekilde standartlara uygun olarak girilmesini sağlamak için “Klinik Kodlama Hata Kategorileri” belirlenmiştir.

Hastane klinik bilgilerinin TİG sistemine kodlanırken standartlara aykırı olarak yapılan işlemler ve sık tekrarlanan hatalar dikkate alınarak TİG Daire Başkanlığı tarafından, Ana Hata Kategori başlıkları altında toplanan hatalar **Tablo 4. 10'** da yer almaktadır (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

Tablo 4. 10. Ana hata kategori başlıkları

<i>Ana Tanı Seçim Hatası</i>
<i>Ana Tanı İşlem Uyumsuzluğu İle İlgili Hata</i>
<i>Gereksiz Ek Tanı Kodlama Hatası</i>
<i>Eksik ve/veya Yanlış Ek Tanı Hatası</i>
<i>Eksik ve/veya Yanlış İşlem Kodlama Hatası</i>
<i>Kodlanmayacak İşlemlerin Kodlanması İle İlgili Hata</i>
<i>Standartlarda Yapılan Hatalar</i>
<i>Dosya İncelemeyi Gerektiren Hatalar</i>
<i>Hastaların Sisteme Kayıt Hataları</i>
<i>Ana Tanının Doğru Seçilmesine Rağmen Uygun Olmayan Altı Kırılım Hatası</i>
<i>Gereksiz (fazla) İşlem Kodlama Hatası</i>
<i>Asla Ana Tanı Olmaması Gereken Kodların</i>

*Değerlendirici:*

Hastanelerde bulunan klinik kodlayıcılarının, TİG verileri sistemine hastane klinik bilgilerini tam, doğru ve tutarlı bir şekilde standartlara uygun olarak kodlayıp kodlamadıklarını değerlendiren, Genel Müdürlüğün görevlendirdiği tecrübeli klinik kodlayıcı olarak ifade edilebilir (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

Değerlendirici görev ve sorumlulukları (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014) de aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- Kendisine tanımlanan hastanelere ait verileri inceleyerek Genel Müdürlüğe bildirmek,
- Sorumlu oldukları hastanelere ait verileri takip eden ayın 20'sine kadar Genel Müdürlüğe bildirmek,
- Sorumlu oldukları hastanede çalışan her bir klinik kodlamacının TİG sistemine göndermiş olduğu dosyaların %5'ini incelemek

- Sorumlu oldukları hastanelere ait verileri hiçbir kişi ve kurum ile paylaşmamak,

#### 4.7.3. TİG kapsamındaki, tedavi çeşitleri

TİG kapsamında yer alan tedavi çeşitleri üç başlık altında incelenebilir. Bunlar;

\* Yatan hasta tedavisi

\* İşlem bazlı ayaktan gruplar (İBAG)

\* Branş bazlı ayaktan gruplar (BBAG)

##### *Yatan hasta tedavisi:*

Hastaların sağlık hizmet sunucularına yatışının gerçekleştiği tarih ile taburculuk işlemlerinin yapıldığı tarih arasında gerçekleştirilen tedavi yatan hasta tedavisi olarak ifade edilebilir. Taburculuk işlemleri gerçekleşen hastaların ana tanı, ek tanı, yapılan işlemler ve hasta bakım epizodunu etkileyen diğer sağlık sorunları TİG veri sistemine kodlayıcılar tarafından girilmektedir (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

##### *İşlem bazlı ayaktan gruplar (İBAG):*

Hastalara uygulanan tedavinin, seanslar halinde uzun süreli ve aynı işlemler yapılarak uygulandığı hasta grupları olarak tanımlanabilir. Yapılan tedaviler sırasında ek tanı kodlanmasının gerekmediği ve komplikasyon meydana gelmeden, rutin işlemler uygulanarak hastanın tedavisi yapılmaktadır. İBAG ile ilgili gruplar Ek -1 listesinin de yer almaktadır (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).

##### *Branş bazlı ayaktan gruplar (BBAG):*

Hastaların tedavilerinin, hastanede yatırılmadan bulunduğu yerde veya sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleştirilmesi, ayaktan tedavi olarak ifade edilmektedir. Branş bazlı ayaktan tedavilere, acil serviste ve polikliniklerde verilen sağlık hizmetleri örnek verilebilir. BBAG ile ilgili gruplar Ek-2 listesinde yer almaktadır (TİG Bilgilendirme Rehberi, 2014).



