

Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemlerinden Teşhis İlişkili Gruplar

Diagnosis Related Groups of Reimbursement Method in Healthcare Services

Ferda IŞIKÇELİK

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Nazife ÖZTÜRK

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü

İsmail AĞIRBAŞ

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Aralık 2019, Cilt 9, Sayı 2, Sayfa 431-448
December 2019, Volume 9, Issue 2, Page 431-448

P-ISSN: 2146-4839

E-ISSN: 2148-483X

2019-2

e-posta: sgd@sgk.gov.tr

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayımlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area. Articles published in the journal represent solely the views of the authors. Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security

Cilt: 9 - Sayı: 2 - Yıl: 2019
Volume: 9 - Issue: 2 - Year: 2019

P-ISSN: 2146-4839
E-ISSN: 2148-483X

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / *On behalf of the Social Security Institution*
Dr. Mehmet Selim BAĞLI
(Kurum Başkanı / President of the Institution)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager
Uğur KORKMAZ

Yayın Kurulu / Editorial Board

Cevdet CEYLAN
Eyüp Sabri DEMİRCİ
Nazmi DOĞAN
Erdal YILMAZ
Okan AYZ

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM
Selda DEMİR

Redaksiyon / Redaction

Nihan ERTÜRK

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / **Type of Publication:** International Periodical
Yayın Aralığı: 6 aylık / **Frequency of Publication:** Twice a Year
Dili: Türkçe ve İngilizce / **Language:** Turkish and English
Basım Tarihi / Press Date: 19.12.2019

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),
TUBİTAK ULAKBİM - TR
EBSCO HOST - US
ECONBIZ - GE
INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL
SCIENTIFIC INDEXING SERVICES - US
JOURNAL FACTOR
ASOS INDEX - TR
SOBIAD - TR
tarafından indekslenmektedir.



©Tüm hakları saklıdır. Sosyal Güvenlik Dergisi'nde yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı telif hakları saklı kalmak üzere eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlarla çoğaltılabilir.

Tasarım / Design: PERSPEKTİF Matbaacılık Tasarım Tic.Ltd.Şti. (0 312) 384 20 55 - Ankara
Basım Yeri / Printed in: PERSPEKTİF Matbaacılık Tasarım Tic.Ltd.Şti. (0 312) 384 20 55 - Ankara

İletişim Bilgileri / Contact Information

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TÜRKİYE
Tel / Phone: +90 312 207 88 91 - 207 87 70 - Faks / Fax: +90 312 207 78 19

Erişim/Webpage: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/sgd/tr> - e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŞ
Bangor University - UK

Professor Özey MEHMET
University of Carleton - CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York- USA

Professor Paul Leonard GALLINA
Bishop's University - CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton - CA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah - USA

Professor Jacqueline S.ISMAEL
University of Calgary - CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia - CA

ULUSAL DANIŞMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
İstanbul Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR
Marmara Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Savaş TAŞKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. E. Murat ENGİN
Galatasaray Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ferda YERDELEN TATOĞLU
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Bursa Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Hediye ERGİN
Marmara Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Demokrasi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Şükran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Mehmet TOP
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Türker TOPALHAN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Aziz Can TUNCAY
Bahçeşehir Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Zakir AVŞAR
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İletişim Fakültesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. M. Fatih UŞAN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Gaye BAYCIK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Kıbrıs İlim Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Aşkın KESER
Bursa Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Emel İSLAMOĞLU
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Serpil AYTAÇ
Bursa Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Cem KILIÇ
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Saim OCAK
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Ercüment ÖZKARACA
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Süleyman BAŞTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Gülbıye YENİMAHALLELİ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Nurşen CANIKLIOĞLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Şinem YILDIRIMALP
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

17. SAYIDA HAKEMLİK YAPAN AKADEMİSYENLERİN LİSTESİ

REFEREE LIST FOR THIS ISSUE

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Fatma Füsün ERDEN
Ankara Üniversitesi
Ziraat Fakültesi

Prof. Dr. Erineç YELDAN
Bilkent Üniversitesi
İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Bursa Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Şenay GÖKBAYRAK
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Handan YOLSAL
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Özgür ASLAN
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Nuray GÖKÇEK KARACA
Anadolu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Sayım YORĞUN
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Murat ATAN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Deniz KAĞNICIOĞLU
Anadolu Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Erdem CAM
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Sibel ATAN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Handan KUMAŞ
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Emel İSLAMOĞLU
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Berrin CEYLAN ATAMAN
Altınbaş Üniversitesi
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Kamil ORHAN
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Özgür TOPKAYA
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Özlem ATAY
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Faruk SAPANCALI
Dokuz Eylül Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Hasan ŞAHİN
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. M. Çağlar ÖZDEMİR
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Hakan BERUMENT
Bilkent Üniversitesi
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Suat UĞUR
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Atalay ÇAĞLAR
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Özlem ÇAKIR
Dokuz Eylül Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Yücel UYANIK
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Nagihan DURUSOY ÖZTEPE
Pamukkale Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

17. SAYI DEĞERLENDİRME İSTATİSTİKLERİ
EVALUATION STATISTICS FOR THIS ISSUE

| | | |
|---|-------------------------------|-----|
| Toplam gelen makale başvurusu | Number of received manuscript | 43 |
| Yayına kabul edilen makale sayısı | Number of accepted manuscript | 12 |
| Hakem süreci devam eden makale sayısı | Under consideration | 11 |
| Red edilen makale sayısı | Rejected after evaluation | 20 |
| Ön inceleme aşamasında red edilen makale sayısı | Rejected before evaluation | 12 |
| Makale kabul oranı | Accepted manuscript rate | %28 |

GENEL YAYIN İLKELERİ

- 1- Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), yılda iki kez yayınlanan uluslararası, hakemli, bilimsel bir dergidir.
- 2- Dergiye gönderilen yazılar başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
- 3- Dergide yayınlanmasına karar verilen yazıların, elektronik ortamda tam metin olarak yayınlanmak da dahil olmak üzere, yayın hakları SGK'ya aittir.
- 4- Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar önce Yayın Kurulunca dergi ilkelerine uygunluk açısından incelenir. Uygunluğu tespit edilen yazılar değerlendirmeleri için yazının ilgili olduğu alanda iki hakeme gönderilir. Hakem raporuna göre; yazarına düzeltme gönderilir, yayınlanır ya da reddedilir.
- 5- Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yayınlanan makaleler atf yapılmadan kullanılamaz.
- 6- Dergide yargı kararı incelemelerine yer verilebilir.
- 7- Yazıları yayınlanan yazarlara “Kamu Kurum ve Kuruluşlarınca Ödenecek Telif ve İşleme Ücretleri Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde telif ücretleri ödenecektir.
- 8- SGD Sosyal Güvenlik Dergisi'ne makale gönderenler derginin yayın ilkelerini kabul etmiş sayılırlar.

GENERAL PUBLICATION RULES

- 1- Journal of Social Security is an international, peer reviewed, scientific journal published twice a year.
- 2- The papers submitted to Journal of Social Security must be unpublished in elsewhere or not synchronically be in the review process of another publication.
- 3- Social Security Institution and Journal of Social Security own the copyright of the papers published (written and electronic versions).
- 4- All manuscripts firstly evaluated by Editorial Board and send two independent referees. According to referees' reports, article will be sent to the authors to revise, publish or reject.
- 5- All the opinions written in articles are under responsibilities of the authors. The published contents in the articles cannot be used without being cited.
- 6- Case review and commentaries are accepted by SGD.
- 7- Royalty fees will be paid to the authors whose articles published in the Journal of Social Security (SGD) in accordance with the related regulation.
- 8- Those who send articles to the SGD are considered to have accepted the publication principles of the SGD.

SGD, Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyet alanına, sosyal güvenlik, sosyal politika ve endüstri ilişkileri disiplinine katkısı olabilecek her alanda çalışmalara yer vererek, ülkemizin düşünsel birikimine katkıda bulunmak, toplumda sosyal güvenlik ve sosyal politika bilincini geliştirmek, geleceğe dönük hedef ve beklentileri ortak bir noktada buluşturmak amacıyla yayınlanmaktadır.

SGD, is being published in all areas related social security, social policy and industrial relations to make contribution intellectual life of Turkey, develop the social security and social policy consciousness and bring together the future targets and expectations on the common point of the society.

