



DERLEME

## Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) New Approach Of Financing Health Services In Turkey: Diagnosis-Related Groups (DRG)

Özer Arık<sup>1</sup>, Yusuf Yalçın İleri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya, Türkiye.

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Konya, Türkiye.

### Özet

Türkiye’de kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri büyük oranda kamu kaynakları ile finanse edilmekte, sağlık kuruluşları verdikleri sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme almaktadırlar. Bununla birlikte, farklı basamaktaki sağlık kurumlarına başvuran hastaların personel, donanım, klinik ve maliyet tablolarının farklı olduğu görülmektedir. Bu noktada en çok tercih edilen geri ödeme yöntemi olan teşhis ilişkili gruplar (TİG) sistemi, genel anlamıyla sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların benzer klinik ve maliyet verilerine göre sınıflandırılarak, benzer hasta grupları için benzer kaynakların kullanıldığı prensibi ile hasta tanısına göre geri ödeme yapılması, böylece hastane etkinliğine veya sınıfına göre kaynak tahsisinin yapılmasına dayanır. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinde bir geri ödeme yöntemi olarak dünyada yaygın bir şekilde kullanılan, Türkiye’de ise geçiş sürecinde çalışmaları devam eden teşhis ilişkili gruplar (TİG) sisteminin etkinliği ve geleceğine ilişkin bir öngörüyle genel bir değerlendirme yapmak, geri ödeme sistemlerine ilişkin Türkiye’nin sağlık politikalarının belirlenmesine katkıda bulunmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** TİG (Teşhis İlişkili Gruplar), Geri Ödeme, Sağlık Hizmetleri Finansmanı

### Giriş

Türkiye’de 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile gerçekleştirilen sağlık reformları kapsamında ülkemiz sağlık sisteminde köklü bir değişim yaşanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirdiği reformlarla sağlık sistemini güçlendirmeye çalışan Türkiye, bir taraftan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı hedeflerken bir taraftan da sağlık hizmetleri için gerekli finans kaynaklarının hizmet sunucularına dengeli bir şekilde dağıtılması için en doğru geri ödeme modeli üzerine çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. Sağlıkta dönüşüm programında belirtildiği gibi sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak sürdürülebilirliği bakımından kıt kaynakların adil ve akılcı bir şekilde sağlık hizmetlerine finanse edilmesi son derece

### Abstract

Health services offered by public and private sector in Turkey are largely funded by public sources and health care institutes get reimbursed by the Social Security Administration for health care services they provide. However, staff, equipment, clinical and cost tables of the patient admitted to different levels of health care institutions seems to be different. At this point, most preferred refund method of diagnosis related groups (DRG) system, depends on classifying the patients according to similar clinical and cost data and paying back for patient groups according to principle of using similar sources for the similar diagnosis of patients and allocates resources on the basis of hospital activity or classification level. The aim of this study is to make an overall predictive assessment on system efficiency of Diagnosis-Related Groups (DRG) which is used widely in the world as a back payment method for health care services, transition process continuing in Turkey, and to contribute to the determination of reimbursement system of Turkey’s health care policies.

**Key Words:** DRG (Diagnosis Related Groups), Reimbursement, Funding of Healthcare Services

önemlidir.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerini sunabilmek için yeterli kaynak kullanımınıdır. Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük oranda kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. Geri ödeme yöntemi olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kuruluşları için 2006 yılından itibaren “Global Bütçe Modeli” kullanılırken, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan ve aynı zamanda eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunan çoğu üniversite hastaneleri için Sosyal Güvenlik Kurumu’nun belirlediği kurallar çerçevesinde hizmet başına ödeme, tanıya dayalı paket ödeme ve vaka başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Ancak, ayaktan ve gününbirlik sağlık hizmetleri sunan birinci basamak sağlık kurumları ile kısa süreli tedavi gerektiren hastalara hizmet sunan ikinci basamak hastanelerden farklı

olarak üçüncü basamak hizmet sunan hastaneler ileri teknolojik donanıma sahip, birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen komplike, uzmanlık gerektiren, maliyetli ve uzun süre tedavi gerektiren hastaların tedavi edildiği kuruluşlardır. Bu nedenle farklı basamaklara başvuran hastaların personel, donanım, klinik ve maliyet tablosunun da farklı olduğu görülmektedir.

Sağlık yöneticileri, buradan hareketle gittikçe artan sağlık hizmetleri talebini karşılamak için kıt kaynakların etkili bir geri ödeme yöntemi ile nasıl dağıtılması gerektiği üzerinde çalışarak kaynakların maliyet tabanlı hastane etkinliğine göre tahsisine yönelmişlerdir. TİG (Teşhis İlişkili Gruplar), değişik ülkeler tarafından farklı amaçlar için uygulansa da genellikle finansman aracı olarak görülerek geri ödeme yöntemi şeklinde kullanılmıştır. Bu yönüyle TİG, bir hastanenin başka bir hastaneye göre neden daha fazla kaynak kullandığının ortaya konulmasına, hastanelerin farklılıklarına göre sınıflandırılmasına ve böylece geri ödeme ile ulusal düzeyde dengeli bir kaynak dağılımının yapılmasına olanak sağlamaktadır.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde bir geri ödeme yöntemi olarak Türkiye’de geçiş sürecinde olan teşhis ilişkili gruplar (TİG) yöntemi hakkında bilgi vermek, farklı sağlık hizmet sunucularının ve özellikle üniversite hastanelerinin finansmanı açısından genel bir değerlendirme yaparak, ülkemiz sağlık politikalarının belirlenmesine katkıda bulunmak amaçlanmaktadır.

### Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmaktır. Ulaşılması mümkün en yüksek sağlık standardından yararlanma, ırk, din, siyasal inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir (1).

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve dolayısıyla toplumun sağlıklı ve uzun ömürlü olması, verimli çalışması için sunulan hizmetlerin bütünüdür. Yaşayan herkesin, zorunlu bir ihtiyaç niteliğinde olan bu hizmet için potansiyel müşteri olduğu düşünüldüğünde sağlık hizmetleri sunan işletmeler, diğer hizmet işletmelerinden ayrı düşünülmelidir (2). Bu açıdan bakıldığında niteliği ve sunumu gereği sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden birçok yönden farklıdır. Sağlık hizmetlerinin temelde sosyal bir hak olması nedeni ile kullanımı ve sunumunun zorunlu olması, insan hayatı için acil ve ertelenemez olması, stoklanamayıp üretildiği anda kullanılması ve bütün bunlara bağlı olarak maliyetinin yüksek olması finansmanının sürekliliğini de gerekli kılmaktadır.

### Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için ulusal gelirden yeterli pay ayrılması ve hakkaniyetin gözetilerek bu payın verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, harcama yapılacak sağlık hizmetlerinin kapsamı, hizmetin sunulabilmesi için gerekli olan paranın miktarı, bu paranın hangi taraflarca ve kimlere

ödeneyeceği, bu finansman sisteminin denetiminde yer alacak tarafların belirlenmesi ile ilgilidir (3).

Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanımlamaya göre, sağlık finansmanının amacı, bireysel ve kamu sağlık hizmetleri ve tıbbi hizmetlere erişimi sağlayacak şekilde sağlık hizmeti sağlayıcılarını motive etmek için yeterli fon oluşturmaktır (4). Sağlık sistemlerinin sağlık finansmanı ile ilgili amacı, önceleri bireyler için yeterli ve adil finansal kaynak dağılımı iken, ilerleyen zamanlarda demografik ve ekonomik nedenlere bağlı olarak kaynakların sürdürülebilir şekilde verimli kullanılması olmuştur (5).

Sağlık hizmetlerinin hem kamu hem de kar amaçlı özel sağlık sunucularından sağlanması halinde sağlık sisteminin karma bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Sağlık sistemlerinde geçerli olan sağlık hizmeti finansman yöntemi, sağlık hizmet sunucularının ve sağlık hizmetini kullananların davranışlarını olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Bu nedenle uygulanan yöntemin sağlık hizmetleri sunumunun etkinliği, verimliliği, hakkaniyeti ve aynı zamanda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğine ilişkin pozitif veya negatif etkisi söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin nasıl, ne kadar, kim tarafından ve kime sunulacağı büyük ölçüde finansman yöntemi ile tayin edilmektedir (3). Bu nedenle, sürekli artırılması hedeflenen ve buna bağlı olarak maliyet bileşenleri de artan sağlık hizmetlerinin kalitesi ile mali sürdürülebilirlik ilkesi dengede tutulmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği ise bu özelliği koruyarak adil kaynak dağıtımını sağlayacak bir geri ödeme yöntemi ile mümkündür.

### Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Mantığı

Hastalanma durumunda ortaya çıkan finansal risk, sağlık sistemlerinde ödeyici kuruluşları gerekli kılmıştır. Bu amaçla kamu veya özel nitelikte olabilen ödeyici kuruluşlar, sağlık hizmetlerinin finansmanı için, güvence kapsamındaki nüfustan gelir toplamakta, elde edilen kaynak ise sağlık hizmeti bedeli olarak doğrudan geri ödeme şeklinde hastalara veya verdikleri hizmet karşılığında sağlık hizmeti sunucularına aktarılmaktadır (6). Sağlık hizmetlerinin sunum maliyetleri de geri ödeme süreciyle karşılanmaktadır. Finansman açısından diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak sağlık hizmetleri doğası gereği genellikle ödeme yapılmadan önce sunulmaktadır. Hizmet sunumundan yararlanan hastalar sağlık kuruluşlarından genellikle herhangi bir ödeme yapmadan ayrılırken, hizmet sunucuları ise daha önce verdikleri hizmetin karşılığını ve yapılan harcamaları geri alma çabasına girmektedirler (7).

Sağlık hizmetinin finansörlüğünü üstlenen kuruluşların, güvencesi kapsamında olan kesimin yararlandığı hizmetlerin karşılığında sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapması gerekmektedir. Sağlık hizmetinin adil ve verimli olarak sunulması için gerekli olan ödeme sistemleri, hizmet sunan ve finansör kurumlar arasındaki ilişki için belirleyici araçlardır. Geri ödeme süreci, büyük ölçüde güvence altındaki kişilere verilen hizmet bedeli olarak yapılan ödemelerin yanında, sağlık hizmet sunucularının ileriye dönük yatırımlarını da kapsama almaktadır (7). Türkiye’de sağlık hizmet

sunucularının en büyük müşterisi olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yaptığı geri ödeme, kamu hastanelerinde döner sermaye bütçesini oluşturmakta ve bu bütçe ile sabit giderlerin yanında tıbbi cihaz gibi sağlık yatırımlarının maliyetleri de karşılanmaktadır. Hizmet sunumu karşılığı olmaksızın doğrudan bütçe ödeneği gibi finans kaynaklarının az olması geri ödemeyi en önemli finans kaynağı yapmaktadır.

### Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri

Ödeme sistemleri, sağlık politikalarının başarıya ulaşması ve sağlık sistemlerinin gelişimi açısından kritik öneme sahip araçlardır. Bir ödeme sistemi, kaynakların sağlık bakım hizmetlerini satın alanlardan sağlık hizmeti sunanlara aktarılmasında kullanılan, bazı destekleyici sistemler ile birleştirilmiş bir mekanizma olarak tanımlanabilir (3). Kısaca, kaynak transferi sağlayan bir sistemdir. Ancak, burada önemli olan nokta, transfer işleminin ne kadar adil ve hizmetin tam karşılığı olduğudur.

Yapılan araştırmalar geri ödeme sistemlerinin sağlık hizmeti üreten ve sunan kurumların davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Sağlık kuruluşlarında hastalığın teşhis edilmesinde kullanılan yöntemler, tetkik istenme sıklığı, hizmetin sunulma şekli, reçete edilen ilaçların türü ve miktarları, ayaktan ve yatarak tedavi edilen hasta oranları, hastanede kalış süresi gibi parametrelerde ödeme yöntemlerinin etkili olduğu deneysel çalışmalar ile ölçülmüştür. (5). Sayılan bu hususlar maliyet bileşenleri olma özelliği taşımakla birlikte hizmet sunucuların karlılığını direkt olarak etkileyen unsurlardır.

Ödeme sistemleri, sağlık hizmetini satın alan taraflarla sağlık hizmetini üreten ve sunan taraflar arasında yapılan hizmet sözleşmeleri kapsamında ödeme yapacak birimleri, tedavi için hastaya düzenlenecek belgeleri, hasta faturalarının nasıl düzenleneceği, fatura etme usul ve esasları ile hatalı faturalandırma sonuçları ve ödeme süresi gibi daha birçok ayrıntıyı düzenlemektedir (8). Hizmet sunucuları ile ödeyici taraflar arasında çıkan sorunlar bu sözleşmeler ve düzenlemeler çerçevesinde ele alınarak çözülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ödeme yöntemleri literatürde genel olarak iki ana grupta incelenmektedir. Bunlardan birincisi kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödeme yöntemleri, ikincisi ise bireysel sağlık hizmeti sunan kişilere yapılan ödeme yöntemleridir. Sağlık sistemi içindeki kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan başlıca ödeme yöntemleri şunlardır;

- Harcama Kalemleri (Line-Item) Bütçeler
- Global Bütçeler,
- Vaka Başına Ödeme,
- Hizmet Başına Ödeme,
- Kişi Başına Ödeme,
- Günlük Ödeme,
- Bonus (Prim) Ödeme Yöntemi
- Taban Fiyat (Flat – Rate) Ödemesi Yöntemi
- TİG (Teşhis İlişkili Gruplar)

Bu çalışmada üzerinde durulan konu, son yıllarda gelişmiş

ülkelerin çoğunda tercih edilen, Türkiye’de ise geçiş süreci ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde kısmi olarak uygulamaya konulmuş, üniversite hastanelerinin ise veri gönderme aşamasında olduğu “Teşhis İlişkili Gruplar (TİG)” geri ödeme yöntemidir.

### Teşhis İlişkili Gruplar (TİG)

#### Tarihçesi

Başlangıçta değişik amaçlarla planlanan hasta sınıflandırmaları zamanla, ödeme sistemlerinin temelini oluşturmaya başlamıştır. İlk önemli sınıflandırma Teşhis İlişkili Gruplar (TİG)-Diagnosis Related Groups (DRG) şeklinde ortaya çıkmıştır. TİG’ler, 1983’de Yale Üniversitesi’nden Robert Fetter ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Robert Fetter’e göre TİG’lerin oluşturulmasındaki temel amaç, benzer çıktılar veya hizmetler alması beklenen vaka tiplerinin bir tanımının yapılmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde Medicare programı (Federal Hükümet tarafından 65 yaş ve üstü gruba sağlanan genel sağlık sigorta sistemi) kapsamındaki hastalara yapılan ödemeler, TDG (Teşhise Dayalı Gruplandırma) sistemi esas alınarak yapılmıştır. Zamanla, TDG sistemi değişik revizyonlar geçirerek nihayetinde tüm hastaları kapsayan teşhise dayalı gruplandırma (THK-TDG) sistemi oluşmuştur. Teşhis ilişkili gruplar gün geçtikçe gelişmiş ülkelerin çoğunda hastane geri ödeme sistemlerinin esas yapısını teşkil etmeye başlamıştır (3).

#### Tanımı

TİG; klinik ve maliyet verilerine bakılarak benzer hastalıkların benzer gruplara dâhil edilmek suretiyle hastaların gruplandırılmasını içeren bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. TİG yönteminde, hastalıklar öncelikle ana tanıya göre, daha sonra ise işlemlerine göre gruplandırılırken, sistem tedavi harcamalarını parasal değer yerine bağıl değer olarak belirlemektedir (9).

TİG’ler; hastaların ne kadar “hasta” olduklarını ölçmek, hastanelerde tedavi edilen hasta türlerini belirlemek, bir hastanede tedavi edilen hastalara bakıldığında başka bir hastaneye kıyasla neden daha fazla kaynağa ihtiyaç duyulduğunu anlamak, hastanedeki sağlık bakımını finanse etmek, hastaneler arasındaki farklılıkları ortaya koyarak karşılaştırmalar yapmak amacıyla, klinik ve maliyet özellikleri açısından benzer vakaları özetleyen ve anlamlı hale getiren bir araçtır (10). Kısaca TİG, benzer kaynak ve tedavi süreçlerini gerektiren vaka gruplarını sınıflandırma planıdır (11).

#### TİG’in Oluşumu

TİG mantığına göre her hasta benzersizdir. Her hasta için hastalığına ilişkin kendine özgü klinik verileri, taşıdığı risk faktörleri, gelişim öyküsü ve benzeri diğer faktörlerin etkisiyle oluşan çeşitlilik ölçülemeyecek kadar çoktur. Oldukça dağınık ve çeşitli olan verilerin anlamlı bir hal alabilmesi için benzer özellikteki hastalar belli gruplara ayrılmaktadır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, hastanede kalış süresi, yoğun bakım süresi, hastalıkların teşhisi ve tedavi işlemleri, komplikasyonları gibi daha birçok parametre dikkate alınarak hasta belli bir gruba

dahil edilmekte, TİG sistemi tarafından otomatik olarak ilgili hastaya özel bir TİG oluşturulmaktadır (9).

### TİG’de Amaç

TİG’in birincil amacı, kıt kaynakları hastalıkların şiddeti ve türleri dikkate alınarak adil bir şekilde dağıtmak, hastane verimliliğini ve etkililiğini teşvik etmek, anlamlı ve sistematik klinik veri toplamak, gözlenebilir ve ölçülebilir hasta özellikleri (özellikle tanılar) ile değişen oranlarda hastaya yapılan müdahaleler ışığında belirli bir hastanın tedavi maliyetlerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktır. Teknik açıdan TİG’lerin hem klinik hem de ekonomik olarak anlamlı gruplara dayanması gerekir. Ekonomik açıdan ise aynı grup içerisindeki hastaların homojen maliyetli olması beklenmektedir (9, 3).

### TİG’in Diğer Ödeme Sistemlerine Göre Üstünlükleri

TİG sistemi ile geri ödeme (9);

- Hastalık şiddetini dikkate alır,
- Sadece cerrahi vakaları değil tüm yatan hastalarınıflayabilir,
- Vaka karması indeksi yoluyla hastaneleri kıyaslamayı vep performans ölçümünü mümkün kılar.

### TİG’de Geçen Kavramlar

#### Ana Tanı

Hastalığa ilişkin bulguların değerlendirilmesine dönük araştırmanın sonunda, hastanın hastanede bulunmasının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır (9).

#### Ek Tanı

Hastalığın seyri esnasında ana tanı ile birlikte beliren veya hastanın sağlık kuruluşunda bulunduğu sırada meydana gelen durum ya da şikâyetler (9).

#### İşlemler

Bütün cerrahi işlemleri, medikal ACHI (Australian Classification of Health Interventions - Avustralya Sağlık Girişimleri Sınıflaması) ve diş işlemleri ile yardımcı sağlık hizmetleri girişimlerini kapsamaktadır (9).

#### Bağlı Değer

Bağlı değer, bir TİG’in maliyetinin tüm TİG’lerin ortalama maliyetine oranıdır. Bağlı değer hesaplanabilmesi için maliyet verilerine ihtiyaç duyulmaktadır (9).

$$\text{Bağlı Değer} = \frac{1(\text{Bir TİG'in Ortalama Maliyeti})}{\text{Tüm TİG'lerin Ortalama Maliyeti}}$$

Hesaplanan bağlı değeri, diğer TİG’lerin herhangi birine göre büyük olan TİG, tedavi için daha fazla kaynak gerektirdiğini göstermektedir. Her bir TİG için ayrı ayrı hesaplama yapılarak bağlı değerler listesi oluşturulabilir (9). Buna göre, elde edilen bağlı değerler listesinin ileri analizi ile vaka türlerine göre hangi hastanenin daha fazla kaynak ihtiyacı olduğu bilgisine ulaşılabilir.

### Vaka Karması

Bir hastanedeki vakaların çeşitliliği ile ilgili bir kavram olup, belli bir zaman diliminde hastanede yatan hasta sayıları ve hastalara yapılan işlemlere dayanır. Hastalara ait klinik ve maliyet verileri alınarak gruplama yapılması, benzer hastalıkların benzer gruplara dâhil edilmesi yöntemidir. Bir hastanenin hasta çeşitliliği ile başka bir hastanenin hasta çeşitliliğinin kıyaslanmasında bu yöntemden yararlanılmaktadır (12).

Bir sağlık hizmeti sunucusu tarafından tedavi edilen vaka tiplerindeki çeşitlilik, o hizmet sunucusunun vaka karmasıdır. Örneğin; bir hastanede tedavi edilen hastaların %80’i kanser, %20’si kadın hastalıkları ve doğum vakası iken, vaka oranları %80 kadın hastalıkları ve doğum, %20 ise kanser vakası olan bir başka hastanenin vaka karmaları farklıdır. Bu bakımdan, bu hastanelerde alınacak tıbbi ve idari kararlar da farklı olacaktır (3).

### Vaka Karması İndeksi

Vaka karması indeksi her hastane için ayrıca hesaplanmaktadır. Bu hesaplamada her hastanenin her TİG’i için ayrı ayrı raporladığı hasta sayılarına ihtiyaç vardır. TİG’lerde yer alan hasta sayıları o TİG’lerin bağlı değeri ile çarpılarak bunların toplamı alınmakta ve hastanedeki toplam hasta sayısına bölünmektedir (13).

Aynı zamanda, farklı hastanelerin niteliğine göre vaka üretimlerini karşılaştırma imkânı veren bir orandır. Hastanede tedavi edilen hastalıkların ne kadar kompleks vakalar olduğunun ölçülmesini sağlamaktadır (9).

### TİG Fiyatı

TİG fiyatının hesaplanması için öncelikle geri ödeme kurumu tarafından bir taban fiyat hesaplanması gerekmektedir. Taban fiyat belirlendikten sonra her TİG’in bağlı değeri ile bu fiyat ayrı ayrı çarpılarak o TİG’in fiyatı hesaplanacaktır (13).

$$\text{TİG Fiyatı} = \text{Taban Fiyat} \times \text{Bağlı Ağırlık}$$

### Klinik Kodlama ve Kodlayıcı

Klinik kodlama işlemi, tıbbi işlemler sonucunun bir ürünüdür. Hasta dosyası içindeki tıbbi belgeleri incelemeyi gerektirdiği için tıbbi terminoloji hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Buna göre klinik kodlama, hasta ile ilgili tutulan klinik kayıtların detaylıca incelenerek, kodlanmaya esas durumların standartlara ve ait olduğu kodlara uygun şekilde TİG veri giriş sistemine kaydedilmesidir. Klinik kodlayıcı ise; klinik kodlama konusunda temel eğitim görmüş, TİG eğitimi ile ilgili yetkilendirilerek belge almış, TİG veri sistemine kayıt edilerek şifre verilmiş olan kurum çalışanıdır (9,14).

### Dünyada TİG Uygulamaları

TİG sistemi ile ilgili yapılan çalışmalar ve uygulamalar dünyada gelişmiş ülkelerin çoğunda kullanılmaktadır. Özellikle, Avrupa Birliği bünyesinde gerçekleştirilen “Euro DRG” çalışması TİG sistemine olan ilgiyi artırmıştır. Fransa, Almanya, İngiltere, Hollanda, Avusturya, İspanya, İsveç, Polonya, Finlandiya gibi Avrupa’nın önemli ülkeleri bu

çalışmaya dahil olmuşlardır (14).

Ekol olması bakımından dünyada üç ana TİG uygulayıcısı ülke vardır. Bu ülkeler; Avustralya, Kanada ve Norveç'tir. Genel olarak bakıldığında Kanada ve Norveç TİG sistemi, Avustralya örneği temel alınarak geliştirildiği görülmektedir. Amerika, TİG sisteminin başlangıç noktası olmasına rağmen, uyguladıkları sağlık sistemlerinin kendine özgü özellikleri nedeniyle halen 1973 yılından bu yana ICD9-CM (International Classification of Diseases 9th Edition Clinical Modification) sürümünü revize ederek kullanılmaktadır (15).

Birçok ülke TİG'e dayalı ödeme sistem planını benimsememiş, ulusal kodlama sistemlerine dayalı TİG kategorileri geliştirmek için uygulamayı ertelemişlerdir. Öyle ki her ülke, ödeme sistemi değişikliğinin gelecekte ortaya çıkaracağı olası etkilere hazırlanmak amacıyla TİG sistemini kabul etmeden önce kamu politikalarının birkaç yıl tartışılması için zaman tanımıştır. Çünkü farklı bölgelerden taburcu olan hastalara ait verileri analiz etmek ve sağlık hizmeti sunucularının genel bir dağılım için anlamlı olabilecek ortalama kalış sürelerini geliştirmek zordur (3).

Vaka karmaşı veya TİG sistemi farklı ülkelerde farklı amaçlar için kullanılmaktadır. Bu sistem (12,16);

- Kaynakların ulusal düzeyde ve/veya hastane düzeyinde etkin tahsisinin yapılması,
- Maliyetlerin hesaplanması
- Sağlık politikalarının geliştirilmesi,
- Araştırma ve planlamanın yapılması,
- Sağlık hizmetlerinde süreçlerin ve çıktının değerlendirilmesi,
- Yeni ödeme sistemlerinin geliştirilmesi,
- Hastane bütçelerinin oluşturulması,
- Uluslararası sınırların veya yerel sınırların ötesindeki hesapların ödenmesi,
- Dolandırıcılık ve suistimalin izlenmesinde şeffaflık düzeylerinin artırılması,
- Hastane yönetimi, kalite güvence ve hizmet kullanımının iyileştirilmesi,
- Kıyaslamaların yapılması: kaynak tüketim, ortalama yatış süresi veya hastaların çeşitliliği gibi pek çok değişkenin bir hastanenin servisleri arasında, bir ülkedeki hastaneler arasında veya ülkeler arasında karşılaştırılması gibi amaçlar için kullanılmaktadır.

### Türkiye'de TİG Uygulamaları

Türkiye'de 2005 yılında uygulamaya konulan Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesinin (HUAP) kapsamında başlayan TİG çalışmaları, 2009 yılında geliştirilerek Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Şube Müdürlüğü bünyesinde sürdürülmüştür. Akabindeki çalışmalara, 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı çatısı altında devam edilmiştir. TİG çalışmalarında Avustralya'nın ICD10-AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) 4. güncellemesi örnek alınırken, TİG algoritması için de

AR DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups: Grupları tayin eden algoritma) 5.1 versiyonu tercih edilmiştir. Nisan 2014'ten itibaren ICD-10 AM (7.0) ile AR-DRG (6.0) sürümleri sisteme dahil edilmiştir (9,14).

Çalışmalar kapsamında, yatan hastaların teşhis ve tedavisine ilişkin işlemlerinin TİG veri sistemine klinik kodlama suretiyle kayıtları yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bütünüyle sisteme dahil edilmesi amacıyla, sistemin kapsadığı yapı geliştirilerek yatan hastalara ait verilerin yanında ayaktan ve gününbirlik hasta verileri de toplanmıştır. Ayaktan poliklinik başvuruları Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBAG) şeklinde, gününbirlik tedavi edilen hasta verileri ise İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar (İBAG) verisi olarak kayıt edilmektedir. (9).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 50 pilot hastanenin 2010 yılı Kasım dönemine sağlık hizmeti bedelleri, ilk olarak 1 Aralık 2010 tarihinde TİG sistemi esas alınarak ödenmiştir. Aralık ayından itibaren tüm il merkezlerindeki 206 kamu hastanesi, 2011 Ocak ayı itibari ile de tüm ilçe hastaneleri sisteme dahil edilmiş, böylece toplam 555 kamu hastanesine ait ödemelerin %10'u TİG esaslı yapılmıştır (14). Devam eden çalışmalar sonucunda, 2013 yılı başı itibari ile Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan bilgisayar teknolojileri ile TİG sistemine ilişkin maliyet analizi hesaplamaları da yapılmıştır. Mevcut durumda Türkiye TİG sisteminde, 81 pilot hastanede yapılan maliyet analizine göre hesaplanan 661 TİG'e ait bağıl değerler kullanılmaktadır (9). Yapılan bu çalışmalar sistemin Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde uygulanabilirliğini göstermektedir

### Sonuç

TİG sisteminin Türkiye'de geri ödeme modeli olarak uygulanmasına ilişkin bugüne kadar yapılan çalışmalar oldukça umut vericidir. Geç bir adım da olsa Türkiye'nin gelişmiş ülkelerin çoğunda uygulanan TİG sisteminin benimsenmesi adına ulusal düzeyde yaptığı çalışmaların ilerleme adına önemsenmesi gerekmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmet sunucularına uygulanan mevcut ödeme sistemlerine bakıldığında farklı sağlık hizmet sunucularına farklı ödeme yöntemlerine göre ödeme yapıldığı görülmektedir. Halihazırda Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde global bütçe modeli uygulanırken, üniversite hastanelerine, özel hastanelere ve diğer sağlık hizmet sunucularına Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkartılan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre hizmet başına ödeme, vaka başına veya tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yapılmaktadır. Bu durum, sağlık hizmet sunucularının farklı mali yapıları, kuruluş amaçları ve sundukları sağlık hizmetinin niteliği dikkate alındığında adil olmayan bir kaynak dağıtımına yol açmaktadır.

Daha önce de ifade edildiği gibi farklı basamaklara başvuran hastaların personel, donanım, klinik ve maliyet tablosu da farklıdır. Özellikle üniversite hastaneleri, uygulama ve araştırma merkezleri olarak aynı zamanda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarıdır. Bu hastaneler, üniversiteler bünyesindeki tıp fakültelerinde verilen uygulamalı eğitimler ile üniversitelerin ana işlevi olan eğitim

ve araştırma fonksiyonunu da yerine getirmektedirler.

Ebettteki, kamu hizmeti üreten kamu kurumlarının hedefi karlılığı değil hizmet miktar ve kalitesini artırmak olmalıdır. Ancak üniversite hastaneleri, kendi kaynakları (büyük çoğunluğu döner sermaye) ile bu temel işlevlerini yerine getirirken, bir taraftan da topluma kaliteli sağlık hizmeti sunmak amacıyla genel işletme ilkelerine göre finansal sürdürülebilirliğini sağlamak zorundadır. Üretilen sağlık hizmetlerinin niteliği ele alındığında, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir kurumun gereği olarak üniversite hastaneleri, alt basamak sağlık kurumlarında tanısı konulamamış veya tedavisi yapılamamış, komplike, zor ve hayati açıdan yüksek riskli hastaların kabul edildiği ve işletme açısından maliyetli girişimlerin uygulandığı bir merkez olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlere ilişkin kapasite, akademik kadro, nitelikli iş gücü ve bilimsel ve teknolojik imkânlar, özel sektörde hatta Sağlık Bakanlığı'nın diğer basamaklarında dahi bulunmamaktadır. Bu imkânlarise hasta başına düşen emek, malzeme ve teknoloji maliyetini büyük oranlarda artırmaktadır.

Bu fiili durumda, üniversite hastanelerinde eğitim ve bilimsel çalışmaların geliştirilmesi devam ederken mali yapının güçlendirilmesi ve gelir gider dengesinin mutlak surette sağlanması önem arz etmektedir. Üniversite hastanelerinin yok denecek kadar az olan diğer finans kaynaklarının yanında tek gelir kaynağı, üretilen sağlık hizmetlerinin fatura edildiği Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan ödemelerdir. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı hastaneleri global bütçe esasına göre ödeme alırken, araştırma ve eğitim işlevi sayesinde doktor yetiştiren üniversite hastaneleri ile karlılık hedefi olan özel hastanelerin, farklı hizmet statüsü olan diğer basamak hastanelerinin tabiri caiz ise aynı otobanda yarıştırmaları, bir üniversite hastanesine gitmek dışında başka bir şans bulunmayan hastanın sağlığına kavuşturulması karşılığında, doğal olarak bir takım girdilerde maliyetlerin artmasına dolayısıyla gelir gider dengesinin bozulmasına sebep olacaktır.

Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmeti sunucularının üstlendiği fonksiyona göre sunulan sağlık hizmetinin niteliğini ortaya koyma özelliğine sahip TİG sisteminde, hangi basamaktaki hangi sağlık hizmet sunucusuna başvuru yapıldığı fark etmeksizin aynı hasta için aynı ücretin ödenmesi, adil bir kaynak dağıtımını sağlamakla birlikte, gelir endişesi ortadan kalkan üçüncü basamak hastanelerin kök hücre, organ nakli gibi bilimsel faaliyetlere, komplike ve zor vakalara odaklanmasını sağlayacaktır. Bu bağlamda, Türkiye'de üniversite hastaneleri için TİG modelinin geri ödeme yöntemi olarak kullanılmasının yukarıda açıklanan gerekçeler ışığında doğru ve gerekli olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak, TİG sistemi hastane yerine hasta temeline dayanması ve yöntemin yeterli ve dengeli kaynak dağılımına imkân vermesi gibi özellikleri sayesinde sağlık finansmanının sürdürülebilirliğini sağlayabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle, çalışmaların bir an önce tamamlanarak TİG sisteminin Türkiye'de ulusal düzeyde geçerli tek geri ödeme yöntemi olarak uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

## Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO), Basic Documents Fourty-Seventh Edition, Geneva, 2009: (1).
2. Sağnak P. Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Hastanesi'nde Bir Araştırma. Ankara: Atılım Üniversitesi; 2010.
3. Ersoy Z. Geri Ödeme Modeli Olan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2014.
4. Langenbrunner J.C., Somanatha A. Financing Health Care in East Asia and the Pasific : Best Practices and Remaining Challenges, The World Bank Washington, D.C. (The International Bank For Reconstruction and Development) 2011; (3): 70.
5. Yenimahalleli Yaşar G. Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2007.
6. İstanbulluoğlu H., Güleç M., Oğur R. Sağlık Hizmetlerinin Finansman YöntemleriDirim Tıp Gazetesi 2010, 1985; (2): 86-89.
7. Akyürek Ç.E. Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2012; (2), 124-125.
8. Top M., Tarcan M. Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları), Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2007; (1): 169-189.
9. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi, Ankara: 2014: 8-12.
10. Bayram A. Hastane İşletmelerinde Finansal Verilere Dayalı Performans Ölçümü. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2006.
11. La Forgia G. M. and Bernard Couttolenc B.F. Hospital Performans InBrazil, The World Bank Washington, D.C. (The International Bank ForReconstructionand Development) 2008; (4): 159.
12. Burduja D. Uluslararası TİG Çalışmaları, Tanı İlişkili Gruplar E-Bülteni. 2007; <http://www.academia.edu>; (Erişim tarihi 29.08.2015).
13. Tanı İlişkili Gruplar E-Bülteni, Sıkça Sorulan Sorular. 2009; (7): 16. Erişim; <http://www.academia.edu> (29.08.2015).
14. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, TİG Uygulama Rehberi, Ankara: 2011: 3-10.
15. <http://www.duragandh.saglik.gov.tr>, Erişim; (29.08.2015).
16. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları. Ankara: 2013: (3).