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

#### SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Avusturya'da ki LKF çerçevesinin uygulamaya konması, hastane finansmanında önemli bir gelişme meydana gelmiştir, çünkü hastane faaliyetlerin de LKF çerçevesinde yer alan hastane bütçesi tahsisleri, eski kullanılan sistemden daha iyidir. Ayrıca, hastaneler artık detaylı faaliyet verilerinin raporunu tutmakla beraber hastane sektöründe şeffaflığın artmasına ve dokümantasyon kalitesinin artırılmasına katkı yapmaktadır (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Mali konuların özellikle çözülmesi zordur. Örneğin, finansman için SHF'lerin nasıl telafi edileceği belirsizliği devam etmektedir. Fransa veya İngiltere gibi diğer ülkeler de, hasta sınıflandırma sistemleri, özellikle şiddet düzeylerinin tanımlanması için ikincil tanıların sistematik olarak değerlendirilmesi gerklidir. Avusturya'da ikincil teşhisler, defî şiddet düzeylerinde çok küçük bir rolü bulunmaktadır. Prosedür katalogundaki değişikliklerin rağmen, sınıflandırma işlemi değişmemiştir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Şeffaflık ve faaliyet belgelerinin yenilenmesine rağmen, hastane sektörüne yönelik araştırmalar çok az yapılmaktadır. Ne yazık ki, hastane faaliyet verileri veya kaynak tüketim verileri gibi ayrıntılı bilgiler yalnızca Federal Hükümet, eyaletler ve Sağlık Bakanlığı'ndaki bir grup sözleşmeli uzman (LKF ekibi) tarafından kullanılabilir. Bu çevre dışındaki araştırmacılar için, hastane etkinlik verilerine ulaşmak çok zordur. Ancak, böyle bir araştırma yapmak Avusturya'daki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Uygulama zorluğuna rağmen PbR, NHS, İngiltere'de neredeyse tüm yataklı hasta bakımını kapsayan fonlama mekanizması olarak ortaya çıkmıştır. İstenmeyen sonuçlara ve üst-kodlamaya ilişkin endişeler, tarife ile finanse edilen hastane faaliyetlerinde büyük artışlar olduğunu ortaya koymamıştır. Bu, PbR' nin alıcılar (PCT'ler) arasında yaygın finansal istikrarsızlığa yol açmadığını belirtmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bunun nedeni, PCT' lerin sağlayıcı etkinliği ve performansını izlemelerini geliştirmeleri olabilir; Bazıları, önlenebilir hastane kabullerini azaltmak için inisiyatiflere kullanarak talebi karşılamaya çalışmışlardır (Audit Commission, 2008).

Bununla birlikte, hastaneleri daha seçkin bir faaliyet yürütmek için motive eden güçlü teşvikleri sınırlamakta daha az başarı sağlanmıştır (Mannion ve ark., 2008).

HRG4 - 2009/2010 tarifesinin temelini oluşturan yeni sınıflandırma sistemi, ödeme sisteminin hakkaniyetini artırma potansiyeline sahiptir. 'Ayrıştırmanın' rolü artmıştır ve kategorilerin sayısı artmıştır. Farklı karmaşıklık düzeylerine göre hastaların daha büyük bir şekilde ayrılması, prensip olarak, ödemelerin, casemix farklılıklarını daha iyi yansıtmasını sağlamaya yardımcı olmalıdır. Ancak, daha önce tek bir tarife ile ödenen faaliyetlerin artık ayrı olarak finanse edilmesinden dolayı, bütçelemenin bütçe üzerinde daha fazla baskıya yol açma riski vardı (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bugüne kadar, Fransa'daki GHM bazlı hastane ödemeleri, verimlilik, şeffaflık, fon sağlama ve kalitenin artırılması bakımından belirtilen hedeflere ulaşmakta yetersizdir. Maliyet verisi, verimli sağlayıcıları tanımlamak için uygun değildir. Verimliliğin iyileştirilmesi açısından, ambulatuvar faaliyetteki artışın ne ölçüde etkin bir artış olduğunu ve bunun ne kadar yanlış veya yanlış kodlamadan kaynaklandığı bilinmemektedir.

Geri kabul ve ölümcül mortalite oranları gibi kalite göstergeleri de yoktur. Buna ek olarak, makro düzeydeki hacim / fiyat kontrol mekanizması da ters gibi görünmektedir. Hastaneler için son derece opak bir ortam sağlanır, bu yüzden gelirlerini faaliyetlerine göre tahmin edememektedirler. Fiyatlar, sağlık hizmetlerini teşvik eden maliyetlerden bağımsız olarak (aşamalı olarak) belirtilmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Özellikle özel olanları, daha az pahalı olanlara tercih edilmektedir. Beklenen faydalanıcıları verimlilik ve verimlilik açısından elde etmek için GHM sisteminin izlenmesini ve şeffaflığını geliştirmek gerklidir.

