

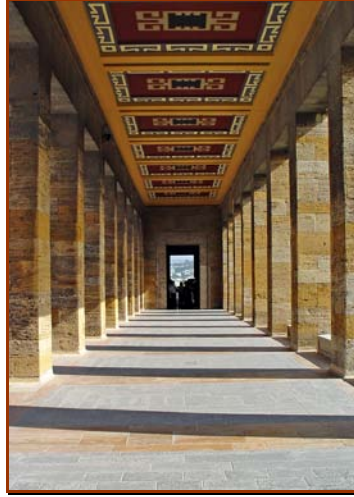


HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YAPISININ GÜÇLENDİRİLMESİ VE YENİDEN YAPILANDIRILMASI İÇİN ALTYAPI GELİŞTİRİLMESİ PROJESİ

KARAR ALICILAR İÇİN SEÇİLEN DRG SİSTEMİNİN BENZERLİK-FARKLILIK ANALİZ RAPORU (D.B.1.2)

15.09.2005



Australian Government
Health Insurance Commission



National Centre for Classification in Health



İçindekiler

İçindekiler	2
Şekiller Dizini	3
Tablolar Dizini	3
BÖLÜM 1: Proje Tanıtımı ve Benzerlik-Fark Analizinin Amacı	4
1.1 Giriş	4
1.2. DRG Hastane Faaliyet Analizine İlişkin Olarak Türkiye’deki Mevcut Durum	5
1.3. DRG’nin geliştirilmesini öneren yakın tarihli projeler	5
1.4. “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme” Projesinde DRG’lerin rolü	6
1.5. Raporun DRG analiz kapasitesini ve benzerlik-farklılıkları inceleme şekli	10
BÖLÜM 2: Modern Sağlık Sistemlerinde DRG’lerin Rolü	13
2.1. DRG’lerle neler yapılabilir?	13
2.2. DRG Gereklere	13
2.3. Hastaların benzer özelliklere göre gruplandırılması	14
2.4. DRG’lerin Kullanımları	17
2.4.1 Global Etkinlik Gözetimi	18
2.4.2 Global Kaynak Tahsisi	18
2.4.3 Kıyaslama	18
2.4.4 Finansman ve Sözleşme Müzakereleri	18
2.4.5 Gerçek Zamanlı Süreç İzleme	19
2.4.6 Bireysel Hastalar için Uygun Olmayan Bakımın Tanımlanması	19
2.4.7 Hastanelerde Bölüm/Servis Bütçesinin Oluşturulması	20
2.4.8 Klinik Yollar	20
2.4.9 Klinik Uygulamalarda Yenilik	21
2.4.10 Bakım Kalitesi	21
2.5. DRG Ağırlıkları	22
2.5.1 Maliyetlendirme Metodolojileri	23
2.6. Uygun DRG programlarına geçişin olası sonuçları nelerdir?	28
2.6.1 Hükümet/Finansör	28
2.6.2 Hastaneler	28
BÖLÜM 3: Veri Kaynakları ve Benzerlik-Fark Analizi	30
3.1. Veri Kaynakları ve Kullanım Alanları	30
3.2. Bugüne kadar ki bulgulara genel bakış	31
3.3. Kanunlar ve Mevzuat	33
3.4. Hastalara DRG Kategorisi Atanması	35
3.4.1 Genel	35
3.4.2 Türkiye’deki İlk AR-DRG Gruplandırma Denemesi	38
3.5. Maliyetlerin Hastalara Dağıtılması	44
3.5.1 Maliyetlerin Hastalara Dağıtılması ve Maliyetlerin Etkinliklere Dağıtılması	44
3.5.2 Bulgulara Genel Bakış	45

3.5.3 İlk Hastane Ön Gözlemleri	47
3.6. Hastane Raporlaması	49
BÖLÜM 4: Sonuçlar	51
4.1 Sonraki Adımlar	53
Kısa Vadeli (Proje Süresince)	53
Orta Vadeli (2-3 yıl)	53
Uzun Vadeli (4-10 yıl)	54
Ekler Listesi	55

Şekiller Dizini

Şekil 1. Çekirdek Gruplar ve Hastanelerindeki bilgi akışı arasındaki ilk ilişki	9
Şekil 2. Türkiye’de Sağlık Bilgilerinin Akışı	36

Tablolar Dizini

Tablo 1. DRG’ler tarafından desteklenen etkinlikler	17
Tablo 2. Tipik bir Avustralya Eğitim Hastanesinde DRG Finansmanından Önce ve Sonraki Etkinlik İstatistikleri	29
Tablo 3. AR-DRG Gruplandırma Yazılımının ilk örnek hastane verilerinde kullanılmasıyla elde edilen ilk döngünün sonuçları	39
Tablo 4. Hastaneye Kabul Edilen Hasta Kaydı Başına Rapor Edilen Tanıların Sayısı	40

BÖLÜM 1: Proje Tanıtımı ve Benzerlik-Fark Analizinin Amacı

1.1 Giriş

Bu proje için sunulan ilk öneride, akut hastane faaliyetlerini gözlemlemek ve finanse etmek üzere bir DRG sisteminin kurulması için hükümet ve hizmet sunucularla görüşmeleri yapmak üzere uluslararası bir konsorsiyum (IC) tarafından bir proje ekibi öngörülmüştür. Oluşturulacak bu kapasite, aşağıdaki alanlarda faaliyet gösterecekti;

- Kilit paydaşlara eğitim ve öğretim sağlamak,
- İlgili kanun ve yönetmelikleri irdelemek ve incelemek,
- Veri toplama, uygulama planı ve projeye dahil edilecek hastanelerin belirlenmesi konusunda uzlaşmaya varma,
- Sağlık hizmetleri sunumunu ölçmede ve iyileştirmede DRG sisteminin etkisine ilişkin beklenti uyandırmak ve geliştirmek,
- Uygulama ile hastane ve ayaktan hasta bakımında oluşacak değişimleri gözden geçirmek.

Bu önerinin hazırlandığı tarihte, Türk sağlık sisteminin daha iyi anlaşılması için bir benzerlik-fark analizi önerilmiştir. Bunun birinci amacı, hastane ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile yapılacak tartışmalarda düşünce ve önceliklerin dikkate alınmasını sağlamaktır.

Proje süresince pek çok kilit paydaşla görüşmeler yapılmış olup, bu görüşmeler devam etmektedir. Bu proje konusuna giren uzmanlık alanlarında, üç adet üst düzey Çekirdek Grup Toplantısı gerçekleştirilmiştir. Örnek veri özetleri toplanmış ve bunların durumuna ilişkin ön analizlere başlanmıştır.

Bu gelişmelerin gerçekleştirilmesinin aşağıda sunulan etmenlere bağlı olduğu belirlenmiştir;

- Sigorta Kuruluşları, Hükümet ve Hastane temsilcilerinin IC personeliyle birlikte çalışmak üzere görevlendirilmesi,
- Hastane personelinin projeye katkıda bulunacağı hastane alanlarının belirlenmesi,
- Proje konusunda ülke genelinde bir uzlaşmaya varılması ve veri toplamak üzere ilave hastanelerin belirlenmesi,
- Eğitim faaliyetlerini desteklemek üzere ilave fonların sağlanması ve projeye hükümet ve sigorta kuruluşlarınca katkı sağlanması,

- Proje kapsamında olan hastanelerin kodlama, veri toplama ve veri analizinde çalışmak üzere personel tahsis etmesi.

Bu temelde, proje, kilit bir ilk bileşen olarak bu raporun konusu olan tanımayı ve fark analizini içermektedir. Bu bileşende gerçekleştirilecek başlıca faaliyetler, Ek 1’de D.B.1.2.1.1’den D.B.2.1.5’e kadar olan ayrıntılı maddelerde sıralanmıştır.

1.2. DRG Hastane Faaliyet Analizine İlişkin Olarak Türkiye’deki Mevcut Durum

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çabaları, pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de öncelikli konulardan biri olmaya devam etmektedir. “Sağlıkta Dönüşüm” stratejilerinin bir parçası olarak, sağlık hizmetlerinin verimliliğinin ve performansının geliştirilmesi, kalitenin ölçülmesi ve denetlenmesini hedefleyen etkili bir program devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin bu yeni yaklaşımlar, istatistiksel araştırmalar ve maliyet analizinin olanaklı hale getirilmesini ve ileriki yıllarda sağlık harcamalarında meydana gelebilecek değişimleri tahmin etmeye yardımcı olacak simülasyon sistemlerinin geliştirilmesini hedef olarak içermektedir. Bu bağlamda, bilimsel araştırmalar için bir dizi faaliyet verisinin toplanması ve bu verilerin standart kodlama, sınıflandırma uygulamaları ve hastane hizmetlerinin standartlaştırılmış maliyetlendirmesine ilişkin pratiklerle birlikte kullanılması bir gerekliliktir.

Bu bağlamda, söz konusu araştırma ve geliştirme projesi hazırlanmış ve Hacettepe Üniversitesi tarafından Maliye Bakanlığına sunulmuştur. Proje Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarının ortak desteğini almıştır ve bu Bakanlıklar ve Üniversite arasında bir protokol imzalanmıştır. Proje, Hacettepe Üniversitesinin araştırma fonları ve Maliye Bakanlığı tarafından aktarılan fonlarla finanse edilmektedir. Projenin nihai amacı, sağlık hizmetlerinde maliyet kontrolünü sağlamak ve sağlık kuruluşları için finansman yönetimi metodolojileri geliştirerek, maliyet kontrolünde hükümet uzmanlığını artırmak üzere araştırma ve geliştirme çalışmaları gerçekleştirmektir.

1.3. DRG’nin geliştirilmesini öneren yakın tarihli projeler

1996’dan günümüze, beş büyük sağlık reformu projesi yada incelemesinde, sağlık hizmetlerinin sunum ve izlenmesinde iyileştirmeye gidilmesi tavsiye edilmiştir. Bu projelerden çoğu, ortaya bir reform kültürü ve talebi koymuştur ve bu bağlamda, Türk Hükümeti tarafından sağlık reformunu tetiklemek üzere köklü stratejileri devreye sokmaya yönelik araçlar sağlamak amacıyla bu proje başlatılmıştır.

Türkiye'nin sağlık reformu programının ana hedefleri, sağlık konusundaki eşitsizlikleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktır. Bu stratejiler, aşağıdakileri içermektedir;

- Sağlık sigortası kapsamında olmayan yaklaşık 21 milyon insanı sigorta kapsamından yararlandırmak üzere bir sağlık sigortası başlatmak,
- Sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak üzere bir aile hekimliği sisteminin kurulması dahil olmak üzere, birinci basamak sağlık hizmetlerinde reform yapmak,
- Verim ve etkililiği artırmak üzere özerk sağlık işletmelerinin kurulması vasıtasıyla, ikinci ve üçüncü basamak hastane hizmetlerinde reform yapmak,
- Hastaneler ve sağlık merkezleri gibi altyapı imkanlarını iyileştirmek ve karar alma sürecinde verimliliği sağlamak üzere sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek.

Mevcut reform alanları aşağıdakileri içermektedir:

- Toplumun tümüne yönelik bir kapsayıcılık ve Kamu Sağlığı Sigorta Programı
- Sağlık hizmetleri için finansmanın artırılması,
- Özel Sağlık Sigortacılığı için net bir rol belirlenmesi,
- Hastalar ve finansörler arasında daha iyi şekilde tanımlanan ve gözlemlenen maliyet paylaşım düzenlemeleri,
- Genel geçer kapsamlı tanı ilişkili ödemeler dahil olmak üzere, tanı ilişkili ödemeler için gerekli bilişim sistemlerinin tesis edilmesine kadarki geçiş dönemi süresince kullanılan genel geçer bütçelerle hastaneler için iyileştirilmiş ödeme düzenlemeleri,
- Sağlık hizmetleri sunumunda kamu ve özel sektörün rolleri,
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesi
- Daha fazla özerklikle Kamu Hastanelerinin güçlendirilmesi,
- İyileştirilmiş eğitim, öğretim ve akreditasyon programları aracılığıyla İnsan Kaynakları kapasitesinin oluşturulması,
- Bir Ulusal İlaç Politikası oluşturulması.

1.4. “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme” Projesinde DRG’lerin rolü

“Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi” üç ana bileşenden oluşmaktadır:

- A. Hizmet Başına Ödeme Sisteminin Yeniden Yapılandırılması – Mevcut hizmet başına ödeme sisteminin uluslararası standartlar ışığında iyileştirilmesi ve sistemin işletimi için gereken bilgi altyapısının oluşturulması.
- B. Tanı İlişkili Gruplar (DRG’ler) temelinde bir Ön Ödeme ve Bütçeleme Sisteminin geliştirilmesi – Yataklı sağlık hizmetleri için bir ön ödeme sisteminin oluşturulması, ulusal bir DRG sisteminin geliştirilmesi, sağlık kurumları için faaliyete dayalı bir bütçeleme sisteminin kurulması ve geliştirilecek sistemin işletilmesi için gerekli bilgi altyapısının oluşturulması.
- C. Tıbbi Malzeme Yönetimi için Altyapı Geliştirilmesi – İlaçlar, tıbbi malzemeler ve cihazlar dahil olmak üzere iyileştirilmiş ve elektronik hale getirilmiş bir ulusal sağlık tedarik zincirinin hayata geçirilmesini kolaylaştırmak üzere altyapı geliştirilmesi.

Projenin B bileşenine ilişkin faaliyetlerin ayrıntıları ve beklenen çıktılar şunlardır:

B. Tanı İlişkili Gruplara (DRG’ler) dayalı bir Ön Ödeme ve Bütçeleme Sisteminin geliştirilmesi;

- B.1. Tanı İlişkili Gruplara dayalı ön ödeme sistemine geçiş için, çeşitli DRG sistemleri araştırılacaktır ve seçilen DRG sistemi temelinde Ulusal DRG’lerin oluşturulmasına ilişkin gereksinimleri belirlemek üzere bir “Benzerlik-Fark Analizi” yapılacaktır.
- B.2. Seçilen DRG sisteminin pilot uygulaması, Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde gerçekleştirilecektir.
- B.3. Farklı kurumlardan, farklı maliyet yapılarına sahip 8 ayrı hastane seçilerek, ulusal bir DRG sistemi geliştirilecektir.
- B.4. Dört haneli ICD-10-AM hastalık kodlamasının ülke çapında yaygınlaştırılması için altyapı oluşturma faaliyetleri gerçekleştirilecektir.
- B.5. Ulusal DRG sistemi için uygun DRG Yönetim yazılımı geliştirilecektir.
- B.6. Kolay tanı ve cerrahi müdahale kodlaması için kod bulma yazılımı geliştirilecektir.
- B.7. Hastanelere sağlık hizmetleri ön ödemesi ve bütçeleme için, geliştirilecek DRG sistemine dayalı ödeme ve hastane bütçeleme sistemlerine yönelik modeller geliştirilecektir.
- B.8. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için gereken bilgileri verecek ulusal DRG veri kümelerinin toplanması ve analizini gerçekleştirmek üzere bir merkezi sağlık enformasyon sistemi geliştirilecektir.

Bu rapor, B.2 ve B.3 maddelerinde ana hatlarıyla belirtilen görevlerin ilk değerlendirmesiyle ilgilidir.

Hazırlanan İlk öneride, Proje Ekibinin bütün ilgili tarafları incelemek üzere Sigorta Kuruluşları ve Hükümetle görüşmesi teklif edilmiştir. Amaç, önerilen altyapı araçlarından en iyi şekilde yararlanmak için, politika seçenekleri dahil olmak üzere, gerekli sonuçları; sağlık reformuna ilişkin politika önceliklerini en iyi şekilde yerine getirmek için önerilen altyapı öğelerinin düzenlenme şekli; eğitim gereksinimlerini ve ayrıca DRG faaliyetlerinin gözlemlenmesi ve finansmanında uygulanan maliyetlendirme yönetimini tanımlamaktır. Bunu gerçekleştirmek için, yukarıdaki görüşmeleri gerçekleştirmek ve kilit paydaşlar tarafından göz önünde bulundurulmak üzere öneriler hazırlamak amacıyla, yukarıdaki kuruluşlardan gelen temsilcilerle birlikte **Çekirdek Gruplar** ve **Teknik Danışma Grupları** oluşturulmuştur.

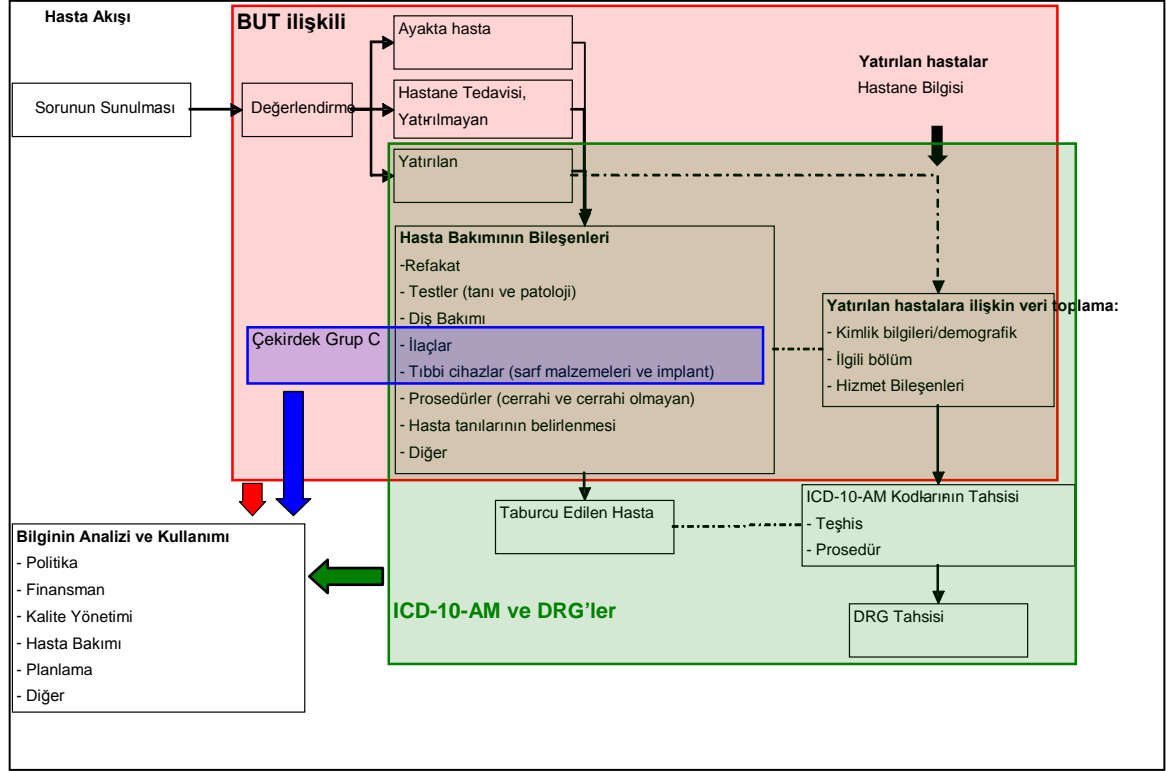
İlk olarak, araştırmanın her bileşeni için bir çekirdek grup oluşturulmuştur. Çekirdek Grup A, halihazırdaki “hizmet başına ücret” düzenlemelerinin yeniden yapılandırılmasına ilişkin tavsiyelerde bulunacaktır. Çekirdek Grup B, DRG'lere geçiş ve ön ödeme modellerine ilişkin tavsiyede ve Çekirdek Grup C ise, Türk hastanelerinde tıbbi malzeme yönetimi uygulaması hakkında tavsiyelerde bulunacaktır. Bu grupların her birinin bağlantılı rolleri, Türkiye'de bulunan hastanelerdeki bilgi akışıyla karşılaştırılmış ve bir sonraki sayfada şema halinde gösterilmiştir.

Çekirdek gruplar için, birleştirilmiş ön eğitim seansları düzenlenmiştir. Bu eğitimin sonunda, Çekirdek Grup A'nın veri toplamaya ilişkin kural ve tanımları göz önünde bulundurması, Çekirdek Grup B'nin ise maliyetlendirmeye bağlantılı konuları dikkate alması için, çekirdek grup A ve B'nin daha iyi yapılandırılması ihtiyacı belirgin hale gelmiştir. Bu, iki çekirdek grup arasında beceri ve ilgilerin daha iyi yönlendirilmesini sağlamıştır. Araştırmanın her bir bileşeni için kurulan grubun yapısı, Ek 2'de gösterilmiştir.

DRG'ye dayalı faaliyet ölçümünün uygulanmasında ilk adım, tıbbi kayıtları kodlayan personele, sağlık hizmetleri performansı üzerinde etkili araçlar olan DRG analizinin ve kıyaslamasının amacını öğretmek gerekir. Önerilen metodoloji, Proje Ekibi ile etkileşim halinde olan gruplara eğitim ve danışmanlık vermektir. Bu şekilde, gerekli beceri tabanının oluşturulması ve daha geniş çaplı eğitim ve uygulama faaliyetleri için kritik beceri oranının sağlanması önerilmektedir. Bu amaçla, tıbbi kayıt yönetimi için

Üniversite tabanlı bir eğitim müfredatının geliştirilmesine ilişkin görüşmelerin yanı sıra, Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde bir tür “Eğitmen Eğitimi” başlatılmıştır.

Şekil 1. Çekirdek Gruplar ve Hastanelerindeki bilgi akışı arasındaki ilk ilişki



1.5. Raporun DRG analiz kapasitesini ve benzerlik-farklılıkların inceleme şekli

Hali hazırda, hastane faaliyetleri bir dizi global değişken kullanılarak tablo haline getirilmiştir. Bu karşılaştırmalarda kullanılan değişkenler hem ham hem de türetilmiş değişkenleri içermektedir. Örneğin:

- A. KİMLİK
- B. ŞEHİR
- C. İSİM
- D. KURULUŞ
- E. RESMİ YATAK SAYISI (Personel yatağı sayısı)
- F. FİİLİ YATAK SAYISI
- G. UZMAN SAYISI
- H. PRATİSYEN SAYISI
- İ. AYAKTAN HASTA SAYISI
- J. DOKTOR BAŞINA ORTALAMA MUAYENE SAYISI $I/(G+H)$
- K. TABURCU SAYISI
- L. ÖLÜM SAYISI
- M. TOPLAM HASTA GÜN SAYISI $(K+L)$
- N. BÜYÜK CERRAHİ OPERASYON SAYISI
- O. ORTA CERRAHİ OPERASYON SAYISI
- P. KÜÇÜK CERRAHİ OPERASYON SAYISI
- Q. DOĞUM SAYISI
- R. YATAK DOLULUK ORANI
- S. ORTALAMA HASTANEDE KALIŞ SÜRESİ
- T. YATAK DÖNÜŞÜM ORANI (Yataktan taburcu hızı)
- U. Yatakların boş kalma süresi (GÜN)
- V. YATAN HASTA ORANI (%) $(K+L)/I$

Bu değişkenler, farklılaştırılmamış taburcu düzeyindeki hastaneler arasındaki faaliyetleri karşılaştırmak üzere kullanılabilir. Bununla birlikte, söz konusu taburcular karmaşık (örneğin; Koroner Arter Baypas Grefti) ya da daha az karmaşık (örneğin; Komplikasyonsuz Apendektomi) olabilir. Verilerdeki en önemli eksiklik, her bir hastanın klinik koşullarına ait kapsamlı bir tanı kodu kümesinin bulunmaması olduğu görülmektedir. Yatan hastalar için tatmin edici tanı raporlama düzeyi, genel olarak her bir hasta için en az 12 tanı (ve hasta başına ortalama 3 ikincil tanı) rapor etme kapasitesi olarak kabul edilmektedir. Mevcut veri ve kayıtların en az 1 ana ve 3 klinik açıdan önemli ikincil tanı rapor edebilmedeki düzeyi, 8 pilot hastanenin her

birinde değerlendirilecektir ve bunların kodlama kapasitesinin geliştirilmesine başlanacaktır.

Hastanelerin DRG gruplaması için gerekli ayrıntı düzeyini rapor edebilme kapasitesini anlamak ve uluslararası denk hastanelerle ilgili etkinlik karşılaştırmaları gerçekleştirebilmek amacıyla, MİNİMUM VERİSETİ (MVST) taslağı hazırlanmıştır. Bu set, bir dizi veri tabanı alanı olarak tanımlanmıştır. İlk veri toplama, öncelikle her bir vakaya bir AR-DRG¹ tayin edilmesi için yeterli veri sağlamaya yönelik olacaktır; uygulanacak varsayılan tanım, Avustralya Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü tanımı olacaktır. Geçerleme analizi için ve bilginin mevcut kodlama uygulamasından elde edilemediği yerlerde alternatif veri sağlamak üzere, bazı ek veri öğeleri de talep edilmiştir.

1 Temmuz 2005'ten itibaren bütün hastanelerin taburcu edilen her bir vaka için bir ICD-10 (10'uncu sürüm) kodu bildirmesi gerekmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) denetimi altında olanlar hariç tutulmak üzere, klasik olarak bütün hastaneler en azından BUT "hizmet karşılığı ücret" tanımlayıcıları ve kodlarına göre fatura kesmekte ve prosedürleri rapor etmektedir. 2004/05 dönemi itibariyle Sağlık Bakanlığı, SSK hastanelerinin sorumluluğunu üstlenmiştir ve bunlar da gerçekleştirilen bütün prosedürleri artık BUT'a göre rapor etmektedir.

En son sürümün CPT4 kategorilerine daha yakın referans vermesi ve paralellik göstermesi nedeniyle, BUT kodları sıklıkla CPT4'le eşleştirilebilmektedir. Bu durum, hastaneye yatırma sırasında yaygın olarak sağlanan pek çok önemli prosedür için ICD-10-AM ACHI prosedürlerine kullanışlı eşleştirmeler oluşturmayı pratik hale getirmektedir. Ayrıca, ACHI ve BUT arasındaki ön eşleştirme, proje personeli tarafından oluşturulmaktadır.

Bakım epizodu kapsamı kavramı tartışılmıştır; diğer ülkelerde karşılaştırma zorluklarıyla sonuçlanan pek çok konu, Türkiye için de geçerlidir. Bunlar:

- Kabul edilen ve kabul edilmeyen hizmetler arasındaki sınırlar,
- Aynı gün ve gecelik hastaneye yatırma arasındaki farkların belirlenmesi,
- Sağlıklı yeni doğan bebeklerin kabulü yada annenin epizoduna dahil edilmesi,

¹ Uzun vadeli bir faaliyet olarak, yerleştirilmiş tanımlar ve veri kalemleri, söz konusu PMDS'ye eklenebilir ve bu projeye örtüşen ancak bu projeden daha geniş kapsamlı amaçlara yönelik olarak hazırlandığından, Türk Ulusal Sağlık Veri Sözlüğüne dahil edilebilir.

- Sağlık hizmetlerinin aşamalarının yada türlerinin tek yada çoklu epizotlarda birleştirilmesi.

Bu kategoride yer alan daha acil kimi konularda ekirdek Grup tarafından dikkate alınmak üzere bazı tartişma metinleri hazırlanmıştır ve bunlar Ek 3'te tartişmanın devamıyla birlikte sunulmuştur.

Bu proje, yukarıda sıralanan geliştirme faaliyetlerini gerçekleştirirken, sağlık hizmetleri faaliyetleri gözetim kapasitesinin iyileştirilmesine ilişkin başka projeler de bulunmaktadır. Bunlar:

- Veri ve bilgi sistemlerinde devam eden geliştirme projeleri.
- Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü altyapısının oluşturulması.
- Sağlık için tedarik zinciri süreç ve altyapı geliştirilmesi.
- Devam eden BUT geliştirme ve yıllık raporlama gereklerinin korunması.