Araştırma Makalesi – Research Article

Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemlerinden Teşhis İlişkili Gruplar

Diagnosis Related Groups of Reimbursement Method in Healthcare Services

Ferda IŞIKÇELİK*

ORCID ID: 0000-0002-7975-4141

Nazife ÖZTÜRK**

ORCID ID: 0000-0001-7552-5723

İsmail AĞIRBAŞ***

ORCID ID: 0000-0002-1664-5159

Sosyal Güvenlik Dergisi / Journal of Social Security
Cilt: 9 Sayı: 2 Yıl: 2019 / Volume: 9 Issue: 2 Year: 2019
Sayfa Aralığı: 431-448 / Pages: 431-448
DOI: 10.32331/sgd.658891

ÖZ

Sağlık hizmeti sunumunun devamlılığı için sağlık kurumlarının finansal açıdan sürdürülebilir durumda olmaları gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunucularına yapılan geri ödemede kullanılan yöntem kurumların finansal sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle ülkelerin sağlık sistemlerinde kullanılan geri ödeme yöntemlerine karar verme işlemi büyük bir dikkat gerektirmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda kaliteden ödün verilmemesi adına, kullanılan geri ödeme yönteminin sağlık kurumları arasında adil kaynak dağıtımını sağlayan özellikte olması gerekmektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde kullanılan geri ödeme yöntemlerini açıklamak ve vaka başına ödeme yönteminin bir örneği olan Teşhis İlişkili Gruplara dayalı geri ödemenin önemini vurgulamak amaçlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı A2 grubu genel bir hastanenin 2018 yılına ait aylık Teşhis İlişkili Gruplar verileri kullanılarak Vaka Karması İndeksi hesaplanmıştır. Hastanenin yıllık ortalama Vaka Karması İndeksi 1,01 olarak bulunmuştur. Aylık bazda en yüksek Vaka Karması İndeksi 1,13 ile Aralık ayında ve en düşük Vaka Karması İndeksi 0,91 ile Mayıs ayındadır. Sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde Teşhis İlişkili Gruplara dayalı geri ödeme yönteminin kullanılmasıyla kurumların hizmet sunumu planlamalarını daha güvenilir verilerle yapabileceği, sundukları hizmet doğrultusunda finansman elde edebileceği, sağlık kurumları arasında hem ulusal hem de uluslararası karşılaştırmaların yapılabileceği öngörülmektedir. Böylece hem ödeyici kurumun hem de sağlık hizmeti sunucusunun oluşabilecek maliyet riskleri veya diğer bazı risklerden korunabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Geri ödeme yöntemleri, teşhis ilişkili gruplar, vaka karması indeksi

ABSTRACT

Health institutions need to be financially sustainable for continuity of delivery of health care. The method used in the reimbursement to healthcare providers directly affects the financial sustainability of the institutions. Therefore, it requires great attention that the decision-making process of methods of reimbursement used in healthcare systems of countries. In order to not to compromise on quality in delivery of health care, the reimbursement method used should be in a way to provide fair resource allocation among health institutions. In this study, it is aimed to explain the reimbursement methods used in healthcare services and to emphasize the importance of Diagnosis Related Groups-based reimbursement as an example of the case based payment method. The case mix index was calculated by using monthly Diagnosis Related Groups data of 2018 of a general hospital with group A2 dependent on Republic of Turkey Ministry of Health. The annual mean case mix index of the hospital was 1.01. On a monthly basis, the highest case mix index is 1.13 in December and the lowest case mix index is 0.91 in May. It is predicted that institutions will be able to make service delivery planning with more reliable data and obtain financing in line with the services they provide and both national and international comparisons can be made between health institutions when reimbursement of healthcare services by the use of Diagnosis Related Groups-based reimbursement method. Thus, it is considered that both the payer institution and the healthcare provider can be protected from the cost risks or other risks that may occur.

Keywords: Case mix index, diagnosis-related groups, reimbursement method

Önerilen atf şekli: Işıkcelik, F., Öztürk, N. ve Ağırbaş İ. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemlerinden Teşhis İlişkili Gruplar. *Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal of Social Security)*. 9(2). 431-448.

Geliş Tarihi/Received: 15/04/2019 • Güncelleme Tarihi/Revised: 17/09/2019 • Kabul Tarihi/Accepted: 16/12/2019

* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, buluc@ankara.edu.tr

** Dr., Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, nazife_sahan@yahoo.com

*** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, agirbas@ankara.edu.tr

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin özellikleri gereği kişilerin hangi sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç duyacağı konusunda belirsizlik vardır. Sağlık hizmetine ihtiyaç olduğu zamanlarda maliyetlerin karşılanabilirliği garanti edilememektedir. Bu noktada hizmet sunucular ile hizmet alanlar arasında üçüncü taraf ödeyicinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Üçüncü taraf ödeyici belirli kurallar çerçevesinde vatandaştan finansman sağlayarak hizmet sunucusuna kaynak aktarmaktadır. Böylece hakkaniyet ilkesi çerçevesinde ihtiyacı olan bireylerin karşılayamayacağı maliyetler konusunda çözüm oluşmaktadır (Tatar, 2011: 105).

İhtiyaç anında gereksinim duyulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesi için sağlık kurumlarının kesintisiz hizmet vermesi gerekmektedir. Kesintisiz sağlık hizmeti sunumu için finansal sürdürülebilirlik, finansal sürdürülebilirlik için de geri ödeme yöntemi büyük önem arz etmektedir. Üçüncü taraf ödeyicilerin sağlık hizmetlerinin finansmanı için hizmet sunuculara kaynak tahsisi sürecinde kullandığı geri ödeme yöntemleri sağlık kurumları, sağlık profesyonelleri, hastalar ve ödeme yapan kurum ve kişilerden etkilenmektedir. Bu aktörler kendi amaçlarını belirlemede ve bu doğrultuda hareket etmektedir. Aktörlerin amaçlarının örtüşebileceği gibi çelişebileceği de bir ihtimaldir. Geri ödeme yöntemleri aktörler arasındaki amaç belirsizliklerini ve çatışmaları mümkün olduğunca azaltmalı ve amaçların ortak bir noktada kesişmesini sağlamalıdır (Top ve Tarcan, 2007: 171).

Refah devletin bir ayağı olan sağlık hizmetlerine hükümetlerin giderek artan miktarda kamu kaynağı tahsis ettiği görülmektedir (Lacalle ve Martin, 2013: 335). Sağlık hizmetlerinin özellikle kamu kaynakları ile karşılandığı ülkelerde hizmetlerin finansmanı için yeterli kaynak kullanımını sağlayacak ve adil kaynak dağıtımına imkân verecek en doğru ve en etkili geri ödeme yönteminin seçimi önemlidir (Arık ve İleri, 2016: 79). Geri ödeme yöntemleri bu gibi nedenlerle sağlık sisteminin en önemli araştırma alanlarından biri haline gelmiştir (Narmanlı vd., 2012: 30).

I- SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Geri ödeme yöntemleri sağlık hizmetlerini satın alanlardan, sağlık hizmeti sunucularına fon aktarmak için kullanılan mekanizmaları ifade etmektedir (Langenbrunner vd., 2009: 3; Agyepong vd., 2014: 2). Bu yöntemler, ileriye yönelik ve geriye dönük olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır (Waters ve Hussey, 2004: 3; Sarı, 2007: 11). İleriye yönelik ödeme yöntemlerinde sağlık hizmeti sunum bedeli hizmet sunulmadan önce tahsil edilmektedir. Geriye dönük ödeme yöntemlerinde ise sağlık hizmetlerinin sunum bedeli hizmet sunumu gerçekleştirildikten sonra tahsil edilmektedir (Waters ve Hussey, 2004: 3). İleriye yönelik yöntemler finansal riski düşük ve sağlık hizmeti sunumunda verimliliği artırıcı yöntemler olarak kabul edilirken geriye dönük ödeme yöntemleri finansal riski yüksek ve verimliliği kısıtlayıcı yöntemler olarak kabul edilmektedir (Yıldız, 2008: 1-2). Sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde kullanılan başlıca geri ödeme yöntemleri şunlardır (World Health Organization, 2017: 2):

- Harcama Kalemli Bütçe Yöntemi
- Global Bütçe Yöntemi
- Gün Başına Ödeme Yöntemi
- Hizmet Başına Ödeme Yöntemi
- Kişi Başına Ödeme Yöntemi
- Vaka Başına Ödeme Yöntemi
- Değere Dayalı Ödeme Yöntemi

Ödeme yöntemleri konusunda altın standart veya mükemmel ödeme yöntemi yoktur. Her yöntemin güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır (Cashin, 2015: 14,19). Tüm ödeme yöntemleri belirli zamanlarda veya bağlamlarda yararlı olabilmektedir. Bu bakış açısından hareketle ülkeler, sağlık sistemi öncelikleri ve hedefleriyle uyumlu teşvikler yaratacak yöntemlerden oluşan karma bir model tanımlamalıdır. Karma ödeme modeli, her ödeme yönteminin faydalı teşviklerini (olası istenmeyen sonuçları en aza indirerek) maksimize edebilmektedir (Cashin, 2015: 14).

A- Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Kişi başına ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunucularına belirli bir hizmetin maliyetini finanse etmek için sigortalı kişi başına belirli bir sabit ücret ödenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Barnum vd., 1995: 7; Waters ve Hussey, 2004: 6). Hizmet verdikleri nüfusun göreceli ihtiyaçlarına dayalı olarak sunucular arasında kaynak dağıtmayı amaçlayan (Dredge, 2004: 6) ve ileriye yönelik uygulanan bu yöntemde nüfus, ödemenin nihai miktarını belirleyen en önemli faktördür (Lacalle ve Martin, 2013: 343). Yöntem kapsamında sağlık hizmeti sunucusu, hizmetin içeriğine bakılmaksızın, belirli bir zaman periyodunda sigortalı kişi başına toplu ödeme almaktadır (Jegers vd., 2002: 266; Waters ve Hussey, 2004: 6).

Kişi başına ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunucularını maliyet kontrolü sağlamaya ve maliyet etkili hizmet sunmaya teşvik etmektedir. Sağlık hizmetlerinin toplam maliyetinin kolay tahmin ve kontrol edilmesini sağlamaktadır (Barnum vd., 1995: 7). Yöntemde fiyatların beklenen maliyetlerin altında olması durumunda sunucuların düşük riskli hastaları seçerek beklenen maliyetleri düşürerek açığı telafi etmeleri beklenebilmektedir (Waters ve Hussey, 2004: 6). Düşük riskli hastaların seçilmesinin sağlık hizmetinin kalitesini sınırlayabilmesi nedeniyle bu durum her zaman yararlı olmayabilir (Barnum vd., 1995: 7). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimlerine kendilerine kayıtlı kişi başına ödeme yapılması bu yönetime örnek teşkil etmektedir.