Bireysel sağlayıcılara net hacim ve kalite sinyalleri vermek verimi artırabilir. Her vaka ödeme sisteminde olduğu gibi, G-DRG sistemi güçlü ve zayıf yanları Tablo 5. 1.' de özetlenmiştir. Hastane hizmetlerinin daha hassas bir şekilde belgelenmesi nedeniyle artan

şeffaflık, tanımlanmış olan temel güçlerden biridir. Yıllık özetlenmiş 21 veri setlerine dayanarak, Alman hastanelerinde sunulan hizmetlerin ve hasta özelliklerinin yapısal bir özeti oluşturulmaktadır. Bir başka avantaj G-DRG sistemini desteklemede hastanelerin (artan) uyumluluğudur, bu da kaynak tüketiminin doğru bir şekilde özetlenmesini ve adım adım bir giriş sürecini belirtmektedir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

**Tablo 5. 1.** G-DRG sisteminin güçlü ve zayıf yanları

Güçlü	Zayıf
Şeffaflık ve dokümantasyon	Geri ödeme için kalite düzeltmesi yok
Hastanelerin uygunluğu	Farklı girdi fiyatlarının yansımaları yok
Geri ödeme aracı	Tekdüzen muhasebe sistemi, ancak hastanelerin tam bir örneği yok
Hassas	DRG sayısı ile artan karmaşıklık

Gerçekten de hastaneler 2004'ten beri G-DRG'leri kullanmak zorunda kaldı, ancak hastanelerdeki zayıf işbirliğinin giriş sürecini genişletmiş olması muhtemel. 2005 yılında üniversitelerden ve diğer büyük hastanelerden gelen maliyet verilerinin dahil edilmesi ile INEK tarafından Case Ücret Kataloğu'nun geliştirilmesi için daha karmaşık hizmetler sunulmuştur. Maliyet verisi veren hastanelerin daha büyük maliyet oranlarına sahip olması nedeni ile sistem şu anda yaygın olarak kabul görmemektedir. G-DRG'lerin kullanımı geri ödeme de belirtilmektedir. Her kodlanmış vaka bir faturaya eş değer olduğundan dolayı, hastanelerin hastalık fonları tarafından faturalarının incelenmesini önlemek için doğru bir

şekilde kod yazmaları önerilmiştir. Bu, Almanya'da hastane hizmetlerinin daha kaliteli ve doğru kodlanmasına neden olur (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Bu güçlü yönler rağmen, bazı zayıflıklar ve iyileştirme ihtiyacı olan alanlar da bulunmaktadır. İlk olarak, yatarak tedavi kalitesinin göstergeleri dahil değildir. Bu nedenle, geri ödeme seviyesi hizmet sunumunun kalitesiyle ilişkili değildir. Almanya'da bakım hizmetlerinin geri ödeme konusunda P4P kalitesine dahil edilmesine ilişkin farklı yaklaşımlar tartışılmıştır. Almanya'da son yıllarda P4P sistemlerini tanıtan diğer ülkelerden etkililik ve maliyet etkinliği konusunda bilgi içermemesi nedeniyle P4P 'ün uygunluğu konusunda şüpheler bulunmaktadır (Lüngen ve ark. , 2008).

Ayrıca, rutin verilerin bir sonucu olarak kalite göstergelerinin geliştirilmesi çalışmaları sürdürülmektedir (Busse ve diğ. , 2009). Bu nedenle, kalite ve geri ödeme arasındaki bağlantı G-DRG sisteminin daha da geliştirilmesi için en önemli konulardan biridir.

İkinci olarak, INEK, Hasar Bedeli Kataloğunu, Almanya'da hastane girdi fiyatlarının farklılık göstermediği ve tüm hastanelerin aynı koşullarda çalıştığı varsayımıyla hesaplamaktadır. Tüm vakalar aynı hastanede tedavi edilmiş gibi özetlenip ele alınmaktadır. Bu hastane yaklaşımı, geri ödeme sistemi içerisinde hastane-spesifik (yapısal) maliyetlerin dikkate alınmasını engellemektedir. Ancak, mevcut araştırmalar, hastaneler tarafından kontrol edilemeyen yapısal farklılıkların hastane maliyetlerini etkilediğini belirtilmektedir (Busse ve ark. , 2008). Bu nedenle, yapısal farklılıklar nedeniyle daha yüksek maliyete sahip hastaneler yeterli geri ödeme alamama sorunu yaşayabilirler.

Üçüncü olarak, maliyet ağırlığı hesaplamasının istatistiksel gücünü arttırmak için maliyet verisi veren hastanelerin örneklem büyüklüğü genişletilebilir. InEK'in maliyet muhasebesi şeması ile standart olarak, daha fazla hastane verileri kolaylıkla birleştirilebilir. Almanya genelinde ortaya çıkan tekdüzen muhasebe sistemi, verimlilik karşılaştırmaları ve kıyaslama projelerini basitleştirecektir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

DRG sistemlerinin bilinen olumsuz yönü, artan DRG' ler ile karmaşıklığın artmasıdır. 1200 grup ve birkaç ek ödeme içeren mevcut G-DRG sistemi ile beraber, her hastanenin kodlama amacıyla uzman personel bulundurması zorunludur. Bu ek çaba, bireysel hastane ve tüm sistemin avantajlarına karşı ölçülmelidir (Busse, Geissler, Quentin ve Wiley, 2011).

