

TİG ve Kalite - Performans İlişkisi: Ülke Deneyimleri

Umut Beylik¹
Abdullah Öztürk²
Bayram DEMİR³

ÖZET

1983 yılından bu yana başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde kullanılmak için uygulamaya konan TİG'e dayalı finansman sistemleri genel olarak; "Şeffaflığı Artırmak, Etkinliği Sağlamak ve Hastanelerin Yönetimini Desteklemek" amaçlarını hedeflemektedir. TİG uygulamasını sürdüren ülkeler ortalama kalış süreleri, yatak sayıları, ortalama vaka maliyetleri gibi göstergelerde performans ve kalite artışı sağlamayı başarmışlardır.

Sonuç olarak klinik ve maliyet verilerinden hareketle daha adil bir finansman sistemi sağlayan TİG, ayrıca sağlık alanında rol alan aktörlere yol gösterecek demografik, tıbbi ve maliyet verilerini de sunmakta ve çok fonksiyonlu yapısı ile uygulama yapan ülkelerde TİG sistemleri sürekli genişletilmekte, diğer ülkeler ise özellikle maliyetlerin azaltılması, performans ve kalite artışları üzerine olumlu etkisi olan TİG uygulamasını kendilerine adapte etmek için uğraşlarını sürdürmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Tanı İlişkili Gruplar, Performans, Kalite, Ülke Deneyimleri

1 Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, beylik28@gmail.com

2 Dr, Tıp Doktoru, T.C. Sağlık Bakanlığı, drozturkof@gmail.com

3 Uzm.,Batman İl Sağlık Müdürlüğü

DRG and Quality - Performance Relationship: Country Experiences

ABSTRACT

Since 1983, especially in developed countries, including reimbursement of health care services for use in the DRG implemented based financing systems in general; “Enhancing Transparency, Efficiency and Hospital Administration Supporting Ensure” aims objectives. Countries continue DRG average length of stay, number of beds, average case performance and quality indicators such as cost increases have been able to provide.

As a result, the clinical and cost data, stemming from a fairer funding system that provides DRG, also in the health field as the actors to show the way, demographic, medical and cost data is also providing and multifunctional structure and practicing in countries DRG systems are constantly being expanded, other countries, especially the reduction of costs , with positive effects on growth performance and quality DRG continue their struggle to adapt to them.

Keywords: Diagnostic Related Groups, Performance, Quality, Country Experiences

GİRİŞ

Sağlık kurumlarına yapılacak geri ödemelerde 1980’li yıllardan itibaren pek çok ülkede kullanılmaya başlayan Tanı İlişkili Gruplar (TİG) tabanlı finansman sistemlerine geçiş için Türkiye 2005 yılından itibaren çalışmalar başlatmıştır. Avustralya uyarlamasından yola çıkan Türkiye halen TİG sistemine geçiş süreci içerisinde yer almaktadır.

Bir finansman sistemi olarak uygulanan TİG, ülke uygulamaları değerlendirildiğinde; doğru ve hakkaniyetli bir geri ödeme için etkili bir yöntem olmanın yanında bakım ve tedavi hizmetlerinde kalite ve etkiliği sağlayarak ortalama kalış süreleri, yatak sayıları, yatak devir hızları gibi temel verimlilik göstergelerinde iyileşme sağladığı gibi, ayrıca sağlık ile ilgili demografik ve epidemiyolojik göstergelerden hareketle sağlık planlayıcı ve politikacılarını yönlendirmek için önemli bir veri kaynağı olması nedeniyle başta gelişmiş ülkeler olmak üzere dünyada pek çok ülkede dinamik bir şekilde uygulamaya devam etmektedir.

1. Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Sistemi

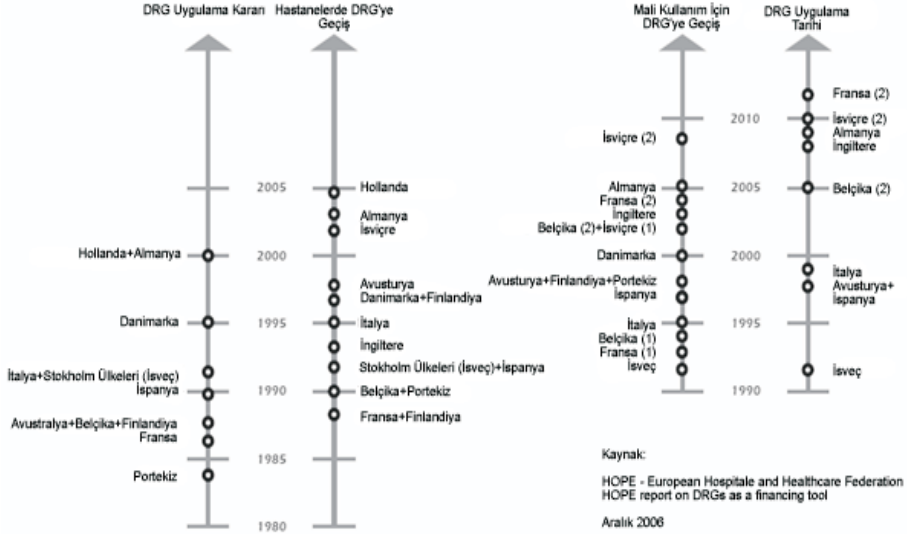
1.1. Tarihçe

TİG sistemi Yale Üniversitesinden Robert Barclay Fetter ve Jhon D.Thompson tarafından oluşturulmuş, esas olarak hasta sınıflandırmasını amaçlayan bir sistemdir. Bu sistem Hastane vakalarını, ICD (International Classification of Disease) tanıları, yapılan işlemler (ACHI (The Australian Classification of Health Interventions)), yaş, cinsiyet, taburculuk durumu, komplikasyon ve ko-morbiditesi olup olmasına göre gruplandırır ve 665 gruba ayırır. Esas olarak hastanelere yapılan geri ödeme planını düzenleyen bir sistemdir (Hsiao v.d., 1986: 32-45).

İlk kez 1980’de New Jersey’de uygulanmaya başlanmıştır. 3 yıllık bir tecrübe sonra Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere 1983’den itibaren Dünya genelinde uygulamaya geçmiştir. Avustralya, ABD, Kanada, Yeni Zelanda, Singapur, Tayland, Malezya, Kore, Tayvan, Çin, Kostarika, Romanya, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, Macaristan, Slovenya, Bulgaristan ve daha bir çok ülkede bu sistem aktif olarak kullanılmaktadır (Hsiao v.d., 1986: 32-45).

Avrupa’da da EuroDRG kapsamında; Avusturya, Belçika, Danimarka, Hollanda, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Almanya, İtalya, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre ve Galler’de TİG uygulanmaktadır (www.eurodrgeu, 2012).

Şekil 1. TİG’in (DRG) Avrupa’da Temel Bir Finansal Altyapı Olarak Devreye Girmesine Yönelik Kronoloji



Kaynak: Marshall, 2009: 5

1.2. Amaçları ve Yapısı

TİG, hastane çıktıları için ürün tanımları sağlamak adına kullanılmaktadır. Hastanelerde bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolünün temellendirilmesi için geliştirilmiştir. 1983’te Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi (Medicare) için ileriye dönük ödeme sistemine (prospective payment system-PPS) uyarlanmıştır. Bu gruplama çabasının altında hastane performansını değerlendirme ve ölçülebilir hale getirme isteği vardır (Fetter, 1991: 21).

TİG sistemi Vaka karması yöntemini temel alır. Vaka karması, bir hastanede gerçekleşen vakaların çeşitliliğini açıklayan bir terimdir. Hastanede belirli bir dönemde yatan hasta sayıları ve bu hastalar için yapılan işlemler göz önünde bulundurularak elde edilir. Hastaların ne kadar “hasta” olduğunu ölçmenin bir göstergesidir. TİG sistemi ile hastaneler arasındaki farklılıklar ortaya konarak, hastaneler arası ve hatta uluslararası karşılaştırmaları yapmak mümkün olmaktadır (www.eurodrgeu, 2011).

TİG sisteminde Tanı, Ek Tanı ICD ve İşlemler ACHI sistemi temel alınarak kodlanır. ICD'nin en son güncellemesi olan ICD-10 AM (Australian Modification)'in 5 ciltlik kitabı TİG kodlama işleminde referans alınmaktadır. Kodlanan veriler (Tanı, Ek Tanı/Tanılar, İşlem/İşlemler) özel bir gruplandırma programı ile toplam 665 DRG kodundan birine atanır. Her koda karşılık gelen bir bağıl değer olup hasta başına yapılacak geri ödeme bu bağıl değere göre hesaplanmaktadır.

TİG uygulamasının önemli bir işlevi de istatistik çalışmalarında kullanılmasıdır. Ülke genelinde hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların ayrıntılı istatistiksel bildirimlerinin ulusal veri tabanı üzerinden yapılması sağlanabilmektedir.