B- Harcama Kalemli Bütçe Yöntemi

Harcama kalemli bütçe yöntemi, belirli bir süre için personel, kamu hizmetleri, ilaç ve sarf malzemeleri gibi özel harcama kalemlerini kapsayacak şekilde sağlık hizmeti sunucularına kaynakların sabit bir miktarının tahsis edilmesini kapsamaktadır (Langenbrunner vd., 2009: 5). Harcama kalemli bütçelerin hazırlanmasında bir önceki yılın bütçesi ve enflasyon parametreleri dikkate alınmaktadır. Bu kapsamda sağlık kurumlarına sınırlı kaynakları verimli şekilde kullanabilme konusunda önceden planlama yapma imkânı tanınmaktadır. Karmaşık ve uygulanması zor olan veri toplama sistemlerine gereksinim duyulmaması yönetim giderlerinin düşük olmasını sağlamaktadır (Kısa, 2015).

Harcama kalemli bütçeler yerel bölgelerde yönetim becerilerinin yetersiz olduğu durumlarda, güçlü bir merkezi kontrol ve her faaliyetin asgari standartlarda karşılandığı öngörülebilir düzeyde bütçe ve harcamaların gerçekleştirilmesini garanti etmektedir. Sağlık bakım hizmetini standardın altında tutmaya teşvik etmesi, yenilikçi veya yerel koşullara uyum sağlama noktasında esnekliğinin düşük olması, çıktılar veya sonuçlar için teşvik içermemesi, sabit kaynakların yüksek seviyelerde oluşturulması ve harcama kalemlerine tahsisin nadiren değişmesi ise yöntemin başlıca dezavantajlarıdır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152). Ayrıca bütçelerin gerçek verilerle yapılmaması durumunda gereksiz tahsis ve maliyet artışları meydana gelebilmektedir (Kısa, 2015).

C- Global Bütçe Yöntemi

Global bütçe; en basit haliyle genel bir harcama limiti ve hedefidir (Dredge, 2004: 1). Bu ödeme yöntemi toplam sağlık harcamalarını kontrol etme hedefiyle önerilmiş olup sağlık hizmetlerinin fiyatının ve hacminin ürünüdür (Altman ve Cohen, 1993: 195). Yöntem kapsamında sağlık hizmetinin hacmi belirlenmekte ve bu doğrultuda toplam bir fiyat biçilmektedir. Böylece genel sistem üzerinde bir sınır görevi oluşturulmaktadır. Bu finansal amaca ek olarak alıcı, bütçenin sağladığı hizmetlerin miktarının ve kalitesinin, önceden belirlenmiş hacim ve standartları karşıladığından emin olmak istemektedir (Dredge, 2004: 3). İleriye yönelik uygulanmakta olan yöntemde, finansal risk hizmet alan için düşük olmakla birlikte hizmet sunucusu için yüksektir. Dağıtılan götürü bedelin önceki yıla göre hesaplanması hizmet sunucuları maliyet kontrolüne ve daha fazla hizmet sunmaya teşvik etmemektedir çünkü hastanenin cari yılda maliyetlerini azaltması gelecek yıl için daha az geri ödeme almasına neden olmakta ve hizmet sunumunda artış yaşanması hastanenin alacağı ödemeyi artırmamaktadır (Berenson vd., 2016: 33-34).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri için ödenecek toplam bedele bir sınır koyarak sağlık harcamalarının kontrol altında tutulması amacıyla 2006 yılında Global Bütçeye dayalı ödeme geliştirilmiştir. Global Bütçe uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren sağlık kurumlarının geri ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve Hazine ve Maliye Bakanlığı arasında yapılan “Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi” doğrultusunda yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde Global Bütçeye geçilmesinin ardından, 2014 yılında üniversite hastaneleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında Global Bütçe Protokolleri imzalanmaya başlanmıştır. 2015 yılı için Ankara Üniversitesi Hastaneleri, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri ve Dicle Üniversitesi Hastanesiyle imzalanan protokollerle başlayan bu süreç 2018 yılında 43 üniversite hastanesinin protokol imzalamasıyla devam etmektedir. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu ile Global Bütçe Protokolü imzalayan diğer bir hastane de Girne Asker Hastanesi’dir.

D- Gün Başına Ödeme Yöntemi

Gün başına ödeme yöntemi, belirli bir tedavi dönemi boyunca ortaya çıkan maliyetlerden bağımsız olarak belirlenen bir günlük hastane bakımı için her şey dâhil fiyatları kapsamaktadır (Frank ve Lave, 1989: 590). Yöntemde, hizmet sunucusuna üçüncü taraf ödeyici tarafından sağlık hizmeti alan her birey için hizmet aldığı gün başına sabit bir miktar ödenmektedir. Ödeme tutarı, gün başına hesaplanan oran ile hastanede kalınan gün sayısının çarpımıyla hesaplanmaktadır. Genellikle yataklı tedavi hizmetlerinin geri ödemesinde kullanılan bu yöntemde, ödenecek miktar geçmiş dönemlere ait veriler, maliyetler, hizmet hacimleri, kalış süreleri, hastalık şiddetleri gibi çeşitli faktörler ile belirlenmektedir (Akyürek, 2012: 134-135).

İleriye yönelik uygulanan yöntem, basit yönetim ve sözleşmeler sağlamaktadır. Ödemeler, farklı gün başına ödeme katsayısı sunabilmektedir. Yöntem kapsamında, hastaneler ek ödemeli günleri güvence altına almak için daha uzun kalışlar sağlama teşvikine sahip olsalar da gün başına düşen maliyeti düşürmek istemektedirler. Tüm hastane masraflarının bir temsilcisi olarak hastaneler arasında fiyat ve konaklama sürelerini karşılaştırma yapmak için büyük bir şeffaflık sağlamaktadır (Berenson vd., 2016: 2-3). Gün başına düşen ücretlerin hastanede kalış süresi üzerindeki etkisi, ücret ile hastanenin marjinal maliyetleri arasındaki ilişkiye bağlıdır. Ücret marjinal maliyetleri aşarsa, hastaneler ek bakım gününde net gelir elde etmektedir ve bu durum yatış süresini uzatmak açısından teşvik oluşturmaktadır. Günlük ücretin marjinal maliyetlerin altında olması halinde ise hastaneler

her bakım günü için para kaybetmekte ve bunun sonucunda bakım günlerini azaltmak için güçlü bir teşvik olmaktadır (Frank ve Lave, 1989: 590). Türkiye’de Palyatif Bakım ve Yoğun Bakım Hizmetlerinin geri ödemesinde gün başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır.

E- Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Vaka başına ödeme hastane hizmetlerini finanse etmek için yaygın olarak kullanılan çıktı tabanlı bir araçtır. Hastaneler için ödeme sistemleri veya global bütçeler oluşturmak için kullanılmaktadır (World Bank, 2015: 5). Yöntem kapsamında tanı konulmuş tıbbi durumlar ve standart tedavi maliyetlerine göre ileriye yönelik ödeme yapılmaktadır (Docteur ve Oxley, 1992: 34). Tedavi edilen vaka tipine göre yapılan ödemelerde (Jegers vd., 2002: 265), her bir vaka için önceden belirlenmiş sabit bir miktar ödenmektedir (Akyürek, 2012: 135). Farklı hastane hizmetlerinin, vakalarının yoğunluklarına göre fiyatlarını belirleyen vaka başına ödemeler (Lacalle ve Martin, 2013: 337) sunucular açısından girdilerin etkinliğini geliştirmek, verimliliği artırmak ve gereksiz hizmetlerin azaltılması için teşvikler oluşturmaktadır (Cashin, 2015: 22).

Vaka başına ödeme yöntemi, vaka sayısını artırmak ve her bir vakada kullanılan girdileri azaltmak için eşzamanlı teşvikler oluşturmaktadır. Hizmet sunucularının, tedavi edilen vakaların sayısından ziyade kaynak kullanımı üzerinde daha fazla kontrole sahip olmaları nedeniyle ikincil teşvik genellikle daha güçlüdür. Bu yöntemin, gereksiz yeniden yatışları artırabilme ve faturaları olduğundan fazla gösterme gibi dezavantajları da bulunmaktadır (Langenbrunner vd., 2009: 9-10). Vaka başına ödeme yöntemine örnek olarak Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) Dayalı Ödeme yöntemi verilebilir.

F- Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Hizmet başına ödeme yöntemi bireylere sağlanan hizmetlere göre ödeme yapılmasını kapsamaktadır (Docteur ve Oxley, 1992: 34). Ödemelerin geriye dönük yapıldığı bu yöntem kapsamında (Maceira, 1998: 4), sunulan her bir hizmet kalemi için belirli bir fiyat vardır. Sağlık hizmeti sunucuları, hizmetleri bu fiyatlar üzerinden fatura etmektedir (Akyürek, 2012: 130). Türkiye’de kullanılan Sağlık Uygulama Tebliği, Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı ve Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi bu sisteme örnek teşkil etmektedir. Bunlara göre belirli hizmetler veya mallar için daha önceden belirlenen ücret veya fiyatlar kullanılmakta, alt ya da üst limitler belirlenmektedir (Çelik, 2013: 216).