Türkiye’ de; Bu teknik işlevlerin, karar alıcılar tarafından stratejik bir bakış açısıyla koordine edilmesi ve DRG sisteminin Türkiye’de hayata geçirilmesi sürecinde genel sağlık politikası hedeflerine uyarlanması gerekmektedir. Mevcut durumda bu işlevler farklı paydaşlar arasında paylaştırıldığından, DRG ile ilgili teknik faaliyetlerin uygulanmasında HUAP 2 Projesinin önerdiği Ulusal Komitelerin rehberlik etmesi tavsiyesinde bulunmaktadır. DRG sisteminin uygulamaya konmasıyla ilgili olarak bu Komitelerin ilgilenmesi düşünülen başlıca alanlar ile orta ve uzun vadede her Komite için tavsiye edilen yapı, proje ekibi tarafından hazırlanıp sunulan “E.1. 2 DRG Faaliyetlerinin Yaygınlaştırılması İçin Gerekli Politikaların Geliştirilmesi ve İzlenmesi Amacıyla Ulusal (DANIŞMA) Komitelerinin Kurulması” öneri raporunda belirtilmiştir. Komitelerin kısa vadede, Projenin Çekirdek Gruplarının temsilcilerinden uygun şekilde atanarak oluşması tavsiye edilmiştir (HUAP 2, 2007).

Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Ocak-Haziran 2018 tarihlerinde yapılan çalışma sonucu; Özellikle TİG kodlayıcı sayısının yetersiz olması nedeni ile hastanede tedavi gören hastaların klinik verilerinin tam olarak kodlanamamasından dolayı SUT ve TİG karşılaştırması yapılamadı. Çalışmada SUT ‘a göre kemoterapiye seans başı ödeme yapılmakta, yatarak veya günübirlik uygulanan kemoterapi seans ücretleri eşit ve paket dışıdır. TİG uygulamalarında kemoterapi seans ücretleri paket içerisinde yer almaktadır. Yatan hastalarda kodlama yapılmakta ve günü birlik tedaviler seans sayısına göre (aylık) toplu bildirilmektedir.

-Çalışmada HBYS’ in hasta klinik verilerini sunmada yetersiz olduğu (örnek: klinik hasta dosyalarının HBYS de demografik verilerinde cinsiyet ayrımının yer almadığı ve bazı hastalarda yaş bilgilerinin farklı zamanlarda farklı girilmesi) bunun için geliştirilmelidir.

-TİG Birimi kodlayıcı sayısının 3 kişi olduğu ve mevcut klinik verileri kodlamadaki eksikliklerin giderilmesi için minimum 10 kişi olması gerekmektedir.

-TİG kodlayıcı personelinin HBYS sisteminden seri bir şekilde veri akışı elde edebilmesi için (örneğin: hemodiyaliz tedavisi gören hastalar için HBYS programında klinik adı altında birim oluşturulmuştur. Bu sayede hemodiyaliz tedavisi gören hastaların verilerine kısa yoldan ulaşılabilmektedir. Bu uygulamanın benzeri kemoterapi alan hastalar için de yapılabilir. Bu sayede kemoterapi alan hasta verilerine daha kolay ulaşılabilecektir.

- Hastanelerde maliyet kontrolünün sağlanması ve verimliliğin artırılması; HBYS sisteminin kaliteli olmasına ve yapılan tetkik tanı ve işlemlerin doğru ve zamanında kodlanarak sağlıklı veri oluşturulmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmada da bu sonuç değişmemiştir.

- Hastanelerde yaşanan veri aksaklıklarını giderecek ve doğru bilgilere eksiksiz erişim sağlayabilmek için mobilite uygulamalarına yönelik yatırımlar yapılmalı ve mevcut uygulamalar geliştirilmelidir. Mobilite: Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen kurumsal ve klinik uygulamalarının günümüzün gelişmiş bilgi teknolojileri kullanılarak dijital aktarımı sağlayan ve kağıt tabanlı yönetim ve çözüm sisteminden, bilgi tabanlı yönetim sistemine yardımcı olan bir uygulama olarak ifade edilmektedir (Ak, ab.org.tr/ab10/bildiri/210.doc, 2018).

- Hastane yöneticilerinin ve bakanlığın; zamanında, doğru ve tutarlı verilerin oluşması için gerekli alt yapı eksikliklerini gidermesi gerekmektedir. Bu sayede elde edilen veriler güvenilir olacak, alınan kararlarda yanılma payı azalacaktır. Sağlık sektöründe stratejik planlar daha uzun süreli yapılabilir ve yanılma payı minimize edilebilir.