Genel olarak TİG tipi ödeme sistemleri iki temel yapı taşından oluşurlar: 1) Hasta sınıflandırma sistemi, 2) Maliyet ağırlıklarını veya TİG başına fiyatları tanımlayan bir ödeme oranı ayarlama mekanizması. Hasta sınıflandırma sistemi a) benzer kaynak tüketim kalıpları olan ve b) klinik olarak anlamlı olan teşhis ilişkili hasta gruplarını tanımlar. TİG'ler, hasta özelliklerini kaynak tüketimi ile ilişkilendirerek hastane faaliyetini özlü bir ölçüsünü sağlar. Yani TİG'ler hastane ürünlerini tanımlamaktadır. Ödeme oranı düzenleme mekanizması, özel TİG'lerin içinde gruplanan hastaları tedavisi için kaynak gereklerini belirler ve buna göre ödeme oranlarını düzenler. Amaç, hastanelere tüm gerekli faaliyetleri sunmalarına imkan verecek yeterli kaynağı vermektir. Aksi takdirde ödeme oranları çok düşük olursa hastaneler gerekli hizmetleri sunmayı durdurabilir. Diğer taraftan ödeme oranları çok yüksek olursa hastaneler kaynakları etkin kullanma yönünde teşvik olmayacaktır. Bu nedenle, maliyet ağırlıklarını veya özel TİG'in fiyatını belirlemede, genellikle bir hastaneler örneklemini içindeki hastaları tedavi etmenin ortalama maliyetleri ile ilgili bilgi kullanılmaktadır.

Bu iki temel yapı taşının yanında TİG-tipi hastane ödeme sistemleri klinik ve maliyet verileri için veri toplama süreci kurulmasını gerektirir. Klinik veri, hastaları TİG'ler içinde gruplandırmak için gereklidir. Maliyet verisi ise, ödeme oranlarının hesaplamak için gereklidir. Hem klinik veri hem de maliyet verisi, hasta sınıflandırma sisteminin hastaları klinik olarak anlamlı gruplara atama amacını başarmasını sağlamak için yeniden düzenlemede kullanılır. Dahası hesaplanan maliyet ağırlıkları veya fiyatlarına dayalı hastane ödemesini belirlemek için mekanizmalar geliştirilmelidir. Bu mekanizmalar, hasta-

nelerde tedavi edilen bazı vakaların önemli bir şekilde ortalama vakadan daha maliyetli olduğu gerçeğini dikkate almalıdırlar. Bu nedenle, TİG-tipi hastane ödeme sistemleri, genellikle aykırı vakalar için ödeme oranlarının düzenlenmesine ihtiyaç duyarlar. Amaçları (Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 1-5).

TİG sistemleri üç kategoriye ayrılacak geniş bir amaç aralığında kullanılmaktadırlar: Şeffaflığı Artırmak, Etkinliği Sağlamak ve Hastanelerin Yönetimini Desteklemek.

Şeffaflığı Artırmak – Performans Karşılaştırmaları

TİG kavramının orijinal formülünün merkezindeki fikir tüm sınıflandırma sistemlerinde olduğu gibidir: özgün gözükken çok sayıdaki maddeyi (hastane vakaları) ortak özelliklere sahip sınırlı sayıdaki gruplara indirgemek. Böyle bir yaklaşımın temel faydası, maliyeti etkinlik ve kalite karşılaştırmaları gibi belli analizleri yapmaya imkan tanınmasıdır. Bu nedenle, TİG’lerin gözlenebilir ve ölçülebilir özellikleri dikkate alarak, belli bir hastayı tedavi etmenin maliyetini doğru tahmin etmek için bir model önermeleri kavramsal olarak temel avantajlarından biridir. Benzer şekilde TİG’ler kalite ve etkinlik gibi diğer performans boyutlarını değerlendirmek için de kullanılabilirler. Bütün bunları yapmadaki temel teknik zorluk ise hastanelerin kontrolü dışındaki faktörler için yeterli düzenlemenin sağlanması olarak karşımıza çıkmaktadır.

Etkinliği Teşvik Etmek – Ödeme ve Kaynak Tahsisi

TİG’lerin arkasındaki ikinci güdü çok açıktır. TİG’ler, hastanelere finansal kaynakları tahsis etmede bir ödeme mekanizması olarak kullanılmaktadırlar. Ödeme mekanizması rolü açısından TİG’in düzenlemesi ve uygulanması daha karmaşıktır. Çünkü amaç, sadece hizmet sunuculara geri ödeme yapmak değil aynı zamanda gereksiz hizmet sunumunu engellemek ve uygun bakım hizmeti sunarak etkinliği teşvik etmektir.

ABD’de, TİG’ler oluşturulmadan önce hastanelere geri ödeme yapmada kullanılan hizmet başına ödeme yaklaşımı, hastanelerin etkin olmayan veya gereksiz hizmetleri kullanıp fatura etmesine izin verdiği için yetersiz ve pahalı olarak görülmüştür. Politikacılar için, global bütçelerin ihtilaflarından kaçınma ve hastanelerin harcamalarını engellemede TİG’ler çekici hale gelmiştir. Bu kapsamda, prospektif ödeme terimi ortaya çıkarılmıştır. Ancak TİG’ler uygulamaya

konulmadan önce Avrupa’da hastanelere geri ödeme yapmada kullanılan tipik formlar global bütçeye göre ve harcıraha göre ödemeler olmuştur. Yani, hem hedefler (maliyet kontrolü değil ancak adillik ve etkinlik) hem de prospektis olma (TİG’ler, hasta hacmine göre ayarlanan bütçelere göre daha az prospektif-tir) açısından çıkış noktası tamamen farklıdır. İlk olarak ABD’de ve daha sonra birçok Avrupa ülkesinde, TİG tipi sistemler, ekonominin genel ilkelerine göre kamu politikası tasarlama paradigmasıyla daha iyi uyum sağlamışlardır. Çünkü TİG’ler etkin kaynak kullanımını teşvik etmede finansal baskı uygulamak için kullanılabilirler. Ancak TİG’lerin bu rolü, metodolojik olarak sağlam bir sistemin yanında dikkatlice dengelenmiş teşvikleri gerektirmektedir.

Hastanelerin Yönetimini Destekleme – Klinisyenlerin Sorumluluğu

Özellikle, hastanelere ödemenin bütçelere veya harcırahlara göre yapıldığı ülkelerde, klinisyenlerin bölümlerde sunduğu hizmetlerin hangi türde ve maliyette olduğuna dair yönetim çok az bilgiye sahip olmuştur. İster istemez TİG’lerin dokümantasyon gereklilikleri, açık bir şekilde hastane yöneticilerinin klinisyenlerin işlerini izleme ve hatta kontrol etmelerine imkan tanıyarak hastane yöneticilerine destek olmaktadır.

Hastane çıktıları tanı ve tedavide benzer hizmetleri alan hastalıkları sınıflandırmak için kullanılmaktadır. Bu şekilde ürünlere kod verilmiş olacak ve bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolüne uygun bir araç geliştirilmiş olacaktır. TİG, maliyetleri göz önünde tutarak on binlerce tanı ve işlemden yüzlerce grup oluşturur. Her grubun maliyetlerine göre birer ağırlık (bağlı değer) hesaplar. Bu bağlı değerler, geri ödemeye konu olacak tutarın hesaplanması için kullanılır. Geri ödeme yapılırken her vaka, tanıya ya da yapılan işleme göre durumun karmaşıklığı da göz önüne alınarak belirli bir TİG grubuna yerleştirilir. Vakaların dahil olduğu gruplara ait bağlı değerler toplamı, ödeme katsayısı ile çarpılarak ödenecek rakam belirlenir. TİG, diğer sistemlere göre önemli avantajlar sunmaktadır. On binlerce hastalık için ayrı ayrı uğraşmak yerine yüzlerle ifade edilen gruplar ile çalışmak sağlık sisteminin yönetilebilirliği açısından ciddi bir avantaj sağlar. Sonuç odaklı bir sistem olması nedeniyle, hastaların gereksiz yere ve uzun süreli yatırılmasının önüne geçer. Kullanılan kaynaklar ile ilgili doğrudan bir tasarrufu olmadığı için, maliyetlerin kontrolünün sorumluluğunu hastaneye bırakır. Bu da kaynakların etkin kullanımı için çok önemli bir etken oluşturur (Narmanlı, 2012: 31).