Bu proje, mevcut araştırma ve geliştirmenin sonuçlarının yukarıda sözü geçen projelere duyurulması ve dahil edilmesini sağlamak adına, söz konusu projelerle mümkün olan tüm irtibat ve işbirliği düzenlemelerini gerçekleştirmiştir.

BÖLÜM 2: Modern Sağlık Sistemlerinde DRG'lerin Rolü

2.1. DRG'lerle neler yapılabilir?

Bu sorunun cevabı çok basittir. Kısaca, DRG'ler, diğer adıyla tanı ilişkili gruplar, hastane yatışlarını kaynak gereklerine göre sınıflandırmaya yönelik bir araçtır.²

DRG'ler, kendi başlarına bir değere sahip değildir. Çoğu ülkede DRG yıllardır uygulanmaktadır, ancak çok az sağlık reformu başarılı olmuştur. Her araçta olduğu gibi, gerçekleştirebileceğiniz şeyler ne yapmaya çalıştığınıza, kullanmak durumunda kaldığınız malzemenin kalitesine, projenizi ne kadar yaratıcı bir şekilde tasarladığınıza ve bu aracı teknik olarak ne kadar beceriyle kullandığınıza bağlıdır.

Bu araştırmada, sağlık hizmetleri verimliliği ve etkinliğinde iyileştirmeleri başlatacak bir araç olarak, DRG'lerin potansiyel kullanımları ele alınmaktadır, ancak, her durumda DRG'lerin yaratıcı bir şekilde ve beceriyle kullanıldığı varsayılmaktadır. DRG'lerin özensiz ve teknik olarak uygunsuz bir şekilde kullanılması fayda sağlamayacaktır ve faaliyet gözetimine direnç gibi sorunlara neden olabilecektir. Bu, ilk uygulamaların kusursuz bir şekilde tasarlanması ve uygulanması gerektiği anlamına gelmemektedir; daha ziyade, programın nasıl gelişeceğine ilişkin net bir bakış açısıyla, uygun geçiş düzenlemelerinin getirilmesi gereklidir.

2.2. DRG Gereklere

DRG uygulamaları, büyük oranda veri varlığına dayalıdır. Klinik kayıtlar, DRG sınıflandırmasının anlamlı bir şekilde yapılandırılmaya çalıştığı temel malzemelerdir. **Eğer temel klinik bilgiler (ICD kodları) hatalıysa, yetersiz nitelikteyse yada kapsamı sınırlı ise**, kullanılan teknik becerilere bakılmaksızın, **DRG uygulamasının kalitesi de sınırlı olacaktır**. "Ne ekersen onu biçersen" deyişi burada bazı açılardan kendisini kanıtlayabilir. Diğer yandan, sınırlı araçlarla gözetim ve karşılaştırmaya başlama eyleminin bile daha doğru ölçüm yapmaya olan ilgiyi uyandırdığı düşünülürse, sınırlı verilerle başlamak hiç başlamamaktan daha iyidir.

Temel klinik kayıtların niteliği, DRG'lerin geliştirilmesi sürecinde dikkate alınması gereken bir dizi faktöre bağlıdır. Bu faktörler şunlardır:

- Hastalara verilen kodların doğruluğu,
- Kullanılan kodlama sistemindeki mevcut klinik ayrıntılar,

² Farklı DRG versiyonları mevcuttur. Hepsi, benzer özellikler göstermekle birlikte; her bir DRG'nin tanımlanmasında kullanılan net kurallar açısından farklılık gösterirler. Bu projede AR-DRG'ler kullanılmaktadır; AR-DRG'lerin açıklaması, ekteki belgelerde yer almaktadır.

- Her bir hasta için raporlanan kodların tamlığı (örneğin; bütün ikincil tanılarının mevcut olup olmaması vs.),
- Kodlamanın kapsamı (örneğin; bütün hastaların dahil edilmesi gerekliliği) ve
- Nelerin kodlanması gerektiği ve kodlamanın nasıl gerçekleşeceğini açıklayacak kodlama kurallarının geliştirilmesi ve uygulanması.

Eksiksiz ve nitelikli klinik bilgileri esas almayan bir DRG uygulaması, eğer kilit paydaşların çıkarları korunacaksa, ilk DRG uygulamalarına paralel olarak temel klinik verilerin geliştirileceği bir süreci de içermelidir. Bireysel hasta düzeyinde ayrıntılı klinik bilgilerin senelerdir mevcut olduğu ülkelerde bile, DRG gözetimine geçişten sonra, tıbbi belgelemede önemli iyileşmeler görülmektedir. **Rutin olarak toplanan tıbbi bilgilerdeki bu kalite artışı, DRG'leri kullanmaya geçerken beklenen faydalardan biridir.**

Çoğu DRG uygulamasında, tipik olarak maliyetler temelinde, her bir DRG için bir dizi görelî değer puanı (yada ağırlık) gereklidir. Ağırlıkları geliştirmek üzere kimi zaman hastane faturalarına dayalı ücretler kullanılabilir, ancak bu uygulama, ücretlerin kalemler arasında doğrudan ödenek tahsisine izin vermesi nedeniyle istenmeyen bir durumdur. Örneğin; bütün olarak karlı daha geniş bir programı yürütmek üzere, bir hastane belirli bir hizmeti zararına gerçekleştirmeye karar verebilir. Dolayısıyla, ücretlerin DRG'ler arasındaki gerçek maliyet ilişkisini yansıtması gerekmektedir.

Bir dizi DRG maliyet ağırlığının geliştirilmesi, hastane maliyetlerinin tek tek hastalara bölünmesini gerektirmektedir. Bu işlem için özel bir yazılım geliştirilmiştir. Bu düzeyde bir maliyet bilgisine sahip olmak, doğru şekilde kullanıldığında, kısmen **hastane yönetiminin ve klinik personelin dikkatini hastaların tedavisinden sağlanan gelirden, hizmet sunmanın maliyetine göre uygunluğuna yöneltebilir.**

2.3. Hastaların benzer özelliklere göre gruplandırılması

DRG kavramı ilk olarak 1980'lerin başında Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmıştır. Kavram çok basittir; eğer hastaları benzer sağlık gereksinimlerine sahip hasta gruplarına kategorize edebilirsek, herhangi bir hastaya sağlanan bakımı, gruptaki diğer bütün hastalara sağlanan bakımla (yani ortalamayla) karşılaştırabiliriz.

Bir nesneyi kategorize etme ve bu nesne hakkında, bir kategorinin üyesi olmasına dayalı olarak çıkarımlarda bulunma işlemi, bilgi işlemin en yaygın yöntemlerinden

biridir. Bu işlemin açık bir şekilde yapılmasına örnek, önceden tanımlanmış bir kurallar dizisi yardımıyla herhangi bir canlıya tür ve cins adının verildiği biyolojik taksonomidir. Bununla birlikte, aynı işlemi günlük yaşamımızda üstü kapalı bir şekilde uygulamaktayız. Örneğin; insanlar olarak kalabalık bir caddede görebileceğimiz araç tipleri hakkındaki bilgiyi nasıl işlediğimizi ele alalım. Çeşitlilik neredeyse sonsuzdur ve hiç bir araç tam olarak birbirinin aynı değildir. Açıkça olmasa da, bir dizi kural uyguluyoruz: Araç, insan gücüyle mi, hayvan gücüyle mi, yoksa motor gücüyle mi çalışıyor? Kaç tekerleği var? Kaç kişi taşıyabiliyor? Eğer belirli bir araç motorluysa, dört tekerleği varsa ve 5 kişiye kadar yolcu taşıyabiliyorsa, bu aracı “araba” olarak adlandırıyoruz. Eğer “evde iki arabamız var” dersem, otomatik olarak neye sahip olduğum, kaç kişi taşıyabileceğim ve ne satın alabileceğim hakkında çıkarımlarda bulunabilirsiniz.

Her hasta benzersizdir; her hastanın bir dizi farklı klinik tanısı, risk faktörü, aile durumu ve çevresi vardır. Hasta düzeyindeki çeşitlilik, neredeyse sonsuzdur. Bu çeşitliliği anlamlandırmak için, bunları benzer koşullar isteyen gruplara ayırmamız gereklidir. Açık başlangıç noktası, bunların hastalıklarıdır. İki yaklaşım kullanılmaktadır:

- 1) Hastayı ana hastalığa (birincil tanıya) göre gruplandırmak ve daha sonra ikincil durumun varlığına yada yokluğuna göre alt gruplara ayırmak. Bu, DRG’lerde kullanılan yaklaşımdır. Yada
- 2) Hastanın sahip olduğu her bir hastalığı sınıflandırmak ve etkileri eklemek. Bu yaklaşım, tanı maliyet grupları ya da DCG’lerde kullanılan yaklaşımdır.

Hasta bakımının çoğu bölümünde, belirli bir hastalık ağır bastığından; hastanın hastaneye kabulünde ilk yaklaşım uygulanmaktadır. Ancak, geçtiğimiz yıllarda, nüfus içerisindeki bireylerin sağlık gereksinimlerini belirlemek üzere ikinci yaklaşıma gösterilen ilgi artmıştır. Örneğin; kalp hastalığı olan ve hava yolu kronik olarak tıkanmış bir hastanın yıllık sağlık gereksinimlerini değerlendirmede, hangi tanının hastaneye yatmayı gerektirebileceğini önceden bilmek mümkün değildir. Bireylerin yıllık sağlık gereksinimlerini belirlemek üzere DCG’ler gibi algoritmaların geliştirilmesi, DRG’lere kıyasla, verilere daha fazla bağlıdır ve birden fazla sağlık alanında uzun sürelerle her bir hasta hakkında bilgi toplama ve bağlantılandırmayı gerektirmektedir.

Tanı kodlarının özgüllüğünün artırılmasıyla, hastalığın ciddiyeti her iki yaklaşıma da dahil edilebilir. Kodlama uygulamalarının çoğunlukla hastalık şiddetinin gereğince belirlenmesi için yeterli klinik ayrıntıyı yakalayamayacak nitelikte olmasından dolayı, bu

işlem DRG'leri yeni kullanmaya başlayan ülkelerde önemlidir. Örneğin; Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD-10-AM) onuncu sürümünün Avustralya tarafından değiştirilen versiyonu, ana sınıflandırmaya ek olarak, gruplamada beşinci bir hanenin daha geniş çaplı kullanımını sağlamaktadır. Bu ise, DRG'lerin Avustralya versiyonuna dahil edilen ek bir klinik özgüllük katmanı sağlamaktadır. Avustralya DRG'lerini ilk deneyen diğer ülkeler, Avustralya Gruplandırma yazılımının normal işleyişini sağlamak üzere, sıklıkla "0" ya da "9" şeklinde özgül olmayan beşinci hane kodları girmektedir. Ne yazık ki, bu işlem, DRG karmaşıklığının sistematik bir şekilde yetersiz raporlamasına neden olmaktadır.

Hastalığın şiddetini kapsamamaları nedeniyle DRG'ler kimi zaman eleştirilmektedir. Bu durum, yalnızca temel tanı kodları yeterli olmadığında doğrudur.

Ne yazık ki, DRG çerçevesi içerisinde yalnızca tanıları kullanmak, geçerli karşılaştırmalara izin veren yeterince homojen grupları sağlamamaktadır. Dolayısıyla, iki önemli tavizde bulunulmuştur:

- Sınıflandırmada prosedürler kullanılmıştır. Bu bir tavizdir; çünkü, prosedürler kullanıldığında hasta, hastanın problemlerine göre değil hastanelerin yaptıklarına göre (girdi tabanlı finansman) ayrılmaktadır.
- Dışlama politikaları, ayrı aynı-gün ödeme oranları ve prosedürlere göre özel eş ödemeler aracılığıyla bir DRG içerisindeki bazı hastalar için özel ödeme düzenlemeleri yapılması.

Genel olarak, DRG sınıflandırması içerisinde prosedürlerin daha kapsamlı bir şekilde kullanılması, hastalara sağlanan bakımla bağlantılı maliyetlerin istatistiksel olarak daha iyi bir şekilde açıklanmasını sağlayacaktır. Benzer şekilde, özel finansman düzenlemeleri ne kadar kapsamlı bir şekilde yapılırsa, maliyetler için daha iyi istatistiksel açıklamalar sağlanacaktır. Çoğu DRG sistemi kabaca benzer sayıda tıbbi DRG ve prosedür DRG'si içermektedir. Tıbbi DRG'ler, ilgili ana tanıyı esas alır; prosedür DRG'leri ise DRG için ilgili vücut sistemiyle bağlantılı en önemli prosedürü (kardiyoloji ana tanısı için kardiyoloji prosedürü, vb.) esas alır. Tipik olarak DRG'ler hasta tedavisi maliyetlerindeki değişimin %30'unu açıklarken, bu oran bazı durumlarda %40'a çıkabilir. Bununla birlikte, eğer her bir DRG içindeki yüksek ve düşük maliyetli hastalar için özel düzenlemeler yapılırsa, bu oran %80'e yada üzerine çıkarılabilir.

DRG sınıflandırmasının bir araç olarak yararlılığını değerlendirmede, “R-kare” ve “Skalalı Sapma” gibi istatistiksel ölçümler sıklıkla bildirilmektedir. Bu ölçümlerle, sınıflandırmanın hasta tedavisi maliyetlerindeki (yada kalış süresinin uzunluğundaki) temel değişiklikleri açıklayabilme yeterliliğinin matematiksel olarak ölçülmesi amaçlanmaktadır. Ancak, yararlı olmasının yanı sıra, bu gibi önlemler aşağıdaki nedenlerden dolayı dikkatle yorumlanmalıdır:

- Bunlar klinik homojenliği ölçmemektedir. Benzer maliyetleri olan hastaların çok farklı klinik gereksinimleri olabilir.
- Ölçüm kısmen, mevcut uygulamaların (yani prosedürlerin) sınıflandırma içerisinde ne kadar yer alabileceğini yansıtabilir. Bu, bazı kullanımlar için uygun olabilirken, diğer durumlarda çarpıklıklara neden olabilir. Örneğin; genel laparoskopik cerrahi, açık cerrahiden daha az maliyetlidir; ancak, bu maliyet farklarına bakılmaksızın açık kolesistektomi ve laparoskopik kolesistektomi bir arada gruplandırmak uygun düşebilir. Bu prosedürleri farklı DRG'lere atamak, R-kareyi iyileştirecek; ancak, bir seçenek olarak laparoskopik cerrahi sağlamayan bir hastane için daha yüksek bir vaka karmaşıklığı sağlayacaktır.

2.4. DRG'lerin Kullanımları

Tablo 1'de, DRG'lerin geliştirilmesiyle desteklenen bir dizi etkinlik, DRG'lerin faydalı olduğu önerilen ancak az yada muhtemelen olumsuz etki ettiği bir dizi etkinlik ve DRG'lerin çok az önemi olmasına rağmen DRG'ye yönelik bilgi altyapısının gerekli olduğu bir dizi etkinlik sıralanmaktadır. Her bir alan ayrıca incelenecektir.

Tablo 1. DRG'ler tarafından desteklenen etkinlikler

DRG'ler tarafından desteklenen	DRG'ler tarafından desteklenmeyen	Karma
Global Etkinlik Gözetimi	Tek tek hastalar için uygun olmayan bakımın tanımlanması	Klinik yolların devreye sokulması
Global Kaynak Tahsisi	Hastane içerisinde bölüm bütçesinin belirlenmesi	Klinik Yenilik
Kıyaslama		Bakım Kalitesi
Finansman		
Gerçek zamanlı süreç izleme*		

* Bu, DRG'ler için bir kullanım alanı olarak önerilmiştir; ancak, ne dereceye kadar kabul edildiği kesin olmamakla birlikte, muhtemelen dar bir alandır.

2.4.1 Global Etkinlik Gözetimi

Klasik olarak, DRG'lerin en yaygın kullanım alanı, hastane performansını gözlemlemektir. DRG'ler geliştirilmeden önce, performans ya hastane ayrılmalarının sayısı yada dolu yatak günlerinin sayısı ölçülerek gözlemlenmekteydi. DRG'ler kapsamında, "ağırlıklı" ayrılmaların sayısı izlenmektedir; diğer bir deyişle, her bir DRG'ye tayin edilen hasta sayısı, bu DRG'ye ait maliyet ağırlığı ile çarpılmaktadır³.

2.4.2 Global Kaynak Tahsisi

DRG'ler ve bunların ilgili maliyet ağırlıkları, mevcut kaynakları hastaneler arasında eşit bir şekilde dağıtmak üzere sıklıkla kullanılabilir. Kaynak tahsisi için tek bir "doğru" DRG metodolojisi olmamakla birlikte, DRG temelli yaklaşımlar, bir dizi önemli özellik göstermektedir:

- Hastanelerde tedavi edilen hastaların açıkça ölçülebilir olan özelliklerini esas alırlar.
- Açıkça ve (matematiksel açıdan) doğru bir şekilde tanımlanabilirler.
- Türetilirler.

2.4.3 Kıyaslama

DRG'ler hastane kıyaslamalarına iki şekilde yardımcı olur. Mikro düzeyde, hastaneler belirli DRG'ler içerisindeki bileşen maliyetlerini (örneğin, kalça protezi DRG'lerindeki protez maliyetlerini) karşılaştırabilirler. Farklı hastaneler arasında yapılacak görüşmeler, genellikle bu gibi maliyet farklarını hızla tanımlayabilir. Maliyet farklılığının satın alma uygulamaları yada klinik tercihten kaynaklandığı durumlarda, maliyetleri azaltmak üzere adımlar atılabilir.

DRG'ler ayrıca makro yada kurumsal düzeyde kıyaslamaya da yardımcı olabilir. Klasik olarak, bu gibi karşılaştırmalara, tedavi edilen hastaların sayısı ve hasta tiplerine (yani hasta karmaşıklığı) ilişkin savyarla karşı çıkılmaktadır. DRG'ler temelinde ağırlıklı ayrılmaların yada doğrudan/dolaylı vaka bileşimi standardizasyonu gibi istatistiksel tekniklerin kullanılması, tedavi edilen hasta tiplerindeki farkları büyük oranda kontrol altına alabilir.

2.4.4 Finansman ve Sözleşme Müzakereleri

Hastaneler, ileriye dönük olarak hastalarının DRG'lerine göre finanse edilebilir. Pek çok farklı finansman modeli geliştirilebilir; ancak, özünde bunların tümü aşağıdakilere dayalıdır:

$$\text{ÖDEME} = \text{MALİYET AĞIRLIĞI} \times \text{BİRİM FİYAT} + \text{AYARLAMALAR.}$$

³ Ayrılmalar hesaplanırken, her bir hastaya etkin şekilde bir ağırlığı verilmektedir ve yatak gün sayısı hesaplanırken, her bir hasta, hastanede kaldığı gün sayısı ile etkin olarak ağırlıklandırılmaktadır.

Maliyet ağırlıkları, hastane maliyet verilerinden türetilir. Birim fiyatlar, geliştirilecek politika yada müzakere ile belirlenir. "AYARLAMALAR" terimi, finansman modellerine göre değişiklik gösterir ve (outliner adjustment) aykırılık ayarlamaları, özel hasta grupları için katkı payı, karmaşık durum yardımları vs. gibi bileşenleri içerir.

2.4.5 Gerçek Zamanlı Süreç izleme

Profesör Robert Fetter, 1970'lerde ABD'de hastane verimini gerçek zamanlı olarak gözlemlemek için bir kalite kontrol aracı olarak DRG'leri geliştirmiştir. Profesör, bu kullanımı sonraki yirmi yıl boyunca sürekli olarak savunmuştur; ancak, bu sistem yaygın kabul görmemiştir.

Altta yatan kavram basittir. Her bir DRG için üst ve alt tolerans düzeyleri belirlenmektedir. Bunlar, gerek hastanede kalma süresi gerekse maliyet cinsinden olabilir. Her bir hasta taburcu edilirken, bunlar tolerans düzeyleriyle karşılaştırılarak; normal istatistiksel varyasyonun, tolerans düzeylerini aşan bazı vakalarla sonuçlanıp sonuçlanmadığı anlaşılır. Bununla birlikte, bir dizi hasta, tolerans düzeylerini aştığında; bu durum, hastane sürecinde sorunlar olduğuna işaret eder ve bir kalite gözden geçirmesi başlatılır.

2.4.6 Bireysel Hastalar için Uygun Olmayan Bakımın Tanımlanması

DRG'ler ve ilgili hasta maliyetlendirme sistemlerinin ABD'nin dışında ilk olarak yaygınlaştığı 1990'ların başlarında, DRG'nin gücü, DRG ortalamasıyla karşılaştırıldığında aşırı yüksek maliyeti olan hastaları bulmak üzere, hasta düzeyindeki verilere inilerek savunulurdu. Bu gibi vakaları tanımlayarak, uygun olmayan bakımın tanımlanabileceği ve potansiyel tasarrufların gerçekleştirilebileceği iddia edilmekteydi. Ancak, incelendiğinde, bu vakalar genellikle iki tipten birine girmektedir: Birincisi, maliyetlendirme sürecindeki düzensizliklerden kaynaklanan veri hataları; ikincisi ise, olası en iyi klinik bakımı bulmak üzere konsültasyon doktorlarının çok fazla zaman ve emek harcadığı, komplike hastalar. Her iki durumda da doktorları uygulamalar ve tasarruf yapma potansiyeli hakkında sorgulamak, klinik personeli yabancılaştırmaktan ve DRG sisteminin ve maliyetlendirme işlemlerinin ününü sarsmakta öteye geçememiştir.

Tek tek yüksek maliyetli vakaları tespit etmek üzere verileri tarama konsepti, teorik temelde istatistiksel olarak hatalıydı. Hemen hemen bütün DRG'lerde, arada sırada meydana gelen çok az sayıda aşırı derecede pahalı vaka bulunacaktır. Bu durum, hastaneler tarafından gerçekleştirilen uygun olmayan eylemlerden çok, verilerdeki

istatistiksel çeşitlilikten kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, uygun olmayan maliyetleri tanımlama aracı olarak bu vakalara odaklanmak verimli değildir.

2.4.7 Hastanelerde Bölüm/Servis Bütçesinin Oluşturulması

Benzer şekilde, DRG'ler ilk olarak geniş çapta tartışıldığında, hastane yöneticilerinin hastane içerisindeki her bir bölüm yada koğuyla bağlantılı vaka bileşimini kullanabileceği iddia ediliyordu. Yine bu öneri, DRG'ler içerisindeki hastaların değişkenliğini göz ardı etmişti. DRG'lerin ortalamacı yaklaşımı, genel kaynak gereksiniminin sağlam bir göstergesi olarak kabul edilmeden önce, tercihen birden fazla DRG'ye yayılmış makul oranda fazla sayıda hasta gerektirmektedir. Genel olarak, bir hastane içerisindeki bölüm/servisler tek başlarına bu temel gereği karşılamada çok küçük kalmaktadır.

Yoğun bakım üniteleri, DRG'lerin bölüm/servis bütçelerini oluşturmada neden kullanılmayacağına dair çarpıcı bir örnektir. En ağır hastalar, çeşitli DRG'lere dahil edilebilecek olmalarına rağmen, yoğun bakım ünitelerine kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitelerini, uygun DRG'lerdeki hastalar için gerekli ortalama bakıma göre finanse etmek, açık bir şekilde yoğun bakım ünitesini yetersiz finanse etmektir.

Normal istatistiksel varyasyon ayrıca, özellikle görece düşük sayıda hastası bulunan oldukça değişken DRG'ler içerisinde, maliyet ağırlıklarının geliştirilmesini de etkileyecektir. Sonuç olarak, hiçbir bireysel maliyet ağırlığının %100 doğru olmayacağı unutulmamalıdır; bazı ağırlıklar kısmen yüksekken, bazıları kısmen düşük olacaktır. Bu durumun tüm DRG'ler genelinde birbirini dengeleyecek olmasına rağmen, dar bir DRG aralığındaki hastaları tedavi eden hastaneler ve/veya servislerin, normal varyasyondan olumsuz etkilenme olasılığı daha yüksektir.

Bu durum DRG'lerin ve DRG ile bağlantı maliyetlerin hastaneler içerisindeki bütçeleme sürecine bilgi sağlamak üzere kullanılmayacağı anlamına gelmemektedir; ancak, DRG'ler tüm hastane bütçesinin tahsisinde birincil araç olmamalıdır.

2.4.8 Klinik Yollar

DRG'lerin büyük çoğunluğu, klinik yolların geliştirilmesinde kullanılmak için fazla heterojendir. Ancak, DRG'ler klinik yolların geliştirilmesini iki şekilde kolaylaştırır:

- DRG'lerin geliştirilmesi için gerekli olan klinik belgelemedeki iyileştirme, klinik yolların geliştirilmesi ve uygulanması için de gereklidir. DRG'lerin hayata

geçirilmesiyle, klinik yollar için gerekli olan bilgi altyapısının büyük kısmı gerçekleştirilmiş olacaktır.

- DRG'ler klinik yolların henüz geliştirilmediği yada uygulanmadığı koşullar için bir seçenek sağlamaktadır. DRG'ler, klinik yolların gerçekleştirilmesi için kademeli bir yaklaşım sağlamaktadır. Hastaneler başlangıçta, çok sayıdaki başka klinik durumla bağlantılı finansman konularını göz ardı etmeksizin, sınırlı bir durum aralığı için yollar sağlama üzerine odaklanabilirler.

2.4.9 Klinik Uygulamalarda Yenilik

DRG'ler, klinik uygulamalarda yenilik üzerinde iki şekilde etkili olabilir. Yenilik, DRG'lerle bağlantılı ağırlıklara göre teşvik edilir yada edilmez. Klinik yeniliğinin maliyetleri düşüreceği hallerde, epizoda dayalı DRG finansman modelleri, yeniliği teşvik eder. Düşük maliyet yaklaşımını benimseyen hastaneler, görece daha karlı olacaktır. Örneğin; daha iyi taburcu planlaması ve toplum bakımının daha fazla kullanımı ile sağlanan hastanede kalma süresindeki kısaltmalar, sıklıkla DRG finansman modellerinin uygulanmasıyla bağlantılandırılmaktadır.

Maliyetin arttığı hallerde, klinik yenilik için yukarıdakinin tersi geçerli olabilir. Yeni teknoloji yada yaklaşıma geçiş, daha düşük karla, hatta zararla sonuçlanabilir. Dolayısıyla, daha iyi hasta çıktıları veren yeni teknolojiler için genellikle ek finansman sağlamak yada maliyet ağırlıklarını değiştirmek gerekir.

DRG'lerin ve DRG finansman modellerinin güçlü yanlarından biri, zaman içinde DRG maliyet ağırlıklarının klinik uygulamayı yansıtmak üzere ayarlanmasıdır. Klinik uygulama değiştiğinde, hastalara sunulan bakıma ilişkin maliyetler de değişmektedir. Bu da DRG ağırlığında bir değişime neden olmaktadır. Tipik olarak, bir DRG'ye ait maliyet ağırlıklarının klinik uygulamadaki mevcut değişimleri yansıtmaları için bir yada iki yıl gerekmektedir. Dolayısıyla, yüksek maliyetli yeni bir klinik uygulamaya geçişi kolaylaştırmak üzere yapılan bütün ayarlamaların, yalnızca sınırlı bir süreyle devreye sokulması gerekmektedir.

2.4.10 Bakım Kalitesi

DRG'ler ve DRG epizoduna dayalı finansman modelleri ilk olarak uygulamaya konulduğunda, "Daha Hızlı ve Daha Hasta" olarak adlandırılan, düşük kaliteli sağlık hizmeti çokça tartışılmıştır. Buradaki kaygı, bir bakım epizodu için tek bir ödemeyle karşı karşıya kalan hastanelerin, karlarını maksimize etmek için, hastalarını vaktinden önce taburcu etmek üzere teşvik edilecekleriydi.

Tartışmanın geniş çaplı olması ve büyük oranda anekdota dayanmasına rağmen, bu fenomenin kayda değer bir oranda meydana geldiğine dair ikna edici hiçbir kanıt bulunmamaktadır. Avustralya'da, hasta memnuniyeti anketlerine verilen yanıtlar ve kalite gözetimi göstergeleri, DRG ödeme politikalarının kalitede düşüşe neden olduğuna işaret etmemiştir. Dahası, kalitede düşüşe ilişkin benzer kaygılar, farklı finansman modellerine sahip bölgelerde ifade edilmiştir. Örneğin; New South Wales, DRG'lere dayalı bir kaynak tahsis formülü uygularken; Victoria, DRG'lere dayalı bir ön ödeme modelini kullanmaktadır. Her iki eyalet, farklı finansman modellerine rağmen kalite düşüşü hakkında anekdotlara dayalı benzer kaygılar dile getirmektedir. Kalite düşüşüne ilişkin personel kaygıları, gerçekte finansman modelinden bağımsız tek bir hastane sisteminde görülmektedir (Güney Avustralya'da 12 ay sonra Vaka Bileşimi İncelemesi).

DRG'lerin bakım kalitesi üzerindeki potansiyel olumsuz etkisine odaklanması, kalite ölçümü açısından çok faydalı bir etki sağlamıştır. Kalite ölçümü potansiyelinin incelenmesinde, DRG'ler bakım kalitesi ölçümüne fiili olarak çeşitli şekillerde katkıda bulunabilir. Bunlar, aşağıda verilmiştir:

- Daha iyi klinik belgeleme yoluyla,
- Daha iyi taburcu planlaması yoluyla ve
- Hastanede kalış süresini kısaltmasıyla bağlantılı olarak evde bakımın daha fazla kullanımı yoluyla.

2.5. DRG Ağırlıkları

DRG'lerin potansiyel kullanımlarının çoğunda, her bir DRG için bir dizi göreceli puan yada ağırlığa gereksinim duyulur. Klasik olarak, bu tür ağırlıklar iki tip veri kullanılarak geliştirilmektedir:

- Hastanede kalışı süresince hastaya sağlanan her bir hizmet için düzeyi belirlenmiş ücretlerin kullanıldığı fatura verileri ve
- Hastane hesap cetvellerinde bildirildiği şekliyle, gerçek maliyetlere dayalı maliyet verileri.

Sağlık sistemlerinde ilk olarak "hizmet karşılığı ücret" finansman düzenlemesinden epizoda dayalı DRG finansman modeline geçildiğinde, başlangıçta faturalandırma verileri kullanılarak ağırlıklar oluşturulur. Örneğin; ilk defa, Medicare ön ödemelerini devreye soktuğunda Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmiştir. Bununla birlikte, faturalandırma verilerinin kullanımı, ücret çizelgesi içerisinde mevcut olan bütün anormallikleri DRG ağırlıklarına tekrar aktarmakta ve dolayısıyla uzun vadede

genellikle kullanılmamaktadır. Çoğu sistem, ya başlangıçta DRG ağırlıklarını maliyet verilerine dayandırmakta yada ağırlıkları maliyet verilerine dayandırma yönünde hızla hareket etmektedir.

DRG maliyet ağırlıkları⁴ genellikle bir DRG içerisindeki bütün hastaların ortalama maliyetinden ampirik olarak tanımlanırken, ağırlıklar normatif olarak tanımlanabilmektedir. Normatif ağırlıklar, sunulan fiili bakımdan çok, tipik olarak bir bakım protokolü ile tanımlanan, üzerinde mutabık kalınmış klinik hizmetleri esas alır. Normatif ağırlıklar, mevcut fiili klinik uygulamadan ziyade, “arzu edilen” klinik uygulamaları yansıtır ve kaliteli bakım ve en iyi uygulama temelinde savunulur. Görelî değer puanlarını esas alan “hizmet karşılığı ücret” programları da aynı şekilde oluşturulabilir; dolayısıyla, normatif ağırlıklar kullanıldığında, ücretler ve maliyetlere dayalı ağırlıklar arasındaki fark, belirsiz hale gelebilir.

2.5.1 Maliyetlendirme Metodolojileri

2.5.1.1 Yaklaşımlar

Yukarıdan Aşağıya Maliyetlendirme (maliyet modellemesi)

“Yukarıdan aşağı” maliyetlendirme, genellikle hastaların yada hastane ürünlerinin ortalama maliyetini bildiren çeşitli maliyet dağıtım modellerini kullanan hastane maliyetlendirme uygulamaları için geçerlidir. Bir maliyetlendirme mekanizması olarak, hastanelerin hasta düzeyindeki kaynak tüketim verilerinin sınırlı olduğu durumlarda yararlıdır. Aşağıdaki örnek, bu metodolojiyi açıklamada yararlıdır:

“A” Hastanesindeki bütün yataklı hastaların maliyetinin, maliyetlendirilen dönemde 6.000.000 YTL olduğunu varsayın. Yataklı hastaların sayısının da 3.000 olduğunu varsayın. Dolayısıyla, her bir hastanın ortalama maliyeti 2.000 YTL’dir. Bu tartışma götürmez gerçeğin yanı sıra, her bir hastanın tam olarak 2.000 YTL’ye mal olmadığını da biliyoruz. Bu durum, ayrıntılı olarak bakıldığında her bir hastanın kaynak tüketiminin benzersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta düzeyine göre maliyet verilerini modellemek için (diğer bir deyişle, farklı hasta grupları için ortalamayı daha sağlıklı hale getirmek amacıyla), sahip olduğumuz sınırlı kaynak tüketimi verilerini kullanmak ve bu verileri diğer bilgilerle birleştirmek zorundayız. Gerçekte, “yukarıdan aşağı” maliyetlendirmeye, maliyet ve hasta verilerini kullanarak ortalama maliyeti bulmakla başlar ve daha sonra belirli bir DRG’deki bütün hastalar

⁴ Maliyet ağırlıkları, hastane ücretlerine dayalı ağırlıklardan ziyade, maliyet verilerine dayalı ağırlıklardır.

gibi, tek tek hasta gruplarının ortalama maliyetini göz önünde bulunduracak şekilde bu ortalama maliyeti ayırıştırırız.

Aşağıdan yukarıya maliyetlendirme (klinik maliyetlendirme)

“Aşağıdan yukarı” maliyetlendirmeyle, tüketilen kaynakların maliyetleri doğrudan hastalara dağıtılmaktadır.

Klinik maliyetlendirme sistemleri sıklıkla “aşağıdan yukarı” maliyetlendirme sistemleri olarak düşünülmektedir. Genellikle, bu sistemler içerisinde, tüketilen her bir kaynağın maliyeti, hastanın hastanede kaldığı her bir güne göre tayin edilebilmektedir. “Yukarıdan aşağı” maliyet modelleme sistemleri genellikle hastane maliyetlerini hasta yada ürün düzeyine dağıtmakla sınırlıyken, “aşağıdan yukarıya” klinik maliyetlendirme sistemleri daha mikro düzeyde maliyetlerin analizine izin vermektedir. Klinik maliyetlendirme sistemlerinin mikro düzeyde maliyet verileri sağlaması, klinikçilerin ve hastane yöneticilerinin bakım tedavi kalitesi protokollerine (örneğin, yerleşmiş bakım yolları) riayet etmelerini ve bu protokollerden ve diğer kıstaslardan herhangi bir sapmanın maliyetini göz önünde bulundurmalarını sağlamaktadır. Bu sistemler ayrıca, farklı hasta grupları tarafından tüketilen her bir kaynağa ilişkin olarak, hastanede kalınan her gün için kullanım gözden geçirmeleri de yapabilmektedir.

Kombine Yaklaşım

Teknik olarak, bütün hasta maliyetlendirme metodolojileri, “yukarıdan aşağıya” ve “aşağıdan yukarıya” maliyet modellemesinin bir kombinasyonunu kullanmaktadır. Bu durum, bir hastanede her işlemin maliyetini hasta düzeyinde izlemenin imkansız olmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin; muhasebe bölümünün maaşları ve ücretleri hazırlama maliyetleri, temizlik maliyetleri yada bakım ve onarım maliyetleri gibi pek çok hastane etkinliği, tek tek hastalarla özel olarak ilişkili değildir. Bu “genel” maliyetlerin, ilk olarak koğuşlar, ameliyathane, eczane vs. gibi doğrudan hasta bakımı sorumluluğuyla ilişkili alanlara dağıtılarak, hastalara dolaylı olarak dağıtılması gerekmektedir.

İkinci olarak ise, doğrudan hasta bakımıyla ilgili alanlarda dahi her bir ayrıntılı maliyeti her bir hastaya dağıtmak çok zordur (ve pahalıdır). Örneğin; hiçbir hastane, koğuş viziteleri sırasında doktorlarının zamanlarını (dakika cinsinden) tek tek hastalara dağıtmaz. Tıbbi maliyetler daima bir düzeye kadar modellenmektedir ve aksini

yapmak, pratik olmaktan uzaktır. Bu durum Türkiye'deki hemşire maliyetleri için de aynıdır.

Genel bir kural olarak, hasta düzeyinde ne kadar fazla (yüksek kalitede) bilgi varsa, maliyet verilerimiz o derece doğru olacaktır; ancak, bunun mümkün olmadığı yerlerde modelleme gereklidir.

2.5.1.2 Veri Gereksinimleri

Özünde, hasta bakım epizotlarının maliyetlendirilmesi, maliyetlendirilen döneme ait üç girdiye dayanır:

- Finansman verileri
- Hasta nitelik verileri
- Hasta Kaynak Tüketim verileri.

2.5.1.2.1 Finansman Verileri

Doğru maliyet dağılımları yapabilmek için maliyetlendirme sürecinde doğru ve ayrıntılı hesaplar gerekir. Ayrıntılandırmak gerekirse, ayrı maliyet merkezlerinin bulunması ve bunların, maliyet kalemi kodlarını içermesi kastedilmektedir. Aşağıdaki Ameliyathane Bölümü maliyet merkezi, örnek olarak verilebilir:

FF0000-01000	AMELİYATHANE - HEMŞİRE MAAŞLARI	1.890.756,44
FF0000-01001	AMELİYATHANE – DOKTOR MAAŞLARI	2.679.345,56
FF0000-16060	AMELİYATHANE – TIBBİ/CERRAHİ MALZEMELER	866.444,72
FF0000-16180	AMELİYATHANE – TIBBİ/CERRAHİ PROTEZ	1.885.794,36
FF0000-16410	AMELİYATHANE – PATOLOJİ HİZMETLERİ	642,33
FF0000-17000	AMELİYATHANE – İLAÇLAR	236.723,10
FF0000-22210	AMELİYATHANE – KONAKLAMA	6.707,59
FF0000-34200	AMELİYATHANE – MAL VE HİZMETLER	92.118,76

Ayrı maliyet merkezlerinin bulunmadığı hallerde, bu, idealin altında bir durumdur ve DRG düzeyindeki maliyet verilerinin, olması gerektiği kadar doğru olmayacağı anlamına gelmektedir.

Hastanelerde maliyetlendirme işlemlerini yaparken, mümkün olan hallerde bütün bölüm maliyet merkezlerinden gelen mali verilerin sağlanması ve bu merkezlerin hem doğrudan hem de dolaylı maliyet merkezlerini içermesi önemlidir. Doğrudan maliyet merkezleri, doğrudan hasta bakımı ile ilgili olan merkezlerdir (örneğin; kadın doğum, ameliyathane, poliklinikler, eczane, patoloji, radyoloji, vs.). Dolaylı maliyet merkezi

bölümleri ise doğrudan maliyet merkezi bölümlerini destekleyen bölümlerdir (örneğin; yemekhane, idare, bakım, bilişim, temizlik, vs.).

2.5.1.2.2 Hasta Nitelik Verileri

Hasta nitelik verileri genellikle, bir hastanenin hasta yönetim sisteminden elde edilen verilerdir ve bir hasta epizodunu DRG düzeyinde gruplandırmak için bu veriler kullanılır. Bazı maliyet modelleme uygulamaları için, DRG tahsisi önemlidir. Bu veriler ayrıca, hasta kimliği gibi veri kalemlerinin, maliyetleri hasta düzeyine çekmek üzere gereken diğer veri kümelerine bir bağlantı olarak kullanılmasından dolayı da önemlidir. Maliyetlendirme uygulamalarında gereksinim duyulan hasta nitelik veri tiplerinin bir örneği aşağıdadır:

Genel

Hasta Benzersiz Tanımlayıcısı
Yatış Benzersiz Tanımlayıcısı
Sigorta Kuruluşu
Hastanın Doğum Tarihi
Hastanın Cinsiyeti
Yatış Tarihi
Yatış Saati
Taburcu Tarihi
Taburcu Saati
İzinli Günlerin Sayısı
Yenidoğan Yatış Ağırlığı
Yatış Tanı Kodu
İkincil Tanı Kodları
Taburcu Tanı Kodu

2.5.1.2.3 Hasta Kaynak Tüketim Verileri

Hastane maliyetlendirmesinde, hasta kaynak tüketim verileri kullanılarak, mali verilerden gelen kaynak maliyetleri, hasta düzeyine çekilir. Hasta kaynak tüketim verileri genellikle kaynakları hastalara kadar izleyen bütün hastane sistemlerinden elde edilmektedir. Aşağıdaki hastane sistemlerinden gelen veriler kullanılabilir:

- **YNT (Yatış, Nakil ve Taburcu):** Bu sistemler hastaları hastaneye girişlerinde, koşullar, kritik bakım ve koroner bakım üniteleri (vs.) arasında

nakledilirlerken ve daha sonra taburcu edilirken izlemektedir. Veri alanları tipik olarak hastanın tıbbi yada benzersiz tanımlayıcısını, yatış tarih ve saatini, koğuş adını yada kodunu yada hastanın zamanını geçirdiği üniteyi ve taburcu saat ve tarihini kapsar. Bu tür veriler, maliyetlendirme sistemlerinin, hastanın her bir koğuştta yada hastanedeki diğer alanlarda harcadığı süreyi belirlemesini sağlamakta ve pek çok maaş ve maaş harici maliyet dağıtımı için maliyet sürücüsü olarak kullanılmaktadır.

- **Ameliyathane Sistemleri:** Bu sistemler hastaları ameliyathaneye kabul edilme zamanlarına göre izler. Veri alanları tipik olarak hastanın tıbbi yada benzersiz tanımlayıcısını, kaydedilen bıçak süresini, cerrah ve anestezi uzmanı ayrıntılarını, belki gerçekleştirilen prosedür/prosedürleri, hastanın ameliyathaneden ayrılma zamanını ve koğuşunda harcanan süreyi içerir. Ameliyathanede harcanan dakikalar, ameliyathanedeki kaynak tüketiminin çok iyi bir göstergesidir ve genellikle çoğu ameliyathane maliyetlerinin hastalara dağıtılmasında olağan yöntemdir.
- **Diğer Uygulama Alanları:** Ameliyathane gibi, hastaların diğer uygulama alanlarında (örneğin; kateterizasyon laboratuvarı, endoskopi vs.) harcadıkları süreyi kaydeden sistemlerin bulunduğu yerlerde, bu bilgi, söz konusu alanların maliyetlerini hastalara dağıtmak için idealdir.
- **Protez İzleme Sistemleri:** Bu sistemler genellikle her bir hastaya takılan protezlerin elektronik bir kayıdır ve veri alanları tipik olarak hastanın tıbbi yada benzersiz tanımlayıcısını, kullanılan protezin adı yada kodunu, tedaviyi uygulayan cerrahı ve protezin birim maliyeti yada ücretini içerir.
- **Tıbbi Malzeme İzleme Sistemleri:** Bu sistemler genellikle her bir hastaya uygulanan tıbbi malzemelerin elektronik bir kayıdır ve veri alanları tipik olarak hastanın tıbbi yada benzersiz tanımlayıcısını, kullanılan tıbbi malzemenin adı yada kodunu ve malzeme kaleminin birim maliyeti yada ücretini içermektedir.
- **Eczane İzleme Sistemi:** Bu sistemler genellikle her bir hastaya verilen ilaçların elektronik bir kayıdır ve veri alanları tipik olarak hastanın tıbbi yada benzersiz tanımlayıcısını, verilen ilacın adı yada kodunu, ilacı isteyen doktoru ve ilacın birim maliyeti yada ücretini içermektedir.

- **Patoloji İzleme Sistemleri:** Bu sistemler genellikle her bir hasta için istenen patoloji testlerinin elektronik bir kayıdır ve veri alanları tipik olarak hastanın tıbbi yada benzersiz tanımlayıcısını, istenen patoloji testinin adı yada kodunu, testi isteyen doktorun adını ve testin birim maliyeti yada ücretini içermektedir.
- **Görüntüleme İzleme Sistemleri:** Bu sistemler genellikle her bir hasta için istenen görüntüleme testlerinin bir elektronik kayıdır ve veri alanları tipik olarak hastanın tıbbi yada benzersiz tanımlayıcısını, istenen görüntüleme testinin adı yada kodunu, testi isteyen doktoru ve testin birim fiyatı yada ücretini içermektedir.

2.6. Uygun DRG programlarına geçişin olası sonuçları nelerdir?

Hem hastaneler hem de finansman kuruluşları için uygun DRG programlarına geçiş, bir dizi potansiyel fayda sağlamaktadır.

2.6.1 Hükümet/Finansör

Hükümet/finansör düzeyinde, DRG programlarının potansiyel faydaları şunlardır:

- Sağlık hizmetlerinin planlanmasına yardımcı olabilecek daha iyi sağlık bilgileri,
- Hastane finansmanı için daha fazla şeffaflık ve daha fazla sorumluluk,
- Kaynaklar, hasta tiplerine ve hastaların durumlarının ağırlığına göre dağıtıldığından; hastane finansmanında daha fazla eşitlik,
- Hastane finansmanının tahsisinde verimliliğinin iyileştirilmesi (diğer bir deyişle; fiyat = hasta tedavisinin marjinal maliyeti).

2.6.2 Hastaneler

DRG programlarının uygulamaya konmasında, hastaneler açısından da pek çok potansiyel fayda bulunmaktadır. Örneğin:

- Bu programlar hastanelere, israfı en aza indirme ve farklı hasta tiplerinin tedavisinde daha verimli yöntemler bulma yönünde bir teşvik sağladığından, teknik verimlilik elde edilir. Teknik verimliliğin nasıl gerçekleştirilebileceğinin bir örneği, DRG programına geçişten önceki ve sonraki bazı kilit performans göstergelerinin karşılaştırıldığı aşağıdaki tabloda görülebilir.
- Bu programlar hastanelerin dikkatini, tek tek hastalardan alacakları ücretle elde edecekleri gelirden, hastaların tedavisinin gerçek maliyetine yönlendirebilir. Hastanenin ücretlendirmesi gereken tutara değil, hastaların tüketebileceği uygun kaynak düzeyine odaklanması gereklidir.

- Bu programların uygulamaya konmasına sıklıkla (klinik personel tarafından daha iyi bilgi toplama ve hasta tedavisinde daha fazla kanıta dayalı uygulamalar yönünde) hastane kültüründe bir değişim eşlik etmektedir.

Tablo 2. Tipik bir Avustralya Eğitim Hastanesinde DRG Finansmanından Önce ve Sonraki Etkinlik İstatistikleri

1990 (DRG'lerden önce)	2000 (DRG'lerden sonra)	
Yatak sayısı: 500	Yatak sayısı: 380	%24
Yataklı hasta sayısı : 26.000	Yataklı hasta sayısı : 42.800	%64
Ortalama hastanede kalış süresi : 6,0 gün	Ortalama hastanede kalış süresi : 3,2 gün	%46
Yatak dönüşüm oranı: 52 hasta	Yatak dönüşüm oranı: 113 hasta	%117

BÖLÜM 3: Veri Kaynakları ve Benzerlik-Fark Analizi

3.1. Veri Kaynakları ve Kullanım Alanları

Bu araştırmaya dahil olan hastaneleri seçmek üzere kullanılan süreç, ayrı bir raporla açıklanmaktadır. Bu hastaneler aşağıda verilmektedir:

- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Hast. (Ankara)
- Dokuz Eylül Ü.Tıp Fak. (İzmir)
- Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hast. (İstanbul)
- Ankara Eğitim ve Araştırma Hast. (Ankara)
- Özel Acıbadem Hast. (İstanbul)
- Antalya Devlet Hast. (Bölge Hastanesi, Antalya)
- Cengiz Gökçek Devlet Hast. (Bölge Hastanesi, Gaziantep)
- Afyon Devlet Hast. (Bölge Hastanesi, Afyon)

İlk olarak, Türk hastane sistemiyle ilgili konular hakkında genel bir anlayış geliştirmek ve araştırmadaki diğer hastanelerde kullanılacak yaklaşımı iyileştirmek üzere Hacettepe hastanelerine odaklanılmıştır. Örnek hasta düzeyi bilgileri, Hacettepe tarafından sağlanmış ve mevcut verilere DRG tahsisleriyle bağlantılı konuları değerlendirmek üzere bu raporda kullanılmıştır.

Hacettepe personeliyle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilere dayalı olarak, araştırmadaki diğer hastanelerinin hasta verileri sağlama ve proje için gerekli ek verilerin dahil edilmesi için verileri tadil etme/genişletme kapasitelerini değerlendirmede kullanılmak üzere kontrol listeleri hazırlanmıştır. Bu kontrol listeleri üç alanı kapsamaktadır (bkz. Ek 4):

- Hastanedeki yönetim ve teknik personel için irtibat bilgilerini sağlayan bir kontrol listesi (Ek 4, Bölüm 1),
- Hastane yönetimini ve DRG'lerin tahsis edilmesi için uygun klinik ve hasta verileri toplama kapasitesini değerlendiren bir kontrol listesi (Ek 4, Bölüm 2),
- Hastanelerin en yeni uluslararası maliyetlendirme metodolojilerini ve yazılımını kullanarak, maliyetleri hastalara dağıtma kapasitesini değerlendiren bir kontrol listesi (Ek 4, Bölüm 3).

Bütün hastane İcra Kurulu Başkanları ile yapılan bir başlangıç toplantısını, bir dizi hastane ziyareti izlemiştir. Hastane ziyaretleri, her bir araştırma hastanesinin

kapasitesini değerlendirmek üzere Ağustos ve Eylül ayları için ayarlanmıştır. Ön ziyaretler, iki aşamalı bir süreç olarak ayarlanmıştır. Her bir hastaneye yapılan ilk ziyaretlerde, araştırma grubunun üyeleri, hastane yönetiminin kıdemli üyeleriyle (tipik olarak, hastane CEO'su ve onun kilit personeli) görüşmüştür. Bu toplantıda, araştırmanın amaçları ana hatlarıyla açıklanmış ve hastanelerinin mevcut bilgi teknolojisi ve stratejilerini aktarmaları için fırsat verilmiştir. Kontrol listeleri, proje teknik personelinin uygun hastane personeliyle kontrol listelerini ayrıntılı bir şekilde görüşebilmesi için, müteakip ziyaret talebiyle hastane CEO'larına verilmiştir. Bu müteakip ziyaretler, hastanelerin kontrol listeleri üzerinde düşünebilmesi için hastanelere süre tanımak amacıyla, ön ziyaretten bir kaç gün sonrasına planlanmıştır.

Ön ziyaretler sırasında, hasta düzeyi bilgilerinin kullanılabilirliği belirlenmiş ve mevcut hasta düzeyi verilerinin olası örnekleri talep edilmiştir. Bu raporun hazırlanması sırasında kullanılan veriler yalnızca Hacettepe hastanesinden alınmıştır.

3.2. Bugüne kadarki bulgulara genel bakış

Araştırmada yer alan hastanelere yapılan ön ziyaretler, araştırma için başlıca bir dizi veri sorununu hızla tanımlamıştır. Bu sorunların en önemlisi Türkiye'deki hastane bilgi sistemlerinin genel yönelimiyle ilgilidir. Hizmet karşılığı ücret finansmanı düzenlemelerini kullanan diğer pek çok ülkedeki hastaneler gibi, ziyaret edilen Türk hastanelerindeki bilgi sistemleri hemen hemen tamamen gelirlere (diğer bir deyişle; her bir hasta için ayrıntılı bir fatura oluşturabilmeye) odaklanmıştır. Bazı hastaneler denizaşırı ülkelerdeki benzer sistemlerin kapasitesine eşit ya da bu kapasitenin üzerinde sistemlere sahipti ya da böyle sistemler geliştirmekteydi. Örneğin; Türk hastanelerinin ayrı BUT kalemlerini ayrı hastalara, klinik personele ya da sigorta kuruluşlarına göre izleme yetisi Avustralya, Yeni Zelanda ve pek çok Avrupa ülkesindeki benzer hastanelerin çoğunun kapasitesinin epey üzerindeydi.

Her hastanenin en önemli rolü, hastalara kaliteli bakım sunmaktır. İyi bir klinik belgelenenin en önemli rolü, kaliteli hasta bakımını desteklemektir. *"Hastaneye yatırılmanın mevcut ve gelecekteki bütün epizotlarında hastalarla ilgilenen bütün klinik personelin, hasta için optimum bakım sağlamak üzere gereksinim duyacağı bütün kayıtlara ulaşmasını sağlar. Devamında yüksek kalitede ve güvenli bir hasta bakımı sağlamak üzere hayati olan bir durum olarak, sağlık hizmeti sunucuları arasında bakımın devamlılığını sağlamak için hasta kaydının doğru, eksiksiz ve*

*anlaşılır olması gerekir*⁵. Kaliteli tıbbi kayıtların oluşturulması, finansman modeli ya da raporlama gereksinimlerine bakılmaksızın bütün hastaneler için bir öncelik olmalıdır.

DRG'lere doğru herhangi bir adım, Türk hastanelerinin altta yatan odak noktasında büyük bir paradigma sapmasını gerektirecektir. Hastaneler, gelirler üzerine odaklanmaktan uzaklaşıp, sağlık hizmeti sunmanın maliyetlerini gözetmeye kaymalıdır. (Gerek Hükümete gerekse paydaşlara karşı) Mali sorumluluk, hastane yöneticilerinin yalnızca hastalara sağladığı bakımın kalitesini değil, aynı zamanda hastanelerinin karlılığını da gözetmelerini gerektirmektedir. Karlılık, aşağıdaki şekilde tanımlanabilir:

$$\text{Kar} = \text{Gelir} - \text{Maliyetler}$$

Gelirin büyük oranda sabit olduğu finansman modellerinde⁶, odak genellikle gelirden çok maliyetler üzerindedir. Maliyetlere odaklanmak, maliyetler üzerinde etkisi olan ana faktörlerin göz önünde bulundurulmasını beraberinde getirmektedir: Hasta karmaşıklığı ve teknik verim. Hasta karmaşıklığını anlamak için, her bir hasta hakkında kaliteli klinik belgeleme gerekmektedir. Bu, hastane bakımının bir yan ürünü olmalıdır; ancak, durumun böyle olmadığı yerlerde, tıbbi belgelemenin kalitesi, ister DRG'lerle ister başka vaka bileşimi aracıyla ölçülsün, karmaşıklığı yeterince açıklayacak şekilde iyileştirilmelidir.

Maliyetle bağlantılı faktörlere yapılan vurgu, hastane yöneticileri tarafından gereksinim duyulan bilgi tipleri hakkında önemli sonuçlara sahiptir. Hasta karmaşıklığını açıklamak üzere klinik ayrıntılar ve teknik verimliliği gözlemlenmek amacıyla hastane hesap cetvellerinin temel yapısı üzerinde ise daha fazla vurguyla durulmaktadır.

Türkiye'nin "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamındaki amaçlardan biri, hastanelere daha fazla idari ve mali özerklik sağlamaktır. Bu özerkliğin, hastanelere personel maliyetleri dahil olmak üzere geniş bir maliyetler yelpazesi üzerinde daha fazla kontrol sağlamayı da içermesi olasıdır. Eğer bu maliyetlerin Sağlık Bakanlığı bütçesinden hastanelere aktarılması gerçekleşirse, bu durumda hastane

⁵ Good Clinical Documentation Guide (İyi Klinik Belgeleme Rehberi), sayfa 10

⁶ Örneğin; kişi başına finansman modelleri, kaynak tahsisi formülleri ya da kişi başına DRG bütçeleri aracılığıyla.

yöneticilerinin mevcut finansman düzenlemelerindekine göre maliyetlere daha fazla odaklanması gerekecektir.⁷

Türkiye'nin halihazırdaki "hizmet karşılığı ücret" modelinden, DRG'ye dayalı epizodik finansmana geçmesi halinde, gelirin ayarlamalar ya da hasta karmaşıklığından sonra hasta tedavisinin ortalama maliyetine göre belirlenecek olmasından dolayı, hastane yöneticilerinin maliyet gözetimine daha fazla vurgu yapması gerekecektir. Bu tür maliyet gözetiminin, hem finansman bölümünün hem de tıbbi kayıtlar bölümünün daha fazla önem kazanmasıyla birlikte, hastane yönetim sürecinin tekrar yapılandırılmasıyla sonuçlanması olasıdır. Bu ise, finansman bölümünde yeminli muhasebecilerin çalışması gibi, kilit personelin resmi akademik ve/veya mesleki niteliklerine daha fazla vurgu yapılmasını beraberinde getirebilir.

Hastaların DRG'lere dağıtımı ve maliyetlerin hastalara dağıtımı ile bağlantılı konuların daha kapsamlı bir analizi aşağıda verilmektedir.

3.3. Kanunlar ve Mevzuat

Eğer DRG'ye dayalı bir hastane finansman programı Türkiye'de hizmete girecekse, sağlık finansmanı, sağlık sigortası ve hastane yapısına ilişkin olarak mevzuatta bir dizi değişikliğin yapılması gerekmektedir. Türkiye'nin karar verdiği finansman modeline bağlı olarak, hastanelerin mali özerkliği ve yönetsel yapısı ve sigorta kuruluşları, hükümet ve hastaneler arasındaki finansman mekanizmasının sağlanması için yeni mevzuat hazırlanması gerekebilir. Hastanelerin sigorta kuruluşlarına ayrıntılı tanı bilgileri sunması ve hasta kayıtlarının klinik denetimine izin veren mevzuatların da geliştirilmesi gerekebilir.

DRG'lerin finansman amacıyla kullanımında sorumluluğu desteklemek üzere yasalaştırılmış Victoria (Avustralya) Sağlık Hizmetleri Kanunu 49/1988'de örnek olarak verilebilir.

[http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubLawToday.nsf/2184e627479f8392ca256da50082bf3e/641d7a059f35d4adca257051001a4e52/\\$FILE/88-49a096.pdf](http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubLawToday.nsf/2184e627479f8392ca256da50082bf3e/641d7a059f35d4adca257051001a4e52/$FILE/88-49a096.pdf)). Bu kanun, finansman amacıyla rapor edilen verilerin ve kayıtların doğruluğunu incelemek üzere tayin edilmiş denetçilerin görev ve yetkilerini tanımlamaktadır. En önemli iki bölüm, 18C ve 18D bölümleridir:

⁷ Türkiye adam başına finansman modelini kabul ederse, hastanenin kabul edilen hasta sayısı ile kabul başına maliyeti de kontrol etmesi gerekeceğinden, "maliyet" üzerindeki vurgu daha da güçlü olacaktır.

“18C. Vaka bileşimi (case mix) denetçilerinin işlevleri

Bir Vaka bileşimi denetçisinin işlevi, Vaka bileşimi finansman sisteminin bir kamu hastanesi ya da belirli bir hastane tarafından etkin şekilde kullanılıp kullanılmadığını;

(a) Vaka bileşimi formülleri kapsamında finansmanı gözlemleyerek,

(b) hasta tıbbi kayıtlarının rasgele incelenmesi yoluyla hasta verilerinin sınıflandırılmasındaki hataları belirleyerek,

(c) kamu ya da belirli bir hastaneye, Vaka bileşimi finansmanının uygulanması ve yönetiminde ortaya çıkabilecek sorunları tanımlamada yardımcı olarak,

S. 18C(d), 46/1998 sayılı yasa s. 7 (Ek. 1) ile değiştirilmiştir.

(d) istatistiksel amaçlarla hasta ya da bireyleri Sekretere tanımlamayan bilgiler sunarak belirlemektir.

S. 18D, 112/1993 sayılı yasa s. 6 ile eklenmiştir.

18D. Vaka bileşimi denetçilerinin yetkileri

(1) Bir Vaka bileşimi denetçisi herhangi bir anda bir kamu hastanesine ya da belirtilen bir hastaneye, Vaka bileşimi finansman sisteminin doğru bir şekilde uygulanmakta olduğundan emin olmak üzere girebilir ve

(a) her türlü ilgili hasta tıbbi kayıtlarını ya da diğer ilgili belgeleri inceleyebilir;

(b) bireyleri tanımlamayan bilgilerden özetler ya da kopyalar alabilir;

(c) Vaka bileşimi verilerinin doğru bir şekilde rapor edilip edilmediğini belirlemek üzere kamu hastanesi ya da belirli bir hastanede istihdam edilmiş olan herhangi bir şahsa sorular sorabilir.

Bu gibi kanuni veya tüzel hükümler, verilerin doğruluk ve bütünlüğünü yönetme yetkisini resmi hale getirmesinden dolayı, istatistiksel verilerin doğrudan finansman amaçlarıyla kullanılmadığı hallerde dahi yararlıdır. Bu gibi zorunlu gerekler, hizmet sunumu ve gözetiminde akdi yükümlülükler ve normal mesleki kalite kontrolleri açısından yararlı bir katkıdır. Kalite sorumluluğunu iyileştirmek üzere geçtiğimiz yıllarda kabul edilen diğer bir mevzuat tipi ise, sağlık hizmeti sunucularının kayıt tutmalarını ve bunları talep üzerine hastalara vermelerini gerektiren kanunlardır.

Bununla birlikte, yalnızca hastane yöneticilerinin, kendilerinin ve diğerlerinin karşılaştırmalı performansı hakkında yorumda bulunma fırsatına sahip olması gereğiyle; bu gibi mevzuatın, servisler tarafından karşılaştırmalı etkinliklerin düzenli olarak rapor edildiği bir ortamda etkili olabileceği sıklıkla gözlemlenmiştir.

Bu gibi etkinlikler için gereken yetkileri veren genel denetim mevzuatının mevcut olduğu hallerde, yukarıdaki gibi ayrıntılı kanuni hükümler gerekli olmayabilir. Bununla birlikte, genel bir kanuni yetki göndermesiyle birlikte rapor verme gereklerinin ayrıntılı şekilde belirtilmesi, güvenilir veri raporlama için önemli bir ön koşuldur. Halihazırda Türkiye'deki BUT raporlama şartnameleri, bu amaca hizmet etmektedir. Daha ayrıntılı bir raporlama şartnamesinin örneği; rapor edilecek veri kalemleri, bunların tanımları, düzenleme standartları, raporlama sıklığı ve aktarım sistemi arabirimi ayrıntıları gibi ayrıntılı raporlama gereklerini belirleyen bağlantılı belgelerle (<http://www.health.vic.gov.au/hdss/index.htm>) desteklenen Victoria Politika ve Finansman Kuralları'nda görülmektedir (<http://www.health.vic.gov.au/pfg/index.htm>).

Bu tür belgeler, uygunluk incelemesi ve denetimi için temel oluşturmaktadır. Türkiye'de BUT, şimdilerde bu işlevi yerine getirmektedir, ancak, eğer kurumlar arasında ve zaman sürecinde etkinlik karşılaştırmalarının doğru bir şekilde gözlemlenebilmesi için doğru ve tutarlı bir veri raporlama gerçekleştirilecekse, raporlama şartnamesinin yeniden yapılandırılması ve genişletilmesi gerekmektedir.

3.4. Hastalara DRG Kategorisi Atanması

3.4.1 Genel

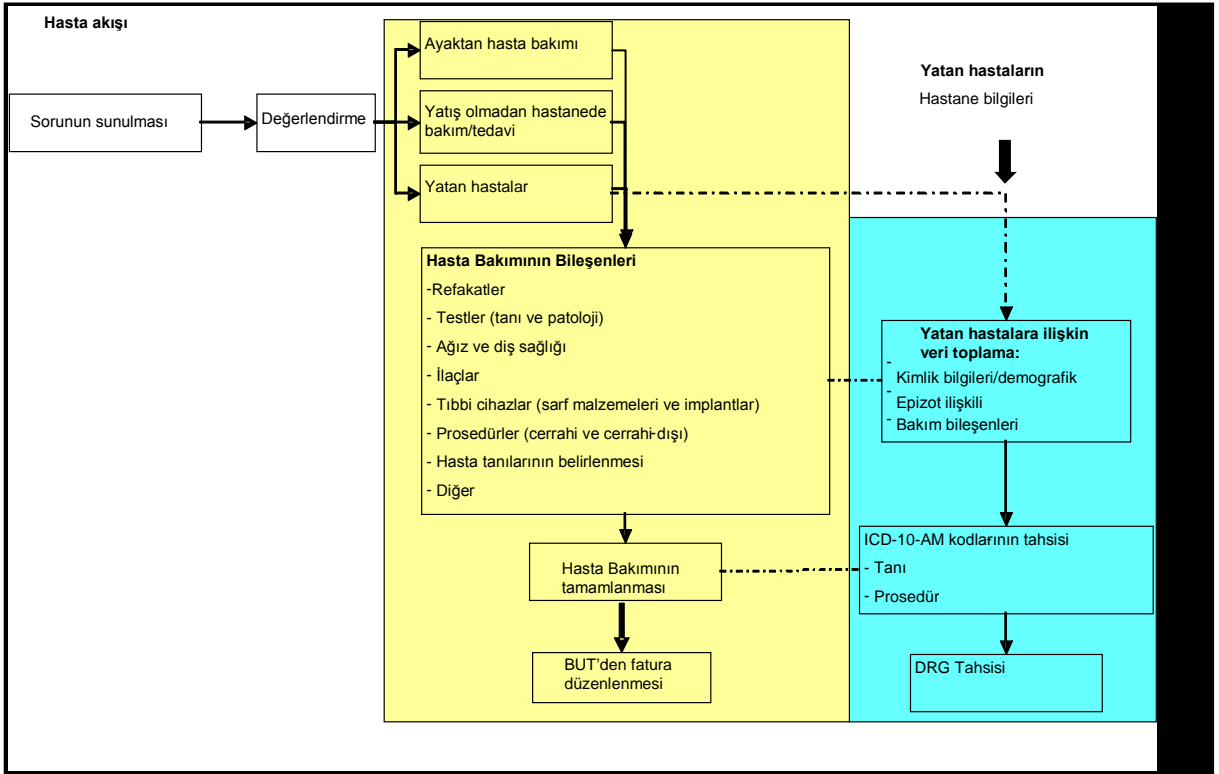
3.4.1.1 Bakım Epizodu Kavramı

DRG'ler yataklı hasta bakımı epizotlarını tanımlamak üzere tasarlanmıştır. Açık bir yataklı hasta bakımı epizodu kavramı, ne klinik açıdan ne faturalandırma açısından ne de raporlama açısından Türkiye'deki mevcut düzenlemeler için merkezi değildir. Şekil 2'deki şemada, sarı gölgeli alan, Türkiye'nin mevcut hastaneye yatırma bilgi tasarımını temsil etmektedir. Hasta bir problemle gelmektedir ve en uygun bakım ortamına (örneğin; ayakta, yatırılmayan, yatırılan vs.) ilişkin bir değerlendirme yapılmaktadır. Hastanın hastanede bulunduğu süre boyunca, bakım bileşenlerinin çeşitli kombinasyonları sağlanmakta ve hastanın kayıtlarında kalemler halinde sıralanmaktadır. Bu bakım kalemleri BUT'de tanımlanmıştır. Hasta bakımı tamamlandığında, sunulan bakımla bağlantılı bütün ücretler toplanarak bir fatura

düzenlenmektedir. Bu süreçte yatarak yada yatmadan bakım ya da akut ve sub-akut bakım arasında ayırım yapmaya gerek yoktur.

DRG'ler akut yatan hasta bakımıyla ilgilidir. Sonuç olarak, bakım epizotlarını daha net bir şekilde tanımlamak gereklidir. Epizotlar, özel bir başlangıç ve bitiş noktası gerektirir ve akut bakım içeren epizotlarla uzun vadeli rehabilitasyon ve sürekli hemşire bakımı gibi temelde sub-akut olan epizotların birbirinden ayrılması gereklidir. Şemadaki mavi alan, DRG tahsisi için gereken süreçleri temsil etmektedir. İlk olarak, yalnızca doğru bakım epizotlarının (diğer bir deyişle, akut yatan hasta epizotları) tanımlanması gerekmektedir. İkinci olarak ise, hastanın bir DRG'ye dahil edilebilmesi için taburcu anı itibariyle tam bir tanı ve prosedür listesi hazırlanmaktadır.

Şekil 2. Türkiye'de Sağlık Bilgilerinin Akışı



3.4.1.2 Veri Gereksinimleri

Yukarıda görüldüğü gibi, hastaları DRG'lere dağıtma süreci, hastanenin her bir hasta hakkında belirli bilgileri toplamasını gerektirmektedir. Bu bilgiler şunlardır:

- Eksiksiz tanı listesi
- Eksiksiz prosedür listesi
- Cinsiyet
- Doğum tarihi (ya da yetişkinler için yıl ve yeni doğanlar için gün cinsinden yaş)
- Yatış ve taburcu tarihleri. İzin günleri de ayrıca istenebilir.
- Hastanın hastaneden nasıl ayrıldığı (Ölüm, nakil ya da diğer).

Klinik kalemlerin (tanılar ve prosedürler), karmaşıklığı ortaya çıkarabilecek bir ayrıntı düzeyinde olması gerekmektedir. Bunun mümkün olmadığı bazı vakalarda, ek veri kalemlerinin toplanması gerekebilir. Örneğin; ICD-10-AM'de kesintisiz mekanik ventilasyon için prosedür kodu, zamana göre farklılaştırılmaktadır. 96 saat yada daha uzun süreyle kesintisiz ventilasyon desteğini gösteren kod, hastayı çeşitli DRG'lere atamak için kullanılabilir. Bu kodlama özgüllüğü düzeyi sağlanmadığında, gruplama amacıyla uygun kodun prosedür listesine geriye dönük olarak eklenebilmesi için ilave bir veri kalemi, mekanik ventilasyon saati gerekir.

Bütün DRG uygulamaları, klinik kodların belirli bir formatta toplanmasını gerektirmektedir. AR-DRG'lerin özel sürümünün geliştirilmesi sırasında, AR-DRG'ler kodların ICD-10-AM ve Avustralya'da geçerli olan ACHI kodlarında toplanmasını gerektirmektedir (örneğin; AR-DRG sürüm 5.1 ICD-10-AM'in 4'üncü sürümünü gerektirmektedir). Uygun klinik kodların mevcut olmadığı hallerde, DRG yazılımı, mevcut kodların yazılım tarafından gereksinim duyulan kodlarla eşleştirilmesini gerektirmektedir. Türkiye'deki mevcut tanı verileri ve prosedür verileri, AR-DRG yazılımı için eşleştirme yapılmasını gerektirmektedir. Eşleştirme konuları, örnek hastane verilerinin ilk gruplandırması göz önünde bulundurulurken, ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Türk hastanelerinden gelen mevcut tanı ve prosedür verilerinin tamlığı ve özgüllüğüne ilişkin konular aşağıda, örnek hastane verilerinin incelenmesinde tartışılacaktır. Ancak bu araştırmanın, Türkiye'deki tıbbi kayıtlara ilişkin bilgilerin doğruluğunu ölçme amacını taşımadığı unutulmamalıdır. Bu işlem, Türk hastanelerinde kodlama denetimi yapılmasını gerektirecektir. Ayrıca, daha fazla hasta verisi olmadan, denetimi olası problem alanlarına yöneltmek zor olacaktır ve

dolayısıyla, tıbbi kayıtların derlenmesine ilişkin hususların tanımlanması için, çok daha geniş bir örneklem büyüklüğüne gereksinim duyulacaktır. Bu, mevcut projenin kapsamı dışındadır.

3.4.2 Türkiye'deki İlk AR-DRG Gruplandırma Denemesi

Bu analiz, Hacettepe Üniversitesi Hastanesine yatırılan hastaların bir aylık hastane kayıtları örneğini esas almaktadır. Hacettepe Üniversitesi Hastanesinin klinik bilgileri elektronik formatta yakalamaya ilişkin olarak Türkiye'deki geçerli "gelişmişlik düzeyini" temsil ettiği varsayılmaktadır. Bu varsayım dahilinde, mevcut rapor, Avustralya DRG'lerini uygulamaya koymada Türk hastanelerinin mevcut kapasitesinin değerlendirilmesinde iyimserdir.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesinin diğer hastaneleri temsil etme düzeyi, proje ilerledikçe belirlenecektir. Bununla birlikte, diğer 7 pilot hastanedeki bulgulara bakılmaksızın ve yalnızca Hacettepe verilerine dayalı olarak, DRG'ye dayalı bir yaklaşımın tüm faydaları Türkiye'de hayata geçirilmeden önce, elektronik olarak kaydedilmiş bilgilerin derinlik ve özgüllüğünde önemli bir artış gerekli olacaktır.

3.4.2.1 Tanı Verilerinin Mevcudiyeti

Hacettepe verileri halihazırda ICD-10 kapsamında toplanan tanı bilgilerini içermektedir. Bununla birlikte, mevcut verilerin DRG tahsisi açısından kullanılabilirliğine üç önemli unsur etki etmektedir:

1. Birincil tanının tanımı,
2. ICD-10 içerisindeki kodun özgüllüğü,
3. Bütün ilgili ICD kodlarının klinik kayıt içerisinde yakalanmış olma derecesi.

3.4.2.1.1 Birincil Tanının Tanımı

Avustralya DRG (AR-DRG) algoritması, temel olarak birincil tanıya, diğer bir deyişle, hastanın hastanede bakılma nedenine dayalıdır. Mevcut ilk örnek hastane verilerinde, açık bir şekilde ifade edilmiş hiçbir birincil tanı bulunmamaktadır. Ulusal raporlama amacıyla, ilk listelenen tanı kullanılacaktır. Bu durumda, ilk tanının birincil tanı olduğu varsayılmaktadır ve bu yaklaşım, ilk "benzerlik-fark" analizinde kullanılmıştır.

Halihazırda, kayıtların çoğunun yalnızca bir tanı içerdiği göz önünde bulundurulduğunda, birincil ve ikincil tanı arasındaki fark görece azdır. Ancak, ilave tanıların dahil edilmesiyle tıbbi kaydın tamlığı artarken, DRG tahsisinde birincil tanı

seçiminin önemi de artacaktır. Proje içerisindeki çekirdek gruplar şu anda birincil tanı seçimiyle bağlantılı tanım ve uygulama konularını ele almaktadırlar. Çekirdek grup tarafından bu proje için Avustralya'nın birincil tanı tanımının kullanılmasına karar verilmiştir:

“Hastanın hastanedeki bakım epizodunda (yada bir sağlık kurumunun gözetiminde) bulunmasından başlıca sorumlu olan ve incelemeden sonra belirlenen tanıdır”

3.4.2.1.2 Tanı Kodlarının Özgüllüğü

ICD-10'un Avustralya tarafından değiştirilen biçiminde (ICD-10-AM), ICD kodu içerisinde beşinci hane daha fazla kullanılmaktadır. Bu, daha yüksek bir klinik özgüllük düzeyi sağlamaktadır. AR-DRG gruplandırma yazılımı, bu özgüllük düzeyini kabul etmektedir. ICD-10-AM içerisindeki bütün hanelere değer vermeme, tanının hata olarak rapor edilmesiyle sonuçlanmaktadır. İlk örnek hastane verilerinde ICD-10 kullanılarak gerçekleştirilen ön AR-DRG gruplaması, kayıtların %57'sinin gruplandırılmaz DRG 960 kapsamına alınmasına neden olmuştur.

Tablo 3. AR-DRG Gruplandırma Yazılımının ilk örnek hastane verilerinde kullanılmasıyla elde edilen ilk döngünün sonuçları

Gruplandırma Sonuçları	Kayıt Sayısı	Yüzde
Normal gruplandırma	1242	%43,4
Geçersiz Birincil Tanı	1609	%56,3
Geçersiz Yaş	6	%0,2
Geçersiz Cinsiyet	2	%0,1
Bütün Kayıtlar	2859	%100,0

Geçici bir çözüm, ICD-10 kodları, ICD-10-AM'deki özgüllük düzeyini simüle etmek üzere, özgül olmayan kodlarla (yani ICD-10 koduna bağlı olarak 0 ya da 9'la) doldurmaktır. İlk örnek hastane verileri için bu işlem yapıldığında, gruplandırılmaz kayıtların oranı önemli oranda düşecektir. Bu yaklaşımla, mevcut (geriye dönük) veriler kullanılarak vakaların %80 ila %90'ına geçerli bir DRG tayin edilebilmesi beklenmektedir. Bu rapor kaleme alınırken, ilk örnek hastane tanılarının geçerli, özgül olmayan kodlara atanması ve tekrar gruplanması, 12 aylık hastane verileri üzerinde gerçekleştirilmektedir. Bu çözüm, gruplandırma yazılımının işlev göstermesine izin verirken, DRG'ler içerisinde daha az karmaşık DRG'lere doğru bir eğilim oluşturacaktır. Bu durum, genel olarak daha düşük ağırlıklı DRG'lerin özgül olmayan kodlara sahip vakalara verilme eğiliminden kaynaklanmaktadır.

3.4.2.1.3 Bildirilen Tanı Kodlarının Sayısı

Ortalama olarak ilk örnek hastane verileri, kayıt başına 1,4 tanı içermektedir. Bu ortalama, Avustralya hastane verilerine ait ortalama olan 2,4 ile karşılaştırılabilir. Bununla birlikte, yıllardır vaka bileşimi (case mix) kapsamında finanse edilen eğitim hastaneleriyle karşılaştırma yapıldığında, fark çok daha belirgindir. İki örnek verilmektedir. İlk hastane (Avustralya Üniversite Hastanesi 1), genel olarak tanıları kapsamlı olarak kodlamasıyla tanınmaktadır ve olası kodlama etkinliği için üst sınırı temsil etmektedir. İkinci hastane (Avustralya Üniversite Hastanesi 2), bilgi teknolojisinde ilerliliğiyle, ancak Avustralya Üniversite hastaneleri için daha tipik bir kodlama düzeyine sahip olmasıyla tanınmaktadır. İlk örnek hastane verilerine ait %30'un biraz üzerindeki oranla karşılaştırıldığında, bu hastanelerdeki hastaların neredeyse %90'ı en azından 2 tanıya sahiptir.

“Komplikasyonlu” DRG'lere atanmakta olan kayıtların oranları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmasından dolayı, hasta kaydında bildirilen tanı sayısı, DRG tahsisinde önemlidir. Eğer yalnızca birincil tanı bildirilirse, bu durumda hasta otomatik olarak bir “komplikasyonsuz” DRG altında gruplandırılacaktır. Bu etki, komplikasyon düzeylerini belirlemeye yönelik AR-DRG algoritması nedeniyle, AR-DRG'lerin kullanımında, diğer DRG'lerin kullanımına göre, potansiyel olarak daha fazla olacaktır⁸. Türk elektronik kayıtlarında ikincil tanıların sınırlı oranda bildirilmesi, AR-DRG'lerin hastaneler ve hastalar arasındaki karmaşıklık düzeylerini ayırt etme yetisini azaltacaktır.

Tablo 4. Hastaneye Kabul Edilen Hasta Kaydı Başına Rapor Edilen Tanıların Sayısı

Kayıt Başına Tanı Sayısı	İlk Örnek Hastane Verileri	Avustralya Ulusal Verileri	Avustralya Üniversite Hastanesi 1	Avustralya Üniversite Hastanesi 2
0	%0,5	%0,0	%0,0	%0,0
1	%68,8	%36,3	%11,8	%12,3
2	%21,7	%30,8	%30,0	%48,0
3	%6,2	%15,8	%11,6	%10,1
4	%1,7	%7,8	%9,4	%6,8
5	%1,1	%9,3	%37,2	%22,8
Toplam	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0
Ortalama	1,4	2,4	4,8	3,5

⁸ AR-DRG'lerin genel komplikasyon düzeyini değerlendirmede birden fazla ikincil tanının etkisini ekleyen bir algoritması vardır. Bu, ne kadar fazla tanı bildirilirse, bir “komplikasyonlu” DRG altında gruplandırılma olasılığının o kadar yükseldiği anlamına gelebilir.

3.4.2.2 Prosedür Verilerinin Mevcudiyeti

Yukarıda açıklandığı şekilde, bir AR-DRG kategorisini bir yatan hasta epizoduna atamak yada epizodu “gruplandırmak” için bir dizi veri işlemi gerekmektedir. Bu işlemlerden biri, hastaya sağlanan ana prosedürlerin kodlarıdır. AR-DRG yazılımı tarafından kabul edilen prosedür kodu standardı, **Avustralya Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması (ACHI)** kodlarıdır. Bu kodlar ICD-10-AM sınıflandırması için prosedür eksenini oluşturmaktadır.

Türkiye yaklaşık 5000 prosedür koduyla (BUT) kapsamlı bir ödeme programı kullanmaktadır. Bu program, özel ameliyathane prosedürleri ve tıbbi prosedürlere yönelik kodlar içermektedir. ACHI'dan BUT'a eşleştirme geliştirilmiştir. Bu eşleştirme, söz konusu kalemler arasındaki karşılaştırılabilirliği değerlendirmek üzere ACHI tanımlayıcılarındaki klinik kavramların, BUT tanımlayıcılarındaki klinik kavramlarla eşleştirilmesi ile yapılmıştır. Bu süreç, ACHI kapsamındaki kodlama talimatlarına yapılan sınırlı göndermeleri de (dahil etme ve hariç tutma kriterleri gibi) içermiştir. Pek çok ACHI kodu, birden fazla BUT koduyla ilişkilidir ve pek çok BUT kodu, birden fazla ACHI koduyla ilişkilidir. Bu gibi karmaşık eşleştirme uygulamalarıyla ilgili denizaşırı deneyimler, eşleştirmelerin eşleştirme yönü açısından hassas olduğunu göstermektedir. Eşleştirmeler, başlangıç noktası BUT'den ACHI kodlarına mı eşleştirme yapıldığına ya da başlangıç noktası ACHI'den BUT kodlarına mı eşleştirme yapıldığına göre farklılık göstermektedir. ACHI/BUT eşleştirme sürecinde kusursuz bir ilerleme sağlandığı bilinirken, uygulanmalarında sektörel güven sağlamak üzere eşleştirmelerin yine de niteliksel ve niceliksel bir incelemeden ve klinik geçerlemeden geçmesi gerektiğini bilmek de önemlidir.

Mevcut ACHI/BUT eşleştirmesi açısından arzu edilen ikinci bir iyileştirme ise, olasılık bilgilerini kullanarak halihazırdaki gruplandırmaları gözden geçirmektir. Birden fazla alternatifle karşılaşıldığında, mevcut eşleştirme, olasılığı en yüksek alternatif hakkında hiçbir belirti vermemektedir. Yine uluslararası deneyim, çoklu kodlar yardımıyla alternatifler arasında seçim yapılabileceğini göstermektedir. Örneğin; tek bir BUT kodu, iki ACHI koduyla eşleştirilebilir; ancak, ilk BUT koduyla birlikte ikinci bir BUT kodu kullanıldığında, eşleştirme çatışması çözülebilir. Bu gibi “çoktan teke” eşleştirme seçeneklerinin incelenmesi gerekmektedir.

Mevcut ACHI/BUT eşleştirmesi evrilerek, ilk örnek hastane verilerinde BUT kodları, DRG gruplandırması için uygun ACHI kodlarına eşlenmiştir. Tek bir kaydın aynı BUT kodundan birden fazla içerdiği durumlarda, ilgili ACHI kodları listesini oluşturmak için

ilk kod kullanılmıştır. Ayrıca, yalnızca ameliyathane ve önemli ameliyathane dışı prosedür BUT kodları eşleştirilmiştir. Belirli bir BUT kodu için birden fazla ACHI kodunun bulunduğu durumlarda, bir klinik personel en uygun kodu seçmiştir. Bu önlemlere rağmen, ACHI/BUT eşleştirmesini evirme uygulaması, önemli bir veri sorununu ortaya koymaktadır. Başka yerlerdeki benzer eşleştirme uygulamalarından edinilen deneyimler, bir eşleştirmenin yönünün basitçe değiştirilmesinin beklenmeyen sonuçlara neden olabileceğini göstermektedir. Bu konunun daha fazla araştırılması gerekmektedir ve ayrı bir BUT/ACHI eşleştirmesi geliştirme gereksinimi incelenmelidir.

Ters eşleştirilmiş örnek hastane verilerinin ön analizi, bu kaygıları desteklemektedir. Ortalamada, BUT kodlarının ters eşleştirilmesi, hastane örnek verilerinde kayıt başına 5,6 eşlenik ACHI koduyla sonuçlanmıştır. Bu rakam Avustralya verilerinde belirtilen prosedür sayısının çok üzerindedir (ulusal çapta ortalama 2,4; Hastane 1 için 2,7 ve Hastane 2 için 1,8). Bu fark kısmen, sayıma dahil edilen hastalarla ilgilidir. Avustralya verileri böbrek diyaliz hastalarını, kemoterapi hastalarını ve örnek hastane verilerinden hariç tutulmuş diğer aynı gün hastalarını içermektedir. Ancak, kodların göreceli özgüllüğünün daha fazla etkili olması muhtemeldir. Örneğin, ACHI'ye göre laparoskopik kolesistektomi tek bir kod ile kodlanmaktadır. BUT kurallarına göre ise, laparoskopi ve kolesistektomi için ayrı kodlar kullanılmaktadır. Bu iki kodu ACHI'yle eşleştirmek, AR-DRG gruplandırma yazılımının "kolesistektomi" ana kod olarak tanımlanmasına ve hastayı açık kolesistektomi ile bağlantılı DRG altında gruplayarak, DRG açısından vakayı "aşırı sınıflandırmasına" neden olacaktır.

3.4.2.3 Demografik Verilerin Mevcudiyeti

Demografik veriler iki sınıfa ayrılabilir:

- DRG'lerin doğru tahsisi için gereken veriler; örneğin,
 - Yatış tarihi
 - Taburcu tarihi
 - Doğum tarihi ya da yaş
 - Cinsiyet
- DRG uygulamaları açısından yararlı olan ancak DRG tahsisi açısından hayati olmayan veriler; örneğin,
 - İkamet bölgesi
 - Sigortalılık durumu
 - Etnik yapısı
 - Medeni hali
 - vs.

İlk DRG gruplandırma uygulaması için ilk veri özetlerinin oluşturulması, gruplandırma için gerekli olan demografik veri kalemlerinin Türk yataklı hasta bilgilerinde mevcut olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, AR-DRG'ler ön verilere tahsis edildiğinde, demografik verilerde az sayıda hata (yaşta %0,2 hata, cinsiyette %0,1 hata) belirlenmiştir. Bu hata oranlarının küçük olmasına ve AR-DRG'lerin genel uygulamasını olumsuz etkileme olasılığının bulunmamasına rağmen, bu hatalar Türk hastanelerinde veri toplama süreçlerine bir dizi standart düzenleme kontrolünün eklenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Bu düzenlemelerin yürürlüğe konmasına ilişkin olarak, Çekirdek Grubun dikkatine sunulmak üzere, öneri niteliğinde bir yaklaşım hazırlanmıştır.

3.4.2.4 AR-DRG Yazılımında Kullanılan Diğer Veri Kalemleri

3.4.2.4.1 Taburcu Durumu

AR-DRG gruplandırıcısı, yatıştan sonra 5 gün içerisinde ölen ya da başka bir hastaneye nakledilen hastaların tanımlanmasını gerektirmektedir. İlk örnek hastane verileri, uygun gruplandırmayı sağlamak üzere yeterli taburcu durum bilgisini sağlamaktadır.

3.4.2.4.2 İzin Günleri

İzin günleri, örnek hastane verileri üzerinden rutin olarak toplanmaktadır.

3.4.2.4.3 Mekanik Ventilasyon Saatleri

AR-DRG yazılımı, DRG tahsis etmek için mekanik ventilasyon derecesini belirlemede ACHI kodlarını kullanmaktadır. ACHI kodları, kesintisiz ventilasyon saati cinsinden ifade edilirken, kodlar içerisinde kullanılan önemli eşikler, gün cinsinden ifade edilebilir. Örnek hastane verileri (Hacettepe verileri), mekanik ventilasyon için tahmini gün sayısı sağlamak üzere yeterli ayrıntıya sahiptir. Bu, gruplandırma için kullanılan prosedür listelerine uygun ACHI kodlarının geriye dönük olarak dahil edilmesine izin vermektedir.

Mekanik ventilasyon altında geçen zamanın tahmini, Avustralya'daki tıbbi kayıtların en fazla zaman alıcı bileşenlerinden birini temsil etmektedir. Sayım kurallarını uygulamadaki zorluklar ve farklı düzeylerde ventilasyon desteğinin mümkün olması nedeniyle, bu kalemin veri kalitesi, ayrıntılı veriler mevcut olduğunda dahi, kimi zaman sorgulanabilir olarak görülmektedir. Örnek hastane verilerinde daha yüksek

toplama düzeyi (diğer bir deyişle, saat yerine gün) göz önünde bulundurulduğunda, örnek hastane verilerinde bu veri kaleminin kalitesi gözden geçirilmelidir.

3.4.2.5 İlk AR-DRG Gruplandırma Denemelerinin Özeti

Bir aylık örnek hastane verilerine dayalı olarak, AR-DRG'lerin bazı ön tahsislerinin yapılabileceği teyit edilmiştir. Ancak, bu tahsisin geriye dönük verilerdeki doğruluğu, yukarıda tartışılan tanı bilgilerinin kodlamasındaki mevcut eksiklik ve klinik özgüllüğün olmayışı ile sınırlandırılmaktadır. Dahası, BUT ve ACHI prosedür kodları arasındaki ilişki, daha fazla araştırmayı gerektirmektedir. Mevcut kanıtlar, ACHI'den BUT'a yapılan eşleştirmeyi basitçe tersine çevirerek ACHI kodları türetmenin, uygun olmayan sayıda ACHI kodu verdiğini göstermektedir.

Yaklaşık 670 adet AR-DRG bulunduğu göz önüne alınırsa, özellikle bu gibi uluslararası bir karşılaştırma yaparken gerekli olan ayarlamalar dikkate alındığında, 2.859 kayıtlık mevcut örneklem, Türk ve uluslararası veriler arasındaki vaka dağılımını karşılaştırmak için yetersiz bir örneklem büyüklüğü vermektedir. Bu karşılaştırmalar, yeterli veri hacmine ulaşıldıktan sonra yapılmalıdır.

3.5. Maliyetlerin Hastalara Dağıtılması

3.5.1 Maliyetlerin Hastalara Dağıtılması ve Maliyetlerin Etkinliklere Dağıtılması

Raporun bu bölümü, Türk hastanelerinin maliyetleri ayrı hastalara dağıtma yetisiyle ilgilidir. Burada vurgu, maliyetleri parçalamak ve her bir bakım epizoduna dağıtmak üzere halihazırda mevcut yazılımın kullanılması üzerinde olacaktır. Maliyetlerin dağıtılmasında iki varyasyon göz önünde bulundurulabilir ve bunlar kimi zaman uygulanmaktadır;

- Maliyetlerin bir hastanın hastanede kaldığı her gün için tüketilen kaynaklara dağıtılması. Bu işlem, pek çok mevcut klinik maliyetlendirme yazılım paketiyle yapılabilir; ancak, epizoda dayalı maliyetlendirmeye göre daha ayrıntılı bilgi gerektirmektedir. Hasta günü maliyetlendirmesi, epizoda dayalı maliyetlendirmeye göre maliyetlendirme sürecinde doğal bir evrimdir ve yalnızca epizoda dayalı finansmanda kapsamlı bir deneyim elde ettikten sonra denenmelidir.
- Maliyetlerin belirli bir prosedür yada girişime dağıtılması. Genel olarak klinik maliyetlendirmede kullanılan maliyetlendirme metodolojileri, örneğin aynı ameliyat oturumunda birden fazla cerrahi prosedürün gerçekleştiği durumlarda olduğu gibi, eş zamanlı olarak yürütülen prosedürler arasında ayırım yapamamaktadır. Bu tür etkinlikleri maliyetlendirmek üzere, ayrıntılı

“zaman ve hareket” araştırmalarının yapılması gerekmektedir. “TC Sağlık Maliyet Yöneticisi yazılımı” gibi yazılım ürünleri, bu gibi araştırmalara ilişkin maliyetleri ölçmede yararlı bir yaklaşım sağlamaktadır. BUT içerisindeki prosedürler gibi ayrı prosedürlerin gözden geçirilmesi, bu yaklaşımı gerektirmektedir.

3.5.2 Bulgulara Genel Bakış

Pek çok Türk hastanesinde eczane, patoloji, radyoloji, cerrahi vs. gibi pek çok hizmetin maliyetlerinin dağıtılmasında, hasta düzeyinde “aşağıdan yukarıya” maliyetlendirme için önemli bir kapasite bulunmaktadır. Bu durum büyük oranda, faturalandırma amacıyla kaynakları hastalara kadar izleyen gelişmiş bilişim sistemlerinin alışlagelenin dışındaki yaygınlığından kaynaklanmaktadır.

Hasta ve yatış benzersiz tanımlayıcıları, tarihlerle birlikte, faturalandırma sistemlerinde rutin olarak bulunmaktadır. Bu durum, maliyetlendirme uygulamalarının geliştirilmesinde ilerleme sağlaması için Türkiye’ye yine alışlagelenin dışında bir avantaj sağlamaktadır. Ayrıca, hasta kaynak tüketimi verileri, maliyetlendirme için genellikle aşağıdaki formatta sunulabilmektedir:

Prosedürler

(Prosedür Numarası)

Prosedür BUT kodu

Prosedür BUT adı

BUT prosedürünü isteyen bölüm

BUT prosedürünü sunan bölüm

Prosedür Tarihi

Prosedür Maliyeti

Prosedür Fiyatı

Kabul ve Nakil Bölümleri

(Bölüm No)

Bölüm Kodu

Bölüme giriş tarih ve saati

Bölümden çıkış saat ve tarihi

Bölümde harcanan toplam süre

Diğer

Ameliyathanede harcanan süre

Anestezi süresi

Mekanik ventilasyon saati

Acilde harcanan süre

Yoğun bakım ünitesinde harcanan süre

Bu avantajlara rağmen, Türkiye’de “aşağıdan yukarıya” maliyetlendirmeyi uygulamada önemli sorunlar bulunmaktadır. Örneğin; bir hastaneye ait işletme maliyetinin yüzde ellisi, hemşire ve doktor ücretlerinden oluşmaktadır ve Türkiye’de hastanelerin hemşire ve doktor zamanını hastalara dağıtan sistemlere sahip olması alışıldık bir durum değildir⁹. Bu gibi sistemler, hemşire ve doktor maliyetlerinin hastalara dağıtılması için idealdir. Bütün ücretlerin merkezi bir kamu istihdam sisteminden ödenmesi nedeniyle, hastanelerin bu sisteme yatırım yapması için herhangi bir teşvik bulunmamaktadır. Dolayısıyla, sorun, bu maliyetleri hasta düzeyine doğru bir şekilde dağıtmaktır.

Öncelikle bu maliyetleri her bir hastanın hastanede geçirdiği gün sayısı temelinde bütün hastalara basit şekilde dağıtabiliriz. Ancak, her bir hastanın bakım planına göre farklı miktarda hemşire ve doktor bakımı tüketeceğini bildiğimizden dolayı, bu, kaynak tüketimini yeterince doğru biçimde yansıtmamaktadır.

Gereksinim duyulan şey, bu kaynak kalemlerini farklı hastalara, kaynak tüketimini yansıtan bir şekilde dağıtmak üzere ağırlıklandırarak bir yöntem bulmaktır. Bu durumda, pek çok maliyetlendirme sistemi, DRG düzeyinde kaynak tüketimini yansıtan hizmet ağırlıklarından yararlanmaktadır ve bu hizmet ağırlıkları, bir dizi hastanede yapılan derin kaynak kullanım araştırmalarından elde edilmiştir. Hasta düzeyi kaynak tüketim sistemlerinin “aşağıdan yukarıya” maliyetlendirmeyi destekleyemediği durumlarda, Türkiye’deki bu proje süresince söz konusu maliyetleri hastalara dağıtmak üzere, örnek olarak “yukarıdan aşağıya” hizmet ağırlıkları kullanılacaktır.

İkinci bir konu, her bir hastanenin hesaplarına dahil edilen maliyet kategorileriyle ilgilidir. Eğer maaşlar gibi maliyetler hastanelerin defter-i kebirinde görünmüyorsa, bunların dağıtımdan önce belirlenmesi ve maliyetlendirme sürecinden hariç tutulması gerekmektedir. Maliyetlerin hariç tutulması, hastalara bakım sunmanın gerçek maliyetinin gerektiğinden az bildirilmesine neden olmaktadır. Yukarıda belirtildiği gibi, Türkiye’de işgücü maliyetleri halihazırda Maliye Bakanlığı tarafından ödenmektedir. Bu maliyetlerin büyüklüğünün ve kapsamının belirlenmesi ve maliyet modellemesinden önce hastanenin maliyetlerine dahil edilmesi gerekmektedir.

⁹ Türkiye doktor maaşlarını hastalarına dağıtamamak konusunda yalnız değildir. Dünya çapında bunu yalnızca birkaç hastane yapabilmektedir. Bununla birlikte, pek çok hastane, hemşirelik hizmetleri saatlerini ve yoğunluğunu hastalarına doğru bir şekilde dağıtmak üzere yaklaşımlar geliştirmiştir. Tipik olarak, bu sistemler, hemşire rotasyon sistemleri ve koşullardaki ayrı hastalar için günlük hemşirelik hizmetine bağımlılık puanlarını kullanmaktadır.

Bir kez daha, hastanenin hesaplarına ilişkin konuların ve hariç tutulan maliyetlerin Türkiye'ye has olmadığını kabul etmek önemlidir. Benzer sorunlar, hasta düzeyinde maliyetlendirmenin yıllardır yürütüldüğü sistemlerde bile yaşanmaktadır. Örneğin; Avustralya'da bazı Eyalet Sağlık İdareleri, kendilerine bağlı kamu hastanelerinde standart hesapları ya kullanmamaktaydı yada henüz uygulamaya geçirmekte. Dahası, çoğu Avustralya hastanesi, özel hastalarla ilgili tıbbi maliyetleri kapsamlı bir şekilde yakalamakta başarısız olmaktadır. Bunlar kısmen ya da tamamen doğrudan hastaya fatura edilebilmekte ve dolayısıyla hastane hesaplarından hariç tutulabilmektedir¹⁰. Kapsamlı bir maliyetlendirmeyi zora sokacak diğer bir konu da gönüllü, hayır kurumu yada eğitim işbirliği düzenlemelerinden gelen "ücretsiz" hizmetlerin kullanımınıdır. Bunlar hasta bakımının bir parçası olabilir; ancak, hastanenin muhasebe sistemine maliyet olarak dahil edilmemektedir.

Veriler ilk olarak üç proje hastanesinde maliyetlendirme amacıyla değerlendirilmiştir. Genel bulgulara ek olarak, hastaneye özgü bazı hususlar tespit edilmiştir. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

3.5.3 İlk Hastane Ön Gözlemleri

3.5.3.1 Finansman Verileri

Kamu hastaneleri arasındaki maliyet verilerinin karşılaştırmalı analizini kolaylaştırmak üzere, Sağlık Bakanlığının bütün kamu hastanelerinde uygulanacak ortak muhasebe kurallarıyla birlikte, ortak bir hesap cetveli tanımlaması iyi olacaktır. Bu, Türkiye'de finansman amacıyla geliştirilen ve kullanılan tüm ulusal kamu DRG tabanlı maliyet ağırlıklarının bütünlük içinde hastanelere güvenle sağlamada kilit faktör olacaktır.

Türkiye'deki kamu hastanelerinden elde edilen mali verilerdeki en büyük eksik, bir hastaneyi işletmeye ilişkin bütün maliyet yelpazesini kapsayan konsolide hesapların daima mevcut olmamasıdır. Bu durum, temel olarak Maliye Bakanlığının kamu hastanelerindeki bütün ücret ve maaşları ödemesinden kaynaklanmaktadır; bu da bir hastanenin toplam maliyetlerinin %70'ine karşılık gelmektedir. Diğer önemli bir faktör ise, ayrı Finansman Bölümüne ya da Finansman Müdürüne sahip olmayan hastanelerin kendi idari yapılarıdır. Hastanelere tam mali özerklik sağlamak ve ilgili

¹⁰ Tipik olarak ücretli sağlık çalışanları tarafından tahakkuk ettirilen ücretler, kaydedilmekte ve gelir olarak mahsup edilmektedir; ancak muayene yapan sağlık çalışanları tarafından tahakkuk ettirilen ücretler sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Muayene yapan sağlık çalışanları, kamu hastalarını ya saatlik bir ücretle ya da "hizmet karşılığı ücret" temelinde tedavi etmektedirler; ancak, hastanede kendi özel hastalarını tedavi etme hakkına sahiptirler. Hastane hastaya (yada sigorta kuruluşuna) sunulan hizmetler için ücret tahakkuk ettirmekte; Doktor da hastaya hizmetleri karşılığında bağımsız olarak ücret tahakkuk ettirmektedir.

kamu sorumluluğu gereksinimini artırmak, bu durumu düzeltmeye olan gereksinimi vurgulayacaktır.

Bu faktörler, Türk hastanelerinde maliyetlendirmenin önünde bir engel teşkil etmemektedir. Örneğin; hastanelerden biri, bütün hizmet girdilerinin maliyetlerini içeren konsolide hesaplara sahiptir. Bu amaçla, hastanenin finansman sistemi, Maliye Bakanlığından gelen ücret ve maaş verilerini doğrudan ya da dolaylı olarak bölüm düzeyinde eşleştirme yetisini geliştirmiştir.

Bu yetiyi bütün pilot hastanelerde geliştirmek üzere, ücret ve maaşları doğrudan ya da dolaylı olarak bölüm düzeyiyle eşleştirmeyen proje hastanelerinden (kamu ve özel), bu maliyetlerin uygun düzeylere dağıtılmasını sağlamak üzere bir modelleme uygulaması yapmaları istenecektir.

Diğer bir hastanenin muhasebe sistemi, halihazırda maliyeleri doğrudan ya da dolaylı olarak bölüm maliyet merkezi düzeyine dağıtmamaktadır. 2006'dan itibaren bu yetiyi sağlamak üzere sistem iyileştirmeleri uygulanmaktadır. Özel hastanelerdeki finansman verileri, şu anda oldukça kümelenmiş durumdadır. Örneğin; doktorlar dışındaki çoğu ücret, tek bir çizgide birleştirilmektedir. Bununla birlikte, bölüm maliyet merkezi düzeyindeki bu veri eksikliği, söz konusu hastanelerde DRG'ye dayalı maliyetlendirme uygulamasının imkansız olduğu anlamına gelmemektedir. Muhasebe yapısı incelendiğinde, (hastaya kesilen faturayla bağlantılı) maliyetlerinin yaklaşık %50'sini güvenli bir şekilde dağıtmaları mümkündür; ancak, maliyetlerin kalan %50'sinin dağıtılması, önemli ölçüde modellenmelidir ve bölüm maliyet merkezlerindeki kadar doğru olmayacağı varsayımına dayandırılmalıdır.

3.5.3.1 Hasta Nitelik ve Kaynak Tüketim Verileri

Hasta nitelik verileri, hasta epizotlarını DRG düzeyinde gruplandırmak üzere gerekli olan bilgidir. DRG düzeyinde gruplandırmaya yönelik hasta nitelik verilerinin tanımı, Bölüm 2.6.2.1'de ve 3.5.2.2'de verilmiştir.

Yukarıda tartışıldığı gibi, hastane maliyetlendirme uygulamalarında, hasta kaynak tüketim verileri, maliyet verilerinden kaynak maliyetlerini hasta düzeyine çekmek için kullanılmaktadır. Hastane maliyetlendirmenin amaçları açısından hem kamu hem de özel proje hastanelerinde çok iyi kaynak tüketim verileri bulunmaktadır. Bu kaynak tüketim verileri, temel olarak hasta ya da sigorta kuruluşuna fatura edilen kalemlerle ilgili olup, ayrıca bölümlerde hastaların geçirdiği süreyle de ilgilidir.

Ameliyat süresi de ameliyat maliyelerini hastalara dağıtmada ideal bir yöntemdir, ancak, ilk başta incelenen hastanelerde bu verilerin değişken olduğu görülmektedir. Hastanelerden biri ameliyathanedeki süreyi kaydetmekte, diğeri kaydetmemekte, bir üçüncüsü ise 30 dakikalık dilimler halinde kaydetmektedir. Doğru “ameliyat dakikası” verilerinin sağlanamadığı yerlerde, ameliyat maliyetleri, ameliyathaneye giden hastalara ameliyathane hizmet ağırlığıyla kombinasyon halinde dağıtılacaktır.

Maliyetlendirme amacıyla, her üç kurumda da hasta düzeyi kaynak tüketim verilerinin çok yararlı olduğunu gözlemlemek teşvik edicidir.

3.6. Hastane Raporlaması

Türkiye’deki sağlık reformu kapsamında geliştirilen öneriler, hastanelere kaynak yönetimi için daha fazla özerklik verilmesini içermektedir. Bunlar, ayrıca kamuya karşı daha fazla sorumluluğu da beraberinde getirecektir. Kamuya karşı sorumluluğu sağlamak üzere Hastaneler ve Sağlık Bakanlığı, hastane etkinlik düzeylerini ve harcamaları sürekli olarak izlemek zorundadır.

DRG’lerin kabul edilmesi, farklı hastanelerde tedavi edilen hastalardaki karmaşıklık farkları için ayarlama yapma yetisi sağlayarak, hastane raporu hazırlanmasını kolaylaştırmaktadır. En basit şekliyle, karmaşıklık ayarlamaları, ağırlıklı ayrılmalara (diğer bir deyişle, her bir hastanın DRG’siyle bağlantılı maliyet ağırlığına göre ağırlıklandırılması) dayalı olabilir. Victoria Ağırlıklı İç Eşlenik Ayırmalar (WIES) hesaplamasında olduğu gibi, daha karmaşık yaklaşımlar da kullanılabilir. Tipik olarak, ağırlıklı ayırmalar hastalar arasındaki maliyet değişiminin %30-40’ını¹¹ açıklamaktadır; WIES gibi daha karmaşık istatistiksel algoritmalar ise hastalar arasındaki maliyet değişiminin %70’inden fazlasını açıklayabilmektedir.

Tipik olarak, ayrı hastaneleri (ya da hastane gruplarını) karşılaştıran hastane raporları, belirli bir zaman noktası için bu karşılaştırmayı yapmaktadır. Ek 5, hastane performansının bir dizi DRG’ye dayalı istatistik kullanarak ölçüldüğü bu türden bir raporun örneğidir. Bu istatistikler ortalama maliyet ağırlığını, ağırlıklı ayrılmaları içermektedir ve eyalet düzeyinde eşlenik tablolardaki ilgili rapor ayrıntılarını hastane düzeyinde görmek mümkündür. Hastanelerden gelen maliyetlerde genel hesaplar, farklı maliyet bileşenleri için ağırlıklı ayırma başına maliyeti vermek üzere

¹¹ R-kare ile ölçüldüğü şekilde.

kullanılmaktadır. Bu tür bir standart tablo dizisi, Türkiye’de standart raporlama amacına yönelik olarak tasarlanabilir.

Hastane düzeyinde ayrıntılı DRG tabanlı raporlama, yalnızca Sağlık Bakanlığı gibi finansörlere yardım etmekle kalmaz, aynı zamanda hastane yöneticileri için de önemli olabilir. Ek 6’da sunulan tablolar, DRG etkinliği veri tabanlarından kolaylıkla geliştirilebilecek ayrıntılı rapor dizilerinin bir örneğini vermektedir. Bu raporlarda WIES yada ağırlıklı iç eşlenik değerler, vaka bileşiminin karmaşıklığına göre ayarlama amacıyla istatistik olarak kullanılmaktadır. Bu raporda, WIES istatistiksel modelinin iki sürümü (WIES12 ve WIES13) sunulmaktadır. Bunlar farklı maliyet ağırlıkları dizilerine dayalı olarak farklı sürümleri yansıtmaktadır. Her iki sonuç dizisine ulaşılması, hastane yöneticilerinin yeni maliyet ağırlıklarının devreye sokulmasının hastanenin finansman performansı üzerinde ne derecede etkili olduğunu anlamalarını sağlamaktadır. Zaman içerisinde sonuçları karşılaştırarak, hastane yöneticisi, değişen klinik uygulamaların ve değişen hasta iş yükünün hastane performansı üzerindeki etkisini daha iyi anlayabilir. Tanıtım tablolarını artan ayrıntı düzeyleri izler ve hastane yöneticisinin meydana gelen bütün değişimlere ait özel nedeni bulmasını sağlar.

DRG bilgisi kullanılarak geliştirilecek diğer bir rapor türü, hasta düzeyi maliyet bilgisiyle birleştirilmiş rapordur. Bu rapor protez maliyetleri, doktorluk maliyetleri, hemşirelik hizmeti maliyetleri, ameliyat maliyetleri, ilaç maliyetleri ve görüntüleme maliyetleri gibi özel maliyet bileşenleri için DRG düzeyinde karşılaştırmalar sağlayabilir. Bu rapor türlerinin avantajı, hastane yöneticilerinin, hastanelerinin karşılaştırılabilir hizmetler için normal dışı yüksek ya da düşük maliyetlere sahip olduğu alanları belirleyebilmelerini sağlamasıdır. Bu farkların nedenleri belirlendiğinde, çözüm etkinlikleri genellikle daha yüksek verimlilikle sonuçlanmaktadır.

BÖLÜM 4: Sonuçlar

Türkiye'nin DRG sistemini benimsemesi için gerekli olan bilgi ve altyapının çoğu, bu güne kadar araştırılan hastanelerde halihazırda mevcuttur. Altyapı geliştirmenin ana görevi, yeni sistemlerin geliştirilmesinden çok, mevcut sistemlerin iyileştirilmesiyle ilgilidir. Örneğin:

Hastaneler şu an taburcu edilen her bir hasta için iki tanı toplamaktadır. Bunlar, yatış tanısı ve nihai tanıdır. Bu, bir ön DRG tahsisi için yeterli olsa da; hastaneler ve zaman dizileri arasında karmaşıklık farkını doğru bir şekilde ölçmede tek bir tanı, karmaşıklığı yeterince yakalayamamaktadır. Dolayısıyla, ek tanıları yakalamak, ölçüm hassasiyetini büyük oranda iyileştirecektir. Aşağıdaki iyileştirmelerin hayata geçirilmesiyle daha fazla iyileşme sağlanacaktır:

- Türkiye şu anda tanıları ICD-10'a göre kodlamaktadır. ICD-10-AM'deki ek özgüllük, daha fazla kodlama hassasiyeti için elverişlidir.
- Türkiye halihazırda BUT kodlamasına göre prosedür verilerini toplamaktadır. BUT kalemlerinin, ACHI'yi gerektiren AR-DRG'ler kullanılarak, yeterli veri gruplaması için kullanılabilme düzeyi araştırılmalıdır. Ayrıca, proje süresince, eşleştirme sürecine daha fazla bilgi sağlamak ve Türkiye'de ACHI'nin elverişliliğini değerlendirmek üzere, veriler hem BUT hem de ACHI'ye göre çift kodlanacaktır.
- Türkiye halihazırda yatış tarihini ve taburcu/ölüm ya da nakil tarihini bildirmektedir; ancak, ne zaman ve kimin yatırılacağını ya da ayrılacağını tanımlayan ilgili kurallar dizisiyle açık bir şekilde eşleştirilerek, bu üstü kapalı bakım epizodu tanımı iyileştirilecektir.

Açık bir bakım epizodu kavramının olmaması, DRG tabanlı etkinlik ölçümlerinin karşılaştırılabilirliğini azaltırken; pek çok yönden Türkiye'nin saydam sağlık bilgileri toplama yaklaşımı, diğer ülkelerde şu an bulunmayan bir avantajdır. Örneğin; Türkiye'de yataklı hasta ve ayakta tedavi gören hasta etkinliğini sayma arasındaki saydam geçiş, çoğu Avustralya hastanesinde yoktur.

Bu durum Türkiye'yi, yatan hasta bakım epizodu tarafından temsil edilenden daha uzun bir zaman dilimi içerisinde, hem yataklı hasta hem de ayakta hasta bakımı gerektiren pek çok durum için gereken süreklilik yada bakım etrafında finansman modelleri geliştirmek üzere ideal bir konuma taşımaktadır. Finansman reformuna yönelik ilk adım olarak Türkiye'de bu gibi karmaşık finansman modellerinin kabul edilmesini önermek makul değildir; önerilen değişiklikler, ara çözümler ararken Türk sisteminde görülen mevcut avantajlar kaybedilmeyecek şekilde olmalıdır. Hastane

finansmanına ilişkin uluslararası yaklaşımları kabul ederken, Türkiye'nin uygun olmayan yabancı sistemlerin gereksiz sınırlamalarına tabi olmaması için özen gösterilmelidir.

Bu raporun büyük bölümünde kapsamlı, doğru ve ayrıntılı klinik bilgilerin doğru DRG gruplaması için gerekli olduğu vurgulanmıştır. Bu, hastane etkinliklerinin standartlaşmış analizlerini ve potansiyel olarak iyileştirilmiş finansman yaklaşımlarını sağlamak için DRG'lerin "en iyi" kullanımını destekleyecektir. Düşük kaliteli veriler, DRG gibi bütün istatistiksel verilerin kaynak kullanımındaki değişimleri açıklama kapasitesini azaltacaktır. Öte yandan, deneyimler DRG'lerin kullanılmasının, özellikle finansmanın DRG'lere bağlı olduğu durumlarda, veri kalitesinde bir iyileşme sağladığını göstermektedir.

Türkiye'deki klinik belgelemenin şu anki durumu, DRG'lerin kabul edilmesinden önce pek çok ülkede olduğundan daha kötü değildir. Bu değerlendirme, Türkiye'nin klinik ve hastane etkinlik raporlamasının iyileştirilmesine yönelik kapsamlı bir programdan fayda göreceğini göstermektedir. Pilot hastanelerden bazı kilit personeli ICD-10-AM ve ACHI kullanarak doğru kodlama uygulamaları hakkında eğitmek üzere tasarlanmış bir program, projenin bir parçası olarak geliştirilmiştir. Bu personel, Türk hastanelerindeki diğer personeli eğitmek üzere bir çekirdek kadro oluşturmalıdır.

Raporun DRG'lerin kullanımını daha da geliştirebilecek bir dizi teknik konuyu ortaya koymasına rağmen, araştırmanın ilk döneminde belirlenen başlıca "fark", Türk hastane sistemindeki düşünüş şeklinde büyük bir değişime olan gereksinimdi. Bu değişimle, neredeyse sadece girdiler ve bu girdilerin hizmet karşılığı ücret programı kapsamında sağladığı gelirler üzerindeki odağın, tedavi edilen hasta tiplerinin ve hizmet yapılarının analizine ve de bu hastaların tedavisine ilişkin maliyetlere kayması gerekmektedir.

Belki de algılama farkını en açık şekilde gösteren alan, hesap cetvelleridir. Halihazırda incelenen hastanelerin çoğu, maliyetleri hastalara doğru bir şekilde dağıtmak için yeterli ayrıntıya sahip değildir. Maliyetleri hasta düzeyinde modellemek üzere önemli varsayımlar ve yaklaşımlar oluşturulmalıdır. Örneğin; personel maliyetleri, incelenen hesaplarda o kadar çok toplu haldedir ki, hastaya modelleme ancak hasta günüyle gerçekleştirilebilmektedir. Bu durum, maliyetlendirme açısından bir zorluğu temsil etmesine rağmen, gerçekte bir hastaneyi yönetirken sunulan

hizmet türlerinin maliyetlerini anlamının faydasına dikkat etmemek gibi daha büyük bir sorunun varlığına işaret etmektedir.

4.1 Sonraki Adımlar

Kısa Vadeli (Proje Süresince)

Projeden beklenen çıktılar, proje özetinde açık bir şekilde anlatılmıştır. Proje, Türkiye çapında hastanelerde bilgi toplama ve bilginin kullanımı konusunda bir model sağlamayı hedeflemektedir. Dolayısıyla, özet olarak projeden kısa vadede beklenen çıktılar, aşağıdakileri hedeflemektedir;

- Türkiye'ye DRG'lerin tüm Türkiye'de tutarlı bir şekilde kullanımı için uygun bir tanımlar dizisi sağlamak. Bu, raporda mevcut farklar olarak tanımlanan birincil tanı ve bakım epizodu resmi tanımlarını içermektedir.
- DRG'lerin kullanılmasını kolaylaştırmak üzere klinik verilerin iyileştirilmesi. Bu, ICD-10-AM ve ACHI uygulaması üzerinden kodlama uygulamasının hem tamlığını hem de özgüllüğünü artırmayı içermektedir.
- Proje hastanelerinde hastane performansını gözlemlenmede önemli bir faktör olarak "maliyet" bilincini artırmak.
- Mevcut en iyi verilere dayalı olarak bir dizi kaynak kullanım ağırlığı geliştirmek.
- DRG'lere dayalı olarak hastane etkinliklerini gözlemlenmek üzere bir dizi standart raporlama aracı geliştirmek.
- Hedef hastaneler içerisinde alternatif DRG tabanlı finansman modelleri hakkında bilinci artırmak ve bu modellerin etkisini modellemek.

Orta Vadeli (2 - 3 yıl)

Bu dönemdeki temel etkinlik, daha eksiksiz veri toplama ve DRG kullanımı kapasitesini pilot olmayan hastanelere aktarmaktır. Pilot hastanelerin diğer hastanelerden gelen personeli eğitmede öncelikli bir rol alması gerekecektir. Bütün hastanelerin uygun klinik kayıtlar geliştirmesi gerekecektir ve veri işleme ve analizi için bir merkez-uç düzenlenmesinin yapılması gerekecektir. Merkez işlevi gören hastanelerde (tipik olarak, büyük hastaneler ya da bölge hastaneleri) uygun yazılım kullanılmalı; uç hastaneler (tipik olarak, küçük hastaneler) ise Merkezi kullanarak DRG gruplaması ve yönetim raporlarının hazırlanmasını sağlamalıdır.

Bu dönem süresince, örnek bir grup Türk hastanesinde maliyetlendirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.

Bu dönem boyunca, farklı hastanelerdeki klinik koşullar ve farklı finansörler için BUT faturalandırma uygulamalarının ayrıntılı bir incelemesinde, DRG süreci ile toplanan daha fazla klinik ayrıntıyı kullanmak da ayrıca yararlı olacaktır. Bu çalışmayla bağlantılı olarak, akut klinik koşullar için finansman modelleri incelenebilir. Bu çalışmada, Türkiye'nin sağlık sisteminin güçlü yanlarından, özellikle sıklıkla uluslararası olarak gözlemlenen yapay idari ve politik sınırların karmaşık hale getirmedeği, saydam bakım sunumundan yararlanmak önemli olacaktır. Türkiye, bakımın her yönünü (ayaktan, yatan, yatmadan hastanede tedavi ve taburcu sonrası) bir araya getiren akut durumlar için bir "toplu" ödeme sistemi geliştirmek için idealdir.

Uzun Vadeli (4 - 10 yıl)

Bu araştırmanın temelinde yatan uzun vadeli hedef, Türk hastanelerinin etkin maliyetle kaliteli bakım sunmaya odaklanmasını sağlamaktır. Kilit odak noktası aşağıdakiler üzerinde olacaktır;

- Klinik kayıtların düzenli olarak denetlenmesinin oturtulması,
- Türk hastanelerinde maliyet kıyaslamasının oluşturulması,
- Yıllık DRG ağırlıklarının oluşturulması,
- Sektörel danışma yardımıyla DRG ile ilgili konuların sürekli olarak gözden geçirilmesi.

Önceki dönemde araştırılan ve akut bakımın finansmanı ile ilgili olan kavramlar, bu dönem içerisinde potansiyel uygulama düşüncesiyle bütün hastanelerde modellenmelidir.

Ayrıca, daha fazla kaliteli verinin bulunmasıyla aşağıdaki alanlarda çalışma geliştirilebilir;

- Kişi başı finansman araçları kullanılarak kronik bakım için alternatif finansman modelleri geliştirilmesi,
- Klinik yol çerçevelerinin belirli DRG'lerde seçilen koşullar için epizoda dayalı raporlama ve finansman modellerine entegre edilmesi.

Ekler Listesi

EK 1	Çekirdek gruplar
EK 2	Hastane ziyaretleri kontrol listesi
EK 3	Hastaneye özgü DRG etkinlik raporu örneği
EK 4	Hastane etkinliği karşılaştırma tablosu örneği
EK 5	Hastane ziyaretleri için önerilen program
EK 6	AR-DRG literatüründe yaygın kısaltmalar listesi (Kaynak NCCH)

EK 1 ÇEKİRDEK GRUPLAR

TANI VE TIBBİ GİRİŞİM TERMİNOLOJİ SİSTEMLERİ, DRG GRUPLANDIRMALARI

Dr. Songül Doğan (Başkan)	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
Doç. Dr. Adnan Cinal	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
Doç. Dr. Bahar Güçiz Doğan	H.Ü. Halk Sağlığı A.D.
Dr. Rasim Köseleli	SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü
Dr. Mehmet Kabakçı	SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü
Dr. Mustafa Bulun	Sağlık Bakanlığı
Dr. Ufuk Akdikan	Sağlık Bakanlığı
Hale Akyel	Maliye Bakanlığı BÜMKO Genel Müdürlüğü
Dr. Halil Erkan Erişti	SB, Refik Saydam Hıfzısıhha Mrk. Bşk, Hıfzısıhha Mektebi
Serap Taşkaya	SB, Refik Saydam Hıfzısıhha Mrk. Bşk, Hıfzısıhha Mektebi
Mehtap Çakmak	Sağlık Bakanlığı
Ali Yılmaz	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Dr. Haluk Kemiksizoğlu	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Dr. Aytac Kösem	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Ercan Eroğlu	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Güldem Ökem	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Varol Dur	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Dr.Emre Sezgin	Tepe Teknolojik Servisler
Dr. Tayfun Enünlü	Tepe Teknolojik Servisler

KLİNİK MALİYETLENDİRME ÇALIŞMALARI

Yrd.Doç.Dr.Çetin Akar	H.Ü.Sağlık İdaresi Yüksek Okulu
Doç.Dr.İsmet Şahin	H.Ü.Sağlık İdaresi Yüksek Okulu
Ayşen Aksel	Maliye Bakanlığı BÜMKO Genel Müdürlüğü
Ali Güngüt	Maliye Bakanlığı BÜMKO Genel Müdürlüğü
Doç. Dr. Adnan Cinal	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
Dr.Mehmet Demir	Sağlık Bakanlığı
Dr.Rasim Köseleli	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Dr.Metin Dağ	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Emre Sarı	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Kadir Gürsoy	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Dr.Mehmet Kabakçı	SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü
Nuri Şaşmaz	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr.Göksenin Aktulay	Tepe Teknolojik Servisler
N.Tamer Hotomaroğlu	Tepe Teknolojik Servisler
Serap Durukan	H.Ü.Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ

İsim	Kurum
Cumhur Çeken (Başkan)	SADER
Dr. Hüseyin Yılmaz (Başkan)	Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü
İlhan Alpdündar	SEİS
Onur Özcan	SEİS
Refika Eser	SEİS
Dr. Hasan Bağcı	Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Songül Doğan	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
Mustafa Burak Ceyhan	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
Musa Ardoğan	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Ecz. Ömer Yemşen	Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü
Ali Utku Cengiz	Çalışma ve Sosyal Güvenlik B., Sosyal Güvenlik Kurumu Bşk.
Birsen Benli	Çalışma ve Sosyal Güvenlik B., Sosyal Güvenlik Kurumu Bşk.
Ecz. Binnur Soytürk	Çalışma ve Sosyal Güvenlik B., Sosyal Güvenlik Kurumu Bşk.
Ecz. Merih Dizici	Çalışma ve Sosyal Güvenlik B., Sosyal Güvenlik Kurumu Bşk.
Ecz. Sema Çekiç	Çalışma ve Sosyal Güvenlik B., Sosyal Güvenlik Kurumu Bşk.
Sema Alagözlü	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Planlama Müd.Yrd.
Hülya Küçükparas	Tepe Teknolojik Servisler
Dr.Tayfun Enünlü	Tepe Teknolojik Servisler
Dr.Emre Sezgin (Raportör)	Tepe Teknolojik Servisler

EK 2

8 Hastane Değerlendirmesinde Kullanılan Soru Listesi



Bölüm 1: Açıklama Notları

Projenin Amacı

Projeye Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansal Yönetiminin Kuvvetlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirme adı verilmektedir. Proje, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı adına Tepe Teknoloji ve Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu ortaklığında Hacettepe Üniversitesi tarafından bir araştırma ve geliştirme projesi olarak gerçekleştirilmektedir. Amacı, Türkiye’de sağlık finansmanı reformu için altyapıyı geliştirmek ve 8 hastanede bu altyapının pilot çalışmasını yapmaktır. Geliştirilecek altyapı aşağıda belirtilen konuları ilgilendirmektedir:

- Uluslararası standartlar ışığında mevcut hizmet başına ödeme sisteminin geliştirilmesi ve sistemi çalıştırmak için gerekli bilgi altyapısının oluşturulması.
- Yataklı sağlık hizmetleri için ileriye dönük bir ödeme sisteminin kurulması, ulusal DRG sisteminin geliştirilmesi ve sağlık kuruluşları için aktiviteye dayalı bütçeleme sisteminin kurularak geliştirilecek sistemi çalıştırmak için gerekli bilgi altyapısının oluşturulması.
- Elektronik olarak güçlendirilmiş ulusal sağlık malzemeleri yönetim sisteminin uygulanmasını kolaylaştırmak için altyapının geliştirilmesi; (ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri ve cihazlar dahil)

Kontrol Listesinin Amaçları

Kontrol listesinin amaçları şunlardır:

- Tıbbi kayıtlarda ve kodlamada, klinik maliyetlendirmede ve yönetim bilgi sistemleri alanlarında pilot hastanelerin gelişmiş sağlık yönetimi ve izleme yaklaşımına katılımını sağlamak için bu hastanelerin mevcut becerileri konusunda ortak anlayışı sağlamak amacıyla pilot hastanelerle tartışmaları kolaylaştırmak.
- Eğitim, öğretim ve veri analizini içeren, pilot projenin uygulanması konusunda bilgi vermek ve bunu planlamak amacıyla, mevcut altyapı, sistemler, gereçler, kaynaklar (insan kaynakları ve diğer) ve süreçler konusunda bilgi toplamak.
- 8 hastanenin her birisinde pilot aktivitelerin planlanmasını sağlamak için her bir hastanenin gereksinim duyacağı eğitim gereklerini içeren bir kapasiteyi tespit etmek.

Hastanelerin ihtiyaçlarını göz önüne alan eğitim ve diğer destekleri sağlamak ve veri analizi yapabilmek için Proje ekibine bu ayrıntılı bilgileri sağlayarak, daha iyi bir konumda olacağız.

Kontrol Listesinin Yapısı ve Proje Ekibi Temasları

Aşağıda, 6 kontrol listesi bölümü ve sorulara yanıt verebilecek proje ekibi içindeki temas kurulacak kişiler belirtilmektedir. Eğer birden fazla alanda sorularınız olursa, en mantıklı oldukları yerlerde bir kez listelenmiştir.

Kontrol Listesi Bölümü		Proje Ekibinde Temas Kurulacak Kişi
1	Açıklama notları	
2	Tıbbi kayıtlar ve sağlık bilgileri <ul style="list-style-type: none">Tıbbi Kayıt ve Sağlık Bilgi Sistemi YapılarıTıbbi Kayıt Formatı ve DokümantasyonuAktivitelerle İlgili Tıbbi Kayıtların/Sağlık Bilgilerinin KalitesiSağlık Enformasyon Politikası	
3	Kodlama <ul style="list-style-type: none">Kodlama/Sınıflama Sistemleri ve GereçlerKodlama SüreçleriAktivitelerle İlgili Kodlama İşgücü, Kalitesi ve Eğitim	
4	Hasta Gruplaması ve Maliyetlendirme Verileri Gereksinimleri	
5	Hasta Kodlama Finansmanı Gereksinimleri	
6	IT Sistemleri <ul style="list-style-type: none">Öngörülen asgari veri seti (MDS) koşuluDonanım (Hardware)Yazılım (Software)	
7	İnsan Kaynakları	

Bu Kontrol Listesi nasıl doldurulacak

Projenin parçası olarak, 2-4 kişilik bir ekip her hastaneyi ziyaret edecektir. Kontrol listesinin her bir bölümünü tartışmak için ayrı bir toplantı yapılacaktır. Bunlar, ziyaretleri sırasında proje üyelerinin üzerine konsantre olacağı sorular olacaktır.

Bu kontrol listesi, ekip içerisinde hastane personeline ekipleri içerisinde projeye istenen kaynak, doküman ve numuneleri tartışmaları için zaman vermek üzere öncelikli olarak sağlanmıştır. Ek olarak, hastanenin farklı bölümlerindeki personel arasında veya hastane personeli ile bunların faaliyet yöneticisi arasında bazı danışmalara gerek duyulacaktır.

Aşağıda, projeye katılmak üzere davet edilmesini önerdiğimiz kişi/ünitelerin listesi bulunmaktadır. Bazı bölümlerde hastanenin faaliyet yönetiminden bir kişinin ilgili olması uygun olabilir.

Kontrol Listesi Bölümü	İlgili Olmasını Önerdiğimiz Personel
Tıbbi Kayıt ve Sağlık Bilgileri	Arşiv Müdürü, İstatistik Birimi Müdürü
Kodlama	Arşiv Müdürü, İstatistik Birimi Müdürü
Hasta Gruplaması ve Maliyetlendirme Veri Gerekleri	Bilgi Teknolojisi, Finansman Bölümü
Hasta Maliyetlendirme Finansmanı Gerekleri	Bilgi Teknolojisi, Finansman Bölümü
IT Sistemleri	Bilgi Teknolojisi
İnsan Kaynakları	Arşiv Müdürü, İstatistik Birimi Müdürü, Bilgi Teknolojisi, Finansman Bölümü

Hastane Temasları

Proje ekibinin hastane ekibiyle eşgüdümlü şekilde etkileşim kurmasını sağlamak için, lütfen aşağıdaki ayrıntıları bize sağlayınız (not, bir kişi ile birden fazla alan için temas kurulabilir):

Temas Tipi	Hastane Temas Ayrıntıları
Proje Koordinatörü	İsim: Pozisyon: Tel: Cep Tel: E-posta:
Tıbbi Kayıt ve Sağlık Bilgileri Teması	İsim: Pozisyon: Tel: Cep Tel: E-posta:
Kodlama Teması	İsim: Pozisyon: Tel: Cep Tel: E-posta:

Temas Tipi	Hastane Temas Ayrıntıları
Hasta Gruplandırma ve Maliyetlendirme Veri Teması	İsim: Pozisyon: Tel: Cep Tel: E-posta:
Hasta Maliyetlendirme Finansmanı Teması	İsim: Pozisyon: Tel: Cep Tel: E-posta:
IT Sistemleri Teması	İsim: Pozisyon: Tel: Cep Tel: E-posta:
İnsan Kaynakları	İsim: Pozisyon: Tel: Cep Tel: E-posta:

Yatış

Yatış, hastanenin hasta bakımı ve/veya tedavi sorumluluğunu kabul ettiği süreçtir. Bu, hastanın aynı gün veya bir gecelik bakımını ya da tedavisini gerektiren tanımlanmış kriterlere dayanan bir klinik kararı izler. Yatış, hastanenin bir hastanın tedavi ve/veya bakım ve/veya barınmasının sonlanmasını kaydettiği idari süreci içermektedir.

Sınıflama Sistemleri

Bir sınıflama, benzer maddeleri bir arada gruplar. Bir hastalık veya ameliyat gruplama sisteminde, benzer hastalıklar ve ameliyatlar tek bir kod altında birlikte gruplanır. Bu kontrol listesinin amacı için, sınıflamalar ICD sınıflamalarını ve kısaltılmış listeleri veya ICD sınıflamasının 3 karakterli sürümleri olan SNOWMED ve benzeri sınıflamaları kapsar, fakat bir ücret işlemi olan ve bu nedenle farklı nitelikleri olan BUT kodlarını dışarıda tutar.

Kodlama (Klinik Kodlama)

Bir sınıflama sistemi kullanarak (klinik kayıtlarda bulunan) tanılara ve işlemlere nümerik ve/veya alfanümerik kod atanmasıdır.

Hastanede Kalış

Ayrılma dönemleri hariç olmak üzere (İzinli ve izinsiz, temas kurarak), hastanın hastaneye girişı ile hastaneden ayrılışı arasında geçen zamana karşılık gelmektedir.

Çıkış

Çıkış dönemi, tıbbi onay ile hastanede (yatış sırasında) geçici olarak bulunmama durumudur.

Tıbbi Kayıt

Hastanın tıbbi durumu ile ilgili ve hekim, hastane veya tıbbi tedavi için diğer hizmet sağlayıcılar veya faaliyetler tarafından korunan, yazılı veya elektronik biçimdeki öyküler, raporlar, tanılar, prognozlar, girişimler ve diğer veriler veya kayıtlardır.

Hasta Yönetim Sistemi (PAS)

Elektronik hastane bilgi sisteminin çekirdek bileşenidir. Asgari olarak şunları içermektedir:

- Hasta Ana Dizini: Sistem içerisinde bir hastayı tek başına tanımlamak için kullanılan sistem. Asgari olarak hasta tanımlama bilgilerini ve temel demografik bilgileri saklar.
- Yatış-taburcu-nakil (karşılaşma) bilgileri: Asgari olarak hastane sayımını korur ve günceller. Tarihler ve servis yerleşimleri gibi temel karşılaşma seviyesi verilerini içermelidir.

PAS klinik (radyoloji ve patoloji sistemleri gibi), faturalama ve maliyetlendirme sistemlerine bir referans noktası sağlayabilir.

Bölüm 2: Tıbbi Kayıt ve Sağlık Enformasyonu ile İlgili Kontrol Listesi

Tıbbi Kayıt Sistemleri ve Sağlık Enformasyon Sistemi Yapıları

- 2.1 Her bir hasta hastanedeki tüm yataklı, poliklinik, acil ve diğer hizmetler için kendilerini tanımlamak üzere kullanılan, kendilerine ayrılmış tek bir tanımlayıcıya sahip midir?
Lütfen ilave bir sistemin ayrıntıları konusunda yorum getirin.
- 2.2 Her bir hasta için, hastanedeki tüm yataklı, poliklinik, acil ve diğer hizmetleri içeren **merkezi kağıt hasta dosyası** var mıdır?
Lütfen uzmanlık bazlı kayıtlar ve herhangi hastane işlemleri veya politikalar gibi herhangi başka bir sistemin ayrıntıları konusunda yorum getirin.
- 2.3 Her bir hasta için, hastanedeki tüm yataklı, poliklinik, acil ve diğer hizmetleri içeren **merkezi elektronik hasta dosyası** var mıdır?
Lütfen tek bir hasta tanımlayıcı kullanan bağlantı yoluyla bir elektronik merkezi hasta dosyası yaratmak için mümkün olabilecek şeyleri içeren şekilde bir yorum getirin.
- 2.4 Aşağıdakilerden hangisi bir elektronik hasta dosyası içerisinde saklanır?

Bilgi tipi	Elektronik olarak toplanırsa işaretleyin.	Tıbbi kayıttaki tutulan raporun bir kağıt kopyası da bulunuyor mu?	Başka herhangi bir yorum?
Çıkış Özeti			
Gerçekleştirilen patoloji (fakat sonuç yok)			
Patoloji sonuçları			
Gerçekleştirilen laboratuvar (fakat sonuç yok)			
Laboratuvar sonuçları			
Gerçekleştirilen radyoloji (fakat sonuç yok)			
Radyoloji sonuçları			
Gerçekleştirilen Nükleer Tıp (fakat sonuç yok)			
Nükleer Tıp Sonuçları			
Ameliyat raporları			
Diğerleri (lütfen listeleyin)			

Genel yorumlar

2.5 Hastanede daha önce yatmış olan bir hasta tekrar geldiği zaman, herhangi bir şekilde eski kağıt hasta dosyası veya elektronik hasta dosyasına başvuruluyor mu? (Örneğin önceki patolojisine, tedavisine, hasta öyküsüne ve reçete edilen ilaca bakmak için)
Lütfen, elektronik veya kağıt bazlı tıbbi hasta dosyalarına başvurulup başvurulmadığını ve bunların nasıl kullanıldığını içerecek şekilde yorum yapınız.

2.6 Kağıt hasta dosyaları nerede saklanmaktadır? Hastaların tıbbi kayıtları evlerine götürüp götürmediğini tartışınız (bir yatış veya poliklinik randevusu sonrasında olduğu gibi). Bu konudaki hastane işlemleri veya politikalarını belirtiniz.

Tıbbi Kayıt Formatı ve Dokümantasyon

2.7 En doğru ifadeyi seçiniz:

- Tüm hastanede kullanılan standart tıbbi kayıt formları var
- Tüm hastanede kullanımda olan, aynı işlev için (ilaç tabloları gibi) farklı tıbbi kayıt formları var

Lütfen kullanılmayan tıbbi kayıt formlarının bir setini sağlayınız.

Genel Yorumlar:

2.8 Hastane tarafından kullanılan standart formların bulunduğu yerlerde, bunlar standart şekilde dolduruluyor mu? (Örneğin, formla ilgili eğitim veya işlemlerin, kalite aktivitelerinin veya elektronik formlardaki zorunlu veri maddelerinin hazırlanması yoluyla)
Lütfen yorum getiriniz ve hastane işlemlerini ekleyiniz veya mevcut olan yerlerde eğitim materyallerini ekleyiniz.

- 2.9 Her bir olay kaydının veya dosyanın derlendiği standart bir şekil var mı? (Yani formların standart bir sırası)
Lütfen ayrıntı veriniz veya hastane işlemlerini ekleyiniz
- 2.10 Her bir tıbbi kayıt içerisinde tüm tanılar (komplikasyonlar ve birlikte bulunan hastalıklar) ve işlemler belgeleniyor mu?
Lütfen neyin kim tarafından belgelendiği ve bu bilginin elektronik olarak elde edilip edilmediği konusunda daha fazla bilgi veriniz.
- 2.11 Her yataklı olay için bir çıkış özeti düzenleniyor mu? (El yazısı olarak veya elektronik olarak yaratılmış)
Lütfen çıkış özeti nasıl elde edildiğini (kağıt tabanlı mı yoksa elektronik olarak mı) içeren bir yorum getiriniz.
- 2.12 Çıkış özeti düzenlenen yerlerde Temel Tanı/Ana Tanı nasıl belirlenmektedir? Lütfen varsa kılavuzların veya kuralların kopyalarını sağlayınız.
- 2.13 Çıkış özeti içerisinde tüm tanılar (komplikasyonlar ve birlikte bulunan hastalıklar dahil) ve işlemler belgeleniyor mu?
Lütfen neyin kim tarafından belgelendiği konusunda daha fazla bilgi veriniz.

2.14 Bir hastane dokümantasyon politikası veya işlemleri bulunuyor mu?

2.15 Tıbbi kayıtlarda aşağıdakileri belgelemekten sorumlu olan kişi kimdir?

Doküman Tipi	Sorumlu Kişi (ler)
Çıkış Özeti	
Yatış notları / başlangıç muayenesi	
Hasta öyküsü	
Progres notları / tedavi planları / klinik yaklaşımlar	
Anestezi raporları	
Ameliyat raporları	
Yoğun bakım formları	
İlaç tabloları	
Patoloji sonuçları	
Radyoloji sonuçları	
Genel Yorumlar	

2.16 Taburcu sonrasında tıbbi kayıtları derlemek için gerekli zaman dilimi nedir?

Tıbbi Kayıt / Sağlık Enformasyonu Kalitesi ile İlgili Aktiviteler

2.17 Tıbbi kayıt kalitesi ile ilgili hastanede gerçekleştirilen kalite/izleme aktivitelerini açıklayın. Örnekler şunları içerebilir:

- Taburcu özetlerinin tamamlanmasını puanlama ve zamanlama
- Denetimler ve/veya eğitimler yoluyla taburcu özetlerindeki bilgilerin kalitesini etkileme
- Elektronik olarak tutulan verilerin tamamlanma hızı (ya standart asgari veri seti için ya da tüm bilgiler için)
- Tıbbi kayıt girişlerinin anlaşılabilirliği
- Diğerleri

Bu aktiviteleri tanımlarken, lütfen aktivitelerin ne sıklıkta gerçekleştirildiğini listeleyiniz ve en son sonuçları açıklayınız (mevcut olan yerlerde raporların kopyalarını sağlayınız).

Sağlık Enformasyon Politikası

2.18 Tüm yenidoğan yatışları elektronik hasta yönetimi sistemine (PAS) kaydediliyor mu?

2.19 Yenidoğanlar elektronik hasta yönetim sisteminde (PAS) nereye kaydediliyor, tümünün atanmış kodları bulunuyor mu (ve fatura kesiliyor mu)?

2.20 Uzun süredir yatan hastalar doktorların izniyle hastane dışında bir gece geçiriyor mu (izinli oluyor mu)? Lütfen daha fazla bilgi veriniz.

- 2.21 Eğer hastalar izinliyse, izinli oldukları tarihler elektronik sistemlere kaydediliyor mu?
Lütfen bunun ne zaman olduğunu ve bununla ilgili var olan hastane politikalarını kapsayacak şekilde bilgi veriniz.
- 2.22 Eğer bir hasta izinliyse, izinli olduğu tüm tarihler ve zamanlar fiziksel tıbbi kayda kaydediliyor mu?
Lütfen bunun ne zaman olduğunu ve bununla ilgili var olan hastane politikalarını kapsayacak şekilde bilgi veriniz.
- 2.23 Eğer bir hasta birden fazla klinik ekip tarafından tedavi ediliyorsa, bir hastane kalışının birden fazla hastane yatışına ayrıldığı durumlar bulunuyor mu? Örneğin, bir cerrahi yatışı takiben bir rehabilitasyon olayı.
Lütfen bunun ne zaman olduğunu ve bununla ilgili var olan hastane politikalarını kapsayacak şekilde bilgi veriniz.
- 2.24 Hastanın aynı gün yatışının yapılıp aynı gün ayrıldığı işlemleri veya koşulları listeleyiniz. Örneğin, kemoterapi, diyaliz ve hastanın bir işlem için anestetik veya sedasyon aldığı zamanlar; veya bir hastanın bir gece hastane yatışına gereksinim duyduğu fakat bu olmadan önce öldüğü zamanlar. Lütfen yatış uygulaması ile ilgili var olan hastane politikalarını sağlayınız.
- 2.25 Hastaların aynı gün temelinde yatışlarının yapıldığı yerlerde, yalnızca bu hastaların tedavi edildiği düzenlenmiş olan (ve bu yüzden günün 24 saati açık olmayan) aynı gün (tek gün) birimleri bulunuyor mu?
Lütfen daha fazla bilgi veriniz.

Bölüm 3: Kodlamayla İlgili Kontrol Listesi

Kodlama/Sınıflama Sistemleri ve Gereçleri

3.1 Kodlama ICD sürümü veya benzer bir sınıflama kullanarak yapıyor mu veya daha önce hastanede yapıldı mı?

3.2 Hastane seviyesinde veya farklı bölümler farklı sınıflamaları kullanıyorsa bölümler içerisinde hangi sınıflama sisteminin kullanılacağına karar veren kişi, kimdir (hastaneden yada dışarıdan)? Etkilerini tartışınız, ulusal veya bölgesel gruplar veya düzenlemeler gibi.

3.3 Her bir kodlama tipi için (yataklı, ayaktan, poliklinikler gibi), kodlamanın faaliyet alanı nedir? Örneğin, hastane yönetimine aktivite raporlaması için ana hastalıkları ve işlemleri açıklamak amacıyla, kaliteli aktiviteleri izlemek için tüm komplikasyonlar ile birlikte bulunan hastalıkları açıklamak amacıyla veya başka bir şey için yalnızca F053 formunu doldurabiliyor mu? Her bir kodlama tipinin faaliyet alanına karar vermekten sorumlu olan kişi kimdir?

3.4 Hastanenizdeki kodlama sistemlerinin (örneğin ICD-8, ICD-9) kullanılması konusundaki geçmişe ait bilgileri aşağıdaki tabloyu kullanarak listeleyin.

Zaman Dönemi	Tanı Sınıflaması (Hangi kod sisteminin kullanılmış olduğunu belirtin)			İşlem Sınıflaması	Olay başına toplanabilecek kodların maksimum sayısı konusundaki yorumunuz nedir? Başka yorum var mı?
	Tanı Kodları	Morfoloji kodları	Dış Sebep kodları		
Yataklı Servis Kodlaması					
Diğer Kodlamalar (lütfen açıklayınız, örneğin acil bölümleri, poliklinikler, ayaktan hizmet veren bölümler)					

Genel Yorumlar

3.5 Tanı ve işlem kodlaması (halen kullanılmakta olan sınıflamalar dahil) için kullanılan her bir sınıflama açısından, lütfen bunların niteliklerini aşağıdaki tabloyu kullanarak açıklayınız.

Sınıflama	Dil		Her bir kod tipinin maksimum uzunluğu		Diğer Yorumlar
	Türkçe	Diğer (listeleyin)	Tanı kodu	İşlem Kodu	

* Not: Maksimum uzunluk kodun kullanılmasına karşılık gelmektedir. Örneğin, tanılar ICD-10 kullanarak 3, 4 veya 5 hane seviyesinde kodlanabilir.

Genel Yorumlar

3.6 Hastane içindeki herhangi bir kişi kodlama işlemi için kodların kısa listesini kullanıyor mu? Örneğin kodları bir arada gruplayan birleştirilmiş kodlar veya kardiyoloji bölümü tarafından kullanmak için yalnızca kardiyak kodların listesi gibi, spesifik bir bölüm tarafından kullanılması için tam listenin alt seti.

Herhangi bir listenin nasıl geliştirildiği konusundaki bilgileri ve mümkünse listelerin kopyasını sağlayınız

3.7 Hastanede kullanılan herhangi yerel kodlama standartları bulunuyor mu? Örneğin morfoloji kodlarını toplamaya karar vermek gibi, hastane veya hastanenin bir birimi veya bölgesel grup veya üniversite tarafından geliştirilenler.

Lütfen kullanılan standartların bir kopyasını ve bunların nasıl ve kimler tarafından geliştirildiği ile ilgili bilgileri sağlayınız.

3.8 Kodlama için (ICD-10-AM'de) hastanenin tercih ettiği gereçler nelerdir? Seçenekler şunlardır (birden fazla seçeneğin işaretlenmesi uygundur):

- Orijinal kopya (5 cilt: tanılar için 2, işlemler için 2, kodlama standartları için 1)(proje için mevcuttur)
- Elektronik sürüm (eBook)(proje için mevcuttur)
- toplama yazılımı içerisinde bulunan kodlar (açılır listeler ve/veya arama motoru ve/veya arayıcı)

Genel Yorumlar

Kodlama Süreçleri

3.9 Halen kullanımda olan tanı ve işlem kodlaması amacıyla kullanılan her bir sınıflama için, kodları atama yöntemi nedir?

Sınıflama	Kodları atama yöntemi			Diğer Yorumlar
	Yalnızca tablo liste	Tablo Liste ve Dizin	Diğer (lütfen yorum yapın)	

Genel Yorumlar

3.10 Kodlama süreçleri için hangi bilgi kaynakları kullanılmaktadır? (mümkün olduğunca fazla seçeneği işaretleyin)

- Taburcu Özeti
- Yatış notları /başlangıç muayenesi
- Hasta öyküsü
- Progres notları /tedavi planları /klinik yaklaşımlar
- Anestezi raporları
- Ameliyat raporları
- Yoğun bakım formları
- İlaç tabloları
- Patoloji sonuçları (kağıt bazlı veya elektronik)
- Radyoloji sonuçları (kağıt bazlı veya elektronik)
- Diğer: lütfen tanımlayın
- Diğer: lütfen tanımlayın

Genel Yorumlar

Kodların ne zaman toplandığını aşağıdaki tabloyu kullanarak açıklayın. Yanıtın evet olduğu yerlerde, lütfen o zaman dönemi için sütunların kalanını doldurun.

	Kodlar bu noktada mı		Kod(ları) atayan kim?	Yorumlarınız nelerdir?
	Hayır	Evet		
Yatakarak Tedavi				
Yatış öncesi (bakım başlamadan önce)				
Yatışta (bakım başladığı zaman)				
Yatış sırasında (örneğin işlemin yapıldığı yer)				
Taburcуда (aynı gün)				
Taburcуда (aynı gün değil)				
Ayaktan Tedavi				
Ayaktan bakım sırasında				
Ayaktan bakım sonrasında				
İşlem gerçekleştirildiği zaman				Hangi işlemler? (örneğin radyoloji)
Acil Tedavi				
Hasta Acil Servise ulaştığı zaman				
Acil bakım sırasında				
Hasta acil servisten ayrıldığı zaman				
İşlem gerçekleştirildiği zaman				Hangi işlemler? (örneğin radyoloji)
Diğer (lütfen listeleyin)				

Genel Yorumlar

- 3.11 Bir hasta hastanede öldüğü zaman, ölümün altında yatan sebebi için ayrı bir tanı kodu var mıdır (ve ayrı olarak mı saklanmaktadır)? (örneğin, ölüm belgesi için kodlama)
- 3.12 Eğer kodlama sırasında bilgi bulunmuyorsa (örneğin patoloji sonuçları), daha sonraki bir zamanda kodlamanın revize edildiği veya kontrol edildiği bir mekanizma var mıdır?
- 3.13 ICD kodlarını atayan kişi eksiksiz tıbbi kayıtları kullanıyor mu, veya tanıların ve işlemlerin önce kısaca özetlendiği (örneğin spesifik form üzerine) ve kodların daha sonra formdan atandığı bir sistem bulunuyor mu? Eğer varsa ve uygunsa, lütfen formların numunelerini ve hastane işlemlerini sağlayınız.
- 3.14 Kodlanmış tanıları ve işlemleri Hastane içerisinde merkezileştiriliyor mu? Lütfen tüm hastane veya klinik uzmanlığına göre gibi, hangi seviyede yapıldığı ve bunun manuel veya elektronik bir sistem olduğu konusunu içerecek şekilde bilgi veriniz

Kodlama İşgücü, Kalite ve Eğitimler İlgili Aktiviteler

- 3.15 Hastanede kodlama işlevinden sorumlu olan kimdir? Örneğin Arşiv veya İstatistik Birimi Müdürü, Tıbbi Personel Başkan Yardımcısı veya bir başkası?
- 3.16 Kodları atamaktan sorumlu kişilerin nitelikleri nelerdir?

- 3.17 Kodları atamak için niteliksiz (kalifiye olmayan) birisi sorumlu olduğu zaman, kodların nasıl atandığı konusunda herhangi bir eğitim gerçekleştiriyor mu?
- 3.18 Kodların atanmasının yanı sıra, kodları atayan insanlar tarafından gerçekleştirilen diğer aktiviteler nelerdir?
- 3.19 Kodlama kalitesiyle ilgili olarak hastanede gerçekleştirilen kalite/izleme aktivitelerinin tipini açıklayınız. Örnekler şunları içerebilir:
- Kodlamanın yapılması (kodlama ile olayların göze çarpan sayıları ve yüzdeleri). Bu toplam olabilir veya bölümlere göre düzenlenebilir
 - Kodların doğruluğu ve eksiksiz oluşu
 - Geçersiz kod ve yaş veya kod ve cinsiyet kombinasyonlarının kontrolü için redaksiyon tablolarının kullanılması
 - Diğerleri

Bu aktiviteleri açıklarken, lütfen aktivitelerin ne sıklıkta gerçekleştirildiğini listeleyiniz ve en son sonuçları açıklayınız (raporların kopyalarını sağlamak daha kolay olabilir).

Kodlanmış Verilerin Kullanımları (Kodlama gerçekleştirilmişse yalnızca tamamlamak için)

- 3.20 Hastanenin kodlanmış verileri toplamasının ana sebebi nedir? (örneğin F053 formunu doldurmak için)
- 3.21 Hastanenin kodlanmış verileri toplamasının başka nedenleri var mı?

- 3.22 Şu anda toplanmış olan kodlanmış veriler, rutin amaçlar için veya anlık raporlar için hastane içerisinde kullanılıyor mu?
Lütfen bunun nasıl kullanıldığı konusunda yorum getiriniz ve varsa raporların örneklerini sağlayınız.
- 3.23 Hastaneler kodlanmış tanı ve işlemleri içeren raporları (elektronik olarak veya orijinal kopya şeklinde) hastane dışında bir yere gönderiyor mu
(F053 formları hariç)?
Lütfen bu raporları kimlerin aldığını listeleyiniz ve varsa raporların kopyalarını sağlayınız.

Bölüm 4: Hasta Gruplaması ve Maliyetlendirme Veri Gerekleri

Kontrol Listesinin Amacı

Kontrol listesinin bu bölümü, temel olarak hasta maliyetlendirme sistemlerini geliştirmek için hastaneler içerisinde halen var olan kapasitenin ne olduğunu belirlemektir. Hasta maliyetlendirmesi, bakım olaylarının maliyetinin hasta seviyesine geri döndürülmesi anlamına gelmektedir. Hasta seviyesi maliyetlerini anlamak, servis temininin daha büyük etkinliğine, artmış bakım kalitesine ve hastaneler içerisinde artmış sorumluluğa yol açabilen bir yönetim bilgileri gerecidir.

4.1 Hastaneniz aşağıdaki hasta seviyesindeki morbidite verilerini nasıl kaydediyor:

4.1.1 Hasta Yatış ve taburcuları

- Yatış ve taburcu tarihi ile rezervasyon girişine manuel olarak kaydedilenler
- Yatış ve taburcu saati ve tarihi ile rezervasyon girişine manuel olarak kaydedilenler
- Yatış ve taburcu tarihi ile elektronik olarak kaydedilenler
- Yatış ve taburcu saati ve tarihi ile elektronik olarak kaydedilenler
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.1.2 Morbidite verileri

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.1.3 Cerrah benzersiz tanımlayıcısı

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmeyenler
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.2 Hastaneniz hastaneye yatışları sırasında bir hastanın hareketlerini nasıl kaydediyor? Özellikle:

4.2.1 Ameliyathanede harcanan zaman (örneğin, cilde bıçak vurulması – mola):

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmeyenler
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.2.2 Servislerde harcanan zaman (örneğin, A Servisine giren ve burada bırakılan X Hastasının saati ve tarihi, B Servisine giren ve burada bırakılan X Hastasının saati ve tarihi, vs.)

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmeyenler
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.2.3 Diğer işlem yerlerinde harcanan zaman (örneğin, kateter laboratuvarı):

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmeyenler
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.2.4 Ayılma odalarında harcanan zaman

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Uygulanabilir değil (ayılma odası bulunmuyor)
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.2.5 Kritik bakımda harcanan zaman (örneğin, ICU –Yoğun Bakım Ünitesi veya CCU – Koroner Bakım Ünitesi)

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmeyenler
- Uygulanabilir değil (kritik bakım yok)
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.2.6 Rehabilitasyonda harcanan zaman

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmeyenler
- Uygulanabilir değil (rehabilitasyon yatağı bulunmuyor)

Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.2.7 Diğer bakım tipi servislerde harcanan zaman (palyatif, konvelesan veya akıl hastalıkları servisleri gibi)

- Randevu girişine manuel olarak kaydedilenler
- Elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmeyenler
- Uygulanabilir değil (palyatif bakım yatağı bulunmuyor)
- Diğer – lütfen ayrıntıları

4.3 Hastanemiz aşağıdaki hasta seviyesi bilgilerini nasıl elde ediyor?

4.3.1 Ameliyathanede protezlerin hasta için kullanılması

- Hasta protezi ve maliyetin manuel kaydının tutulması
- Hasta protezi ve maliyetin elektronik kaydının tutulması
- Bilgi elde edilmemiş
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.3.2 Ameliyathanede tıbbi sarf malzemelerinin hasta için kullanılması

- Randevu girişine kaydedilenler, maliyet dahil;
- Elektronik olarak kaydedilenler, maliyet dahil;
- Kaydedilmemiş
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.3.3 Ameliyathanede ve başka yerlerde hastanın eczaneden yararlanması

- Eczacı tarafından randevu girişine kaydedilenler, maliyet dahil;
- Eczacı tarafından elektronik olarak kaydedilenler, maliyet dahil;
- Kaydedilmemiş
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.3.4 Bakım saatlerinin hasta tarafından kullanımı

- İsim listesine manuel olarak kaydedilenler
- Bir hemşire bağımlılığı sistemi kullanılarak elektronik olarak kaydedilenler
- Kaydedilmemiş
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.3.5 Hastanın patolojiden yararlanması

- Patolog tarafından manuel olarak kaydedilen test, maliyet dahil – lütfen ayrıntıları veriniz
- Patolog tarafından elektronik olarak kaydedilen test, maliyet dahil – lütfen ayrıntıları veriniz
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.3.6 Hastanın görüntülemekten yararlanması

- Görüntüleme bölümü tarafından manuel olarak kaydedilenler, maliyet dahil – lütfen ayrıntıları veriniz
- Görüntüleme bölümü tarafından elektronik olarak kaydedilenler, maliyet dahil – lütfen ayrıntıları veriniz
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.3.7 Hastanın Diğer Sağlık Hizmetlerinden yararlanması (örneğin fizik tedavi, konuşma terapisi)

- Diğer Sağlık profesyoneli tarafından manuel olarak kaydedilenler, maliyet dahil – lütfen ayrıntıları veriniz
- Diğer Sağlık profesyoneli tarafından elektronik olarak kaydedilenler, maliyet dahil – lütfen ayrıntıları veriniz
- Diğer – lütfen ayrıntıları veriniz

4.4 Hastanemiz aşağıdaki alanların kullanımını kaydediyor mu (elektronik olarak veya başka şekilde):

4.4.1 Triaj yoluyla Acildeki hasta zamanı – lütfen ayrıntıları veriniz

4.4.2 Acildeki hasta zamanı (triajsız) – lütfen ayrıntıları veriniz

4.4.3 Polikliniklerde hizmet fırsatları – lütfen ayrıntıları veriniz

4.4.4 Bölge Hemşireliği, Alkol ve ilaç programları vs. gibi Toplumsal sosyal yardım programlarında hizmet fırsatları – lütfen ayrıntıları veriniz

4.4.5 Diğer hizmet tipleri – lütfen ayrıntıları veriniz

4.4.6 Rehabilitasyondaki yataklı günlerin sayısı – lütfen ayrıntıları veriniz

4.4.7 Bakım evindeki/Hosteldeki yataklı günlerin sayısı – lütfen ayrıntıları veriniz

Bölüm 5: Hasta Maliyetlendirmenin Finansal Gereklere

Hastanelerde hasta maliyetlendirme alıştırımları gerçekleştirmek için, genel ana hesap defteri (defteri kebir) maliyetlerinin doğrudan ve dolaylı, sabit ve değişken şeklinde tanımlanması gerekir. Hastanenizin genel ana hesap defterinin yapısını aklınızda tutarak, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

5.1 Doğrudan maliyet merkezleri, hastaların bakımı ile doğrudan ilgili olanlardır – örneğin Patoloji, Radyoloji, Servisler, Ameliyathane ve diğer Sağlık hizmetleri. Dolaylı maliyet merkezleri hasta bakımı üzerine doğrudan etki etmezler – örneğin Yönetim, Finansman, Bakım ve

Temizlik. **Hastanenizin tüm genel ana hesap defteri (defteri kebir) maliyet merkezleri doğrudan veya dolaylı olarak tanımlanabiliyor mu?** Lütfen ayrıntıları veriniz

5.2 Tüm dolaylı maliyetlerin, bu maliyet merkezlerinin hastalara doğru akışı için doğrudan (direkt) maliyet merkezlerine sıralı şekilde atanması gerekir. **Hastanenizde dolaylı maliyetleri doğrudan maliyet merkezlerine atamak için bir yöntem bulunuyor mu?** Lütfen ayrıntıları veriniz

5.3 Hastaneniz için genel ana hesap defteri (defteri kebir) maliyet merkez maddeleri değişken veya sabit maliyetler olarak sınıflanabiliyor mu? Lütfen ayrıntıları veriniz

Bölüm 6: IT Sistemleri

6.1 Taburcu edilen hastalar için hastanenizin aşağıdaki maddeleri raporlama becerisi konusunda lütfen yorum getiriniz:-

Öngörülen asgari veri setinin şartı

Aşağıdaki tablo öngörülen asgari veri setini açıklamaktadır. Lütfen her bir veri maddesinin sağlanıp sağlanmadığı konusunda yorum getiriniz.

Gerekli DRG	Veri Seti			Daha Fazla Bilgi	Hastane Yorumları
	Genel				
x	Hastane Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	4	Hastanenin tek tanımlayıcısı	
x	Hasta Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Hastane başvurusundaki tek dahili tanımlayıcı	
x	Yatış Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Yatış (bakım olayı) tanımlayıcısı	
	Hasta Tipi	Metin	1	??? HUH – yeşil kart	
x	Hastanın Doğum Tarihi	Tarih	gg/aa/yyyy		
x	Hastanın Cinsiyeti	Metin	1	'M'-erkek, 'F'-kadın, 'U'-bilinmiyor, 'I'-kuşkulu	
x	Yatış Tarihi	Tarih	gg/aa/yyyy		
x	Yatış Zamanı	Zaman	ss:dd		
x	Taburcu Tarihi	Tarih	gg/aa/yyyy		
x	Taburcu Zamanı	Zaman	ss:dd		
x	İzinli Günlerin Sayısı	Sayı	2	Hasta olayı boyunca izinli günlerin sayısı (taburcуда toplam)	
x	Taburcu Şekli	Metin	1	'H'-Evde, 'T'-nakil, 'D'-öldü, 'O'-diğer	
x	Yenidoğan Yatış Ağırlığı	Sayı	4	yaş < 28 gün veya ağırlık < 2500 g olduğu zaman	
	Yatış Tanı Kodu	Metin	7	ICD10-AM, veya diğer ICD sınıflaması (lütfen belirtin)	
	Tanı				
x	Hastane Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	4	Hastanenin tek tanımlayıcısı	
x	Hasta Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Hastane başvurusundaki tek dahili tanımlayıcı	
x	Yatış Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Yatış (bakım olayı) tanımlayıcısı	
	(Tanı No)	Sayı	2	Tanının geri sayımı	

Gerekli DRG	Veri Seti			Daha Fazla Bilgi	Hastane Yorumları
x	Taburcu Tanı Kodu	Metin	7	Tüm toplananlar: ICD10-AM, veya diğer ICD sınıflaması (lütfen belirtin), önce temel tanı.	
x	Temel Tanı Bayrağı	Metin	1		
	İşlemler				
x	Hastane Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	4	Hastanenin tek tanımlayıcısı	
x	Hasta Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Hastane başvurusundaki tek dahili tanımlayıcı	
x	Yatış Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Yatış (bakım olayı) tanımlayıcısı	
	(İşlem No)	Sayı	2	İşlemlerin geri sayımı	
	İşlemin BUT Kodu	Metin	7	Tüm toplanan: görüntülemeyi, patolojiyi, protezleri, vs. içermektedir.	
x	İşlemin ACHI Kodu	Metin	8	Tüm toplananlar: İşlem ACHI kodu veya diğer ICD sınıflaması (lütfen belirtin)	
	İşlem Tarihi	Tarih	gg/aa/yyyy	Mümkünse her bir işlem için	
	İşlem Maliyeti	Sayı	6	Bulunan yerlerde YTL cinsinden elde etme ücreti	
	İşlem Bedeli	Sayı	6	Bulunan yerlerde YTL cinsinden ücret bedeli	
	Asgari Temel Veri Seti – genişletilmiş				
	Yatış ve Nakil Bölümleri				
	Hastane Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	4	Hastanenin tek tanımlayıcısı	
	Hasta Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Hastane başvurusundaki tek dahili tanımlayıcı	
	Yatış Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Yatış (bakım olayı) tanımlayıcısı	
	Bölüm No	Sayı	2	Bölümlerin geri sayımı	
	Bölüm Kodu	Metin	???	TÜM HASTANELERDE bölümün tek tanımlayıcısı; Acil servisi, Yoğun bakımı, vs. içerebilir.	
	Bölümün Uzmanlık Kodu	Metin	???	Bulunmuyorsa, geliştirilmelidir	
	Bölüme girilen tarih	Tarih	gg/aa/yyyy		
	Bölüme girilen zaman	Zaman	ss:dd		
	Bölüm dışına çıkılan tarih	Tarih	gg/aa/yyyy		
	Bölüm dışına çıkılan zaman	Zaman	ss:dd		

Gerekli DRG	Veri Seti			Daha Fazla Bilgi	Hastane Yorumları
	Hekimin kodu	Metin	11	Hastane başvurusundaki tek dahili tanımlayıcı	
	Hekimin uzmanlık kodu	Metin	???	Klinik uzmanları için Ulusal (MoH) kodlar listesi	
	Asgari Temel Veri Seri – ek				
	Diğer				
	Hastane Benzersiz tanımlayıcısı	Metin	4	Hastanenin tek tanımlayıcısı	
	Hasta Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Hastane başvurusunda dahili tek tanımlayıcı	
	Yatış Benzersiz Tanımlayıcısı	Metin	10	Yatış (bakım olayı) tanımlayıcı	
	Ameliyathanede harcanan zaman	Süre	ss:dd	Cerrahi operasyon süresi	
	Anestezi süresi	Süre	ss:dd	Anestetik süresi	
	Mekanik ventilasyon saati	Süre	ss:dd	Mekanik ventilasyonun süresi	
	Acilde harcanan zaman	Süre	ss:dd	Bölüm olarak kaydedilmemişse	
	ICU'da harcanan zaman	Süre	ss:dd	Bölüm olarak kaydedilmemişse	
	Tedavi Süresi	Süre	ss:dd	Doktor tarafından hasta ile harcanan süre	
	Hemşirelik Süresi	Süre	ss:dd	Hemşireler tarafından hasta ile harcanan süre	
	Diğer sağlık personeli Bakımı Süresi	süre	ss:dd	Diğer sağlık personeli tarafından hasta ile harcanan süre	
	İlaçlar ve Tıbbi Malzemeler için toplam maliyet	Sayı	6	YTL cinsinden ilaçların ve malzemelerin toplam elde etme bedeli	
	Toplam Ücret	sayı	6	YTL cinsinden toplam tahsil edilecek bedel	
	Yatış Şekli	metin	1	'H'-Evde, 'T'- nakil, 'O'-diğer	

6.2 Hastanenin bilgi hizmetlerini desteklemek için kullanılan donanım (hardware) faaliyetlerini, işletim sistemlerini ve ağ yapılandırma (networking) düzenlemelerini kısaca açıklayınız

6.2.1 Rezervasyonlar, Yatışlar, Nakiller, Taburcular

6.2.2 Finansal ve sarf malzemesi hizmetleri

6.2.3 Klinik sistemler

6.2.3.1 İstemler ve raporlar

6.2.3.2 Klinik kayıtlar

6.2.3.3 Uzmanlaşmış hizmet alanları

- 6.3 Aşağıdakiler için hastaninizde kullanılmakta olan yazılım sistemlerini kısaca açıklayınız:
- 6.3.1 Finansal Enformasyon Yönetim Sistemi
 - 6.3.2 Hasta Yönetim Sistemi
 - 6.3.3 Klinik sistemler

Bölüm 7: İnsan Kaynakları

- 7.1 Hastanenin örgütsel yapılarını ve kadrolaşmasını veya sözleşmeli destek hizmetlerini kısaca açıklayınız
 - 7.1.1 Tıbbi Kayıtlar / Arşivleme Bölümü (Bölmeleri)
 - 7.1.2 Yönetim Bilgileri ve İstatistiksel Analiz Hizmetleri Birimi (Birimleri)
 - 7.1.3 Bilgi hizmetleri (IT destek) Birimi (Birimleri)
 - 7.1.4 Klinik maliyetlendirme hizmetleri

7.2 Yeni becerilerin geliştirilmesinde eğitimi desteklemek ve yönetim süreçlerini değiştirmek için hastaninizde hangi idari veya örgütsel düzenlemeler bulunmaktadır?

EK 4 HASTANE GRUPLARINI VEYA SAĞLIK SİSTEMLERİNİ KARŞILAŞTIRAN DRG RAPORLARINA BİR ÖRNEK

Table 4.1: Cost^(a) per casemix-adjusted separation^(b) and selected other statistics, selected public acute hospitals^(c), states and territories, 2003–04

	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT ^(d)	Total
Total separations ('000) ^(b)	1,258	1,160	688	331	353	78	69	70	4,008
Acute separations ('000) ^(b)	1,232	1,121	665	326	343	77	67	69	3,900
Proportion of separations not acute (%)	2.1	3.3	3.4	1.6	2.9	1.7	2.5	1.3	2.7
Average cost weight ^(e)	1.07	0.96	1.00	1.00	1.01	1.05	0.97	0.75	1.01
Casemix-adjusted separations ('000) ^(f)	1,349	1,118	690	331	357	81	67	53	4,047
Total admitted patient days ('000) ^(b)	4,743	4,044	2,299	1,145	1,196	305	235	214	14,182
Admitted patient days for acute patients ('000) ^(b)	4,331	3,253	1,992	1,028	1,062	265	204	204	12,340
Proportion of bed days not acute (%)	8.7	19.6	13.4	10.2	11.2	13.0	13.2	4.4	13.0
Total recurrent expenditure (\$m)	6,400	5,117	2,755	1,592	1,362	370	349	243	18,187
Inpatient fraction ^(g)	0.70	0.71	0.72	0.70	0.77	0.71	0.75	0.73	0.71
Total admitted patient recurrent expenditure (\$m)	4,454	3,630	1,990	1,109	1,048	264	260	177	12,933
Public patient day proportion ^(h)	0.79	0.86	0.91	0.89	0.84	0.83	0.88	0.95	0.85
Newborn episodes with no qualified days ('000)	52	36	29	13	9	2	3	2	146
Relative stay index ⁽ⁱ⁾	1.04	0.94	0.94	1.02	0.96	1.00	1.05	1.19	0.99
Average cost data for selected hospitals									
Non-medical labour costs per casemix-adjusted separation (\$)									
Nursing	915	916	785	874	801	790	1,007	844	878
Diagnostic/allied health ^(j)	235	292	185	230	185	177	202	224	236
Administrative	262	243	194	258	225	171	293	275	241
Other staff	186	155	240	242	119	354	144	290	189
Superannuation	182	189	177	190	157	203	252	173	183
<i>Total non-medical labour costs</i>	<i>1,780</i>	<i>1,795</i>	<i>1,580</i>	<i>1,794</i>	<i>1,488</i>	<i>1,695</i>	<i>1,897</i>	<i>1,806</i>	<i>1,727</i>
Other recurrent costs per casemix-adjusted separation (\$)									
Domestic services	78	74	86	119	82	97	155	132	84
Repairs/maintenance	79	65	66	83	96	140	97	73	76
Medical supplies ^(j)	314	277	322	267	195	335	349	231	291
Drug supplies	178	169	169	203	155	149	131	187	173
Food supplies	45	35	25	24	19	38	39	31	34
Administration	178	235	164	150	89	191	259	188	183
Other	93	74	25	74	307	172	236	241	98
<i>Total other recurrent costs</i>	<i>965</i>	<i>929</i>	<i>856</i>	<i>920</i>	<i>942</i>	<i>1,122</i>	<i>1,266</i>	<i>1,082</i>	<i>940</i>
Total excluding medical labour costs	2,745	2,724	2,436	2,714	2,430	2,818	3,164	2,889	2,666

Table 4.1 (continued): Cost^(a) per casemix-adjusted separation^(b) and selected other statistics, selected public acute hospitals^(c), states and territories,

	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT ^(d)	Total
Medical labour costs per casemix-adjusted separation (\$)									
Public patients									
Salaried/sessional staff	378	446	384	506	373	325	474	443	409
VMO payments	179	78	63	127	134	104	260	23	121
Private patients (estimated) ^(k)	148	85	46	76	99	87	104	23	97
<i>Total medical labour costs</i>	706	609	494	708	605	516	838	488	627
Total cost per casemix-adjusted separation^(a)	3,451	3,333	2,929	3,422	3,036	3,333	4,002	3,377	3,293

(a) Expenditure data exclude depreciation.

(b) Separations for which the care type was reported as *Newborn* with no qualified days, and records for *Hospital boarders* and *Posthumous organ procurement* have been excluded.

(c) Psychiatric hospitals, drug and alcohol services, mothercraft hospitals, unpeered and other, hospices, rehabilitation facilities, small non-acute hospitals and multi-purpose services are excluded from this table. The data are based on hospital establishments.

(d) These figures should be interpreted in conjunction with the consideration of cost disabilities associated with hospital service delivery in the Northern Territory (see text).

(e) Average cost weight from the National Hospital Morbidity Database, based on acute and unspecified separations and newborn episodes of care with qualified days, using the 2002–03 AR-DRG v 4.2 cost weights (DoHA 2004). Updated versions of this table based on

(f) *Casemix-adjusted separations* is the product of *Total separations* and *Average cost weight*.

(g) Of the selected hospitals, two small hospitals have had their IFRAC estimated by the HASAC ratio.

(h) Eligible public patient days as a proportion of total patient days, excluding newborns with no qualified days. Public patients defined by patient election status equal to *public*.

(i) Relative stay index based on public hospitals using the indirect method. The indirectly standardised relative stay index is not technically comparable between cells but is a comparison of the hospital group with the national average of public hospitals based on

(j) Queensland pathology services are purchased from the statewide pathology service rather than being provided by each hospital's employees resulting in higher medical supplies costs and lower diagnostic staff costs.

(k) Estimated private patient medical costs calculated as the sum of salary/sessional and VMO payments divided by the number of public patient days multiplied by the number of private patient days. This is a notional estimate of the medical costs for all non-

EK 5 PILOT HASTANE DEĞERLENDİRMESİ İÇİN YAPILAN SAHA ZİYARETİ PROGRAMI

Hastane	1. Ziyaret	2. Ziyaret
Tüm hastanelerle Ankara'da toplantı	22 Temmuz 2005	10-11 Kasım 2005
Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi-İzmir	25 Ağustos 2005, Perşembe	14 Eylül 2005, Çarşamba
Kartal Devlet Hastanesi-İstanbul	19 Eylül 2005, Pazartesi	11 Ekim 2005, Salı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Ankara	15 Ağustos 2005, Pazartesi	15 Kasım 2005, Salı
Özel Acıbadem Hastanesi-İstanbul	9 Ağustos 2005, Salı	19 Eylül – 10 Ekim 2005
Antalya Devlet Hastanesi- Antalya	27 Eylül 2005, Salı	27 Eylül 2005, Salı
Gaziantep Devlet Hastanesi- Gaziantep	29 Eylül 2005, Perşembe	29 Eylül 2005, Perşembe
Afyon Devlet Hastanesi-Afyon	24 Ağustos 2005, Çarşamba	13 Eylül 2005, Salı

EK 6: AR-DRG LİTERATÜRÜNDE SIK KULLANILAN KISALTMALAR LİSTESİ (KAYNAK NCCH)

Kısaltmalar Listesi (Abbreviations and Acronyms)

1 Ana Kısaltmalar (BDS ve Vaka Bileşimi)- Core abbreviations and acronyms (RVS and Casemix)

DoHA	Department of Health and Ageing (Sağlık ve Yaşlı Hizmetleri Departmanı)
MBS	Medicare Benefits Schedule (Tıbbi Bakım Yardım Tarifesi)
NHDD	National Health Data Dictionary (Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü)

2 Bağlı Değer Birimi ile İlgili Kısaltmalar - Relative Value Unit related abbreviations and acronyms

AI	Attendance Item (Mevcut Birim)
AIRs	Attendance Item Relativities (Mevcut Birim Bağlıları)
ARVUs	Australian Relative Value Units (Avustralya Bağlı Değer Birimleri)
BEACH	Bettering the Evaluation And Care of Health (Sağlıkta Değerlendirmenin ve Bakımın İyileştirilmesi)
BGAP	Between Group Alignment Process (Gruplar Arası Uyumlaştırma Süreci)
CC	Clinician Consultant (Klinik Danışman)
CG	Consensus Group (Konsensüs Grup)

CGAI	Consensus Group on Attendance Items (Mevcut Birimler İçin Konsensüs Grup)
Cog	(or Cognitive Skill) Cognitive skill, clinical judgement and communication skills (İdrak Kabiliyeti) İdrak kabiliyeti, kliniksel muhakeme ve iletişim becerileri
CPT	Current Procedural Terminology (Yürürlükteki Terminoloji)
(G)	General Practitioner (Pratisyen Hekim)
GMST	General Medical Services Table (Genel Medikal Hizmetler Masası)
IRV	Imputed Relative Value (Emsal Bağlı Değer)
MSRB	Medicare Schedule Review Board (Tıbbi Bakım Planının Gözden Geçirme Kurulu)
MSRTF	Medicare Schedule Review Task Force (Tıbbi Bakım Gözden Geçirme Çalışma Kolu)
OAT	Time from commencement of anaesthetic to end of procedure (Anestezinin Başlangıcından Prosedürün Sonlanmasına Kadar Geçen Zaman)
OHN	Oral & Maxillofacial Surgery, Head and Neck (Ağız ve Çene Yüz Cerrahisi, Baş ve Boyun)
OPT	Operation Time, time from commencement of procedure to end of procedure (Operasyon Zamanı, Başlangıçtan Bitime Kadar Geçen Süre)
OMS	Oral and Maxillofacial Surgery (Ağız ve Çene Yüz Cerrahisi, Baş ve Boyun)
PRS	Professional Relativities Study (Mesleki Bağlı Değerler Çalışması)
PRTC	Professional Relativities Technical Committee (Mesleki Bağlı Değerler Teknik Komitesi)

PTEVP	Procedure Times Estimates Validation Process (İşlem Zaman Tahminlerinin Onaylanması Süreci)
RBRVS	Resource Based Relative Value Scale (Kaynak Tabanlı Bağlı Değer Ölçümü)
RVUs	Relative Value Units (Bağlı Değer Birimleri)
SORP	Significant Outlier Review Process (Anlamlı Sınır Dışı Vakaların Gözden Geçirme Süreci)
Tech	(or Technical skill) Technical skill and physical effort (Teknik Beceri) - (Teknik Beceri ve Fiziksel Çaba)
(S)	Specialist (Uzman)
Stress	Stress due to risk (Risk Ortamından Dolayı Oluşan Stres)

3 Vaka Bileşimi/Kodlama ile ilişkili kısaltmalar - Casemix/Coding related abbreviations and acronyms

ACBA	Australian Coding Benchmark Audit Avusturalya Kodlamalarında Benchmark Denetimi
ACHI	Australian Classification of Health Interventions (Avusturalya Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması)
ACS	Australian Coding Standard (Avusturalya Kodlama Standardı)
Adm	Admission (Kabul)
AdmWt	Admission Weight (Kabul Ağırlığı)
ADx	Additional Diagnosis (Ek Tanı)
ALOS	Average Length of Stay (Ortalama Yatış Süresi)

ADRG	Adjacent Diagnosis Related Group (Ön Tanı İlişkili Grup)
AN-DRG	Australian National Diagnosis Related Group (now AR-DRGs) Avusturalya Ulusal Tanı İlişkili Grup (AR-DRGs olarak kullanılmakta)
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Group (Avusturalya Geliştirilmiş Tanı İlişkili Grupları)
CC	Complication and/or comorbidity (Komplikasyon ve/veya Komorbidite)
CCL	Complication and comorbidity level (Komplikasyon ve Komorbidite Düzeyi)
Compl	Complicating (Karmaşıklştırmak)
DRG	Diagnosis Related Group (Tanı İlişkili Grup)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (Akıl Hastalıkları İçin Tanısal ve İstatistiksel Kılavuz)
Dx	Diagnosis (Tanı)
HMV	Hours of mechanical ventilation Ventilasyon Cihazının Çalışma Saatleri
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm)
ICD-10-AM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification (First Edition, 1998; Second Edition, 2000; Third Edition, 2002; Fourth Edition, 2004)

(Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm - Avusturalya Modifikasyonu)

ICD-10-PC	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Primary Care (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, 10. Sürüm – İlk Bakım)
ICD-9-CM	International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, 9. Sürüm – Kliniksel Modifikasyonu)
ICD-O	International Classification of Diseases – Oncology (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması – Onkoloji)
ICECI	International Classification of External Causes of Injury (Dış Etkenlerden Meydana Gelen Kazaların Uluslararası Sınıflandırması)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Fonksiyonların, Sakatlık ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması)
ICHI	International Classification of Health Interventions (Uluslararası Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması)
ICNP	International Classification for Nursing Practice (Hemşirelik Uygulaması İçin Uluslararası Sınıflandırma)
ICPC-2+	International Classification of Primary Care Second Edition Plus (İlk Bakımın Uluslararası Sınıflandırması İkinci Basım)
LOS	Length Of Stay (Yatış Süresi)
MBS-E	Medicare Benefits Schedule Extended (Tıbbi Yardım Tarifesi – Genişletilmiş)
MDC	Major Diagnostic Category (Ana Tanı Kategorisi)
MHLS	Mental health legal status (Akıl Sağlığı Yasal Statü)
NHCDC	National hospital code data collection (Ulusal Hastane Kod Veri Toplama)

NMDS	National Minimum Data Set (Ulusal Minimum Veri Seti)
NOCC	National Outcome and Casemix Collection (Ulusal Netice ve Vaka-Bileşimi Toplama)
NonOR	Non-operating room (procedure) (Ameliyathane Harici (Prosedür))
OR	Operative room (procedure) (Ameliyathane (Prosedür))
PCCL	Patient clinical complexity level (Hastanın Klinik İle İlgili Karmaşıklık Seviyesi)
PDx	Principal Diagnosis (Ana Tanı)
PICQ	Performance Indicators for Coding Quality (Kodlama Kalitesi İçin Performans Göstergeleri)
Proc	Procedure (Prosedür)
Sep	Separation (Ayrırma)
VICC	Victorian ICD Coding Committee (Viktorya ICD Kodlama Komitesi)
VIC-DRG	Victorian Adjusted Diagnosis Related Group (Viktorya Ön Tanı İlişkili Grup)
W	with (İle)
WIES	Weighted Inlier Equivalent Separations (Ağırlıklı Dahili Eşdeğer Ayrımlar)
W/O	Without (Hariç)

4 Teşkilatlar ve komiteler ile ilişkili kısaltmalar - Organisations and committees abbreviations and acronyms

AACR	Australian Association of Cancer Registries (Avusturalya Kanser Kayıtları Kurumu)
ABS	Australian Bureau of Statistics (Avusturalya İstatistik Bürosu)
ACCC	Australian Clinical Casemix Committee (now CCCA) (Avusturalya Kliniksel Vaka-Bileşimi Komitesi (CCCA kullanılıyor))
ACHS	Australian Council on Healthcare Standards (Avusturalya Sağlık Hizmetleri Standartları Konseyi)
ACHSE	Australian Council of Health Service Executives (Avusturalya Sağlık Hizmeti Yönetici Kadrosu Konseyi)
ADA	Australian Dental Association (Avusturalya Diş Hekimliği Kurumu)
AHA	Australian Healthcare Association (Avusturalya Sağlık Hizmetleri Kurumu)
AHIA	Australian Health Insurance Association (Avusturalya Sağlık Sigortası Kurumu)
AHMAC	Australian Health Ministers Advisory Committee (Avusturalya Sağlık Bakanlığı Danışma Komitesi)
AHSAC	Australian Hospital Statistics Advisory Committee (Avusturalya Hastane İstatistikleri Danışma Komitesi)
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare (Avusturalya Sağlık ve Sosyal Yardım Kuruluşu)
AMA	Australian Medical Association (Avusturalya Tabipler Birliği)
AMWAC	Australian Medical Workforce Advisory Committee Avusturalya Tıbbi İşgücü Danışma Komitesi

APAMI	Asia Pacific Association for Medical Informatics (Tıbbi Bilişim İçin Asya Pasifik Kurumu)
ASA	Australian Society of Anaesthetists (Avustralya Anestezi Cemiyeti)
BPA	British Paediatric Association, (Now Royal College of Paediatrics and Child Health) (İngiliz Pediyatrik Kurumu)
CCA	Cancer Council Australia (Kanser Konseyi Avustralya)
CCCA	Clinical Casemix Committee of Australia (Avustralya Klinik Vaka-Bileşimi Komitesi)
CCCG	Clinical Classification and Coding Groups (Klinik Sınıflandırma ve Kodlama Grupları)
CCSA	Clinical Coders' Society of Australia Ltd (Klinik Kodlayıcılar' Avustralya Ltd. Cemiyeti)
CEN	Coding Educators Network (Kodlama Eğiticileri Ağı)
CSAC	Coding Standards Advisory Committee (Kodlama Standartları Danışma Komitesi)
CSDD	Classification Support and Development Division (NCCH) (Sınıflandırma Destek ve Geliştirme Bölümü(NCCH))
Dept.	Department of Health and Aged Care (Sağlık ve Yaşlı Bakımı Departmanı)
DHS	Department of Human Services (Victoria) (Beşeri Hizmetler Departmanı (Viktorya))
DVA	Department of Veterans' Affairs (Gazi Sorunları Departmanı)
FMRC	Family Medicine Research Centre (Aile İlaç Araştırma Merkezi)
GPCG	General Practice Computing Group (Genel Pratisyenlik Hesaplama Grubu)

HDSC	Health Data Standards Committee (Sağlık Veri Standartları Komitesi)
HDSS	Health Data Standards and Systems (Victoria) (Sağlık Veri Standartları ve Sistemleri (Viktorya))
HIMAA	Health Information Management Association of Australia Ltd (Avusturalya Ltd.'nin Sağlık Enformasyon Yönetimi Kurumu)
HISA	Health Informatics Society of Australia (Avusturalya Sağlık Bilişim Cemiyeti)
IFHRO	International Federation of Health Records Organizations (Sağlık Kayıtları Organizasyonlarının Uluslararası Federasyonu)
IMIA	International Medical Informatics Association (Uluslararası Tıbbi Bilişim Kurumu)
ISO	International Organization for Standardization Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu
MAIC	Motor Accident Insurance Commission (Otomobil Kazası Sigorta Komisyonu)
MCCA	Medicines Coding Council of Australia (Avusturalya İlaç Kodlama Konseyi)
NAHCC	National Allied Health Casemix Committee (Ulusal Diğer Sağlık Vaka-Bileşimi Komitesi)
NCC	National Coding Centre (now NCCH) (Ulusal Kodlama Merkezi(NCCH kullanılmakta))
NCCH	National Centre for Classification in Health (Sağlık Sınıflandırmalarının Ulusal Merkezi)
NeHTA	National E-Health Transition Authority (Ulusal E-Sağlık Geçiş Mercii)
NHIG	National Health Information Group (Ulusal Sağlık Enformasyon Grubu)
NHIMAC	National Health Information Management Advisory Council (Ulusal Sağlık Enformasyon Yönetimi Danışma Konseyi)

NHISAC	National Health Information Standards Advisory Council (Ulusal Sağlık Enformasyon Standartları Danışma Konseyi)
NHISP	National Health Informatics Standards Plan (Ulusal Sağlık Bilişimi Standartları Planı)
NHMRC	National Health and Medical Research Council (Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi)
VACCDI	Victorian Advisory Committee on Casemix Data Integrity (Vaka-Bileşimi Veri Bütünlüğü Viktorya Danışma Komitesi)
WHO FIC	World Health Organization Family of International Classifications Uluslararası Sınıflandırmaların Dünya Sağlık Örgütü Ailesi
WHO URC	World Health Organization Update and Revision Committee (Dünya Sağlık Örgütü Güncelleme ve Gözden Geçirme Komitesi)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Ulusal Kolejler, Akademiler ve Akademik Birlikleri Dünya Teşkilatı)

5 Diğer kısaltmalar - Other abbreviations and acronyms

AHCA	Australian Health Care Agreement (Avustralya Sağlık Bakımı Antlaşması)
ASCCSS	Australian Standard Classification of Countries for Social Statistics (Sosyal İstatistiklere Göre Ülkelerin Avustralya Standart Sınıflandırmaları)
ASCII	American Standard Code for Information Interchange (Enformasyon Değişimi İçin Amerikan Standart Kodu)
ASERNIP-S	Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical Yeni Müdahalesel Prosedürlerin-Cerrahi- Avustralya Güvenlik ve Etkinlik Kaydı
ATSI	Aboriginal and Torres Strait Islander

(Aborijin ve Torres Boğazı Adalıları)

CATCH	Australian Classification and Terminology of Community Health (Avusturalya Sınıflandırması ve Sağlık Komitesi Terminolojisi)
CM	Coding Matters (Kodlama Konuları) clinical modification (Kliniksel Uyarlama)
CMR	computerised medical record (Bilgisayar Destekli Tıbbi Kayıt)
CUI	concept unique identifier (Kavramsal benzersiz tanımlayıcı)
DBMS	database management system (Veri Tabanı Yönetim Sistemi)
DICOM	Digital Imaging and Communication in Medicine (Dijital Görüntüleme ve İletişim-İlaç)
DOB	Date of birth (Doğum Tarihi)
DSS	decision-support system Karar Destek Sistemi
EHR	electronic health record (Elektronik Sağlık Kaydı)
EIS	executive information system (İdari Enformasyon Sistemi)
EMR	electronic medical record (Elektronik Tıbbi Kayıt) electromagnetic radiation (Elektromagnetik Radyasyon)
EPR	electronic patient record Elektronik Hasta Kaydı)
FTP	file transfer protocol

(Dosya Transfer Kuralları)

GUI	graphical user interface (Grafiksel Kullanıcı Arayüzü)
HCI	human-computer interaction (İnsan – Bilgisayar Etkileşimi)
HIC	Health Informatics Conference (Sağlık Bilişim Konferansı) Health Insurance Commission (Sağlık Sigortası Komisyonu)
HIM	Health Information Manager (also known as medical record administrator) (Sağlık Enformasyon Yöneticisi) tıbbi kayıt yöneticisi olarakta bilinir.
HIN	health information networks (Sağlık Enformasyon Ağları)
HIR	health information resources (Sağlık Enformasyon Kaynakları)
HIS	hospital information system (Hastane Enformasyon Sistemi)
HITH	Hospital in the Home (Evde Hastane)
HL7	Health Level Seven (standard to define computer-computer messages) (Sağlık Seviyesi Yedi) (bilgisayardan bilgisayara mesajların tanımlanması standardı)
MIS	management information system (Yönetim Enformasyon Sistemi)
MPR	multimedia patient record (Multimedya Hasta Kaydı)
MSRB	Medicare Schedule Review Board (Tıbbi Bakım Tarifî Gözden Geçirme Kurulu)
NHIM	National Health Information Model (Ulusal Sağlık Enformasyon Modeli)

NHT	Nursing Home Type (patient/care) Evde Hemşirelik Hizmeti Şekli (hasta/bakım)
PAS	Patient Administration System (Hasta Yönetim Sistemi)
PBS	Pharmaceutical Benefits Schedule (İlaç Yardımı Tarifi)
PDMS	patient data management system (Hasta Veri Yönetim Sistemi)
SNOMED-CT	Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine – Clinical Terminology (İnsan ve Hayvan Tıbbının Sistemize edilmiş Nomenklatürü – Klinik Terminoloji)
SNOMED-RT	Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine – Reference Terminology (İnsan ve Hayvan Tıbbının Sistemize edilmiş Nomenklatürü – Referans Terminoloji)
TGA	Therapeutic Goods Administration (İlaç ve Tıbbi Malzeme Kurumu)
VAED	Victorian Admitted Episodes Dataset (Viktorya Kabul Edilmiş Episotlar Veri Seti)