## KAYNAKÇA

- Abel-Smith B. (1994), *An Introduction to Health. Policy, Planning and Financing*. Longman Group Limited, New York.
- Ağırbaş, İ. (2016), *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Ak, B. (1990), *Hastane Yöneticiliği*, Özkan Matbaası, Ankara.
- Ak, B. (1991), *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Meinler Matbaası, İstanbul.
- Ak, B. (2001), *Hastane İşletmelerinin Özellikleri ve Profesyonel Hastane yöneticiliği*, Yeni Türkiye, s. 1315.
- Ak, B. (2001), *Kavramlar ve Sağlık Sistemi*, Yeni Yüzyıl, s. 299.
- Ak, B. (2001), *Yataklı Tedavi Kurumları*, Yeni Türkiye, s. 854.
- Ak, B. *Tıp Bilişiminde Mobilite Uygulamaları*, [ab.org.tr/ab10/bildiri/210.doc](http://ab.org.tr/ab10/bildiri/210.doc), Erişim Tarihi: 11.07.2018.
- Akar, Ç. (1992), *Hastane İşletmelerinde Yönetim Muhasebesi*. Yayınlanmış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Akar, Ç. v.d. , (2006), *Ulusal DRG s Geliştirme Çalışmalarının Sonuçları*,(D.B.3. 2.),Aralık, s.70-77.
- Aktüel, S.(2006), *Teşhisle İlişkili Gruplar TİG nedir*, <https://www.saglikaktuel.com>, erişim, 25.06.2018.
- Anthony, P. (1993). *Healthcare resource groups in the NHS: a measure of success*. *Public Finance and Accountancy*, 23: 8–10.
- ATIH (2007). *Modalités de calcul du référentiel national de coûts 2007*. Données ENCC 2007. Lyon: Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=2585>, accessed 4 July 2011).
- ATIH (2009). *Manuel des GHM, version 11*. Lyon: Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000250002DFF>, accessed 4 July).
- Audit Commission (2006). *Payment by Results Assurance Framework: Pilot Results and Recommendations*. London: Audit Commission.
- Audit Commission (2008). *The Right Result? Payment by Results 2003–2007*. London: Audit Commission ([http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/The\\_right\\_result\\_PbR\\_2008.pdf](http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/The_right_result_PbR_2008.pdf), accessed 29 June 2011).

Audit Commission (2010). Improving Data Quality in the NHS: Annual Report on the PbR Assurance Programme 2010. London: Audit Commission.

Ayanoğlu, Y. ve Beylik, U. (2014), "Sağlık İşletmelerinde Geri Ödeme Modeli Olarak DRG", Kavramlar, Metodolojiler, Ülke Deneyimleri ve Karşılaştırmaları, Gzai Kitabevi Tic. Ltd. şti. , Ankara.

Barnum, H. , Kutzin, J. , Saxenian, H. (1995), "Incentives and Provider Payment Methods", IWorld Bank HRO tWorking Papers, HROWP 51, USA.

<http://tig.saglik.gov.tr>; Başara, Ü. (2018), Teşhis İlişkili Gruplar TİG, , Erişim Tarihi: 23.07.2018.

Bayrak L. (2013), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilimdalı İstanbul,2013

Bellanger, M., Tardif, L. (2006). Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France. Health Care Management Sciences, 9:295–305.

Beyatlı, H.Z. (2017), Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayınevi, Ankara, s.26.

BMG (2010). The Austrian DRG system. Vienna: Bundesministerium für Gesundheit

BMGFJ (2008). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Änderungen und Neuerungen im Modell 2009. Vienna: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Braun, T. , Rau, F., Tuschen, K.H. (2007). Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz, in J. Klauber, B.P. Robra, H. Schellschmidt, eds. Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer.

Busse, R. , Geissler, A. , Quentin, W. and Wiley, M. (2011), Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals Two Penn Plaza, New York, NY 10121-2289, USA.

Casto, A.B., Layman, E. (2006), " Principles of Healthcare Reimbursement", Michigan: American Health Information Management Association.

Chawla, M., Windak, A. , Berman, P. ve Kulis, M.(1997), "Paying the Doctor: Review of Different Methods", Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project, Boston, USA.

CNAM (2006). Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes. Paris: Caisse National d'Assurance Maladie (<http://www.securite-sociale.fr/institutions/fraudes/fraude.htm>, accessed 4 July 2011).

Coles, J.M. (1993). England: ten years of diffusion and development, in J.R. Kimberley, G. de Pourourville, eds. The Migration of Managerial Innovation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.



Creese A. ,(1997 ),User fees. *British Medical Journal*;315:202-3.

Darzi, A., Department of Health (2008). *High-Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report*. London: Department of Health.

Darzi, A., Department of Health (2008). *High-Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report*. London: Department of Health

Deber RB. Forget EL, Roos LL. , (2004), Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. *Health Policy*;70111: 49-66

Department of Health (2007). *Options for the Future of Payment by Results: 2008/2009 to 2010/2011*. Leeds: Department of Health.

Department of Health (2008). *Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Payment Framework*. London: Department of Health.

Ersoy Z. (2014), *Geri Ödeme Modeli Olan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. Ankara: Gazi Üniversitesi.

Esmeray, A. (2006), *Hastanelerde Maliyetleme ve Faaliyete Dayalı Maliyetlemeye İlişkin Bir Uygulama, Doktora Tezi*. Erciyes Ünivesitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.

Fetter, R.B.,(1991);"Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance",*Interfaces*,(21)1,s.6-26.

Fişek. G., v.d.(1998),*Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, Türkiye Ekonomik ve TOPLUMSAL Tarih Vakfı*,s.24-25.