Tablo 1. TİG SWOT Analizi

Güçlü Yanlar	Zayıf Yanlar	Fırsatlar	Tehditler
Ortalama kalış sürelerinde kısalma	Genel ve tekrar başvuruların artması	Toplanan veri kalitesinde artış	Kaynakların gereğinden daha az kullanılması
Kaynakların daha etkin kullanılması	Fazla kodlama eğilimi	Ulusal uyarlamasının geliştirilmesi	Hastaların gereğinden daha az tedavi edilmesi
Kalite ve performans artışı	Sistemin kurulmasının karmaşık olması		Düşük bağıl değerli komplike vakalardan kaçınılması

Kaynak: Narmanlı, 2012: 32

TİG Sistemlerinin Temel Yapısı (Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 1-5):

Tüm TİG tipi hastane ödeme sistemleri temel olarak iki mekanizma üzerine inşaa edilirler: 1) Bireysel hastalara sunulan hastane hizmetlerini karşılaştırılabilir gruplara atama; yani hastanelerin ürün kategorilerini tanımlama 2) Bu ürün kategorilerinin her birinin fiyatını veya ağırlığını belirleme.

1) Hastanenin Ürünlerini Tanımlama

TİG-tipi sistemlerden ürün tanımı genellikle, hastanenin tedavi ettiği vakar tiplerini kullandığı kaynaklarla ilişkilendiren hasta sınıflandırma sistemleri aracılığıyla yapılır. Hastane hizmetleri, orijinal olarak sınırlı bir klinik veri (teşhisler ve birkaç cerrahi prosedür), demografik veri (yaş, cinsiyet) ve kaynak tüketim ölçüleri (maliyetler, kalış süreleri) setine dayalıdır. Dahası, özellikle Avustralya’da geliştirilen ve daha sonra Almanya’ya ihraç edilen sistem ve ayrıca Fransa ve Hollanda’daki gibi Avrupa’daki daha sonraki gelişimler aşağıdakilere daha fazla önem vermektedir:

- Hastanede kalış süresinde kullanılan tüm prosedür türleri (bu gruptaki tüm sistemler, temel olarak artık “teşhis ilişkili” değil bunun yerine teşhis- tedavi grupları olarak kategorize edilmektedir ki Hollanda kendi sistemini bu şekilde isimlendirmektedir).
- Hastanın durumunun ciddiyeti.

ABD temelli sistemler sadece “eşlik eden veya etmeyen hastalıklar” arasında ayrıma giderken, Fransa’nın sistemi dört ciddiyet düzeyi kullanmakta ve hatta Almanya’nın sistemi ise belli TİG’ler için on ciddiyet düzeyi kullanmaktadır.

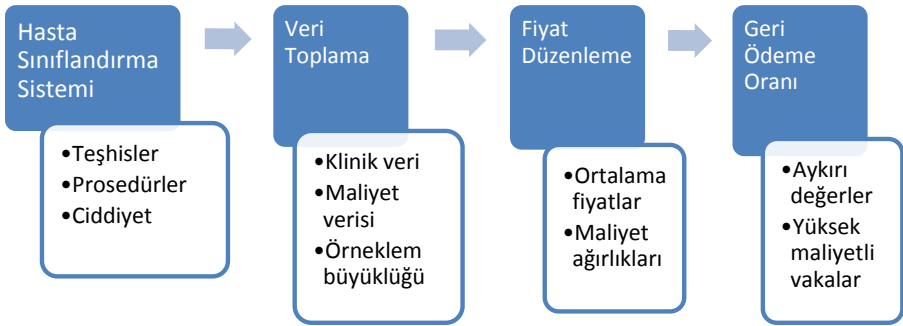
Gruplandırmanın hem klinik hem de ekonomik olarak anlamlı olması gerektiği için teknik olarak bu süreç zordur. Klinik olarak, bir gruba dahil edilen vakalar teşhislere ve tıbbi prosedürlere dayalı olan ayırt edilebilir bir kimlik oluşturmalıdır. Bu durum, klinik bir faaliyeti kalite izlemeyi kolaylaştıracak ve hekim ve hemşire gibi çalışanlar açısından anlamlı olacak şekilde belgelemek ve ölçmek için önemlidir. Ekonomik bir açıdan, sistem özellikle kaynak tahsisi için kullanılıyorsa bir TİG içindeki tedaviler, türdeş maliyetlerce kategorize edilmelidir. Bir hasta sınıflandırma sistemi geliştirmek, sadece teşhis ve tedaviler için kodlama sistemlerinin varlığını ve maliyet muhasebesi için tanımlı bir metodolojiyi değil aynı zamanda kodları ve metodolojileri kullanarak hastaneden seçilen bir örneklemeden ya da hastanenin tamamında elde edilecek gerçek veriyi gerekli kılar. Bu nedenle, TİG sistemlerini başlatan ülkeler, kendilerine özgü uygulama kalıplarını göstermeyecek olsa bile genellikle TİG sistemini başka bir ülkeden ithal ederler.

2) Çıktıyı Ağırlıklandırma veya Fiyatları Tanımlama

TİG'lerin ağırlıklandırma mekanizmaları ve fiyat düzenleri ülkelere göre değişmekle birlikte ortak özellikler mevcuttur. TİG'ler daima ampirik olarak gözlenen tedavi maliyetlerini gösterme aracı oldukları için ilk adım, veri örneğini tanımlamayı içerir (maliyet verisinin (güvenilir) toplanacağı bir dizi hastaneyi seçme). İkinci olarak, veri işlemeden sorumlu kurum TİG maliyet ağırlıklarını veya fiyatlarını hesaplamaktadır. Geri ödeme oranını belirlemede iki farklı yaklaşıma gidilebilir. Daha az kullanılan yaklaşım olan doğrudan yaklaşım, tanımlı TİG grubu başına ortalama maliyetleri hesaplamakta ve bunu geri ödeme oranı olarak kullanmaktadır. Daha sık kullanılan dolaylı yaklaşım ise kaynak kullanım yoğunluğuna göre farklı TİG grupları arasındaki ilişkiyi tanımlayan sözde maliyet ağırlıklarını hesaplamaktadır. Bu model kullanılarak, maliyet ağırlığı 1 olan referans veya ortalama tedavi grubunun fiyatı görüşülmekte veya düzenlenmekte ve diğer tüm TİG'lerin fiyatı, her TİG'e verilen TİG maliyet ağırlığı ile maliyet ağırlığı 1 olan referans TİG için düzenlenen fiyatın çarpılması sonucu otomatik olarak hesaplanmaktadır. Her bir TİG grubunun maliyet ağırlığı, referans TİG'e göreli kaynak tüketim miktarını göstermektedir. Bütün TİG sistemleri, TİG gruplarının, gruba atanan fiyat veya ağırlıktan daha yüksek veya daha düşük kaynak tüketimi bulunan

bazı tedavilerle birleştirmesi problemi ile karşılaşmaktadır. Bu nedenle tüm sistemler, aykırı değerler olarak adlandırılan, kaynak tüketimi daha yüksek veya daha düşük olan vakaları açıklamak için sözde “düzeltici metodlar” geliştirmişlerdir. Genelde bu uç vakalar, seçilip ayrılma eğilimindedirler ve bir TİG içindeki diğer vakalara yeterince geri ödeme yapılabilmesi için fazla ödemeler almaktadırlar.

Tablo 2. TİG Sisteminin Temel Yapıtaşları



Kaynak: Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 2

Teşvikler ve TİG'ler (Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 3): Birçok ülkede yatan hasta sektöründe, kamu hastaneleri veya kar amaçlı olmayan hastaneler bas-kın rol almaktadır ve buralarda çalışan sağlık personeli sundukları hizmet için aylık tabanında geri ödeme almaktadırlar. Bu şartlar altında, hizmet sunucular arasındaki rekabet sınırlı olduğu ve ayrıca yönetsel kurallar ve düzenleme-ler de etkinliği engelleyebileceği için TİG'lerin etkili ve etkin hizmet sunu-munu teşvik ettiği düşünülmektedir. Ancak TİG'ler aynı zamanda, “durgun kanamalı hastayı” şiddetli göstererek hastaneden erken çıkarma gibi istenil-meyen davranışları da teşvik edebilir. Bu nedenle herhangi bir TİG sisteminin başarısı, hizmet sunucuyu sosyal hedeflerle bağlantılı davranışa teşvik etme ölçüsüne bağlıdır.

Özetlendiği gibi, TİG'lerin temel arzulan hedefi, vakaya dayalı geri öde-menin hastaneleri etkin kaynak kullanmaya teşvik etmesini sağlamaktır. Temeldeki mantık, hastanelerin geri ödemeleri çıktıya bağlandığı, teşhis veya prosedürler açısından ölçüldüğü için hastanelerin hizmet başına (veya TİG başına) kullandığı kaynakları minimum yapmaya teşvik olacaktır.

Ancak TİG sistemleri, hizmet sunucunun daha belirsiz davranışlara da neden olabilir. TİG sistemlerinin istenilmeyen teşvikleriyle ilgili endişeler temel iki boyutu ifade etmektedir: Sunulan hizmetlerin kalitesi ve hizmet sunumunun dokümantasyonu. Pratik uygulamaya ve kapsama yüksek bir şekilde bağlı oldukları için TİG'lerin istenilen veya istenilmeyen davranışları teşvik etme derecesi ve maliyetler ve kalite açısından net etki kavramsal olarak belirlenemez. Bu nedenle, bunların ampirik olarak dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekir.