Hizmet sunucularına ve hizmeti satın alanlara idari açıdan kolaylık sağlayan bu yöntemde (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 154) ödeme temeli, bireysel hizmettir. Bu nedenle temel teşvik, hizmet sunucuların daha yüksek getiri sağlayan hizmetleri sunmaları ve gereğinden fazla hizmet sunmalarıdır. Bu teşvik, sağlık hizmetlerinin kullanımını, hizmetlere erişimi veya sunucu verimliliğini artırmayı hedefliyorsa yararlıdır. Her hizmet için fiyat önceden belirlenmesine rağmen hizmetlerin türü ve miktarı konusunda bir sınırlandırma yoktur. Bu nedenle bu teşvik, gerektiğinden fazla hizmet sunulduğunda veya yüksek kaliteli, düşük öncelikli hizmetlerin dağıtımını artırırsa zararlı olabilmektedir (Maceira, 1998: 4). Üçüncü taraf ödeyiciler açısından bakıldığında yöntemin dezavantajı ödemelerin geriye dönük yapılmasından kaynaklı belirsizliktir. Hastalara hangi hizmetlerin sunulacağı bilinmediğinden yapılacak ödemelerle ilgili maliyetin bilinmesi söz konusu değildir. Hizmet sunucularının her bir hizmet için ücretleri artırmaları ve ucuz hizmetler yerine daha pahalı hizmetlerin tercih edilmesi durumunda maliyetler artacaktır (Casto ve Layman, 2006: 5). Ayrıca bu yöntemde makro kontrolü sağlamak zayıftır (Docteur ve Oxley, 1992: 34).

G- Değere Dayalı Ödeme Yöntemi

Ödemeyi performansa bağlayan değere dayalı ödeme yöntemi sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin kalitesini, şeffaflığını ve performansını teşvik edip ödüllendiren bir ödeme yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Centers For Medicare & Medicaid Services, 2017: 2). Hizmet başına ödeme yönteminin gereksiz hizmet sunumuna yönelik teşvikini ortadan kaldırmak için alternatif olarak geliştirilen (LaPointe, 2016) bu yöntemin amacı sadece hacme dayalı ödemeden, üçlü amacı teşvik eden ödemeye (daha iyi sağlık, daha iyi bakım deneyimi, daha düşük kişi başı bakım maliyeti) geçmektedir. Yöntem kapsamında nüfusun sağlığının ve refahının maliyet etkili bir şekilde iyileştirilmesi ödüllendirmekte (Valance Health, 2013; HITEQ, 2016) ve ödeyici kurumların, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini kontrol etmelerine imkân tanımaktadır (Nejm Catalyst, 2017).

Değere dayalı ödeme yönteminde; hastaneler ölüm ve komplikasyonlar, sağlıkla ilişkili enfeksiyonlar, hasta güvenliği, hasta deneyimi, süreç, etkinlik ve maliyet azaltma gibi ölçütler çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu kapsamda hastaya zarar veren olumsuz olayları engelleyerek hastalar için bakım kalitesini ve güvenliğini artırmaya teşvik etmektedir. Ayrıca çoğu hasta için en iyi sonuçları veren kanıta dayalı bakım standartlarını ve protokolleri benimsemeye, hastane süreçlerini geliştirmeye, tüketiciler için bakım şeffaflığının artırılmasına ve daha düşük maliyetle kaliteli bakım sağlayan hastanelerin tanınmasına olanak sağlamaktadır (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018). Yöntemin hastaların daha çabuk iyileşmelerine ve kronik hastalıklardan kaçınmaya odaklanması, kişilerin sağlık harcamalarının azalmasına ve memnuniyetlerinin artmasına katkı sağlamaktadır. Sağlık harcamalarının azalmasıyla birlikte toplum daha sağlıklı hale gelmektedir (Nejm Catalyst, 2017).

II- TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR

TİG, sağlık hizmeti sunucularına yapılan geri ödemeyi standart hale getiren ve maliyet kontrol girişimlerini teşvik eden bir yatan hasta sınıflandırma sistemidir (HMSA, 2018). Sınırlı kaynakların vaka türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil biçimde dağıtılmasını sağlayan bu yöntem, hastalara ait klinik ve maliyet verilerinin sınıflandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içermektedir (Avcil vd., 2014: 25).

İleriye yönelik olarak uygulanan TİG'e dayalı ödemeler (Pirson, 2013: 67) tedavi edilen vaka sayısını artırmak ve vaka başına hizmet sayısını azaltmak için güçlü teşvikler sağlamaktadır. Hizmet başına ödemenin aksine sağlık hizmeti sunucularının faaliyetlerini gerekli hizmetlerle sınırlamak için global bütçenin aksine hastaneleri daha fazla hasta tedavi etmek için teşvik yaratmaktadır. Hangi vaka sayısının artırılacağı ve azaltılacağı maliyet kontrolü açısından TİG'e dayalı ödeminin etkisini göstermektedir. Prensipte olarak bu durum TİG'den önce kullanılan geri ödeme yöntemine bağlıdır. Hizmet başına ödeme yönteminden TİG'e geçiş maliyet tasarrufu sağlarken, global bütçeden TİG'e geçiş maliyet artışına neden olabilmektedir (Busse vd., 2011: 15).

TİG'ler hasta grupları arasındaki farklılıkları veya verilen hizmetlerdeki farklılıkları yeterince kontrol etmiyorsa oldukça karmaşık vakalar için ödemeler çok düşük, daha az karmaşık vakalar için ödemeler çok yüksek olabilmektedir. Bunun sonucu olarak hastaneler daha karmaşık vakaları tedavi etme riskinden kaçınabilir. Ayrıca TİG, ayrıntılı ve standart bir teşhis ve prosedür kodlaması ve TİG başına ortalama maliyet hakkında bilgi gerektirdiğinden idari açıdan karmaşıktır (Busse vd., 2011: 15). Öte yandan, karşılaştırılabilir, yüksek kaliteli maliyet muhasebesi sistemlerini kullanan yalnızca az sayıda hastane dâhil edilmişse, elde edilen verilerin kalitesi daha yüksek olabilir (Schreyögg vd., 2006: 216).

A- Teşhis İlişkili Gruplar Tarihçesi

TİG'ler ilk olarak Yale Üniversitesinde araştırmacı Robert Fetter ve arkadaşları tarafından 1970'li yıllarda geliştirilmiş olup (Quentin vd., 2013: 1972) ilk olarak 1980'de New Jersey'de uygulanmaya başlanmıştır. Sonrasında ise 1983'te Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere diğer ülkelerde de kullanılmaya başlanmıştır. Avustralya, ABD, Kanada, İrlanda, Singapur, Yeni Zelanda, Tayland, Kore, Çin, Malezya, Tayvan, Romanya, Kostarika, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Slovenya, Bulgaristan gibi çeşitli ülkelerde aktif bir şekilde kullanılmaktadır (Hsiao vd., 1986: 32). TİG, Avrupa'da Euro-DRG kapsamında; Avusturya, Danimarka, Belçika, Hollanda, İngiltere, Fransa, Almanya, Finlandiya, İspanya, İtalya, Portekiz, İsveç, İsviçre ve Galler'de uygulanmaktadır (<http://eurodrgeu/about.html>). ABD'de kullanılan sistem 2007 yılında yerini Medicare Severity Diagnosis Related Group (MS-DRG) olarak adlandırılan sisteme bırakmıştır. Bu sistem, diğerine kıyasla hastalık ciddiyeti ve kaynak tüketimini daha iyi göstermektedir (World Bank, 2015: 7-8).

Türkiye'de TİG çalışmaları ilk olarak 2005 yılında başlamıştır. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi kapsamında 2005 yılında 7 pilot hastanede Tam İlişkili Gruplar adı ile veri girişi yapılmaya başlanmıştır. Sonrasında 2008 yılı sonuna kadar 40 hastanenin katılımı ile pilot çalışma sürdürülmüş ve Kasım 2009'da tamamlanarak proje bitirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Sağlık Bakanlığı bünyesinde o dönemdeki adı ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak 2009 yılında kurulan Teşhis İlişkili Gruplar Şube Müdürlüğü devreye girerek bu sistemin devamı ve yerleşmesi amacıyla hareket etmiş ve ulusal TİG sistemi için çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanmasından sonra ise 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı kurulmuş ve ülke genelinde çalışmalara devam etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014: 11).

Türkiye'deki çalışmalarda Avustralya'nın TİG sistemi esas alınarak ICD-10 AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) 4. Güncellemesi ve AR-DRG 5.1 versiyonu kullanılmış olup 2014 yılında ICD-10 AM 7.0 ile AR-DRG 6.0 versiyonlarının lisans alımları yapılmıştır. TİG ile ilgili yapılan çalışmalar kapsamında 2012 yılında, 2011 yılının verileri baz alınarak 81 pilot hastanede maliyet analizi çalışması yapılmış ve Türkiye TİG Bağlı Değer Listesi oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014: 5-6).

Türkiye'de TİG temelli hastane ödemeleri 1 Aralık 2010 tarihinde 50 pilot hastanenin Kasım dönemine ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesiyle başlamıştır. Aralık 2010 itibarıyla tüm il merkezlerindeki 206 kamu hastanesi sisteme dâhil edilmiş ve Ocak 2011 itibarıyla de tüm ilçe hastaneleri sisteme dâhil edilerek toplam 555 kamu hastanesinin ödemesinin %10'u TİG üzerinden yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 10). TİG'e dayalı global bütçe dağıtımına 2013'te ara verilmiştir. Ocak 2015'te global bütçenin %5'i TİG'e dayalı dağıtılmaya başlanmış olup 2016'da bu oran %10'a çıkarılmıştır. Ocak 2015'te 693 Sağlık Bakanlığı hastanesinden sisteme veri gönderen 538 hastanenin 472'si; Ağustos 2016 döneminde ise 685 Sağlık Bakanlığı hastanesinden sisteme veri gönderen 653 hastanenin 646'sı TİG'e dayalı ödeme almıştır. Ağustos 2016 döneminden sonra TİG'e dayalı ödemeler kaldırılarak TİG verileri istatistiki amaçlı tutulmaya devam etmiştir.

15/08/2017 tarihli ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kapatılarak Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı değişmiştir. Bu kapsamda T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı Teşhis İlişkili Gruplar ve Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuştur. Sonrasında ise

“Teşhis İlişkili Gruplar” ibaresi kaldırılmış olup Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı bünyesinde TİG çalışmaları devam ettirilmektedir.

Onuncu Kalkınma Planı (2014- 2018)’nda yer alan 332 numaralı “Tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarını dikkate alan bir geri ödeme sistemi oluşturulacak geri ödeme kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin sağlanması için tamamlayıcı sağlık sigortacılığı teşvik edilecektir.” politika hedefi doğrultusunda hem 2018 yılı hem de 2019 yılı Cumhurbaşkanlığı programlarında konu ile ilgili yıllık tedbirler belirlenmiştir. Halen yürürlükte olan 2019 yılı programında konuya 137. tedbir olarak aşağıdaki şekilde yer verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Onuncu Kalkınma Planı 332 Numaralı Politika ve 2019 Yıllık Programı 137 Numaralı Tedbir

| Politika/ Tedbir | Sorumlu/ İş Birliği Yapılacak Kurumlar | Süre | Yapılacak İşlem ve Açıklama |
|--|---|-------------|---|
| Tedbir 137. Tanı İlişkili Gruplara (TİG) dayalı geri ödeme yönteminin yaygınlaştırılması kapsamında pilot çalışmalara başlanacaktır. | SGK (S), Sağlık Bakanlığı, İlgili Kamu Kurum ve Kuruluşlar | Aralık Sonu | SGK bünyesinde TİG’e yönelik geri ödeme altyapısı oluşturulacak, pilot çalışma yapılacak hastanelerden gelecek olan TİG verilerinin mevcut ödeme yöntemiyle karşılaştırmalı çalışması yapılacaktır. |

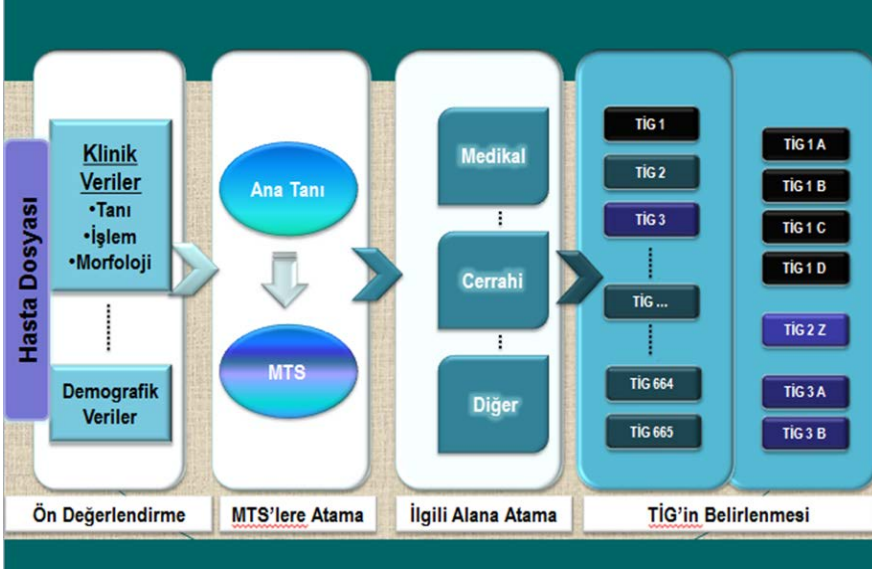
Kaynak: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2013; T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2018a; T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2018b.

SGK bünyesinde TİG’e yönelik bir geri ödeme altyapısı oluşturulması hedeflenmiştir. Bununla birlikte SGK bünyesinde TİG’e yönelik altyapı oluşturulması çalışmaları başlatılmıştır. Bu amaçla “Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Sisteminin Geliştirilmesi Projesi” yürütülmüştür. Ancak projenin sonuçlarına ilişkin herhangi bir bilgi ya da veriye ulaşılamamıştır. Bununla birlikte SGK’nın mevcut organizasyon yapısı incelendiğinde konuyla ilgili olabilecek Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü bünyesinde Alternatif Geri Ödeme Şube Müdürlüğü ve Global Ödemeler Şube Müdürlüğü gibi birimlerin olduğu görülmektedir.

B- TİG Oluşumu

TİG, yatan hastaları sınıflandıran bir sistemdir. Bu sınıflandırmayı yapmak kolay değildir çünkü her hastanın klinik tanısını, risk faktörü, aile durumu ve çevresi farklılık göstermektedir. Bu sınırsız çeşitliliği anlamlandırabilmek için hastalar benzer koşulları taşıyan gruplara ayrılmalıdır. Hastalara ait demografik, teşhis ve tedaviye ilişkin değişkenler kapsamında gruplandırma gerçekleştirilmektedir. Şekil 1’de görüldüğü üzere TİG oluşum süreci Ön değerlendirme, Majör Tanı Sınıfı (MTS) ataması, Alan ataması ve TİG’in belirlenmesi olmak üzere 4 aşamadır. Klinik kodlama olarak da adlandırılan ön değerlendirme aşamasında hastalara ait dosyalar, demografik ve klinik veriler detaylı olarak incelenmektedir. Ön değerlendirme sonrasında MTS ataması yapılmaktadır. Bu kapsamda ana tanı ve MTS belirlenir. Sonrasında ise Cerrahi, Dahili ve Diğer olmak üzere üçe ayrılan alan ataması gerçekleştirilmektedir. Son olarak eşlik eden tanılar, komplikasyon ve komorbidite bulunma durumları göz önüne alınarak TİG belirleme işlemi gerçekleştirilir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 23; Sağlık Bakanlığı, 2013: 14-18; Aral, 2014: 108-109; Sağlık Bakanlığı, 2014: 10).

Şekil 1. TİG Oluşum Süreci

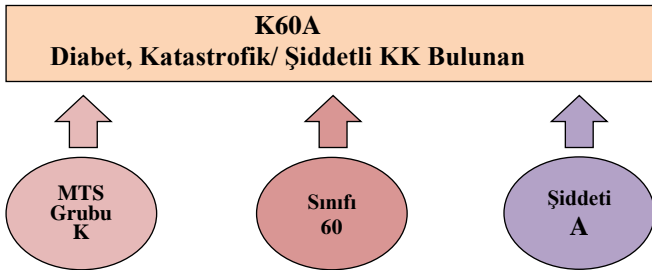


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2013: 11.

Şekil 2’de TİG atanmasına ilişkin kodlama örneği yer almaktadır. Örnekte görüldüğü üzere birinci kısım tek harften oluşan TİG’e ilişkin MTS grubunu, ikinci kısım TİG’in hangi alana ait olduğunu belirten rakamdan, üçüncü kısım ise kaynak kullanım derecesini gösteren harften oluşmaktadır. Oluşan TİG’in kod yapısı şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 24; Sağlık Bakanlığı, 2013: 85):

- İlk Bölüm: Bir harften oluşan bu bölüm, TİG’in ait olduğu MTS grubunu tanımlamaktadır.
- İkinci Bölüm: TİG’in ait olduğunu alanı gösteren bu bölüm, 01-99 arasında değişen rakamlardan oluşmaktadır (01-39 arası cerrahi, 40-59 arası diğer, 60-99 arası medikal TİG’leri tanımlamaktadır).
- Üçüncü Bölüm: Kaynak kullanım derecesini gösteren bu bölümde, A, B, C, D olarak ifade edilen harfler kaynak kullanımının daha çok olandan az olana doğru değiştiğini gösterirken; Z harfinin yer aldığı TİG’lerin ise tek olduğu ve kaynak kullanımına göre ayırım yapılmadığını göstermektedir.

Şekil 2. TİG Kod Yapısı Örneği



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2011: 24.

C- Bağlı Değer ve Vaka Karmaşı İndeksi

TİG'e dayalı ödemede bir TİG kapsamındaki tüm hastaların kaynak tüketimlerinin aynı miktarda olduğu kabul edilmektedir. Harcanan tedavi kaynakları parasal değerlerden ziyade bağlı değer kavramıyla ifade edilmektedir. Maliyetlerin bağlı değer olarak hesaplanması bu sistemi uluslararası boyuta taşımıştır. Bağlı değer, bir sağlık durumunda diğerlerine göre ne kadar çok veya az kaynak kullandığını göstermektedir (Aral, 2014: 104). Bir TİG'in bağlı değerinin diğer bir TİG'in bağlı değerinden büyük olması, tedavi için daha fazla kaynak gerektiğini ifade etmektedir. Her TİG için ayrı ayrı hesaplamalar yapılarak bağlı değer listesi oluşturulmaktadır. Buna göre elde edilen bağlı değerler 1'in altında ve üzerinde olmak üzere listelenir. Bağlı değer, bir TİG maliyetinin tüm TİG'lerin ortalama maliyetine oranlanmasıyla elde edilmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2014: 9):

$$\text{Bağlı Değer} = \frac{\text{Bir TİG için Ortalama Maliyet}}{\text{Tüm Ülke veya Pilot Hastaneler}} \quad (1)$$

Grubu için Tüm TİG'leri Temsil Eden
Genel Ortalama Maliyet

Bağlı değerler yardımıyla Vaka Karmaşı İndeksi (VKİ) hesaplamaları yapılmaktadır. VKİ, hastanelerin tedavi ettiği hastaların hastalık şiddetlerinin standart bir gösterimidir (Mendez vd., 2014: 28). Bu değer hastaneler arasında kıyaslama yapma imkânı sağlamaktadır. Bir hastanenin VKİ'sinin diğer bir hastanenin VKİ'sinden yüksek olması daha kompleks vakalara baktığını ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014: 9). VKİ hastalık şiddetini izlemenin yanı sıra hastane geri ödemelerini hesaplamak için tasarlanmıştır ve büyük oranda dokümantasyon ve kodlama doğruluğuna bağlıdır (Mendez vd., 2014: 28). VKİ değeri 1'in altında olan hastanelerin daha düşük maliyetli ve daha az karmaşık vakalara baktığı, 1'in üstüne olan hastanelerin ise daha yüksek maliyetli ve daha komplike vakalara baktıkları ifade edilmektedir (Özkan ve Ağırbaş, 2018: 164). VKİ şu şekilde hesaplanmaktadır (Aral, 2014: 141):

$$\text{VKİ} = \frac{\sum (\text{TİG'in Bağlı Değeri} \times \text{Vaka Sayısı})}{\text{Hastanedeki Toplam Vaka Sayısı}} \quad (2)$$

Küresel anlamda TİG'e dayalı ödemede iki seçenek mevcuttur. Birincisi, TİG vaka başına ödemenin bir parçası olarak kullanılabilir. Bu kapsamda hastaların kodlamalar sonrasında atandığı TİG'in bağlı değerine göre vaka başı ödeme yapılmaktadır. Söz konusu hastane için anlaşılmalı taban fiyat ile TİG'in bağlı değeri çarpılarak ileriye yönelik olarak ödeme yapılmaktadır. İkinci seçenek ise TİG'e dayalı bütçeleme yöntemidir. Bu yöntemde geçmiş yıllara ait vaka hacmi ve VKİ değerleri kullanılarak hastaneler için bütçeler oluşturulmaktadır (Aral, 2014: 143-146).

III- YÖNTEM

Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı 400 yataklı A2 grubu genel bir hastanenin 2018 yılına ait verilerini kapsamaktadır. Verilerin düzenlenmesinde ve değerlendirilmesinde M.S. Excel programından yararlanılmıştır. İlgili döneme ait hastane kayıtlarından elde edilen toplam taburcu sayısı, toplam hastane yatış gün sayısı, ortalama hastane yatış gün sayısı ve toplam yoğun bakım yatış gün sayısı, TİG veri sayısı, toplam vaka (hasta) sayısı ve toplam bağlı değer verileri aylık ve yıllık bazda incelenmiştir. Toplam bağlı değer, toplam vaka sayısına bölünerek aylık ve yıllık VKİ değerleri hesaplanmıştır. Hesaplanan VKİ'ler ile hastanenin tedavi ettiği vakaların komplekslik derecesi ve tedavide kullandığı kaynakların ağırlığı değerlendirilmiştir. Aylık VKİ değerleri kendi aralarında karşılaştırılarak hastanenin hangi ayda daha komplike, hangi aylarda daha az komplike vakalara baktığı

tespit edilmiştir. Yıllık ortalama VKİ değerleri, bu konuda yapılmış benzer araştırmaların sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

IV- BULGULAR

Araştırma kapsamında A2 grubu genel bir hastanenin 2018 yılına ait TİG ve genel istatistikî verileri değerlendirilmiş ve VKİ hesaplamaları yapılmıştır. Tablo 2’de toplam taburcu sayısı, toplam hastane yatış gün sayısı, ortalama hastane yatış gün sayısı ve toplam yoğun bakım yatış gün sayısının aylık ve yıllık değerleri yer almaktadır. Toplam taburcu sayısı 27.006 ve bunun en yüksek olduğu ay Ekim ayı iken en düşük olduğu ay Nisan ayıdır. Toplam hastane yatış gün sayısı 79.987’dir. Toplam hastane yatış gün sayısı en yüksek olan ilk üç ay sırasıyla Aralık, Kasım ve Ekim ayı iken en düşük olan üç ay sırasıyla Ağustos, Nisan ve Haziran ayıdır. Ortalama hastane yatış gün sayısı 2,95 ve bunun en yüksek olduğu aylar Aralık, Kasım ve Eylül ayı iken en düşük olduğu aylar ise Ağustos, Mayıs ve Haziran ayıdır. Toplam yoğun bakım yatış gün sayısı 8.321’dir. Toplam yoğun bakım yatış gün sayısının en yüksek olduğu üç ay Aralık, Eylül, Temmuz ayı ve en düşük olduğu üç ay Nisan, Şubat ve Mart ayıdır.

Tablo 2. Taburcu ve Yatış Gün Sayıları

| Aylar | Toplam Taburcu Sayısı | Toplam Hastane Yatış Gün Sayısı | Ortalama Hastane Yatış Günü | Toplam Yoğun Bakım Yatış Gün Sayısı |
|---------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Ocak | 2.218 | 6.369 | 2,87 | 643 |
| Şubat | 2.035 | 6.081 | 2,99 | 477 |
| Mart | 2.190 | 6.238 | 2,85 | 500 |
| Nisan | 1.909 | 5.523 | 2,89 | 382 |
| Mayıs | 2.417 | 6.524 | 2,70 | 664 |
| Haziran | 2.163 | 5.870 | 2,71 | 708 |
| Temmuz | 2.443 | 7.035 | 2,88 | 862 |
| Ağustos | 2.056 | 4.898 | 2,38 | 534 |
| Eylül | 2.233 | 7.352 | 3,29 | 1.042 |
| Ekim | 2.480 | 7.804 | 3,15 | 795 |
| Kasım | 2.420 | 8.065 | 3,33 | 622 |
| Aralık | 2.442 | 8.228 | 3,37 | 1.092 |
| Toplam | 27.006 | 79.987 | 2,95 | 8.321 |

Tablo 3’te hastanenin aylık bazda TİG veri sayısı, toplam vaka sayısı, toplam bağıl değer ve VKİ değerleri yer almaktadır. Hastanede 2018 yılında 2.965 farklı koddaki TİG veri girişi yaptığı saptanmıştır. Aylar arasında karşılaştırma yapıldığında, en fazla farklı koddaki TİG verisinin girildiği aylar Aralık, Temmuz ve Mart ayı iken en az farklı TİG verisinin girildiği aylar Ocak, Şubat ve Ağustos ayıdır. Hastanenin toplam vaka sayısı 27.006’dır. Vaka sayısının en yüksek olduğu ilk üç ay Ekim, Temmuz, Aralık ayı ve en düşük olduğu ilk üç ay ise Nisan, Şubat ve Ağustos ayıdır. Hastanenin yıllık toplam bağıl değeri 27.287,51’dir. Toplam bağıl değeri en yüksek aylar Aralık, Kasım, Ekim ayı ve en düşük aylar Şubat, Nisan ve Ağustos ayıdır.

Her ay için ayrı ayrı, toplam bağıl değerler vaka sayısına bölünerek, aylık VKİ değerleri ve yıllık toplam bağıl değerler vaka sayısına bölünerek yıllık ortalama VKİ değeri hesaplanmıştır. Hastanenin yıllık ortalama VKİ değeri 1,01'dir. VKİ değeri Ocak ayında 0,92, Şubat ayında 0,96, Mart ayında 0,94, Nisan ayında 1,04, Mayıs ayında 0,91, Haziran ayında 0,95, Temmuz ayında 1,06, Ağustos ayında 0,98, Eylül ve Ekim ayında 1,06, Kasım ayında 1,09 ve Aralık ayında ise 1,13'tür. VKİ değeri en yüksek aylar sırasıyla Aralık, Kasım, Temmuz, Eylül ve Ekim ayıdır. VKİ değeri en düşük aylar ise sırasıyla Mayıs, Ocak ve Mart ayıdır.

Tablo 3. Aylara Göre VKİ Değerleri

| Aylar | TİG Veri Sayısı | Toplam Vaka Sayısı | Toplam Bağıl Değer | Vaka Karmaşı İndeksi |
|----------------|-----------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Ocak | 224 | 2.218 | 2.035,36 | 0,92 |
| Şubat | 225 | 2.035 | 1.952,26 | 0,96 |
| Mart | 257 | 2.190 | 2.063,88 | 0,94 |
| Nisan | 247 | 1.909 | 1.984,61 | 1,04 |
| Mayıs | 248 | 2.417 | 2.210,91 | 0,91 |
| Haziran | 240 | 2.163 | 2.056,27 | 0,95 |
| Temmuz | 261 | 2.443 | 2.597,30 | 1,06 |
| Ağustos | 238 | 2.056 | 2.007,33 | 0,98 |
| Eylül | 254 | 2.233 | 2.366,96 | 1,06 |
| Ekim | 250 | 2.480 | 2.629,32 | 1,06 |
| Kasım | 256 | 2.420 | 2.633,13 | 1,09 |
| Aralık | 265 | 2.442 | 2.750,18 | 1,13 |
| Toplam | 2.965 | 27.006 | 27.287,51 | 1,01 |

V- TARTIŞMA

TİG, vaka türleri ile hastane tedavisi sırasında harcanan kaynakların miktarını ve türlerini ilişkilendirmektedir (Radu vd., 2010: 251). Bu kapsamda hastanelerin tedavi ettiği vakaların kompleksliğinin ölçümünü sağlamaktadır. Belirli kriterler temelinde değerlendirilen hastanelere bir VKİ değeri belirlenmektedir. Aylık veya yıllık olarak hesaplanabilen VKİ değeri ile bir hastanenin vaka komplekslik derecesi aylar arasında veya yıllar arasında karşılaştırılabilmektedir. Ayrıca hastaneleri sayısal bir değer ile tanımlama imkânı veren VKİ ile hastaneler arasında kıyaslama yapmak da mümkündür. Bu araştırma kapsamında da “İlgili hastanenin aylık VKİ değerleri arasında fark var mı?” ve “Fark var ise bunun nedenleri nelerdir?” sorularına cevap aramak ve ilgili hastanenin yıllık ortalama VKİ değeri ile literatürden elde edilen araştırmaların kapsamındaki hastanelerin VKİ değerlerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Bir ülkedeki tüm hastanelerin ortalama VKİ değerleri 1 kabul edilmektedir. VKİ değeri, 1'in altında olan hastanelerin daha az kaynak gerektiren ve daha az karmaşık vakalara

baktığı, 1'in üstüne olan hastanelerin ise daha fazla kaynak gerektiren ve kompleks vakalara baktığı ifade edilmektedir (Özkan ve Ağırbaş, 2018: 164). Araştırma kapsamındaki hastanenin aylık VKİ değeri 0,91 - 1,13 arasında değişim göstermektedir. Bu kapsamda 1 eşik değerine kıyasla hastanenin bazı aylarda daha komplike vakalara baktığı görülürken bazı aylarda ise daha az komplike vakalara baktığı görülmektedir. Aylar arasında görülen bu değişimin toplam bağıl değer farkından kaynaklandığı saptanmıştır çünkü VKİ değerleri en düşük olan Mayıs, Ocak ve Mart aylarının toplam bağıl değerleri VKİ değeri en yüksek Aralık, Kasım, Temmuz, Eylül ve Ekim aylarının toplam bağıl değerlerinden düşüktür. Ocak ve Mart aylarının VKİ değerlerinin düşük olmasının bir diğer nedeni ise bu aylarda tedavi edilen vaka sayılarının düşük olmasıdır.

Hastanenin yıllık ortalama VKİ değeri 1,01 olarak hesaplanmıştır. Bu durum incelendiğinde; hastanenin 1 değerine oldukça yakın VKİ'ye sahip olması ortalama komplekslikte vakaları tedavi ettiğini göstermektedir. Özkan ve Ağırbaş (2018) tarafından T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı 665 hastanenin 2015 yılı TİG verileriyle VKİ değerleri hesaplanmış ve A2 grubu genel hastanelerin ortalama VKİ değerleri 0,98 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kapsamındaki hastanede de ortalama değere yakın VKİ görülmesi, hastanenin Türkiye ortalamasına yakın ve orta komplekslikte vakalara baktığını göstermektedir. Hem evrensel ortalama hem de Türkiye A2 grubu genel hastaneler ortalaması ile yakın değerler gözlemlenmesi, hastanenin ortalama komplekslikte vakalara baktığı bulgusunu desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde hastanelere ilişkin birer aylık veya yıllık ortalama VKİ hesaplamaları yapıldığı görülmektedir. Bir hastaneye ilişkin aylık bazda VKİ hesaplamasının yapıldığı araştırmalara rastlanmamıştır. Bu araştırmanın, aylık bazda VKİ hesaplanması ve aylar arasında karşılaştırılma yapılması açısından özgün olduğu ve alana katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca aylık VKİ hesaplamalarının çeşitli paydaşlara çeşitli katkıları mevcuttur. Hastaneler retrospektif olarak aylık VKİ değerlerini inceleyerek daha iyi iş gücü ve stok planlaması yapabilecektir. Üretici ve tedarikçi firmaların üretim ve satış planlamalarına katkı sağlayacaktır. Sağlık hizmeti alıcılarını, acil olmayan sağlık hizmeti ihtiyaçlarını daha rahat giderebilmeleri için hastanelerin daha az yoğun olduğu zamanlara yönlendirebilecek kamta dayalı bilgi sağlanmaktadır.

Türkiye'de yapılmış bazı çalışmalar incelendiğinde; Özkan ve Ağırbaş (2016) tarafından yapılan araştırmada bir kamu üniversite hastanesinin 2015 Mart ayı verileri ile hesaplanan VKİ değerinin 0,89 olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bu araştırma ile karşılaştırıldığında ise A2 grubu genel bir hastanenin kamu üniversite hastanesinden daha kompleks vakalara baktığı görülmektedir. Aydemir ve Ağırbaş (2017) tarafından iki eğitim ve araştırma hastanesinin Ocak 2016 verileriyle VKİ'leri hesaplanmış olup sırasıyla 1,22 ve 1,34 değerleri elde edilmiştir. Bu araştırma ile karşılaştırıldığında, A2 grubu genel hastanenin Ocak dönemi VKİ değeri (0,91) ile eğitim ve araştırma hastanelerinden daha az kompleks vakalara baktığı saptanmıştır. Işıkçelik vd. (2019) tarafından C hizmet rolündeki iki hastanenin 2018 Ağustos verileriyle VKİ hesaplamaları yapılmış olup hastanelerin VKİ değerlerinin 0,71 ve 1,01 olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada ise Ağustos dönemi VKİ değeri 0,98'dir. Bu durum A2 hizmet rolündeki hastanenin C grubu bir hastaneden daha komplike vakalara baktığını gösterirken, C grubu diğer hastaneye yakın olmakla birlikte, daha az komplike vakalara baktığını göstermektedir.

Ammar vd. (2013) tarafından Lübnan'da 122 hastanenin Haziran 2011- Mayıs 2012 arası dönemlerine ait VKİ hesaplamaları yapılmıştır. Bu kapsamda hastanelerin ortalama VKİ değeri 1,13 ve 100 yatak ve üzere hastanelerin ortalama VKİ değerleri 1,23 olarak bulunmuştur. Bu araştırma ile karşılaştırıldığında ilgili hastanenin Lübnan'daki 100 yatak

ve üzeri hastanelerden daha az kompleks vakalara baktığı tespit edilmiştir. Radu vd. (2010) tarafından Romanya’da 2005-2009 yılları arasında VKİ hesaplaması yapılmıştır. VKİ değerleri sırasıyla 2005’te 0,76, 2006’da 0,76, 2007’de 0,80, 2008’de 0,93 ve 2009’da 1,00’dır. Bu araştırma kapsamındaki hastanenin ise Romanya’daki hastanelere göre daha kompleks vakalara baktığı görülmektedir. Kaliforniya Sağlık ve İnsan Hizmetleri Açık Veri Portalı’nda, Kaliforniya’daki hastanelerin VKİ değerleri bulunmaktadır. Bu kapsamda hastanelerin ortalama VKİ değerleri 2017 yılından 1996 yılına kadar sırasıyla; 1,39; 1,37; 1,33; 1,32; 1,29; 1,27; 1,24; 1,22; 1,19; 1,16; 1,10; 1,06; 1,05; 1,06; 1,05; 1,05; 1,04; 1,04; 1,04; 1,03; 1,04; 1,02 değerlerini almıştır (California Health and Human Services Open Data Portal, 2018). Bu araştırma kapsamındaki hastanenin VKİ’sini Kaliforniya’daki hastanelerin 2017 yılı ortalama VKİ değerleri ile karşılaştırıldığında Kaliforniya’daki hastanelerin daha kompleks vakalara baktığı görülmektedir. Mendez vd. (2014) tarafından Amerika Birleşik Devletleri’nde 364 hastaneye ait 1996 ve 2009 yıllarının VKİ değerleri incelenmiştir. Hastanelerin ortalama VKİ değerleri 1996’da 1,04 iken 2009’da 1,18 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada kamu hastanelerinin ortalama VKİ değerleri 1996’da 0,99 iken, 2009’da 1,05 olarak bulunmuştur. Bu araştırma kapsamındaki kamu hastanenin ise 1996 yılına göre daha komplike vakalara bakarken 2009 yılında benzer yoğunluktaki vakalara baktığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastanenin VKİ değerlerinden daha yüksek veya daha düşük VKİ’ye sahip hastanelerin görüldüğü araştırmalara rastlanmıştır. Bu araştırmanın 2018 yılı verileri ile yapılması literatürdeki çalışmaların ise farklı zamanlara ait verilerle yapılması, hastaneler arasında karşılaştırma yapmak açısından kısıtlılık olarak görülebilmektedir. Görülen farklı sonuçlar, hastanelerin büyüklükleri, yönetsel yapıları, hizmet verdiği grupların farklılıkları, zaman farklılıkları, çevresel faktörler gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir.

SONUÇ

Sağlık kurumlarında finansal bütçenin ayarlanması için gerekli temel ilke hakkaniyettir. Bunu sağlamak için bütçeler, mevcut kaynakların sınırlılığı dâhilinde, adil olan bir tahsisatı kurma amacıyla belirlenmektedir (Dredge, 2004: 6). Bu kapsamda ülkelerde en uygun geri ödeme yönteminin tercih edilmesi önemlidir. Bu geri ödeme yöntemleri ülkelerin sosyal, kültürel, politik ve ekonomik koşulları gibi farklı parametreler göz önüne alınarak belirlenmektedir. Geri ödeme yöntemlerinin sadece birinin kullanılacağı gibi birkaçının da bir arada kullanıldığı karma sistemler mevcuttur.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde kullanılan geri ödeme yöntemlerini açıklamak ve vaka başına ödeme yönteminin bir örneği olan TİG’e dayalı ödemenin önemini vurgulamak amaçlanmıştır. Bu kapsamda A2 grubu genel bir hastanenin 2018 yılı VKİ hesaplaması yapılmıştır. Hastanenin sağlık hizmeti sunumunda tükettiği kaynak ağırlığı ve tedavi ettiği vakaların komplekslik derecesi ortaya konmuştur. Sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde TİG’e dayalı geri ödeme yönteminin kullanılmasıyla kurumların sundukları hizmet doğrultusunda finansman elde edeceği, böylece hem ödeyici kurum hem de sağlık hizmeti sunucusunun oluşabilecek maliyet risklerinden korunacağı düşünülmektedir. Ayrıca TİG verileri aracılığıyla diğer ulusal ve uluslararası sağlık kurumları ile daha doğru karşılaştırma yapma imkânı oluşmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde karma model kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasında kişi başına ödeme yöntemi, palyatif bakım ve yoğun bakım hizmetlerinde gün başına ödeme yöntemi, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin geri ödemesinde global bütçe yöntemi, özel sağlık kuruluşlarının geri ödemesinde ise hizmet başı geri ödeme yöntemi uygulanmaktadır.

Ülkede farklı ödeme yöntemlerinin kullanılması ve bunların avantajları ve dezavantajlarının farklı olması sağlık kurumları açısından adil kaynak dağıtımına engel olabilmektedir. Bu nedenle ülkedeki tüm sağlık kurumlarını kapsayan adil kaynak dağıtımına imkân veren bir ödeme yönteminin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu noktada kamu ve özel tüm sağlık kurumlarını kapsayan global bütçeye geçilmesi ve global bütçe dağıtımında bağıl değer ve VKİ değerlerinin parametre olarak kullanılması önerilmektedir.

Kaynakça

- Agyepong, I. A., Aryeetey, G. C., Nonvignon, J., Asenso-Boadi, F., Dzikunu, H., Antwi, E., Ankrah, D., Adjei-Acquah, C., Esena, R., Aikins, M. and Arhinful, D.K. (2014). Advancing the Application of Systems Thinking in Health: Provider Payment and Service Supply Behaviour and Incentives in the Ghana National Health Insurance Scheme – a Systems Approach. *Health Research Policy and Systems*. 12(35). 1-17.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 2(2). 124-153.
- Altman, S. H. and Cohen, A. B. (1993). The Need for a National Global Budget. *Health Affairs*. 12(1). 194-203.
- Ammar, W., Khalife, J., El-Jardali, F., Romano, J., Harb, H., Hamadeh, G. and Dimasbaosi, H. (2013). Hospital Accreditation, Reimbursement and Case Mix: Links and Insights for Contractual Systems. *BMC Health Services Research*. 13(505). 1-9.
- Aral, A. (2014). *Sağlıkta Yeni Dönem DRG (TİG)*. Ankara: Bizim Akademi Yayınları.
- Arık, Ö. ve İleri, Y.Y. (2016). Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(4). 78-92.
- Avcil, M., Beylik, U. ve Doluküp, İ. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar: KOAH Vakaları Üzerine Karşılaştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 7(1). 21- 42.
- Aydemir, İ. ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 20(1). 49-67.
- Barnum, H., Kutzin, J. ve Saxenian, H. (1995). *Incentives and Provider Payment Methods*. USA: World Bank HRO Working Papers.
- Berenson, R.A., Upadhyay, D. K., Delbanco, S.F. ve Murray, R. (2016). *Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care*. Washington DC: Urban Institute.
- Boland, P. (1996). *The Capitation Sourcebook a Practical Guide to Managing at-Risk Arrangement*. Berkeley: Boland Healthcare.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., Wiley, M. M. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency Efficiency and Quality in Hospitals*. USA: Open University Press.
- California Health and Human Services Open Data Portal (2018). [<https://data.chhs.ca.gov/dataset/case-mix-index>]. (Erişim: 04 Mart 2019).
- Cashin, C. (2015). *Joint Learning Network for Universal Health Coverage*, Cashin, C. (Ed.). *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage*. Washington DC: Joint Learning Network.
- Casto, A.B. ve Layman, E. (2006). *Principles of Healthcare Reimbursement*. Chicago: American Health Information Management Association.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2017). Report to Congress: Plan to Implement a Medicare Hospital Value-Based Purchasing Program. [<https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cms-hospital-value-based-purchasing-program-results-fiscal-year-2018>]. (Erişim: 04 Mart 2019).

- Centers for Medicare & Medicaid Services (2018). The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program. [https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing.html]. (Erişim: 04 Mart 2019).
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Docteur, E. ve Oxley, H. (1992). *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. Paris: OECD Health Working Papers.
- Dredge, R. (2004). *Hospital Global Budgetin*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Frank, R. G. ve Lave, J. R. (1989). A Comparison of Hospital Responses to Reimbursement Policies for Medicaid Psychiatric Patients. *The RAND Journal of Economics*. 20(4). 588-600.
- HITEQ (2016). What is Value-Based Payment and Why are Health Centers Considering Payment Reform. [https://hiteqcenter.org/Resources/HITEQ-Resources/introduction-to-value-based-payment-for-health-centers-5]. (Erişim: 05 Mart 2019).
- HMSA (2018). Diagnosis Related Group (DRG). [https://hmsa.com/portal/provider/zav_pel.fh.DIA.650.htm]. (Erişim: 05 Mart 2019).
- Hsiao, W.C., Sapolsky, H.M.M., Dunn, D.L. ve Weiner, S.L. (1986). Lessons of the New Jersey DRG Payment System. *Health Affairs*. Summer. 5. 32-45. [http://eurodrgeu/about.html]. (Erişim: 05 Mart 2019).
- Işıkcelik, F., Öztürk, N. ve Ağırbaş, İ. (2019). *Teşhis İlişkili Gruplar: İki Kamu Hastanesinde Bir Uygulama*. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., Gilles, W. (2002). A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. *Health Policy*. 60. 255-273.
- Kısa, A. (2015). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Master Programları Ders Notları. Başkent Üniversitesi. Uluslararası Ahmet Yesevi Türk-Kazak. Gazi Üniversitesi. Ankara.
- Lacalle, J.G., Martin, E. (2013). Efficiency Improvements of Public Hospitals Under a Capitation Payment Scheme. *Health Economics. Policy and Law*. 8. 335-364.
- Langenbrunner, J. C. ve Wiley, M. M. (2002). *Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries*, McKee, M. and Healy, J. (Ed.) In: Hospital in a Changing Europe. 150-176. Buchingham – Philadelphia: Open University Press.
- Langenbrunner, J. C., Cashin, C. ve O'dougherty, S. (2009). *What, How, and Who: An Introduction to Provider Payment Systems*. Langenbrunner, J. C., Cashin, C., O'Dougherty, S. (Ed.). In: Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-to Manuals, 1-26. Washington DC.: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- LaPointe, J. (2016). What is Value-Based Care, What it Means for Providers? [https://revcycleintelligence.com/features/what-is-value-based-care-what-it-means-for-providers]. (Erişim: 05 Mart 2019).
- Maceira, D. (1998). Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries, Partnerships For Health Reform, Major Applied Research 2. Working Paper.
- Mendez, C. M., Harrington, D. W., Christenson, P. and Spellberg, B. (2014). Impact of Hospital Variables on Case Mix Index as a Marker of Disease Severity. *Population Health Management*. 17(1). 28-34.
- Narmanlı, M., Ertong, G., Dikici, A., Soysal, E., Tümay, A. ve Güngör, M. K. (2012). Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası. *IX. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi*. 29-38. Ankara.
- Nejm Catalyst (2017). What is Value-Based Healthcare? [https://catalyst.nejm.org/what-is-value-based-healthcare/]. (Erişim: 05 Mart 2019).

Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2016) Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Modelleri: Teşhis İlişkili Gruplar ve Vaka Karması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 69(1). 21-27.

Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2018). Sağlık Bakanlığı Global Bütçesinin Teşhis İlişkili Gruplara Göre Dağıtımı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 71(3). 163-171.

Pirson, M., Schenker, L., Martins, D., Dung, D., Chale, J.J. and Leclercq, P. (2013). What can We Learn from International Comparisons of Costs by DRG? *European Journal of Health Economics*. 14. 67-73.

Quentin, W., Ratto, H., Peltola, M., Busse, R. and Hakkinen, U. (2013). Acute Myocardial Infarction and Diagnosis-Related Groups: Patient Classification and Hospital Reimbursement in 11 European Countries. *European Heart Journal*. 34. 1972-1981.

Radu, C.P., Chiriac, D. N. ve Vladescu, C. (2010). Changing Patient Classification System for Hospital Reimbursement in Romania. *Croatian Medical Journal*. 51(3). 250-258.

Sağlık Bakanlığı (2011). *TİG Uygulama Rehberi*. Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2013). *Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2014). *Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı. Ankara.

Sarı, N. (2007a). *Teşhise Dayalı Ödeme Sistemlerinin Sağlık Sektör Reform Tartışmalarına Yansımaları*. Aktan, C. C. ve Saran, U. (Ed.). İçinde: Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi. Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı Yayını.

Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O. and Busse, R. (2006). Methods to Determine Reimbursement Rates for Diagnosis Related Groups (DRG): A Comparison of Nine European Countries. *Health Care Manage, Sci*, 9. 215-223.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2013). *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*. Ankara.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2018a). *2019 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı*. Ankara.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2018b). *Onuncu Kalkınma Planı 2018 Yıllık Planı*. Ankara.

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 1. 103- 133.

Top, M. ve Tarcan, M. (2007). Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 9(1). 169-189.

Valance Health (2013). *Models of Value-Based Reimbursement*.

Waters, H. ve Hussey, P. (2004). *Pricing Health Services for Purchasers: A Review of Methods and Experiences*. Washington: Hnp Discussion Paper.

World Bank (2015). *Final Action Plan for the Implementation of DRGs-based Payments*. Washington DC: World Bank Group.

World Health Organization (2017). *Provider Payment Methods and UHC Technical Brief Strategic Purchasing for UHC*.

Yıldız, G. (2008). *Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunularından Hastanelere Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunların Algılanma Biçimleri: Ankara İli Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