Folland, S. , Allen, C. Goodman ve Miron, S. (1997). "The Economics of Health and Health Care", New Jersey, Prentice Hall.

Glaser. W. ( 1987). "Paying The Hospital: The Organization, Dynamics. And Efficiency of Differing Financial Arrangements", Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Gottret R Schieber G. (2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Geneva: The World Bank; p. 61-6.

Grubinger, T., Kobel, C., Pfeiffer, K.P. (2010). Regression tree construction by bootstrap: model search for DRG systems applied to Austrian health data. *BMC Medical Informatics and Decision-Making*, 10:9.

Güzel, A. , Okur, A.R. (2004). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, Beta Yayınları, 10.Baskı.

HCAAM (2009). *Note sur la situation des établissements de santé*, Avril 2009. Paris: Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Hoare G., Mills. A. , (1986), *Paying for the Health Sector*, EPC Publication No:12, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.

Hofmarcher, M.M., Riedel, M. (2001). Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat, Schwerpunktthema. Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme? Health System Watch, 1/Frühjahr:1–24.

Hsiao, W.C. , Sapolsky. H.M. , Dunn. D.L., Weiner. S.L. , (1986), “Lessons of the New Jersey DRG Payment System” , Health Affairs, Summer, sayı: 5, s. 32-45.

<https://www.saglikaktuel.com>, Erişim Tarihi: 10.08.2018

HUAP 2, (2007). HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi, 2. Faz, 09.04.2007

InEK (2004). Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH.

InEK (2007). Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3. 0. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH.

Işık A. Kadir, (2005). Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi, Bursa.

İnce, G. (2014). Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının.

İstanbuloğlu, H. , Güleç, M., Oğur, R. (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yönetimleri”Dirim Tıp Gazetesi.

Karacık A. (2009), Türkiye’de sağlık sigortaları. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II;40141:1029-39

Kaya, N. (2008).Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı.

Langenbrunner J.C. , Somanatha A. Financing Health Care in East Asia and the Pasific: Best Practices and Remaining Challenges, The World Bank Washington, D.C. (The International Bank For Reconstruction and Development) 2011, (3), 70.

Mannion, R. , Marini, G.,Street, A. (2008). Implementing payment by results in the English NHS: changing incentives and the role of information. Journal of Health Organization & Management, 22: 79–88.

Mason, A., Goddard, M. (2009). Payment by Results in Mental Health: A Review of the International Literature and an Economic Assessment of the Approach in the English NHS. York: University of York Centre for Health Economics.

MDS (2011). Abrechnungsprüfungen der MDK in Krankenhäusern sind angemessen, wirtschaftlich und zielführend. Zahlen und Fakten der MDK-Gemeinschaft. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

- Michelot, X., Rodrigues, J.M. (2008). DRGs in France, in J.R. Kimberly, G. de Pourville, T. D'Aunno, eds. *Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miraldo, M., Goddard, M., Smith, P.C. (2006). *The Incentive Effects of Payment by Results*. London: Dr Foster Intelligence.
- Miraldo, M., Siciliani, L., Street, A. (2008). *Price Adjustment in the Hospital Sector*. York: University of York.
- Mossialos, E. and Dixon, A. , (2002), "Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options", Mossialos, E. Et al (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.
- Narmanlı, M.,v.d. , (2012), "Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası", IX.Ulusal Tıp Kongresi, s. 29-38.
- NHS Executive (1997). *The New NHS: Modern, Dependable*. Leeds: NHS Executive.
- Normand. C. , Weber. , A. (1994), *Sociat Health Insurance: A Guidebook for Planning* World Health Organization. WHG7SHS/94. 3.
- OECD (2010). *OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development ([http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html), accessed 20 August 2010).
- Orhaner, E. (2006), *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası*, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 1, ss. 1-22.
- ÖBIG (2008). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008*. Vienna: Bundesministerium für Gesundheit.
- Özal H.ve Bekçi İ.(2010) *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi / Journal of AcademicResearches and Studies Cilt 2, Sayı 3, Kasım*
- Özgülbaş, N. (2014), *Sağlık Sektöründe Hizmet ve Hastalık Maliyet Analizi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Pinto, Matilde ve Anderson, Bernt. , (2001), *Paying Health Care Providers in the Caribbean*. Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization, Washington, D.C.
- Ron A. , Abel-Smith, B. and Tamburi, G. , (1990), *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*, ILO, Geneva.
- Saltmān, R.B. ,(2004).; *Social Health Insurance in Perspective: The Challenge Of Sustaining Stability*", Philadelphia: Open University Press, s.4-5.
- Sanderson, H.F. (1995). *The use of healthcare resource groups in managing clinical resources*. *British Journal of Hospital Medicine*, 54: 531–4.