TİG'ler ve Sonuçlar – Ampirik Kanıt (Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 4-5.):

TİG'lerin, hizmet sunucuların davranışlarını etkilediği konusunda akademik ve politik çevrede geniş bir fikirliği vardır. Ancak, ödeme sistemi reformunun endüstrileşmiş dünyadaki yatan hasta sektörü üzerindeki etkisi ile ilgili ampirik literatür şartıcı biçimde azdır. Mevcut çalışmalar, sadece ABD kapsamı üzerinde yoğunlaşmaktadır ve hastane maliyetleri üzerindeki etkileri çok az düşünme eğilimindedirler. Diğer ülkelerdeki TİG uygulamalarının etkisi ve bunların sağlık sonuçlarına etkileri çok az değerlendirilmektedir.

Maliyet ve Etkinlik

Maliyet ve etkinlik açısından 1990'lı yıllarda yapılan çalışmalarda, temel olarak ABD'de yapılan çalışmalar, TİG'lerin uygulanmasının ortalama hastane kalış sürelerinde bir düşüşe ve vaka başına kullanılan girdi miktarında azalmaya neden olduğu bulunmuştur. Ancak bakılan toplam vaka sayısında ve hastane günü başına kullanılan girdi miktarında bir artış olmuştur. Genel olarak hastane harcamalarındaki artış oranı daha düşük olmuştur ve hastane kar marjları düşmüştür. Merkez ve Doğu Avrupa'da ve Merkez Asya'daki TİG uygulamalarını yakın bir zamanda inceleyen uluslar arası kanıt, TİG sistemleri ve hizmet başına ödeme rejimlerinin 1990 ve 2004 yılları arasındaki toplam sağlık harcamalarının benzer şekilde etkilediğini göstermektedir.

Sağlık Sonuçları ve Bakım Kalitesi

TİG'lerin sağlık sonuçları ve bakım kalitesi üzerindeki etkileri ile ilgili sistematik kanıtlar çok sınırlıdır. ABD'de yapılan eski çalışmalar, TİG'lerin ölüm ve yeniden kabul oranlarını artırmadığını bulmuşlardır. Son zamanlarda yapılan çalışmalar da benzer şekilde tıbbi sonuçlar üzerinde orta derecede etki

veya etki olmadığını bulmuşlardır. Ancak, özellikle ödemeler arasında anlamlı karşılaştırmalar yapılacaksa sağlık sonuçlarını rutin verilerle ölçmek açık bir şekilde zordur. Bu, ülkeler arasında iyi yapılandırılmış ampirik kanıtların olmamasının nedenlerinden biridir. Sonuç olarak, elde edilen sonuçlar büyük bir dikkatle yorumlanmalıdır.

Sonuç: Zorluklar ve Sınırlılıklar

Kavramsal olarak TİG'ler, hastane performansını ve kaynak kullanımını karşılaştırma aracı sundukları için politika yapıcılar için açık şekilde caziptirler. Ayrıca kaynak tahsis araçları olarak istekli rollerinde TİG'ler daha önceden rekabet baskısından korunmuş olan sağlık sektöründeki Pazar-tipi finansal baskıyı uyarabilirler. Özetle bahsedildiği gibi iyi bakım hizmeti teknik detaylara ve a) anlamlı performans karşılaştırmalar yapmaya imkan veren ve b) sosyal hedefler uyumlu şekilde hizmet sunucuyu teşvik eden operasyonelleşmeye dikkat edilmesini gerektirir. TİG'lerin etkisi ile ilgili ampirik kanıt, birçok ülkede sınırlı kalmaya devam etmektedir. Bu tür açık kanıtların eksikliği durumunda politika tasarımları temel olarak kavramsal düşüncelere dayanmalıdır. Bugüne kadar çok az sistem örgütsel ve çevresel faktörleri dikkate aldığı için politikacıların TİG oranlarını düzenlemedeki düzeltme faktörlerine özel dikkat vermeleri gerekmektedir. Dahası politikacılar, TİG sistemi geliştirmenin ihmal edilmiş bir alanı olan kalitedeki eşitsizlikleri nasıl hesaba katacaklarını düşünmek zorundadırlar. Ayrıca, TİG'lerle ilişkili işlem maliyetleri yüksek olduğu için yönetim yükünün hastanelerin kendi temel işlerine yoğunlaşmasına imkan verecek şekilde yönetilebilir tutulması gerekmektedir.

Son olarak, politikacılar, genellikle sadece çok hasta grubuna uygulanan ve pahalı olabilecek yüksek ve yeni teknolojilere olan artan taleple nasıl başa çıkılacağını göstermelidirler. Mevcut durumda, yeni bir teknoloji ortaya çıktığında bu teknoloji ilk olarak ilave geri ödeme bileşenleriyle kapsamakta ve daha sonra etkililiği konusundaki kanıt yetersizse TİG sistemiyle bütünleştirilmektedir. Bu yaklaşım, yenilikçi tıbbi cihazların uygulanmasını kolaylaştırmakta ancak zorlamamaktadır. Dahası, bu durum, uzun vadede uygun ve sürdürülebilir olmayabilecek şekilde TİG sistemlerinin karmaşıklığını artırabilmektedir.

2. TİG ve Performans/Kalite Göstergeleri Üzerine Ülke Deneyimleri

1973’de Yale Üniversitesi ekonomistleri tarafından sağlık bakım hizmetlerinin kıyaslanabilmesi için geliştirilen ve 1983’de ABD’de Medicare ve Medicaid hastaların sağlık hizmetlerinin ödemelerinde kullanılmaya başlanan “vaka karması” (case-mix) sınıflandırma sistemleri, sağlık bakım hizmetlerinin klinik yönü ile bütçe ve politika geliştirme faaliyetlerinin finansal yönü arasında bir bağlantı ve denge sağlayan, sağlık sistem çıktıları ile hastaların durumlarını benzer özelliklere göre gruplayarak klinik ve ekonomik olarak anlamlı bir biçimde sınıflayan sistemlerdir. Vaka karması yaklaşımı klinisyenler ile ekonomistlerin birbirlerini anlamalarını sağlayacak bir dil oluşturmuştur (Aktulay, 2009: 7-8).

Tüm dünyada ülkeler 1970’li yıllardan beri birçok sınıflandırma sistemi geliştirmişlerdir. Vaka Karması Finansmanı birçok ülkede araştırılmakta ve/veya kullanılmaktadır. Bu ülkeler Şekil 2.’deki haritada gösterilmiştir.

Şekil 2. TİG’leri Kullanan Ülkeler



- TAM TIG KULLANIMI
- KİSMİ TİG KULLANIMI
- TİG'E YENİ BAŞLAYANLAR
- TİG KULLANMAYANLAR

Kaynak: Burduja, 2007: 6

Dünya 'da TİG Bakımından Önde Gelen Ülkeler:

TİG sistemi Amerika Birleşik Devletleri - Yale Üniversitesi kaynaklı olmasına rağmen zamanla bu alanda diğer ülkeler ön plana çıkmıştır. Dünya'da TİG kullanımı açısından önde gelen ülkeler, Avustralya, Kanada ve Norveç olarak görülmektedir (www.tig.saglik.gov.tr). OECD'nin 29 üye ülkeyi yaşam süresi beklentisine göre sıraladığı indekse göre ilk 5 ülke sırasıyla; Avustralya, İsviçre, Kore, Japonya ve İzlanda'dır. Türkiye bu sıralamada 11. sıradadır (De Cos ve Moral-Benito, 2012). Avustralya'nın TİG bakımında önde gelen ülkelerden birisi olması ve OECD indeksinde de ilk sırada olması arasındaki ilişki incelemeye değerdir.

Avustralya'nın kendi TİG sistemini yaygınlaştırdığı ülkeler; Bosna-Hersek, Bulgaristan, İrlanda, Makedonya, Moldova, Karadağ, Yeni Zelanda, Filipinler, Katar Devleti, Suudi Arabistan, Sırbistan, Singapur, Slovenya'dır (<http://www.health.gov.au>).

TİG uygulamaları ile ilgili çalışmalar ve uygulamalar nerede ise gelişmiş Dünyanın tüm ülkelerinde kullanılmaya başlamıştır. Konuya artan ilginin en büyük örneği olarak Avrupa Birliği çatısı altında gerçekleştirilen "EuroDRG" çalışmasıdır. Avrupa'nın önde gelen ülkelerinden İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, İsveç, İspanya, Avusturya, Polonya, Estonya, Finlandiya, Avusturya bu çalışmanın içerisine dahil olmuşlardır.

