HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

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

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİNDE MEVCUT VE SANAL BÜTÇE UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

(RAPOR)

(D.B.7.2)

TCHEALTH
BİLGİ TEKNOLOJİLERİ LTD. ŞTİ.

Australian Government
Health Insurance Commission

National Centre for Classification in Health

TC health administration PTY LTD

İçindekiler

HÜH'de Uygulanabilecek, DRG'lere Dayalı Alternatif Bir Bütçeleme Modeli Seçilecektir. 3
DRG'lerle Neler Yapılabilir? 3
DRG Gerekleri 3
DRG'lerin Kullanımları 4
Global Etkinlik Gözetimi 5
Global Kaynak Tahsisi 5
Kıyaslama 5
Finansman ve Sözleşme Müzakereleri 6
Geliştirilecek Bütçeleme Modeli, Mevcut Yasal Bütçeleme Sistemine Paralel Bir Şekilde, Sanal Olarak HÜH'de Uygulanacaktır. 9
Mevcut Ve Sanal Bütçe Uygulamalarının Sonuçları Hakkında Rapor Hazırlanacaktır. 10
Hizmet Sunucuya Ödeme Yapılması 10
Ödeme ve Masrafların Geri Ödenmesi 10
Hizmetlerin Hesaplanması – epizodik veya zamana dayalı 11
Çıktıya Dayalı Ödeme 11
Hizmet 'Demetleri' İçin Ödeme 12
Belirli Sağlık Hizmeti Ürünleri İle İlgili Ödemeler 13
Daha Komplike Yataklı Hastalar İçin Adil Ödeme 14
Koordineli Hizmetin Özendirilmesi 14
İyi Sonuçların Ödüllendirilmesi 15
Sonuç Ve Öneriler 15
EK-1 Simülasyon Tablosu 17
EK-2 Maliyet Raporu 19

HÜH'de Uygulanabilecek, DRG'lere Dayalı Alternatif Bir Bütçeleme Modeli Seçilecektir.

DRG'lerle Neler Yapılabilir?

DRG'ler, diğer adıyla tanı ilişkili gruplar, hastane yatışlarını kaynak gereklerine göre sınıflandırmaya yönelik bir araçtır.[1]

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 projede, 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.

DRG Gerekleri

DRG uygulamaları, büyük oranda veri varlığına dayalıdır. Klinik kayıtlar, DRG sınıflandırmasının anlamlı bir şekilde yapılandırmaya 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. 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,
Her bir hasta için raporlanan kodların tamlığı (örneğin; bütün ikincil tanıların mevcut olup olmaması vs.),
Kodlamanın kapsamı (örneğin; bütün hastaların dahil edilmesi gerekliliği) ve

[1] Farklı DRG versiyonları mevcuttur. Hepsi, benzer özellikler göstermekle birlikte; her bir DRG'nin tanımlamasında kullanılan net kurallar açısından farklılık gösterirler. Bu projede AR-DRG'ler kullanılmaktadır.

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 göreli değer puanı (yada ağırlık) gereklidir. Ağırlıkları geliştirmek üzere kimi zaman hastane faturalarına dayalı ücretler kullanılabilmektedir, 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 gerekmemektedir.

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.

Demografik, klinik ve maliyet verisi kullanılarak, DRG'ler hastanelerde tedavi edilen farklı hastaların kaynak kullanımına göre ilişkilendirilmesini sağlar. Bu, ilk olarak tüm hastaların DRG'lere dağıtılmasıyla başlar ve daha sonra ortalama vaka ile faklı grupların kaynak kullanımları karşılaştırılarak ilişkilendirme gerçekleştirilir.Bu ilişkilendirme bağıl değeri veya bağıl ağırlığı belirler ve DRG'lerin bir biri ile kaynak kullanımındaki yogunluk açısından karşılaştırılmasına yardımcı olur. Farklı vakaların DRG oranının, bağıl ağırlık ile çarpılması ile hastanenin vaka karması indeksi elde edilir.Bu vaka karması indeksi, hastanelerin kaynak ihtiyacı oranına gore kendi aralarında karşılaştırılabilmelerine olanak sağlar.

DRG'lerin Kullanımları

Aşağıdaki tabloda, 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.

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*		

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 çarpılmaktadır[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.
Türetilebilirler.

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 savlarla karşı çıkılmaktadır. DRG'ler temelinde ağırlıklı ayırmaların yada doğrudan/dolaylı vaka bileşimi

[2] Ayrılmalar hesaplanırken, her bir hastaya etkin şekilde bir ağırlığı verilmektedir ve yatak gün sayısı hesaplanırken, her bir hasta, hastanede kaldığı gün sayısıyla etkin olarak ağırlıklandırılmaktadır.

standardizasyonu gibi istatistiksel tekniklerin kullanılması, tedavi edilen hasta tiplerindeki farkları büyük oranda kontrol altına alabilir.

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:

BÜTÇELEME/ÖDEME=MALİYETAĞIRLIĞI×BİRİMFİYAT + AYARLAMALAR

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.

Proje ekibi tarafından, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi verisi ve Türkiye'deki pilot hastanelerin verileri kullanılarak, DRG ödeme mekanizması altında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi için çok seçenekli bir bütçe modeli gerçekleştirilmiştir.

DRGs ödeme sistemini kullanan ülke modellerinden kazanılan uluslararası deneyim ve yerel mevzuat gibi çeşitli faktörlerde göz önünde bulundurulmuş ve en önemlisi projede oluşturulan yerel maliyet ağırlıkları kullanılarak simülasyon örneği içerisinde hastanelerin vaka karması indeksleri kullanılabilmiştir. Maliyet raporları ve yerel maliyet ağırlıkları hakkında daha fazla detay için lütfen Ek-2 Maliyetlendirme tablosuna bakınız.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi için simüle edilen 4 seçenekli sanal DRG bütçesi ve teknik detaylar aşağıda açıklanmaktadır.

Seçeneklerin özellikleri :

Simülasyon için seçilen veri seti :

Projede yer alan 5 hastanenin 2006 yılına ait 9 aylık (Ocak-Eylül) kodlanmış klinik verisi "transfer dosyası" ile hastanelerden toplanmış yatan hastaları içermektedir ve Simülasyon Tablosunda gösterilmiştir .Bu tablo EK-1' de sunulmaktadır. Projede yer alan 7 hastaneden 5 hastanenin seçilmiş olmasının sebebi veri kalitesini düşürmemek içindir çünkü Kartal ve Acıbadem hastanelerinden sadece 6 aylık klinik ve maliyet verisi toplanabilmiştir.

Proje içerisindeki hastanelerin toplam gelirleri www.saglik.gov.tr/dms internet sayfasından, 11.5 aylık zaman periyodunda elde edilmiş olup, 9 aylık döneme ait toplanmış klinik verilerle aynı dönem üzerinde çalışabilmek için uyarlama gerçekleştirilmiş ve hastane gelirleri 9 aya gore uyarlanmıştır (bakınız EK-1).

Toplam hastane gelirleri, proje ekibi tarafından yatan hastalara yüzde olarak ayrıştırılmış olup ve bu hesaplama Maliyetlendirme Raporunda detaylıca anlatılmıştır.

Ağırlıklandırılmış hastalar (standartlaştırılmış hastalar), “DRGi Içerisindeki Vakaların Sayısı * DRGi’nin Maliyet Ağırlığı” sonucu elde edilen değerlerin toplamı olarak hesaplanmıştır.

Vaka Karması İndeksleri (Case Mix Index) her bir hastane için ayrı ayrı “a” bölümünde belirtilen klinik verilere dayanarak ve oluşturulan maliyet ağırlıkları kullanılarak hesaplanmıştır. Maliyet ağırlıklarının nasıl oluşturulduğu “Ulusal DRGs Geliştirilmesi Çalışmalarının Sonuçları” raporunda detaylıca açıklanmıştır ve aynı raporun 4 nolu ekinde tablolar halinde sunulmuştur. Vaka Karması İndeksi hesaplanırken aşağıdaki formül kullanılmıştır; “DRGi Içerisindeki Vaka Sayısı * DRGi’nin Maliyet Ağırlığı / Toplam Hasta Sayısı” sonucu çıkan değerlerin toplamıdır (veya Ağılıklandırılmış Hasta Sayısı / Toplam Hasta Sayısı)

1. **Seçenek**

Yerel maliyet ağırlıkları kullanılarak ağırlıklandırılmış hastalar için Ulusal Taban Fiyat seçeneği. Simülasyon çalışması için 5 hastanenin gruplandırılmış verisi “Ulusal” veri olarak farzedilmiştir.
Bu simülasyon çalışmasında, tüm örnek grup üzerinden ağırlıklandırılmış bir hasta için tek bir ulusal fiyat kullanılarak hastanelerde bütçeleme modeli dizayn edilmiştir.

Toplam yatan hasta geliri için aynı paranın mevcut olduğu, ağırlıklandırılmış hastalara sağlanan hizmet için ödenen paranın eşit olduğu ve de hizmetlerin hacminin ve karmaşıklığının benzer olduğu varsayılmaktadır.

Bunu sağlayabilmek için, Ulusal Taban Fiyat (Mevcut Bütçe Miktarı / Ağırlıklandırılmış Hasta Sayısı) hesaplanmış ve bütçeler simüle edilmiştir :
Hastane 1’ in Geliri (Türkiye için DRG Bağıl Değeri kullanılarak) =
Hastane 1 için Ağırlıklandırılmış Hasta Sayısı * Ulusal Taban Fiyat
Sonuçlar simulasyon tablosunda gerçek gelirle karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

2. **Seçenek**

Yerel maliyet ağırlıkları ve %5’lik Eğitim Hastaneleri Ayarlama Çarpanı kullanılarak ağırlıklandırılmış hastalar için Ulusal Taban Fiyat kullanılması seçeneği

1. seçenekteki metodoloji aynen kullanılarak eğitim hastaneleri için ağırlıklandırılmış hastaları hesaplarken %5’lik Eğitim Hastaneleri Ayarlama çarpanı kullanılmıştır ve bu yeni değerler, aynı formüller kullanılarak “Ulusal Taban Fiyat” ve “Gelirlerin” hesaplanmasında yer almıştır.

Sonuçlar simulasyon tablosunda (EK-1) gerçek gelirle karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

3. **Seçenek**

Yerel maliyet ağırlıkları kullanılarak ağırlıklandırılmış hastalar için Benzer Grup Fiyatlarının kullanılması seçeneği.

Bu değerler aşağıdaki gibi hesaplanmış olup Simülasyon Tablosunda gösterilmektedir.

- Eğitim Hastaneleri Benzer Grup Fiyatları :
Eğitim Hastanelerinin Toplam Geliri / Eğitim Hastanelerinin Toplam Ağırlıklandırılmış Hasta Sayısı (HUH ve Ankara)
- Genel Hastaneleri Benzer Grup Fiyatı :
Genel Hastanelerin Toplam Geliri / Genel Hastanelerin Toplam Ağırlıklandırılmış Hasta Sayısı (Afyon, Antalya ve Gaziantep)
("Türkiye bağıl değerlerine göre Benzer Grup Fiyat)
Hastanelerin gelirleri dahil olduğu Benzer Grup Fiyatı ile her bir ağrırlıklandırılmış hasta sayısı çarpılarak elde edilmiştir.

Sonuçlar simulasyon tablosunda (EK-1) gerçek gelirle karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

4. **Seçenek**

Yerel maliyet ağırlıkları kullanılarak ağırlıklandırılmış hastalar için hastanelerle ayrı ayrı Ulusal Taban Fiyat karması kulanılması seçeneği.
Hastanelerin ayrı ayrı fiyat hesaplaması aşağıdaki gibi hesaplanmıştır ve Simülasyon Tablosunda gösterilmiştir.

Hastane 1'in Toplam Geliri / Hastane 1'in Toplam Ağırlıklandırılmış Hasta Sayısı

Bütçe simülasyonu yapılırken ağırlıklandırılmış hastaların %50'si Hastane Fiyatı ile hesaplanırken, %50'si ise Ulusal Taban Fiyat kullanılarak hesaplanmış ve bu iki değerin toplamı alınmıştır.
Sonuçlar simulasyon tablosunda (EK-1) gerçek gelirle karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

Geliştirilecek Bütçeleme Modeli, Mevcut Yasal Bütçeleme Sistemine Paralel Bir Şekilde, Sanal Olarak HÜH'de Uygulanacaktır.

					1. SEÇENEK		2. SEÇENEK		3. SEÇENEK			4.SEÇENEK	
Hastane	Epizod Sayısı	CMI (Türkiye RVU'ları ile)	Ağırlıklandırılmış Hasta (TR Rvs)	Gelir (9 aylık yatan hasta)	Gelir (DRG Türkiye RVU'ları ile)	% TR RVs	Gelir (Eğitim Düzeltme Faktörü ile)	5% Eğitim	Gelir (Benzer Grup)	% Benzer Grup	Hastane Fiyatları	Gelir %50-%50 Karma Fiyatlandırma	% Karma Fiyat
AFYON	10,780.00	0.74	7,969.37	7,809,924.88	8,388,880.39	**1.07**	8,155,320.09	**1.04**	6,431,360.20	**0.82**	979.99	8,099,402.64	**1.04**
ANTALYA	32,208.00	0.69	22,242.42	20,440,278.81	23,413,276.34	**1.15**	22,761,412.02	**1.11**	17,949,858.21	**0.88**	918.98	21,926,777.57	**1.07**
ANKARA	26,664.00	0.87	23,307.08	30,200,154.25	24,533,975.38	**0.81**	25,043,454.39	**0.83**	28,804,030.96	**0.95**	1,295.75	27,367,064.81	**0.91**
GAZIANTEP	25,910.00	0.77	19,870.33	12,166,568.00	20,916,312.32	**1.72**	20,333,967.61	**1.67**	16,035,553.29	**1.32**	612.30	16,541,440.16	**1.36**
HUH	21,666.00	2.02	43,838.80	52,782,014.32	46,146,495.82	**0.87**	47,104,786.14	**0.89**	54,178,137.61	**1.03**	1,204.00	49,464,255.07	**0.94**
TOTAL	117,228.00	1.00	117,228.00	123,398,940.25	123,398,940.25	**1.00**	123,398,940.25	**1.00**	123,398,940.25	**1.00**	1,052.64	123,398,940.25	**1.00**

Ulusal Fiyat (TR RVs)	1,052.64	
Grup Fiyat Au RVs	1,301.70	
HUH Fiyat TR RVs	1,204.00	
Eğitim Ayarlamalı Grup Fiyat	1,023.33	
Benzer Grup Fiyat TR RVs	807.01	1,235.85
	Yatan % 'si Maliyet Tablosundan	Ayaktan % 'si Maliyet Tablosundan
AFYON	0.53	0.47
ANTALYA	0.48	0.52
ANKARA	0.45	0.55
GAZIANTEP	0.43	0.57
HUH	0.4	0.6

Mevcut Ve Sanal Bütçe Uygulamalarının Sonuçları Hakkında Rapor Hazırlanacaktır.

Hizmet Sunucuya Ödeme Yapılması

Hiçbir ödeme veya bütçeleme sistemi iyi ya da kötüdür diyemeyiz. Asıl konu, ödemenin sağlık hizmeti sistemini iyileştirip iyileştirmediğidir.

Önemli bir temel hedef, ödeme sistemini hizmet yöntemlerindeki gelişmeleri özendirmek ve ödüllendirmek amacıyla kullanmaktır. Asgari olarak, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyanlara iyi sağlık hizmeti sunma kabiliyetini kısıtlayan ters teşvikleri doğuran zayıf yönler azaltılmalı veya ortadan kaldırılmalıdır.

Bazı sağlık hizmeti sistemlerinde, hakim hedef, hizmet sunuculara adil davranılmasını, mevcut ödemeden adil bir pay almalarını sağlamaktır. Bu önemlidir ancak, tek hedef olmamalıdır. Dahası, hizmet sunuculara adil davranmayı hedeflemek, hastalara (ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan herkese) adil davranmayı hedeflemek kadar önemli değildir.

Ödeme ve Masrafların Geri Ödenmesi

Ödeme sistemi, ürünlerin tanımlanması ve bir ürün her üretildiğinde önceden belirlenen bir ödemenin yapılması anlamına gelmektedir. Önceden belirlenen ödeme, hizmetin fiili bedelinin ödeme tutarının çok üstünde veya çok altında olup olmamasına bakılmaksızın yapılır.

Buna mukabil, masrafların geri ödenmesi, hizmet sunuculara, fiili olarak harcadıkları tutara eşdeğer bir tutarın geri ödenmesi anlamına gelmektedir. Bu durumda, hizmet sunucuların ne üretmek zorunda olduğunu tam olarak belirtmemize gerek yoktur. Bilmemiz gereken tek şey, ne harcadıklarıdır.

Önceden belirlenen ödeme modelleri, hizmet sunucu kuruma, hizmetin sunulma biçimi açısından daha fazla esneklik tanıdığından genelde en iyi olan modellerdir. Bu modeller ayrıca, hizmet sunucu kurumu daha verimli olmaya, gereksiz hizmet sunmaktan kaçınmaya, teşvik eder.

Hizmetlerin Hesaplanması – epizodik veya zamana dayalı

Zamana dayalı hesaplama ile, satın alınacak hizmet biriminin süre ile, bir gün, bir ay veya bir yıl gibi, tanımlanmasını ifade ediyoruz. Söz konusu sürede sunulan bütün hizmetler, satın alınacak hizmet paketine dahil olacaktır.

Zamana dayalı hesaplama yöntemleri genelde 'adam başı ücret' sistemleri olarak adlandırılmaktadır.. Bunun nedeni, ödemenin, 'sağlık hizmeti etkinliği başına' biçiminde olmasından ziyade 'adam başına' veya 'kişi başına' biçiminde olmasıdır. Bunun bir örneği, bir bakımevinde sunulan hizmettir. Bakımevinde sunulan hizmet genellikle bir aylık birimler üzerinden satın alınır. Bir başka örnek ise, birinci basamak tıbbi bakımdır: birçok ülkede, tıbbi bakım bir yıllık birimler üzerinden satın alınır.

Epizodik hesaplamayla ise, satın alınacak hizmet biriminin başlangıçtaki bir olay ve sona erme anındaki bir olay ile, hastaneye kabul ve hastaneden taburcu edilme gibi, tanımlanmasını ifade ediyoruz. Bu durumda, hizmetin fiili süresi değişebilmektedir. Bu süre bir veya birden fazla gün, bir veya birden fazla ay, vb. olabilmektedir.

Bunun bir örneği, bir hastane tarafından sunulan yatarak tedavi hizmetidir – birçok ülkede, bu hizmet epizodik temelde satın alınmakta ve hastaneye kabul ile hastaneden taburcu edilme arasında geçen sürede sunulan hizmetlerin tamamından oluşmaktadır.

Hasta uzun süre çeşitli hizmet türlerine ihtiyaç duyuyorsa, zamana dayalı hesaplama genelde en iyi hesaplamadır. Kısa bir sürede ele alınabilecek tek bir sağlık sorunu varsa, bu kez epizodik hesaplama en iyi hesaplamadır.

Çıktıya Dayalı Ödeme

Çoğu sağlık hizmeti sigortacısı, geçmişte hizmet sunucuların masraflarını geri ödemiştir ve bu birçok ülkede hala yaygın bir uygulamadır. Harcamalar genellikle girdi türüne (sarf malzemeleri veya hemşire maaşları gibi) göre gruplara ayrılmıştır.

Hizmet sunuculara, masraflarını geri ödemekten ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapmak çok daha iyidir. Bu yaklaşım, genelde çıktıya dayalı ödeme (örneğin vaka bileşimi) olarak adlandırılmaktadır; hizmet sunucuları ürettikleri ürüne odaklanmaya özendirmekte ve masraflarını kontrol etmeye teşvik etmektedir. Buna mukabil, girdilerin (klinik tedavi uzmanlarının maaşları veya ekipman kullanımı için yapılan harcamalar gibi) geri ödenmesi kaynakları aşırı, klinik tedavi uzmanının zamanını ise kötü kullanmaya itmektedir.

Çıktıların etkilili şekilde tanımlanması halinde, çıktıya dayalı ödeme, hizmet sunucuların performansının karşılaştırılması için daha iyi bir temel – böylece, verimlilik ve bakım kalitesindeki iyileşmelerin özendirilmesi için daha iyi bir temel – sunar.

Hizmet 'Demetleri' İçin Ödeme

Almanya, ABD, Çin ve Türkiye dahil olmak üzere birçok ülkede kullanılan yaygın bir yaklaşım, ayrıntılı ödemedir. Bu, her hastaya sunulan her hizmet türü için bir kayıt tutulması anlamına gelmektedir. Bu durumda, her hastanın ücreti ayrıntılı bir listeye dayanmaktadır. Örneğin, bir hastanede yatarak tedavi epizodu için yapılacak ödeme, hastanede kalınan her gün için 200 YTL, A ilacı için 50 YTL, iki tip B enjeksiyonundan her biri için 30 YTL, vb. biçiminde olabilmektedir.

Birleştirilmiş ödeme sistemlerinde ise, bir hastanın bir bakım epizodunda alabileceği hizmet girdilerinin birçok farklı türü için yapılacak ödeme, önceden belirlenen tek bir tutar üzerindendir. Örneğin, apendektomi olan her hasta ödemesi için belirlenen toplam tutar 700 YTL olabilir. Bu tutar bütün apendektomi hastaları için, uygulamada farklı hizmet girdisi demetleri alsalar bile aynıdır. Komplikasyonlu hastaların tedavisi, hastaneye daha pahalıya mal olacaktır; ancak, yapılacak ödeme aynı kalacaktır. Bununla birlikte, hastane ayrıca olasılıkla ortalama olarak tedavileri hastaneye daha ucuza mal olacak, komplikasyonu daha az olan hastaları da tedavi edecektir; bu durumda da yapılacak ödeme aynı kalacaktır. Bu yüzden, hastanenin ortalama masrafları, ödeme oranları veya fiyatlar uygun şekilde belirlenirse belli bir ölçüye kadar karşılanmış olacaktır.

Ayrıntılı ödemenin bir avantajı, her hasta için ödenen tutarın fiili hizmet bedeli ile yakından ilgili olmasıdır. Daha fazla hizmet alan hastalar daha yüksek ücret ödeyecektir. Ancak, bunun ciddi dezavantajları vardır. İdari karmaşıklık bu dezavantajlardan biridir. Bir başka dezavantaj ise hizmet sunucunun daha fazla gelir elde etmek için daha fazla hizmet sunmaya (gereksiz ilaçlar gibi) mali açıdan teşvik edilmesidir.

Ayrıntılı faturalar karşılığında ödeme yapılan bir hastaneye yönelik teşvikler iyi bilinmektedir. Yatarak tedavi epizodunun ilk günlerinde, kişi hasta olduğundan ve operasyonlar, tanısal testler gibi pahalı hizmetlerin sunulması gerekeceğinden hizmet masrafları yüksektir.

Kişinin hastalığı hafiflemeye ve kendisi de iyileşmeye başlayacağından epizodun sonraki evrelerinde kümülatif masraflar azalır. İhtiyaç duyulan test ve tedavi sayısı daha azdır. Ancak, kümülatif gelirler aynı oranda azalmaz. Yatarak tedavi epizodunun sonraki aşamalarında verilen bir test, ilk gün verilenle aynı oranda ücretlendirilir; 1 günlük barınma ücreti ile 10 günlük barınma ücreti hemen hemen aynıdır. Hastaların daha uzun süre hastanede kalması ve daha fazla hizmet alması, hastaneler açısından daha fazla kar getirici bir durum olduğundan; hastanelerin bunu sağlamasının kendileri için daha iyi olacağı açıktır.

Birleştirilmiş ödemede teşvikler de değişir. Her vaka türü için yapılacak toplam ödeme önceden sabitlenerek, hastaya sunulan hizmet ister az ister çok olsun aynı kalır. Bu, 'kar alanını' değiştirme etkisine sahiptir. Bugün, hastaneler en çok karı hastayı çabuk taburcu ederlerse ve gereksiz hizmet sunmaktan kaçınırlarsa kazanmaktadırlar.

Birleştirilmiş ödeme yöntemi bu proje ile akut bakım yatarak tedavi 'demetleri' veya vakaların DRG'lerle tanımlandığı Türkiye'de pilot uygulama olarak uygulanacaktır.

Belirli Sağlık Hizmeti Ürünleri İle İlgili Ödemeler

Birçok ülkede, devlete ait hizmet sunucularına hükümet tarafından her yıl genel bütçe ayrılması halen yaygın bir uygulamadır. Genel bütçe, basitçe, hizmet sunucunun gelecek yılda gerçekleştireceği bütün faaliyetleri karşılayacak tek bir miktardır. Bu miktar, esas olarak önceki yılda gerçekleşen harcama toplamına dayanır.

Bu yöntem, ölçülmesi veya tahmin edilmesi gereken çok az şey olduğundan görece basittir. Önceki yılda gerçekleşen harcamaların bir kaydı dışında çok az şey gerekmektedir. Bu yöntemin bazı açık dezavantajları vardır. Bu dezavantajlardan biri, hastanenin yaptığı harcamadan ötürü ödüllendirilmesidir. Mevcut dönemde verimliliğini artırarak tasarruf yapması halinde, hastane, gelecek yılın genel bütçesi ayarlandığında zarar edecektir.

Net olan bir başka zayıf yön ise, hizmet sunucular arasında veya zaman içinde maliyet etkililiğindeki farklılıkların belirlenmesi için hiçbir temel olmamasıdır. Hizmet sunucular da kendi üretim sorunlarını kolayca belirleyememektedir.

Hizmet sunuculara, önceki dönemde aldıklarından ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapılacaksa, bu ürün ulusal düzeyde sürekli olarak kullanılabilecek şekilde sınıflandırılmalıdır. Bu yüzden, ürün sınıflandırma sistemlerinin, tanımlarının mümkün olduğunca açık olması önemlidir. Örneğin, 'kalça replasmanı' şeklindeki bir ürün tanımı tam veya kısmi, ilk veya replasman, uzun ömürlü veya kısa ömürlü protez, genç veya yaşlı kişi ve sağlıklı veya kronik hasta gibi önemli nitelendirmeleri belirtmekten uzaktır.

Muğlak bir tanım, sigortacılar ve hizmet sunucular tarafından farklı yorumlanma olasılığı taşıyorsa özellikle tehlikelidir. Bunun doğuracağı bir sorun, hiç kimsenin bir fiyatın diğerinden daha iyi olduğunu kanıtlayamayacak olmasıdır. Bu durum ihtilaflara, güven kaybına ve hizmet sunumunda verimsizliklere yol açacaktır. Ayrıca, hizmet yöntemlerinde planlanmayan değişikliklerin belirlenmesi ve ele alınmasının veya iyileştirme hedeflerinin tanımlanabilmesi ve izlenebilmesinin sağlanması zor olacaktır.

Vaka bileşiminin adam başı ücret, gündelik ve taburcu ödemesi yöntemine göre kilit avantajı hastanelere ödenen tutarın, hastanede yatış süresi veya hasta sayısından ziyade hastanenin tanı ve prosedürlerle tanımlanan klinik faaliyetiyle doğrudan bağlantılı olmasıdır. Hastane bakımının vaka bileşimi yöntemi ile satın alınması, hastaneye yapılacak ödemenin hastaların klinik durumlarına ve bakımları için harcanan kaynaklara bağlı olacağı anlamına gelmektedir. Bir başka temel avantajı ise vaka bileşimi yönteminin kullanılmasıyla, sağlık hizmeti kaynaklarının, düzgün şekilde biçimlendirilirse ihtiyacı yansıtacak olan kullanıma göre dağıtıldığı şeffaf bir ortam sağlanmasıdır.

Vaka bileşimi yönteminde, komplike hastaları tedavi eden hastanelere, nesnel ve ölçülebilir veriler temelinde daha fazla ödeme yapılırken, sayıca daha az olan veya komplike ya da kaynak yoğun olmayan hastalara bakan hastanelere yapılacak ödeme miktarı daha az olacaktır. Önemli olan ise, hastane hizmetlerinin vaka bileşimi

yöntemiyle alınmasının, sınırlı olan sağlık hizmeti kaynaklarının daha düzgün dağıtılmasına imkan tanımasıdır. Vaka bileşimi yöntemi, bu kaynakların en yüksek sağlık sonucu dönüşü olan faaliyetlere yöneltilmesini sağlamakta ve basitçe ifade edersek, hastanede yatış sürelerini gereksiz yere uzatan veya daha fazla sayıda prosedür uygulayan hastaneleri ödüllendirmektedir.

Daha Komplike Yataklı Hastalar İçin Adil Ödeme

İlke olarak, DRG'ler gibi bir sınıflandırmanın hizmet ihtiyaçlarındaki farklılıklar ile sevk sisteminin en altında ve en üstünde hastanelerin dolaylı maliyetlerini açıklaması gerekir. Bunun kısmen doğru olduğu ortaya konulmuştur; ancak, her DRG'de hasta karmaşıklığında sevk düzeyi ile bağıntılı ilave bazı değişkenlikler her zaman vardır. Bu nedenle, vaka bileşimi farklarını ölçmek için DRG sınıflandırmasından fazlasını kullanmak gerekmektedir.

Türk finansman modeli, hastane yataklı hastası vaka bileşimiının, maliyet farklarını kestiren diğer ölçülere sahip olmalıdır. Bu, sevk zincirinde üst halkalarda bulunan hastanelere, üst düzey hastanelerin daha yüksek ödemeyi hak ettiği (üçüncü derece hastane hizmetlerine ilişkin tartışma için bkz. bölüm 3.1) inancı üzerine hareket etmekten ziyade klinik ihtiyacın nesnel ölçüleri temelinde ilave ödeme yapılması olabilir.

Ölçüler, ciddiyet farklarına ilişkin göstergelerden (ikincil tanı ve prosedürlerin sayısı ve türleri gibi) oluşabilir. Ölçüler ayrıca, yoğun bakım (APACHE gibi araçları dikkate alarak), yüksek maliyetli aykırı değerler ve yedek tesisleri için ilave ödeme yapılmasını içerebilir.

Koordineli Hizmetin Özendirilmesi

Genelde, çıktılar yüksek bir birleştirme düzeyinde tanımlanmalıdır (bir başka deyişle, vaka başına yöntemi, gün başına yönteminden ve gün başına yöntemi hastane yatarak tedavi hizmeti kalemlerinden daha iyidir). Bu görüşün kapsamını genişletmek gerekirse, hem hastane hem hastane dışı ortamlarda hizmet sunumuna ihtiyaç duyulması halinde, ödemenin yapıldığı çıktı tanımına her iki bileşen de dahil edilmelidir.

Örneğin, doğum normalde toplum temelli doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın yanı sıra hastane bakımını gerektirir. Bu yüzden, bütün bileşenleri içeren çıktıya dayalı tek bir ödeme ve sonuç olarak hem hastane içinde hem hastane dışında bakımdan sorumlu bir sözleşmeli ekip olmalıdır.

Bu şekilde ödeme, hizmetin sınırların ötesinde de devam ettirilmesini özendirir, daha kaliteli bakım ve sonuçlar elde edilmesini sağlar. Ayrıca, hizmet sunuculara verimliliğin artırılması ile ilgili olarak daha fazla yenilik yapma fırsatı sunar.

Hizmet demetlerinin durumlara göre mümkün olduğunca geniş tanımlandığı bu yaklaşım şekli 'epizot yönetim birimi' veya EMU ile ilişkilidir. EMU, basitçe, ödemeye esas bir paket olarak tanımlanmaktadır ve şu anda etkilili şekilde kullanılabilecek en geniş pakettir. Bu görüş (ödeme paketlerinin büyüklüğü ile klinik yönetim amaçlarının sürekli olarak gözden geçirilmesi ve ayarlanması gerektiği) oldukça önemlidir. Net bir şekilde anlaşılması ve yaygın olarak uygulanması gerekir.

İyi Sonuçların Ödüllendirilmesi

Sonuca dayalı ödemeler, hastaların sağlık sonuçlarının ödenen tutar üzerinde etkili olduğu ödemelerdir. Örneğin, rehabilitasyon hizmeti için, hastaların her hizmet sunucu için ortalama işlevsel kazancına bağlı olarak daha yüksek oranlarda ödeme yapılabilir (hastaneye kabulde vaka bileşimia ilişkin standartlaştırmadan sonra).

Bu esas olarak iyi bir görüştür; ancak, vaka bileşimia uyarlanmış sonuç ölçülerinin uygulanabileceği kapsama bağımlıdır. Türkiye'de planlanan ödeme sistemi reformu kapsamında, örneğin, en azından bazı hizmet türleri için, rehabilitasyon gibi, sonuca dayalı ödeme yapılması düşünülmelidir. Böyle bir yaklaşım hem hizmet sunuculara hem hastalara önemli bir mesaj verir ve hizmet sunucuları hizmet yöntemlerini hastaların sonuçları açısından sürekli değerlendirmeye teşvik eder.

Sonuç Ve Öneriler

Daha kapsamlı bir analiz gerçekleştirilmeden önce kullanılan verinin kısıtları üzerinde durulmalıdır : klinik verinin doğruluğu (raporlanan hasta sayısı, kullanılan ICD10 tanı kodları ve BUT işlem kodları, ve bunların daha sonradan gruplandırılmak üzere ICD10-AM ile eşleştirilmesi v.b), yatan hasta maliyetinin herbir hastanede dağıtılması ve yatan hasta için gelirlerin ayrı ayrı dağıtılması.

Fakat, simülasyonda bütün hastaneler için aynı metodolojinin kullanılmış olmasından yola çıkılarak, 4. seçenek içinde sonuçlara bakıldığında, en azından yüzdelik hesaplarla bile doğru yorumlar yapılabileceğini söyleyebiliriz.

Hastanelerde sunulan hizmetler için daha geniş bir bakış açısı yakalamak istenirse, Hacettepe hastanesinin verilerine biraz daha detaylıca bakmak ve yorumlamak doğru olacaktır. Hem klinik hemde maliyet verileri analiz edildiğinde, Hacettepe'nin sunduğu hizmetlerin diğer hastanelere göre yaklaşık iki kat daha karmaşık işlemlerden oluştuğu görülmektedir. Türkiyede sunulan hizmetler göz önüne alındığı taktirde, hastalara sunulan hizmetlerin karmaşık(yüksek kaynak kullanımı gerektiren) işlemlerden oluştuğu görülmektedir ve bu hastalar devlet hastanelerinden ve hatta eğitim hastanelerinden, üniversite hastanelerine sevk edilebilecek tipte hastalardır.

Bu koşullar altında, yapılan simülasyon çalışmasında da olduğu gibi, DRG ödemelerinde başlangıç olarak bazı uyarlama çarpanları (seçenek 3 ve 4'te olduğu gibi eğitim veya benzer hastane grup çarpanı) kullanmak uygun olarak düşünülebilir, diğer uyarlama çarpanları ileriki çalışmalarda daha uygun hale getirilebilir (ortalamanın dışında kalan yatış süreleri ve maliyetler v.b. gibi)

Aynı tip hastanelerin gruplandığı benzer hastane grubu içindeki hastaneler tek tek incelendiğinde, hizmet başına ödeme sisteminden DRG ödemesine geçmek isteyen diğer ülke örneklerine bakılarak uluslar arası deneyimide göz önüne alarak tahmin edilen oranda bir değişiklik gerçekleşmemiştirki buda önemli bir göstergedir.Gerçekleşen bu durum, uygulama aşamasında simülasyon çalışmasında ki 3. seçeneğin daha uygun olduğu düşüncesi üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir. Fakat, bir karar verilmeden önce, simülasyon çalışması temsil yeteneği daha yüksek bir veri seti kullanılarak tekrarlanmalıdır. Bu veri setindeki veriler, temsil yeteneği yüksek daha fazla hastaneyi, üzerinde çalışılmış ve geliştirilmiş maliyet ağırlıklarını, ortalamanın dışındakilerin simüle edildiği ve çalışma dahilindeki bütün hastanelere standart bir şekilde yatan hasta ve ayaktan hasta maliyetleri dağıtımını içeren bir veri seti olmalıdır.

EK-1 Simülasyon Tablosu

Hastane	Epizod Say	CMI TR RVs	Ağırlıklandırılmış Hasta TR	Gelir (9 aylık yatan hasta)	Gelir (DRG Türkiye RVU'ları ile)	% TR RVs	Gelir (Eğitim Düzeltme Faktörü ile)	5% Eğitim	Hastane Fiyatı	Gelir (Benzer Grup)	% Benzer Grup
AFYON	10,780.00	**0.74**	**7,969.37**	7,809,924.88	8,388,880.39	**1.07**	8,155,320.09	**1.04**	979.99	6,431,360.20	**0.82**
ANTALYA	32,208.00	**0.69**	**22,242.42**	20,440,278.81	23,413,276.34	**1.15**	22,761,412.02	**1.11**	918.98	17,949,858.21	**0.88**
ANKARA	26,664.00	**0.87**	**23,307.08**	30,200,154.25	24,533,975.38	**0.81**	25,043,454.39	**0.83**	1,295.75	28,804,030.96	**0.95**
GAZIANTEP	25,910.00	**0.77**	**19,870.33**	12,166,568.00	20,916,312.32	**1.72**	20,333,967.61	**1.67**	612.30	16,035,553.29	**1.32**
HUH	**21,666.00**	**2.02**	**43,838.80**	52,782,014.32	**46,146,495.82**	**0.87**	47,104,786.14	**0.89**	1,204.00	**54,178,137.61**	**1.03**
TOTAL	117,228.00	1.00	**117,228.00**	123,398,940.25	123,398,940.25	**1.00**	123,398,940.25	**1.00**	1,052.64	123,398,940.25	**1.00**

Ulusal Fiyat (TR RVs)	1,052.64	
HUH Fiyat (TR RVs)	1,204.00	
Eğitim Ayarlamalı Grup Fiyat	1,023.33	
Benzer Grup Fiyat TR RVs	807.01	1,235.85
	Yatan % 'si Maliyet Tablosundan	Ayaktan % 'si Maliyet Tablosundan
AFYON	0.53	0.47
ANTALYA	0.48	0.52
ANKARA	0.45	0.55
GAZIANTEP	0.43	0.57
HUH	0.40	0.60

EK-2 Maliyet Raporu

		Veri Kaynağı: TransferDosyası + Maliyet Tablosu		Veri Kaynağı: DRG Veri Giriş Programı
		TR Maliyet Ağırlıkları ile Hesaplanan CMI	Au Maliyet Ağırlıkları ile Hesaplanan CMI	Au Maliyet Ağırlıkları ile Hesaplanan CMI
A	HUH	2.02	2.00	1.82
D	ANK	0.87	1.17	1.21
C	AFY	0.74	0.93	1.01
E	ANT	0.69	1.04	1.25
G	GAZ	0.77	1.04	1.09