- Scheller-Kreinsen. D. , Geissler. A. , Busse. R. (2009),” The ABC of DRGs” , Euro Observerrverr The Health Policy Bulltein of the European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 11, Number 4,s.1-5.
- Schreyögg, J. , Tiemann, O., Busse, R. (2006). Cost accounting to determine prices: how well do prices refl ect costs in the German DRG system? Health Care Management Science, 9: 269–80.
- Street, A. , Dawson, D. (2002). Costing hospital activity: the experience with healthcare resource groups in England. European Journal of Health Economics, 3:3–9.
- Street, A. , Maynard, A. (2007). Activity-based fi nancing in England: the need for continual refi nement of payment by results. Health Economics, Policy and Law, 2:419–27.
- Sur, Haydar. (2013), Hastane Yönetimi, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Şencan, İ. , Demir, M. (2013); Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı, Ankara.
- Telyukov, A.(2001),” Prospectice Case- Based Payment for Hospitals: A Guide with IIIustrations from America”, Latin America Countries Research Health Sector Reform İnitative.
- Tengilimoğlu, D. V.d. ,(2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara.
- Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi-Versiyon1.0 Aralık 2014.
- TİG e- Bülteni, (2009), “Maliyetlendirmeye İlişkin Sıkça Sorulan Sorular”, Sayı:8, Mart-Nisan, s. 16.
- TİG Uygulama Rehberi. (2011), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- Uz, H.(1995), Hekimlerin Ücretlendirme Modelleri: Karşıştırmalar ve Avrupadaki Uygulamalar, 3(1); 56- 58.
- WHO, (2000), The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva.
- WHO, (2004), Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, by Guy Carrin and Chris James, Discussion Paper, N.2, Department “Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster “Evidence and Information for Policy (EIP)”, Geneva
- WHO, (2009),” Alma-Ata Deklerasyonu”, Dünya Sağlık Örgütü web sayfası.[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).,Erişim Tarihi: 02.05.2018.

[www.tig.saglik.gov.tr](http://www.tig.saglik.gov.tr), Erişim Tarihi: 08.07.2018

Yenimahalleli Yaşar G. (2007), Sağlık Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Ankara Üniversitesi.

Yıldırım, HH. (2012). Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı, HH. Yıldırım (E.d.t.) Sağlık Sigortacılığı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Yayın No. 1498, s. 40-69.

Yılmaz, A. (2015), Hastanelere Geri Ödemede Sağlık Uygulama Tebliği ile Teşhis İlişkili Gruplar Karşılaştırması: Kolesistektomi Vakası Örneği, İşletme Bilim Dergisi, Cilt:3, sayı: 2, s. 41-51. Avustralya.

## EKLER

### Ek- 1: İBAG Listesi

No	İBAG Açıklama	İBAGKOD
1	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon(SUT P915030)	İBAG-010
2	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon(SUT P915031)	İBAG-011
3	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon(SUT P915032)	İBAG-012
4	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon(SUT P915033)	İBAG-013
5	Hemodiyaliz	İBAG-020
6	Kemoterapi	İBAG-030
7	Radyoterapi	İBAG-040
8	Tomoterapi Planlama (Her bir yeni hasta için yapılan tüm planlama, tasarlama doz hesaplama)	İBAG-070
9	Tomoterapi Seans Adedi	İBAG-071
10	Evde Bakım	İBAG-EB
11	Sünnet	İBAG-S
12	ESWL	İBAG-ESWL
13	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetleri	İBAG

### Ek- 2: BBAG Listesi

No	BBAG Açıklama	BBAGKOD
1	İç Hastalıkları	BBAG -1000
2	Romatoloji	BBAG -1055
3	Nefroloji	BBAG-1062
4	İş ve Meslek Hastalıkları	BBAG- 1068
5	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	BBAG- 1069
6	Hematoloji	BBAG-1070
7	Geriatri	BBAG-1073
8	Gastroenteroloji	BBAG-1076
9	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	BBAG-1078
10	Kardiyoloji	BBAG-1100
11	Göğüs Hastalıkları	BBAG-1171

12	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	BBAG-1200
13	Nöroloji	BBAG-1300
14	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	BBAG-1400
15	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	BBAG-1500
16	Neonatoloji	BBAG-1561
17	Çocuk Nörolojisi	BBAG-1583
18	Çocuk Nefrolojisi	BBAG-1584
19	Çocuk Metabolizma Hast	BBAG-1585
20	Çocuk Kardiyolojisi	BBAG-1586
21	Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	BBAG-1589
22	Çocuk Göğüs Hastalıkları	BBAG-1590
23	Çocuk Gastroenterolojisi	BBAG-1591
24	Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	BBAG-1592
25	Çocuk Endokrinolojisi	BBAG-1593
26	Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları	BBAG-1594
27	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	BBAG-1600
28	Deri ve Zührevi Hastalıkları	BBAG-1700
29	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	BBAG-1800
30	Genel Cerrahi	BBAG-1900
31	Gastroenteroloji Cerrahisi	BBAG-1975
32	Çocuk Cerrahisi	BBAG-2000
33	Göğüs Cerrahisi	BBAG-2200
34	Kalp ve Damar Cerrahisi	BBAG-2300
35	Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	BBAG- 2387
36	Beyin ve Sinir Cerrahisi	BBAG- 2400
37	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	BBAG- 2500
38	Ortopedi ve Travmatoloji	BBAG- 2600
39	El Cerrahisi	BBAG- 2679
40	Üroloji	BBAG- 2700
41	Çocuk Ürolojisi	BBAG- 2781
42	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	BBAG- -2800
43	Göz Hastalıkları	BBAG- 2900
44	Kadın Hastalıkları ve Doğum	BBAG--3000
45	Algoloji	BBAG-3197
49	Spor hekimliği	BBAG-4000
47	Acil	BBAG-4400
48	Halk Sağlığı	BBAG-4600
49	Aile Hekimliği	BBAG-4800
50	Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	BBAG-5100
51	Diğer Ayaktan Branş	BBAG-9998
52	Pratisyen Hekim Muayenesi	BBAG-9999
53	Çocuk Romatoloji	BBAG-9997