Ekol olarak Dünya üzerinde 3 ana TİG uygulayıcısı vardır. Bunlar Kanada, Norveç ve Avustralya'dır. Kanada ve Norveç'e genel olarak bakıldığında aslında yola çıkma noktalarının Avustralya'dan alınan bilgi birikimi üzerine olduğu görülmektedir. Amerika her ne kadar bu işin çıkış noktası olsa da kendi sağlık sistemlerinin çok karışık olması ve hızlı hareket kabiliyetlerinin olmaması gereğince halen 1973'de çalışmalarını başlattıkları ve ICD 9 - CM'in (International Classification of Diseases 9th Edition Clinical Modification) güncellenmiş halini kullanmaktadırlar (www.tig.saglik.gov.tr).

Son zamanlarda DRG sistemini uygulayış açısından diğer ülkelere göre farklılıklar gösteren Almanya'nın ise kendine özelleştirdiği sistemini kısa sürede yaygınlaştırdığı ülkeler ise; İsviçre, Güney Kıbrıs Rum Kesimi ve Slovakya'dır.

Son on yıllık dönemde, sağlık hizmetlerinin artan hasta dolaşımı karşısında Avrupa çapında yayılması, Avrupa'daki ulusal geri ödeme sistemleri üzerinde baskı oluşturmuştur. Avrupa çapında ortak bir geri ödeme mekanizmasının oluşturulması gerekli hale gelmiştir. Bu nedenle Euro-DRG oluşturulması çalışmaları başlamış 2012 yılında bu çalışma bitirilerek sonuçlar paylaşılmıştır (www.eurodrgeu, 2011).

TİG Sistemini Yürüten Kuruluşlar (Narmanlı v.d., 2012: 34):

Dünya'da DRG sistemini veya geri ödeme sistemlerini yürüten kuruluşlar olarak Sağlık Bakanlıkları, diğer devlet kurumlarına ve bağımsız yapılara rastlanmaktadır. Sağlıkta geri ödeme, kamu hastaneleri, özel hastaneler, devlete ait sigorta kurumları ve özel sigorta şirketlerini ilgilendiren bir konu olduğundan bağımsız bir organizasyon tarafından yönetilmesi ve yürütülmesi yerinde olacaktır. Örneğin, Almanya'da TİG sisteminin işletilmesinden ve devamlılığında TİG Enstitüsü (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) sorumludur. Enstitü Almanya Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız bir yapılanmaya gitmiştir. Yürütmesi %50 kamu, özel ve üniversite hastanelerinin içinde bulunduğu hastane birlikleri tarafından, %50 devlet ve özel sigorta şirketleri birlikleri tarafından yapılmaktadır.

Avrupa Deneyimi (Cylus ve Irwin, 2010: 3):

Son 20 yılda Avrupa'da geliştirilen hastane ödeme sistemi, etkinliği artırmayı ve maliyetleri kontrol etmeyi hedeflemiştir. TİG'lere bir ülkedeki daha geniş sağlık reformları, teknolojik yeniliklerle artan şekilde başa çıkma ihtiyacı ve artan vaka karmaşıklığı açısından bakılmalıdır. Buradaki son iki faktör, ülkelerin dinamik olması gereken TİG sistemleri geliştirmesine sürekli zorluklar çıkarmaktadır. Sistemler, klinik uygulamadaki değişiklikleri gösterecek şekilde güncelleştirilmelidir.

Almanya TİG ödeme sisteminde fiyat düzenlemedeki yapısal değişkeni değerlendirirken eyalet tabanlı orandan bir ulusal tabanlı oran kullanmaya geçmektedir. Ayrıca Almanya psikiyatrik bakımda TİG sistemine dahil etmeye ve tek ödeyicili bir sistem geliştirmeye çalışmaktadır.

Hollanda’da, 2005 ve 2006 yıllarındaki genel sağlık hizmetleri reformları, sosyal ve özel sigorta planlarının birleşimini kesti ve arz yönlü sistemden talep yönlü sisteme geçerek Teşhis Tedavi Birleşimi (Diagnosis Treatment Combination – DBC) vaka karma sistemini getirdi. DBC’nin amacı, kalite konusunda görüşmeyi teşvik etmektir. Ancak bu amaç, hala gelişme aşamasındadır ve bugüne kadar kaliteden ziyade fiyat ve üretim hacmi konusunda daha fazla görüşüldüğü görülmektedir. Diğer bir sınırlılık ise, fiyat düzenlemede hasta değişkenini kullanırken demografik verinin kullanılmamasıdır.

Finlandiya’da 21 bölgenin 13’ünün TİG’leri kullandığı, desantralize bir sistem örneği vardır. Dahası, bu onüç bölge arasında fiyat düzenleri açısından büyük farklılıklar vardır. Çünkü, ulusal rehberler bulunmamaktadır. Yine de buna rağmen Finlaneliler kalite ve etkililiği karşılaştırmada bunları kullanışlı görmektedirler.

Avrupa’daki vaka tabanlı hastane ödeme sistemlerinin çoğu, ABD’nin Medicare PPS (Prospective Payment System) sisteminden sonra modellenmesine rağmen, hem kullanıldıkları sağlık sistemi hem de fiyat düzenleme yöntemleri açısından geniş farklılıklar vardır. Çoğu Avrupa ülkesi, önceki hastane ödeme sistemlerini kaldırmak yerine vaka tabanlı ödeme sistemlerini mevcut sistemleriyle bütünleştirmiştir. Hepsinin de ortak amacı, daha etkin, daha kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. TİG-tipi sistemlerin bu amaca hangi ölçüde katkı yaptığı ve hangi modeli en iyi şekilde çalıştığını belirlemek için bu sistemlerin daha ileri şekilde araştırılması ve izlenmesi gerekmektedir.

TİG Gruplayıcı Yaklaşımları (Narmanlı v.d., 2012: 34):

Dünya örnekleri incelendiğinde, Gruplama algoritmalarının merkezi olarak tek yerde veya hastanelerde merkezden bağımsız olarak çalıştığı görülmektedir. Gruplama algoritmasının merkezi olarak çalışmasının avantajı, kontrolün ve güncellemelerin merkezi olarak tek yerden sürdürülmesi; dezavantajı ise, sağlık kuruluşlarının işlerini yürütebilmesi için merkeze bağımlılıklarının olmasıdır.

Algoritmanın merkezden bağımsız olarak çalışmasına örnek olarak Almanya verilebilir. Almanya’da 10 adet firma TİG Enstitüsü tarafından akredite edilmiştir ve Gruplama algoritması hastanelere ayrı ayrı satılmaktadır. Satılan

Gruplama algoritmaları, Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri ile entegre şekilde çalışmaktadır. Sistemin merkezi şekilde çalışıp çalışmaması tercihi genel olarak TİG sisteminin kullanım amacının faturalandırma veya bütçelendirme aracı olmasına göre yapılmaktadır. Birçok ülke yıllık sağlık harcamaları bütçesini oluştururken, geçmiş yıllardaki TİG istatistiklerini dikkate almaktadır ve ödeme sınırı yılın başında belirlenmektedir. Böylece TİG sistemi bütçelendirme sistemi olarak hizmet vermektedir.

Ancak Almanya’da, hastaneler kendi bünyelerinde çalışan Gruplayıcı yazılımları üzerinden faturalarını kesmektedir ve belirli periyotlarda ödemelerini faturadaki tutar üzerinden almaktadır. Böylece TİG sistemi faturalandırma sistemi olarak kullanılmaktadır. TİG sisteminin faturalandırma amaçlı kullanılmasının şeffaflığa katkısı olduğu düşünülmektedir.

Faturalandırma veya bütçelendirme tercihi sistemin alındığı ülkeyle bağımsızdır. Bu karar sistemin amacına göre verilebilir. Örneğin, İsviçre DRG sistemini Almanya’dan satın almasına rağmen bütçelendirme amaçlı olarak kullanılmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde TİG uygulaması yapan ülkelerde maliyet boyutu dışında şu performans ve kalite göstergeleri üzerine iyileşmelerin gerçekleşmesi beklenmektedir:

- Vaka başına/hastane geneli Ortalama Kalış Süreleri
- Komplikasyon Oranları
- Hastalık Şiddeti Oranları
- Vaka Karma İndeksinin trendi
- Hastaneye yeniden yatış oranları
- Sevk Oranları
- Vaka başına ve hastane geneli Ölüm Oranları

Demir ve arkadaşları (2014) tarafından Türkiye’de ilk defa TİG Diyabet vakaları üzerine yapılan çalışmada hastaneler arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Çalışmada diyabet vakası bazında ortalama kalış süreleri, şifa, ölüm ve sevk oranlarını gösteren taburculuk durumları, vaka şiddetleri, vaka maliyetleri,

vaka karma indeksleri gibi çeşitli performans ve kalite göstergeleri üzerine değerlendirmeler yapılarak sonuçları ortaya konmuştur.

2.1. Amerika Birleşik Devletleri Deneyimi – Performans ve Kalite İlişkisi

ABD hükümeti, Medicare programı kapsamında yatarak tedavi gören hastalar için hastanelere yapılan geri ödemelerde ileriye dönük ödeme sistemi (Inpatient Prospektif Payment System-IPPS) geliştirmek üzere TİG gruplarının kullanılmasını, 1 Ekim 1983 tarihinden itibaren zorunlu kılmıştır. TİG gruplarının her birine, diğer gruplardaki kaynak tüketimine oranla söz konusu gruptaki tüm hastaların ortalama kaynak tüketimini ölçen bir ağırlık veya faktör atanmaktadır. TİG ağırlıkları bir çarpan faktörü ile çarpılarak, aşağıda anlatılan belli etkenlere göre genel olarak ayarlanabilen bir ulusal TİG ücret listesi oluşturulabilmektedir. Görelî ağırlıkları belirlemek için kullanılan mekanizma oldukça ayrıntılıdır ve titizlikle hazırlanmıştır ve hastanelere ait klinik ve maliyet verilerine gereksinim duyar. TİG gruplarından her biri, diğer gruplara göre hizmet/kaynak yoğunluğunu tanımlayan bir ağırlığa sahip olduğu için; ABD hükümeti 1983 yılında ilk kez bir matematiksel hesaplama kullanarak hastanelerin hizmet gelişmişlik derecesini ölçmenin kolay bir yolunu bulmuş ve vaka karması indeksini (Case Mix Index-CMI) geliştirmiştir. Vaka karması indeksi bir hastanenin ürettiği hastaların hem miktarını hem de türünü yansıtabilen (örneğin TİG’ler ve ağırlıkları) birimsiz bir rakamdır. Vaka karması indeksi bir hastaneye diğerine oranla ne kadar çok veya daha az ödenebileceğini objektif bir temele dayanarak temsili bir değer şeklinde göstermeye yarar. TİG’lerin başlangıcından beri Medicare, talep ve ödeme işlemleri, çağrı merkezi hizmetleri, klinik tedavi uzmanlarının kaydedilmesi ve dolandırıcılık ile kötüye kullanım soruşturmaları dahil, idari çalışmalara yardımcı olmaları için özel şirketlerle sözleşmeler yapmaktadır. TİG’ler 1983’te ilk olarak uygulandığında yaklaşık 468 adet TİG grubu mevcut idi. TİG ödemesi; bir TİG’deki bir vakanın ortalama maliyetine ilişkin “para”yı temsil ettiği için, hastaneler kendilerini bazı vakalarda para kazanırken bazı vakalarda para kaybeder durumda bulmuştur. Hastanelerde genel olarak, hastanelerin satın alma ve personel açısından daha iyi kararlar alma, hasta bakımı/klinik uygulamaları kesintisiz olarak birleştirme ve özellikle hastanedeki “gereksiz” hizmetleri/

günleri azaltma dahil, iç yönetim konusunda verimli hale gelebildikleri sürece mali açıdan ayakta kalabilecekleri fikri hakimdi. ABD'deki TİG ödeme sistemi uygulaması için maliyet unsuru önemli olmakla birlikte, bunun dikkatle gerçekleştirilmesine ve “bir ölçütün tüm durumlar için uygun olmayacağı”na dair net bir anlayış da mevcuttu. Bu anlayış, hastanelerin kendi kontrollerinin dışında olan unsurlar için daha yüksek maliyetlerle yüzyüze kaldığı durumları kapsayacak birtakım ödeme ayarlamalarının yapılmasını gerektirmiştir. DRG ödeme sisteminin adil olmasını ve hastaneler arasında verimlilik, iç yönetim veya klinik uygulama ile hiç ilgisi olmayan gerçek maliyet farklılıklarını belirleyebilmesini sağlamak için bu gibi ayarlamalar önemlidir.

Uygulamanın ilk yıllarında yapılan araştırmaların performans ve kalite göstergelerine etkisi üzerine bazı genel sonuçları aşağıda sunulmuştur (Shah, 2008: 6):

- Ortalama kalış süresinde azalma (1983'ten 1989 yılına kadar 10 günden 8,5 güne)
- Özellikle ilk yıllarda artan, ileriki yıllarda ise istikrara kavuşan Vaka Kar-ması İndeksi,
- Hastaneye yatma oranında anlamlı bir artış görülmemesi; bazı araştırmalar bu oranda düşüş olduğunu göstermiştir,
- Ölüm oranlarında büyük değişiklik görülmemesi,
- 1983'ten 1986'ya kadar lens işlemleri gibi uygulamaların günlük cerrahi merkezlerinde yapılmaya başlanmasıyla günlük cerrahi merkezlerinde (ayakta hasta cerrahi hizmetlerinde) %500 artış,
- Ayakta hasta bakım hizmetlerinde ve harcamalarında artış,
- Hastaneye yeniden yatma oranlarında herhangi bir anormal değişikliğe rastlanmamıştır,
- Evde bakım hizmetlerinde ve hemşirelik hizmetlerinden faydalanma oranında artış,
- Hastaların bir hastaneden diğerine sevk oranında çok az değişiklik olmuş-tur veya hiç değişme olmamıştır,

Birleşik Devletler'deki TİG sisteminde meydana gelen en büyük değişiklikler, son yıllarda getirilmiştir. Kısaca, yeni TİG sınıflandırması sisteminde has-

tanın hastalık şiddeti dikkate alınmakta ve ödeme oranı artık yalnızca brüt ücret verilerinden türetilen maliyet tahminlerine dayanmaktan çok, hastanenin işletme maliyetlerine dayanmaktadır. Ekim 2007 itibarıyla, 526 adet eski TİG grubunun yerini, 745 adet yeni DRG grubu almış; komplikasyonları ve eş zamanlı hastalıkları içeren üç alt sınıf oluşturulmuştur. Buna ek olarak Medicare “pay-for-performance - performans ödemesi” ve “value based purchased - değer bazlı satın alma” yaklaşımlarını da TİG ödemeleri ile ilişkilendirerek sağlık hizmetinin performansını ve kalitesini ölçmeye başlamıştır.

TİG bazlı ödeme sistemini uygulayan ilk ülke olması, ABD’ye her türlü uygulama “hatası”nı yapma şansını vermiştir. Diğer ülkeler şimdi aynı hatalardan ders alabilir ve bu hatalardan kaçınarak, ABD’nin başladığı noktanın üzerine katkıda bulunup sistemi daha ileriye götürebilirler. Bu bakımdan her ülke kendine özgüdür; her ülke kendi TİG ödeme sistemini uygulamaya koyarken yapacağı belirli uyarlamalarda, var olan hastane ve hükümet altyapısını, siyasal gerçeklikleri, kültürel normları ve diğer faktörleri düşünmek zorundadır. Türkiye için ise bunun anlamı; başkalarının deneyiminden ders almak, var olan araç ve süreçleri kullanmak ve uyarlamak, uygulamaya başlamak ve kat edeceği yolda gereken uyarlamaları yapmaktır (Shah, 2008: 5).

2.2. Avustralya’da TİG Uygulaması – Performans ve Kalite Üzerine Etkisi

Avustralya, 1985’te Amerika Birleşik Devletleri’nin TİG ödeme yöntemlerinin pilot uygulamalarına başlamıştır ve TİG konusunda 15 yılı aşkın bir deneyimi vardır. Avustralya, halen 667 kategorisi bulunan kendi standart sınıflandırma sistemini Avustralya Ulusal Teşhise Dayalı Hastalık Sınıflandırmaları (Australian National Diagnostic Related Groups-ANDRGs) adı altında oluşturulmuştur. Artık, tüm eyaletler (New South Wales hariç) kamu hastanelerinin fonlanması için TİG sistemini kullanmaktadır. New South Wales, hastane ödemelerinin finansmanı için büyük ölçekli bir nüfus fonlamasına sahiptir ve vaka bileşimi bilgilerini daha çok bir yönetim aracı olarak kullanmaktadır (Gülbaş, 2007:76).

Avustralya Viktorya eyaletinde yer alan hastanelerde yatan hasta hizmetleri için TİG’e dayalı ödeme sistemi sağlık hizmetleri finansman politikasının temelini oluşturmaktadır. Hastanelere uygulanan geri ödeme politikaları bu sis-

teme göre belirlenmekte, yıllık bütçeleme ve ödeme sistemleri hastaneler ve sağlık hizmetleri finansman bölümüyle birlikte kapsamlı planlamalar ve özel çalimsalar yapılarak geliştirilmektedir. Her yıl geliştirilen bu ödeme planları revize edilerek tüm sağlık harcamaları için belirlenen bütçeye ve ödeme planına entegre edilmekte ve ayrıntılı olarak yayımlanmaktadır. Bu kapsamda yapılan tüm bu çalışmalar (Marshall, 2008: 5):

1. Bütün sistem için bütçe önceliklerinin, faaliyetlerin, amacın ve hedeflerin belirlenmesi,
2. Önceki yıllara ait klinik maliyet, klinik kodlama veri setlerinin elde edilmesi, güncellenmesi ve konsolide edilmesi,
3. Elde edilen bu veri setleri kullanılarak bir sonraki yıl için öngörülen ödeme sistemi modelinin oluşturulması olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Viktorya eyaletindeki kamu hastanelerinde TİG ödeme sistemi 1993 yılından itibaren sürekli olarak revize edilerek ve geliştirilerek kullanılmaktadır. Bu yenileme ve geliştirme çalışmaları oluşturulan çalışma grupları ve geliştirme takımları tarafından yapılmaktadır. Sağlık sunucuları için yıllık olarak hazırlanan Geri Ödeme ve Politika Rehberleri, sunulan sağlık hizmetlerinin hangilerinden ödeme alınabileceğini ve bu hizmetlerden ne kadar ödeme alınabileceğini açıklamaktadır Ayrıca her yıl belirli hizmet türleri veya hasta grupları incelenerek geri ödeme kuralları yenilenmektedir. Her hangi bir uzmanlık dalı veya hastane grubu verdiği hizmet karşılığı hakettiği ödemeyi alamadığına inanıyor ise bu sayede detaylı olarak inceleme yapma imkanına sahiptir. TİG ödeme sistemi her yıl gerçekleştirilen bu çalışmalar sayesinde şeffaf ve adil bir sistem olarak benimsenmekte, hastanelerin daha verimli ve etkin yönetilmesini sağlamaktadır (Marshall, 2008: 5).

Tablo 3. Tipik bir Avustralya Eğitim Hastanesinde TİG Geri Ödeme Sisteminin Performans ve Kalite Göstergelerine Etkisi

Parametreler	1990 (DRG öncesi)	2000 (DRG sonrası)	Değişim Oranı (%)
Yatak Sayısı	500	380	24
Yatan Hasta Sayısı	26.000	42.800	64
Ortalama Kalış Süresi (gün)	6,0	3,2	46
Yatak Devir Hızı (hasta)	52	113	117

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi, 2005: 29

2.3. Almanya’da TİG’e Geçiş Süreci, İşleyiş ve Sonuçlar

Almanya yakın zamanda TİG sistemine geçiş aşamalarını tamamlamıştır. TİG sistemini uygulama açısından diğer ülkelere göre farklılıklar göstermektedir ve 3 ülkeye kendi sistemini satmıştır. Almanya’da her yıl Mart ayında verilerine güvenilen ve toplam hasta sayısının %25’ine (4,5 milyon veri) hizmet veren hastaneler tarafından üretilen gerçek maliyetler de alınmaktadır. Bu veriler Mayıs ayı sonuna kadar hastanelerle görüşülerek iyileştirilmekte ve kalite elemeleri yapılmaktadır (%60’ı elemeyi geçmektedir). Ortaya çıkan sonuçlara göre TİG Enstitüsü tarafından ödemeler değiştirilmekte, yeni gruplar oluşturulmaktadır. Tüm paydaşlarla 6 haftalık ortak çalışma sonrasında mutabakat sağlanarak Ocak ayında yeni TİG’ler ve ödemeler devreye alınmaktadır. Alman sisteminde, hastane katsayısı bulunmamaktadır. 3. basamak sağlık kuruluşları, daha komplike vakalarla ilgilendiği ve yıllık olarak hasta dağılımları ile maliyetler iyi hesaplanarak gerektiğinde yeni gruplar oluşturulduğundan ve grupların ödemeleri değiştirildiğinden zarar etmemektedirler. %100 hasta kapsamı sağlanmaktadır. Tüm hastane çeşitleri (kamu, özel, üniversite), tüm sigorta kuruluşları (devlet ve özel) ve tüm çalışan tipleri (işçi, memur, esnaf) TİG sistemine dahildir. Her hasta için, gittiği hastaneden ve yararlandığı sigorta çeşidinden bağımsız olarak aynı hastalığa aynı ücret ödenmektedir (Quentin, 2010: 4-6).

Kalite, TİG Enstitüsü’nden bağımsız kuruluşlar tarafından sürekli kontrol edilmekte, Almanya Sağlık Bakanlığı kaliteyi sağlamak için mevzuatı oluşturmaktadır. Bütün hastaneler 2 yılda bir medikal kalite raporları yayınlamaktadır. Kaliteyi sağlayan bir diğer husus da vatandaşların hastaneler hakkındaki görüşlerini kendi aralarında paylaşmalarıdır. On yıl içinde Almanya’da bu sistemle pozitif gelişmeleri gözlenmiştir. Almanya’da yedi yıllık bir geçiş dönemi yaşanmıştır. Sistemin test edilmesi, yazılım altyapısının geliştirilmesi ve kullanım kitaplarının hazırlanarak eğitimlerin verilmesi için 2 yıllık geçiş aşaması yaşanmıştır (Narmanlı v.d., 2012: 35).

2009 yılı Hastane Finansman Reformu Yasası Almanya’daki hastane finansmanını daha ileri değiştirmektedir. 1) Eyalet geneli baz oranlarının 2005 yılı itibariyle ulus geneli baz oranlarla birleştirilmesi programlanmaktadır. 2)

2013 yılı itibariyle kendi kendini yöneten organların, psikiyatrik hizmet için TİG-tipi bir ödeme sistemi geliştirmeleri ve başlatmaları zorunlu tutulmuştur. 3)2012 yılında başlamak üzere, eyaletlere mevcut “ikili finansman” sistemini terketme ve yatırım maliyet ağırlıklarını kullanarak TİG-tipi ödeme sistemini düzenleyen tek ödeyicili sistemi seçme özgürlüğü verilmektedir. Bu üç gelişim, Almanya’da TİG-tipi ödeme sisteminin öneminin artmaya devam ettiğini göstermektedir. G-DRG’lerin (Germany Diagnostic Related Groups) 10 yıllık uygulanma sürecinin sonunda sistem çoğunlukla kabul edilmekte ve genellikle bir başarı olarak görülmektedir. G-DRG’nin etki değerlendirmesi, sistemin hastane sektöründeki şeffaflığı artırdığı sonucuna varmaktadır. TİG-tipi ödeme sistemi, bakım kalitesi gelişirken veya aynı kalırken daha yüksek etkinlik sağlanmasına katkı sağladığı şeklinde algılanmaktadır. Özellikle G-DRG’lerin yıllık analizleri sağlam veri analizlerine dayalı yapılmaktadır. Temel paydaşlarla yakın işbirliği içinde çalışması, sistemin bir gücü olarak görülmektedir. Ancak, hastane sektöründeki etkinlik ve kalitedeki değişikliklerin TİG-tipi ödeme sistemine atfedilebileceğini cevaplamada uygun veri hala yetersizdir (Quentin, 2010: 4-6).

2.4.Çeşitli Ülkelerde TİG Uygulamaları ve Performans ve Kalite Göstergeleri Üzerine Etkileri

Fransa:

Fransa’da etkinliği artırmak, kamu ve özel hastanelere yapılan ödemeler için oyun alanı yaratmak, hastane faaliyet ve yönetiminde şeffaflığı sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu geliştirmek hedefleriyle 2004 ve 2005 yıllarında ilk kez Faaliyet Tabanlı Ödeme (FTÖ) sistemi başlatılmıştır. FTÖ’den önce kamu ve özel hastanelere ödeme yapmada iki farklı finansman düzenlemesi kullanılmıştır. Kamu ve kar amaçlı olmayan hastaneler, temel olarak geçmiş maliyetlere dayalı olan genel bütçeler sahipken kar amaçlı özel hastaneler farklı bileşenlere sahip olan ayrıntılı faturalama sistemine sahip olmuştur. FTÖ’nün uygulanması aşamalı olarak gerçekleşmiştir. Kamu hastanelerinde, FTÖ tarafından ödenen tüm faaliyetlerin payı her yıl artırılmıştır. 2004 yılında bu pay %10 iken 2005 yılında %25’ ve 2008 yılında ise %100’e ulaşmıştır. Özel hastaneler ise Şubat 2005’ten beri FTÖ’den tam ödeme almaktadır. Ge-

çiş periyodu 2012 yılına kadar sürmüştür. Fransa'daki FTÖ sistemi, etkinliği artırma, şeffalık, finansman adaleti ve kalite açısından ifade edilen hedeflerden herhangi birini bugüne kadar başaramamıştır. Etkin hizmet sunucuları tanımlamak, tıbbi uygulamalar arasındaki farkı anlamak ve çeşitli aktörlerin davranışlarındaki herhangi bir değişikliği izlemek için gerekli olan maliyet verisi eksiktir. Ayrıca, yeniden kabul ve ölüm oranları gibi kalite göstergeleri de mevcut değildir. GHM fiyatları kamu ve özel hastanelerdeki aynı maliyet maddelerini kapsamadığı ve ekstra GHM ödemeleri hala anlaşılabilir olduğu için oyun alanı çok fazla adalet sağlamamıştır. Dahası, makro düzey hacim-fiyat kontrol mekanizması, karşı üretken veya etkisiz gözükmektedir. Bireysel sunuculara açık hacim ve kalite işaretleri veren bir sözleşme yaklaşımının etkinliği geliştirebileceği düşünülmektedir (Or, 2009: 5)

Avusturya:

1997 yılında *Leistungsorientierte Krankenanstalten Finanzierung* (LKF) olarak adlandırılan, performans yönelimli bir hastane finansman sistemi başlatılmış ve şimdi ismi Eyalet Sağlık Fonları olan birim tarafından finanse edilen tüm hastaneler için zorunlu hale getirilmiştir. Dahası, LKF sosyal sağlık sigortası planınca kapsanan hizmetleri sunan kar amaçlı hastaneler için bile zorunlu olmuştur. LKF, mevcut TİG sistemlerinin daha ileri bir gelişimi veya adapte edilmiş şekli değildir. Bu sistem, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bir grup uzman tarafından geliştirilmişti ve hala bu uzmanlar grubu tarafından yönetilmektedir.

Vaka tabanlı bir finansman sisteminin temel amaçları ve beklenen performans ve kalite hedefleri şunlardır (Kobel ve Pfeiffer, 2009: 7):

- Maliyetlerin ve faaliyetlerin daha şeffaf olması,
- Hastanede yatış sürelerinin düşürülmesi,
- Yıllık maliyet artışlarının ve ortalama kalış sürelerinin düşürülmesi,
- Yatan hasta hizmetlerinden ayakta tedavi hizmetlerine bir değişim,
- Hastane yataklarının azaltılması,
- Kullanımı kolay bir yönetim ve planlama aracı uygulama.

LKF'nin uygulamaya konulmasından sonra, aksi arzu edilmesine rağmen ayakta bakım hizmetlerinden yatan hasta bakımına doğru bir değişim gözlenmiştir.

Finlandiya:

TİG Sistemine Geçişin Etkileri (HOPE Report, 2006: 77):

- TİG'e geçiş ile birlikte hastane faaliyetlerinde daha fazla şeffaflık ve verimliliklerinde artış meydana gelmiştir.
- NordDRG yaygın olarak yetkililer tarafından hastane performansını analiz ederken sağlık hizmetleri araştırma araçları olarak kullanılmaktadır.
- Hastalar için önemli etkilerinin olmadığı rapor edilmiştir.

İspanya:

TİG Sistemine Geçişin Etkileri (HOPE Report, 2006: 79):

- Sisteme geçişin hastanede kalış süresinin azalması üzerinde oldukça dikkate değer bir etkisi vardır.
- Başlangıçta hükümetin amacı sistemin yıllık bütçe oranını azaltacağı umududur.
- Kayda değer bir ayaktan cerrahi kullanımının artırılması gibi hasta bakımı ile ilgili farklı bakım düzenlemeleri arasında bazı değişiklikler üretildi.

Hollanda:

TİG Sistemine Geçişin Etkileri (HOPE Report, 2006:79):

- DBC (Diagnose Behandel Combinatie) verileri, seçilen tedavinin maliyeti konusunda doğrudan fikir verecek. Bu, tıbbi içerik ve maliyetler yönünden personel ve yönetimin farkındalığını arttıracak.
- Yetkililer, aynı patoloji için doktorlar arasında farklılıkların azalacağını umuyor.
- DBC verileri kıyaslama için imkân sunuyor. Bakım yönünden olduğu kadar iş ekonomisi yönünden kıyaslama.
- DBC metodolojisi kapasite planlaması için yerel düzeyde bir araç sağlar.

- DBC metodolojisinin başlaması beraberinde hastanelerde bilgi ve iletişim teknolojinde bir artış meydana getirmiştir (yatırımlar ve kullanım). Özellikle elektronik hasta kaydının (EPR) başlaması teşvik edildi.

SONUÇ

Sağlık kurumlarında üretilen TİG'ler sayesinde sağlık kurumunun hangi tür vakaları tedavi ettiği, toplam ve ortalama yatış süreleri, ortalama maliyetleri gibi farklı parametreler ile niceliğin iş yüküne yansımaları hesaplanmaktadır. Bu veriler komplikasyon ve komorbidite oranlarının izlenmesinde, araştırmalarda, planlamada, ödeme sistemlerinde, maliyetlerin hesaplanmasında, sağlık hizmetlerinde süreçlerin ve çıktının değerlendirilmesinde, yani çeşitli performans ve kalite değerlendirme faaliyetlerinde kullanılmaktadır.

Bu kapsamda 1983 yılından itibaren dünyada pek çok ülke TİG sistemine geçmeye başlamıştır. Halen başta gelişmiş ülkeler olmak üzere önemli deneyimler elde edilmiştir. Ülke uygulamaları değerlendirildiğinde özellikle kaynak kullanımında önemli verimlilik artışları meydana geldiği görülmüştür. Örneğin bir vakanın ortalama kalış süresinin kısaltması sağlanarak hem maliyet olarak avantaj sağlanmış olmakla birlikte tanı, bakım ve tedavi işlemlerinin de daha kaliteli verilmesi ve performans artışı sağlanarak hastalar daha kısa sürede taburcu edilmişlerdir. Bu durumun sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından da önemli bir gösterge olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak geri ödeme sistemleri değerlendirildiğinde tıbbi ve mali performans ve kalite artışları ile teşvikleri nedeniyle TİG'e dayalı sistemler şu an için tüm dünyada sıklıkla kullanılmaya çalışılmaktadır. Bu sistemin bir sonraki aşamasının ise; sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmesinin olacağı beklenmektedir.

KAYNAKLAR

- AKTULAY. G.; "Sağlık Bakımı Yönetiminde Vaka Karması ve Tanı İlişkili Gruplar (Diagnosis Related Groups-DRG) Yöntemi", Makro Bakış, Sayı:9, 2009.
- BURDUJA. D.; "Uluslararası TİG Çalışmaları", Tanı İlişkili Gruplar E-Bülteni, Sayı:1, 2007.

- BUSSE. Reinhard, GEISLER. Alexander, QUENTIN. Wilm ve WİLEY. Miriam; Diagnoses-Related Groups in Europa, WHO-EuroDRG-7.Framework Programme, The McGraw Hill Companies Open University Press, USA, 2011.
- CYLUS. Jonathan, IRWİN. Rachel; “The challenges of hospital payment systems”, Euro Obserrverr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 12, Number 3, s.3, 2010.
- DEMİR. Mehmet, BEYLİK. Umut, ÖZTÜRK. Mine ve DOLUKÜP. İbrahim; “Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG): Diyabet Vakaları Üzerine Karşılaştırma”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı: 2013-6, s.1-23, 2014.
- FETTER. R.B.; “Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance”, Interfaces, 21(1), 1991, s. 6-26.
- GÜLBAŞ. A.; “Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi Kapsamındaki Ödeme Sistemine Yönelik Modellerin Değerlendirilmesi ve Öneri” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi, “Karar Alıcılar İçin Seçilen DRG Sisteminin Benzerlik-Farklılık Analiz Raporu”, (D.B.1.2), TCHEALTH Bilgi Teknolojileri Ltd.Şti, 15/09/2005.
- HOPE. Report; “DRGs As a Financing Tool”, European Hospital and Healthcare Federation, 2006.
- http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf
- HSİAO. W.C., SAPOLSKY. H.M., DUNN. D.L., WEİNER. S.L.; “Lessons of the New Jersey DRG Payment System”, Health Affairs, Summer, Sayı: 5, 1986, s.32-45.
- <http://www.eurodrgeu/about.html>, Euro DRG About, Erişim Tarihi: 22/01/2012.
- KOBEL. Conrad, PFEİFFER. Karl-Peter; “Financing inpatient health care in Austria”, Euro Obserrverr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 11, Number 4, 2009, s. 7-8.
- MARSHALL. Richard Paul; “Uluslararası TİG Çalışmaları”, Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni, Sayı:7, Mart – Nisan 2009, s. 5-6.
- NARMANLI. Murat, ERTONG. Günnur, DİKİCİ. Ahmet, SOYSAL. Ergin, TÜMAY. Ahmet, GÜNGÖR. Murat Kahraman; “Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası”, IX.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 2012, s. 29-38.
- OR. Zeynep; “Activity based payment in France”, Euro Obserrverr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 11, Number 4, 2009, s. 5-6

- QUENTİN. Wilm, GEİSSLER. Alexander, SCHELLER-KREİNSSEN. David, BUSSE. Reinhard; “DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system”, Euro Observerr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 12, Number 3, 2010, s. 4-6.
- Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı web sitesi, www.tig.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 16/09/2013
- SCHELLER-KREİNSSEN. David, GEİSSLER. Alexander, BUSSE. Reinhard; “The ABC of DRGs”, Euro Observerr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 11, Number 4, 2009, s. 1 – 5.
- SHAH. Jugna; “Uluslararası TİG Çalışmaları “Amerika (U.S.A) Örneği””, Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni, Sayı:3, 2008.
- TİG Uygulama Rehberi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, 2011.