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı, Soyadı YUNUS GÜLER  
Uyruğu; T.C  
Doğum tarihi ve yeri 07.03.1989/ YÜREĞİR  
Medeni hali EVLİ  
Telefon 05399424846  
e-posta yguler453@gmail.com

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Lisans	Atatürk Üniversitesi/ Sağlık Kurumları Yönetimi	2017
Lisans	Anadolu Üniversitesi/ İktisad Fakültesi/ Kamu Yönetimi	2015
Lise	Kozanoğlu Lions Lisesi	2006
İş Deneyimi, Yıl	İşyeri	Görev
2011, çalışıyor.	Adana Şehir Hastanesi	Kontronör

### Yabancı Dili

İngilizce

### Hobiler:Kitap

kumak, yüzme



T.C.  
TOROS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İNTİHAL PROGRAMI RAPORU

İŞLETME ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih: 07/10/2018

~~Tez~~ Başlığı: DÜNYA' DA VE TÜRKİYE' DE DRG UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER  
Yukarıda başlığı gösterilen ~~tez~~ çalışmamın;

- a) Giriş,  
b) Ana bölümler ve  
c) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 112 sayfalık kısmına ilişkin 07/10/2018 tarihinde şahsım. ~~tez~~ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak atılmış olan orijinalite raporuna göre, ~~tez~~ benzerlik oranı % 8 'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kaynakça hariç  
2- Alıntılar hariç  
3- Benzer kelime sayısı 10 adet  
yapıldığında en fazla %10,

- 1- Kaynakça hariç  
2- Alıntılar dahil  
3- Benzer kelime sayısı 10 adet  
yapıldığında en fazla %30'u geçmemelidir.

Seminer çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Yukarıda belirtilen başlıkta danışmanımla birlikte tamamlamış olduğum seminerimin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir. Seminerimin seminer yazım kurallarına uygun olarak ve intihal olmaksızın hazırladığımı taahhüt eder; intihal olması durumunda seminer çalışmamın başarısız sayılacağını ve mezuniyetimin iptalini kabul ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı : Yunus GÜLER

İmzası :  Tarih: 07/10/2018

Yukarıda kişisel ve seminer bilgileri verilen öğrencimin belirtilen başlıkta birlikte tamamlamış olduğumuz seminer Turnitin intihal yazılım programında kontrol edilmiş ve etik bir ihlale rastlanmamıştır. İntihal yazılım programının rapor çıktısı ektedir. Ayrıca seminerin fikir/araştırma sorusu, yöntem, bulgular ve tartışma kısımları özgün olup kısmen veya tamamen diğer çalışmalardan alınan kısımlar olduğu durumlarda kaynak belirtilmesine dikkat edilmiştir.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Danışmanın Unvanı-Adı-Soyadı: Öğr. Gör. Dr. Bilal AK

İmzası :  Tarih: 07/10/2018

Ek: İntihal yazılım programının rapor çıktısı (3 sayfa)



# DÜNYA' DA VE TÜRKİYE' DE DRG UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER

ORIJINALLIK RAPORU

%8

BENZERLİK ENDEKSİ

%8

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%2

YAYINLAR

%1

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

[dosyamerkez.saglik.gov.tr](http://dosyamerkez.saglik.gov.tr)  
İnternet Kaynağı

%3

2

[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)  
İnternet Kaynağı

%1

3

[dergi.iibf.gazi.edu.tr](http://dergi.iibf.gazi.edu.tr)  
İnternet Kaynağı

%1

4

[www.sohbet3.com](http://www.sohbet3.com)  
İnternet Kaynağı

%1

5

[www.tkhk.gov.tr](http://www.tkhk.gov.tr)  
İnternet Kaynağı

%1

6

[dergipark.ulakbim.gov.tr](http://dergipark.ulakbim.gov.tr)  
İnternet Kaynağı

%1

7

[acikarsiv.ankara.edu.tr](http://acikarsiv.ankara.edu.tr)  
İnternet Kaynağı

%1

Alıntılarını çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< %1

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde