

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME MEKANİZMALARI VE TEŞHİS İLE İLİŞKİLİ GRUPLAR

Halil Şengül¹, Arzu Bulut²

1- Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

2- Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Özet

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı sağlık sektörünün en önemli problemlerinden birini teşkil etmektedir. İskandinav ülkeleri gibi bazı ülkeler hem finansmanı hem de hizmet sunumu devlet eliyle yaparken, Almanya, Fransa, Japonya ve Kanada gibi bazı ülkelerde hizmetler hem özel sektör hemde devlet tarafından sunulmakta, sunulan bu hizmetlerin finansmanı vergi gelirleri ve primlerle karşılanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise özel sektörün sunduğu hizmetler ya özel sigortalar ya da cepten harcamalar şeklinde sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri yüksek profesyonellik içeren ve yüksek maliyetler içeren hizmetlerdir. Bu yüksek maliyetlerin finansmanının nasıl sağlanacağı bir tartışma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının bir diğer tartışmalı olan konusu ise ödeme yöntemlerinin ne şekilde olacağıdır. Sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin karmaşıklığı ödeme işlemlerinin de karmaşık hale gelmesinin başlıca nedenlerinden biridir. Ülkeler kısıtlı kaynaklarını sağlık hizmetleri için harcarken mümkün olan en kaliteli ve hakkaniyete uygun hizmetlere ulaşmak ve optimal verimliliği sağlamak için farklı ödeme yöntemlerinin arayışlarına girmişlerdir. Dünyada ödeme sistemleri arasında önemli bir yere sahip olan Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) bu amaçla ortaya çıkarılan bir sınıflandırma ya da puanlandırma yöntemidir. Dünyada 20'den fazla ülke halen Diagnosis Related Groups (DRG) adı altında sistemler geliştirmekte ve ödeme yöntemi olarak kullanmaktadır. Türkiye'de ise Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, Teşhisle İlişkili Gruplar çalışmaları yürütülmektedir. Bu sistematik derlemenin amacı, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ve teşhisle ilişkili grupların Türkiye ve Dünya'daki uygulamalarını incelemektir. Çalışmamızda anahtar kelimelerinden yararlanılarak, sistematik bir inceleme yapıldı. Konu kavramsal olarak literatür temelinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ödeme mekanizmaları, sağlık finansmanı, teşhis.

HEALTH SERVICES PAYMENT MECHANISMS and DIAGNOSTIC RELATED GROUP (DRG)

The provision and financing of health services is one of the most important problems of the health sector. While some countries, such as Scandinavian countries, provide both financing and service delivery by the state, in some countries such as Germany, France, Japan and Canada, services are offered both private sector and by the state, and these services are financed by tax revenues and premiums. In the United States, the services offered by the private sector are either private insurance or out-of-pocket expenses. Health care services include high professionalism and high costs. How to finance these high costs is a matter of debate. Another controversial issue of healthcare financing is the way of payment methods. The complexity of the services provided in health services is one of the main reasons for the payment procedures to be complicated. Countries spend their limited resources on healthcare services, and they have sought different payment methods to achieve the highest quality and fair services available and to ensure optimal efficiency. Diagnosis Related Groups (DRG), which have an important place among the world's payment systems, are a classification or scoring method. More than 20 countries around the world are currently developing DRG-based systems and are using them as a payment method. In Turkey, within the framework of the Health Transformation Program, by the Directorate General of Health Services, Diagnosis-Related Groups (DRG) studies are conducted. The purpose of this systematic review, the pricing of health services and the diagnosis-related groups is to examine the application in Turkey and the world. In our study, a systematic review was performed using the keywords. The subject is conceptually discussed on the basis of literature.

Key words: Payment mechanisms, health financing, diagnosis related groups.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Dr. Öğr. Üyesi Halil Şengül

Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü. İstanbul, Türkiye
e-posta / e-mail: halil.sengul@izu.edu.tr.

Geliş tarihi / Received : 13.02.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 22.04.2019

Nasıl Atıf Yaparım / How to Cite: Şengül H, Bulut A. Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları ve Teşhis ile İlişkili Gruplar. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2019;4(2):196-209. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.526516>

Giriş

Sağlık hizmetlerine ulaşım ve yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürme en temel insan haklarından biridir. Devletler bu temel haktan vatandaşlarının mahrum kalmaması için gerekli önlemleri almak ve uygulamak zorundadır. Sosyal devlet olmanın temel kuralı budur. Bu temel kuralı uygulamaya çalışırken aynı zamanda verilecek sağlık hizmeti için yapılan ödemeleri de kontrol etmeleri gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri finansmanını vergi ve primler yoluyla finanse eden devletlerin bu kaynakları israf etmeden verimli ve etkili kullanmaları büyük önem arz eder.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve bu sigortanın kapsamı genellikle herkes için sağlık hedefine ulaşmanın en kolay yollarından biridir. Bugüne kadar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dışında (1) çoğu gelişmiş ülke GSS ve benzeri yapılanmalarla bu hedefe ulaşmıştır. Kore ve Tayvan gibi bazı orta gelirli ülkeler de vatandaşlarını GSS kapsamına alarak bu hedefe ulaşan ülkeler arasındadır (2,3).

Türkiye’de 2012 yılında sağlık alanında yapılan büyük bir reform ile GSS uygulamasına geçildi. Bu tarihten itibaren de nüfusun tamamı zorunlu olarak GSS kapsamı altına alındı. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye’deki hastanelerin etkinliği sorgulanmaya başlanmış, hizmet standartlarında birtakım değişiklikler ve iyileştirmeler ortaya çıkmış, iş akışlarının standart hale gelmesi ve kalite standartlarına ulaşılması hedef olarak gösterilmiştir. Bu dönüşüm süreci sağlık

hizmetlerinin gelişmesine, çeşitlenmesine sağlık teknolojisindeki gelişmelerin hızla ülkemize kazandırılmasına ve hizmete ulaşımında kolaylığa da neden olmuştur. Hizmete ulaşmanın kolaylaşması giderek artan bir sağlık talebinin ortaya çıkmasını da beraberinde getirmiştir. Gelişmiş teknolojinin kullanılması ve artan talep sağlık hizmetlerinin maliyetlerini de artırmıştır. Artan sağlık harcamaları hangi finans yöntemi kullanıldığına bakılmaksızın ciddi bir sorun haline gelmiştir. Hastaneler arasındaki giderek artan rekabet ve büyüyen sağlık sektöründen daha fazla pay alma yarışı ödeme sistemlerinin de tekrar ele alınmasını gerekli kılmıştır. Hastanelerin verdikleri hizmetleri karşılaştırarak doğru fiyatlandırılmasını sağlamak ve kaynakları daha verimli bir şekilde dağıtmak önem kazanmıştır. Kimseyi sağlık hizmetlerinden mahrum bırakmadan sağlık harcamalarını kontrol etmek sağlık politikaları yapanlar için önemli bir görev haline gelmiştir.

Bu sistematik derlemenin amacı, Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması, fiyatlandırma yöntemleri ve bu yöntemlerden biri olan teşhisle ilişkili grupların Türkiye ve Dünya’da ki uygulamalarını incelemektir. Konuyla ilgili çeşitli yayınlar, kitaplar ve web sitelerinde “ödeme mekanizmaları, sağlık finansmanı, teşhisle ilişkili gruplar” anahtar kelimelerinden yararlanılarak sistematik bir inceleme yapıldı. Çalışmamızda teşhisle ilişkili gruplar, kavramsal olarak literatür temelinde tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Kavramsal Çerçeve

Ödeme sistemlerinden biri olan TİG dünyada halen yaygın olarak kullanılan önemli bir ödeme sistemidir. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma yöntemleri ve bu yöntemlerden TİG

kavramına ilişkin değişik kaynaklardan elde edilen bilgiler bir araya getirilerek, konu kavramsal olarak aşağıda incelenmiştir.

Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırılması

Tüketicilerin alacağı ürün veya hizmet karşılığı ödeyeceği bedele fiyat, bu fiyatı tespit etmek için kullanılacak yöntemlere de fiyatlandırma yöntemleri denir (4). Fiyatlandırmanın gerçekçi verilere dayanılarak yapılması işletmelerin devamlılığını sağlayan önemli bir unsurdur. Diğer işletmelerden farklı olarak sağlık hizmetlerinin birtakım özelliklerinin fiyatlandırma üzerinde etkileri vardır. Sağlık hizmetlerinin ertelenmeyecek hizmetler olması, ikamesinin mümkün olmaması, kamu malı olması, alınacak sağlık hizmetinin neler olacağı konusunda ağırlıklı olarak sağlık profesyonellerinin karar verici olması ve ödemelerin sigorta kapsamında olup olmaması gibi nedenlerle tüketici üzerinde fiyatlandırma çok önemli bir kavram olmamaktadır (5). Devlet ve meslek odalarının sağlıktaki fiyatlandırmada temel belirleyicilerden olması da sağlık hizmetlerindeki fiyatlandırmayı etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerindeki karmaşık yapı ve çeşitlilik nedeniyle hizmetin maliyetini ve fiyatını belirlemek oldukça zordur (4). Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırmaya etki edebilen pek çok bileşen vardır. Anlaşmalı sigorta kurumunun niteliği (özel sağlık sigortalılar veya genel sosyal güvenlik kurumuna tabi olanlar), hizmet alanların cebinden para ödeyip ödemeyecekleri ve sağlık kurumunun bulunduğu çevrenin demografik özellikleri bu bileşenlere örnek olarak verilebilir. Sağlık kuruluşları fiyatlandırma yaparken birtakım temel fiyatlandırma yöntemlerini kullanırlar. Bu yöntemler; zorunlu fiyatlandırma, talep odaklı fiyatlandırma, maliyete dayalı fiyatlandırma ve rekabete dayalı fiyatlandırmadır (6).

Zorunlu fiyatlandırma: Sağlık hizmetleri kamunun yoğun müdahale ettiği alanlardan biridir. Politika yapıcılar, sağlık bakanlığı, meslek odaları ve sağlıkla dolaylı da olsa ilgisi olan diğer bakanlıklar sağlık hizmetlerinin

fiyatlandırılmasında direkt ya da indirekt olarak rol alırlar. Zorunlu fiyatlandırmanın en önemli bileşeni Sağlık Uygulama Tebliğidir (SUT). SUT zorunlu bir fiyatlandırma olması yanı sıra sağlık hizmetleri fiyatlandırmasında regülasyon yapmaya yarayan bir faktördür. SUT fiyatları, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) hizmet bazında ve/veya paket bazında yapılan işlemler için fiyatlandırma komisyonu tarafından belirli hizmetler için belirlediği bir fiyatlandırma politikasıdır (7). Bunun yanı sıra meslek odaları olarak geçen tabip odaları, diş hekimleri odası gibi kurumlarda her sene sağlık hizmetleri ile ilgili alt sınırları belirleyen fiyatlar yayınlayarak sağlık hizmetleri fiyatlandırmasında bir aktör olarak yerini alır.

Talep odaklı fiyatlandırma:

Talebe dayalı fiyatlandırmada, verilecek hizmet ya da ürüne olan talep göz önünde bulundurularak fiyatlandırma yapılır. Talep yüksekse fiyat yüksek, talep düşükse fiyat da düşük olmaktadır. Bu fiyatlandırma yönteminde talep esnekliği en önemli noktalardan biridir (8). Sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği katı olduğu için fiyat değişikliklerine çok duyarlı değildir. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma da bu yöntemin uygulanması sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı çok kullanılmamaktadır.

Maliyete dayalı fiyatlandırma:

Maliyete dayalı fiyatlandırmada, ürün ya da hizmetin üretimi, dağıtımı ve tutundurma faaliyetlerini içerecek bir şekilde fiyatlandırma yapılmasıdır. Maliyete dayalı fiyatlandırma da temel alınan maliyet üzerine belirli bir oranda kar miktarının uygulanması sonucu ortaya çıkacak rakam satış fiyatı olarak belirlenir (9). Sağlık hizmetlerinde maliyete dayalı fiyatlandırma özellikle de hedef maliyetleme yöntemi (HMY) sıkça kullanılmaktadır. Sağlık işletmelerinin bir taraftan rakiplerine üstünlük sağlamak, diğer taraftan ise hizmet verdiği

toplumun beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verebilmek için yeni hizmetler tasarlayarak pazara sunmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetleri maliyetleri oldukça yüksek hizmetlerdir. Bu maliyetleri düşürebilmek için verilecek hizmetin maliyeti HMY teknikleri kullanılarak düşürülmeye çalışılmalıdır (10). Türkiye’de ödemelerin SUT üzerinden yapılması dolayısıyla HMY daha fazla önem arz etmektedir. Maliyete dayalı fiyatlandırma için kullanılması gereken bir diğer yönetim fonksiyonu ise maliyet analizi yöntemidir. Maliyet analizinde, hastanenin hizmet üretiminde rol oynayan maliyet

Sağlık Hizmeti Fiyatlandırması Kapsamında Hastane Ödeme Modelleri

Sağlık hizmeti ödemeleri doğrudan ödeme ya da dolaylı ödeme şeklinde iki farklı yöntemle yapılır. Cepten harcamalar da dediğimiz doğrudan ödemede kişi sağlık hizmeti alırken hizmet sunucusuna ödeme yapar. Dolaylı ödeme yönteminde ise kişi sağlık hizmeti ödemesi yapmaz. Verilen hizmetin ödemesi daha önceden verdiği primlerle sigorta şirketleri tarafından karşılanır. Bu sigorta şirketleri özel sigortalar veya SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) olabilir. SGK kapsamında yapılan dolaylı ödemelerde kişilerin primleri veya ödeme gücü yoksa GSS kapsamında devletin yatırdığı primler finansman kaynağı olarak kullanılır. Ödeme modeli ne olursa olsun temel amaç dağıtılacak kaynağın verimlilik ve hakkaniyet esaslarını sağlaması ve sosyal faydanın artmasıdır (13). Dolaylı ödeme yönteminin temel kaynak sağlayıcısı olan kamu ya da özel sigorta şirketleri hizmetlerin fiyatlandırılması konusunda da söz sahibi olmak isterler. Özellikle SGK alınacak sağlık hizmetleri karşılığında ödemeleri gereken parayı bilmek ister (14). Bu ödemeleri yaparken değişik ödeme modelleri kullanılabilir. Bu

merkezlerinde ortaya çıkan maliyetlerin, nihai olarak ortaya çıkan maliyet merkezlerine ölçütler kullanılarak dağıtılması ve bu maliyetlerin analiz edilmesi sürecidir (11).

Rekabete dayalı fiyatlandırma:

Rekabete dayalı fiyatlandırmada amaç mevcut rekabet ortamında en ekonomik karın elde edilmesidir. İşletmeler fiyatlandırma yaparken, rakip işletmelerin fiyatını da göz önüne alır. Sağlık hizmetlerinde rekabet kavramı ve rekabete dayalı fiyatlandırma yöntemi uygulanabilen yöntemler arasında çok fazla bir yer teşkil etmez (12).

modeller aşağıda sıralanarak, ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Gün başına ödeme:

Gün başına ödeme, yönetim maliyeti oldukça düşük ve kolay bir yöntemdir. Fakat bu ödeme yönteminde hizmet sunucuları tarafından hastaların gereğinden uzun süreler hastanede yatırılması gibi suistimallere açık olması mümkündür (15). Gün başına ödemede sağlık sunucularına yapılan ödemeler kurumdan kuruma değişebilir. Örneğin bir üniversite hastanesine yapılan gün başına ödeme ile ikinci basamak bir devlet hastanesine yapılacak olan gün başına ödeme birbirinden farklı olmalıdır. Bu yöntem kolay bir ödeme yöntemi olarak gözüke de hizmet sunucularının farklı özelliklerine göre gün başına ödeme yapılması nedeniyle birtakım maliyetlerin hesaplanmasını da gerektirebilir. Bu hesaplamada maliyet analizleri yapılarak sağlık hizmeti sunucusunun bir yıllık maliyeti belirlenir ve bu maliyet yıllık toplam yatan hasta gün sayısına bölünerek, hasta gün başına maliyet hesaplanır (16).

Kişi başına ödeme:

Kişi başına ödeme, yönetimi kolay ödeme şekillerinden biridir. Kişi başına belirlenmiş ücretlerin belirli bir süre boyunca ödeme kurumlarınca hizmet sunucularına ödenmesi esasına dayanır. Kişiye verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin tümünü kapsayacak bir ücret belirlenir. Gereksiz bir hizmet

sunumunu engelleyebilir. Maliyetler önceden belirlendiği için kontrol edilmesi kolaydır (17). Ödeme kurumları için belirli süre için ödeyecekleri paranın belirli olması, hizmet sunucuları içinde garantili bir müşteri kitlesinin olması bu yöntemin olumlu yönleri olsa bile birtakım belirsizliklerde içermektedir. Örneğin sağlıklı kişilerin sayısı ve demografik özellikleri değiştikçe sağlık hizmetlerine başvuru sayısı da değişecek, hizmetin az kullanıldığı dönemlerde kar elde edilirken, yaşlı ve kronik hastalığı olanların çok olduğu bir grupta sağlık hizmeti kullanım oranları artacağı için hizmet sunucusunun maliyetleri de artacaktır (18). Bu ödeme sisteminde sağlık hizmet sunucuları maliyetleri azaltabilmek için yetersiz hizmet sunabilir ya da sunduğu hizmetlerin kalitesini göz ardı edebilir. Bu sistemdeki olumsuzlukları ortadan kaldırmak için hizmet kalite ölçümleri yapılmalı ve hastalara hizmet alacağı kurumu seçme hakkı verilmelidir. Kişi başına ödeme yöntemi aynı zamanda sağlık hizmet sunucularının çok olduğu kentsel alanlarda uygulanabilecek fakat kırsal alanda çok işlevsel görmeyecek bir yöntemdir (19).

Harcama kalemleri bütçeler:

Harcama kalemleri bütçe ödeme sisteminde yapılacak her işlem için tespit edilmiş kalemler vardır ve bu kalemler arasında yöneticilerin kaynak artırımı söz konusu olmamaktadır (20). Ödenecek miktarın tespitinde enflasyon faktörü göz önüne alınarak bir önceki yıl yapılan ödemelere göre karar verilir. Genellikle düşük gelirli ve orta gelirli ülkeler bu ödeme sistemini kullanırlar (21). Harcama kalemleri bütçelerin, enflasyon faktörü dikkate alınarak mevcut yıl ödeneğinin belirlenmesi, kategoriler arasında geçişin olmaması ve zor ekonomik şartlarda maaşlar, yiyecek ve ilaç öncelikli kalemler olması gibi birtakım kuralları vardır (22). Bunun yanında harcama kalemleri bütçelemenin hem olumlu hem de olumsuz özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (23).

Olumlu yönler:

- Yönetmek kolaydır, güçlü bir merkezi kontrol vardır.
- Bölgelere göre bütçe ve kalem ayarlamak mümkündür.
- Her sağlık hizmet sunucusunun bir takım asgari standartları karşılır.

Olumsuz yönler:

- İhtiyaç duyulan bakımı sağlamak için teşvikler yapmak mümkün değildir.
- Yerel veya yenilikçi koşullara uyum sağlama konusunda az esnekler.
- Bilgi veya yönetim uzmanlığı için doğrudan teşvik yoktur.
- Çıktılar için doğrudan teşvik yoktur.
- Harcama kalemi olarak yüksek seviyelerde sabit kaynak yaratma eğilimi nadirdir.

Global bütçeler: Global bütçe yönteminde kaynakların daha verimli kullanımından bahsedilebilir. Özellikle kamu da yöneticilerin performans değerlendirilmesi ile verimlilik artışı sağlanabilir. Bu yöntemde harcamaların kontrol altına alınması mümkündür. Global bütçeleme birden çok bütçe dönemi ya da sadece bir bütçe dönemi olarak planlanabilir. Bütçelemenin uzun süreli ya da kısa süreli olması sağlık hizmetlerindeki maliyeti de değiştirir. Ayrıca yöneticilere karar alma esnekliği ve hizmetlerin üretimi için gerekli girdileri planlama yetkisi verilebilir (24).

Global bütçelerin, verimliliği arttırmak gibi olumlu yönleri haricinde birtakım olumsuz yönleri de vardır. Bu olumsuzluklar (20);

- Global bütçenin hazırlanması ve maliyetlerin hesaplanması kapsamlı ve karışık bir süreç olarak karşımıza çıkar.
- Yapılacak ödemelerdeki karmaşıklık genellikle bütçenin karmaşıklığı ile artar.
- Hizmet sunucuları içinde idari ve operasyonel olarak karmaşık bir sistemdir.
- Bütçe karması yapılırken riskler ve sosyal durumlar dikkate alınmayabilir.

- Bakım ve hizmet kalitesini arttırmak için bütçe sabit olduğundan teşvikler verilemeyebilir.

Vaka başına ödeme; Vaka başına ödeme yönteminde hastalıklar ve vakalar için önceden belirlenmiş ücretler vardır ve sağlık hizmeti sunan kurumlara bu ücretler üzerinden yaptıkları vakalara göre ödemeler yapılır. Vaka başına alıp daha ucuz fiyatları olan vakaları ise başka kurumlara sevk edebilecek olmasıdır (26). Vaka başına ödeme yönteminde iki temel model vardır: İlki vaka başına veya tedavi başına ödeme yapılması, ikincisi ise vaka karması kullanılarak ödeme yapılmasıdır.

Birinci model uygulanmalarında;

- Veriler genellikle mevcuttur.
- Özellikle kaliteyi olumsuz yönde etkileyebilecek olan ödemeler maliyetleri aşarsa, hasta kabullerini artırmak için müdahale yapılabilir.
- Tahsis edilen kaynakların, sağlanan bakımın maliyeti ile ilişkisi çok az olabilir.

İkinci model uygulanmalarında;

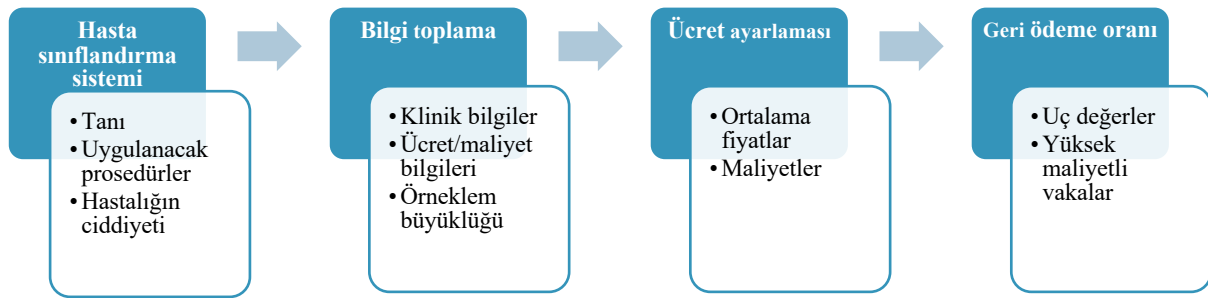
- İdari ve operasyonel süreçler oldukça karmaşıktır.
- Tutarlı ve kapsamlı bir uygulamanın etkin olabilmesi için gerçekçi maliyet verilerine ihtiyaç vardır.
- Geri ödemeler, verilen hizmetlerin birleşik bir ölçütüne dayandığından, daha adildir.

Vaka başına ödemelerin bu iki modelinden uluslararası alanda en yaygın kullanılan yaklaşım TİG yani tanıya bağlı gruplandırma modeline göre ödeme yapılmasıdır. Bu modelde değişik varyasyonlar için standardize edilmiş vaka türleri ya da vaka karmaları yer alır. Bu sistemi kullanmak için hasta grubu düzeyinde kaynak kullanımına ilişkin

ödemenin bir diğer şeklinde ise ödemeler vaka guruplarına göre yapılır. Vaka guruplarına göre ödemede en önemli nokta bu gurupları düzenlerken eşit kaynak kullanımını da sağlamak zorunda olunmasıdır (25). Bu ödeme yönteminin en büyük sıkıntılarında biri sağlık hizmeti sunan kurumların yüksek fiyatları olan vakaları tahminler yapılır ve hastane tarafından tedavi edilen vaka karışımının nispi maliyetini ölçen bir vaka karışımı indeksi kullanılır (20).

Teşhisle İlişkili Guruplar (TİG);

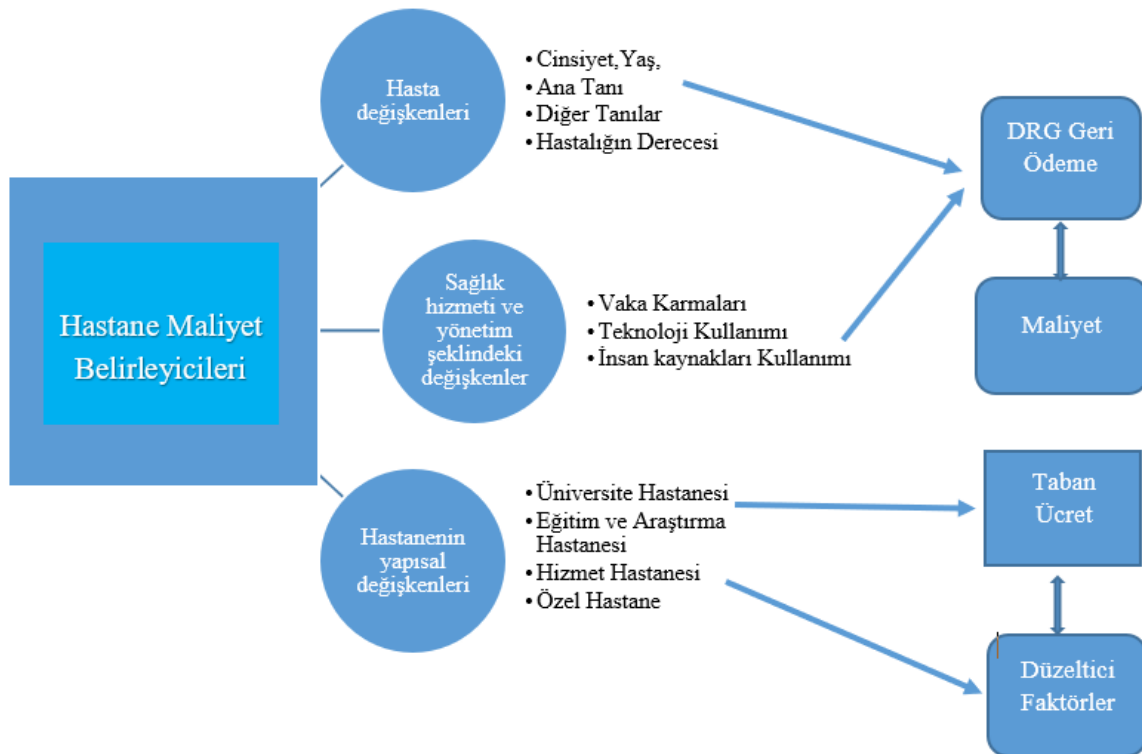
Hastaneler 12.000'den 45.000'e kadar değişen girdileri olan ama tek bir çıktısı olan karmaşık kurumlardır. Bu kadar çok girdinin olması hastanelerde maliyet analiz ve maliyet muhasebelerini yapmayı da oldukça zorlaştırır (27). Sağlığa ayrılan kaynakların kısıtlılığı, sağlık hizmetlerinin giderek artan çeşitliliği ve maliyetlerin yükselmesi ülkeleri ellerindeki kaynakları verimli, eşit ve hakkaniyete uygun bir şekilde paylaşmaya zorlamıştır. Bu faktörler ödeme sistemlerinin çokça tartışılmasına neden olmuş ve ilk kez 1983 yılında ABD'de TİG uygulaması Medicare (65 yaş ve üstündeki kişileri ve malulleri kapsayan ABD sigorta sistemi) hastalara verilen sağlık hizmetleri ödemeleri için uygulanmaya başlanmıştır. İlk olarak ABD'de uygulanmaya başlanan TİG daha sonra Avrupa'da da geniş bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. TİG, benzer kaynak tüketim düzenine sahip ve klinik olarak anlamlı olan hastalarla "tanıya bağlı" guruplardır (28). Bunlar; teşhis vakaları, prosedürler ve demografik özellikler gibi sınıflandırma değişkenleri temelinde TİG sistemleri olarak tanımlanır.



Şekil 1: TİG sisteminde ücretlerin tespiti; Kaynak: Scheller vd., (2009).

TİG'i kullanırken, hasta gruplarının tedavi maliyetleri açısından yeterince homojen olması gerekmektedir. Aksi takdirde, TİG'e dayalı performans karşılaştırmaları, farklı gruplardaki hastaların farklılıklarını yeterince kontrol etmemektedir. Bu durum çok sayıda hasta için ele alındığında geri ödeme çok yüksek veya çok düşük olabilir. Homojen hasta

gruplarını temin etmek için, TİG sistemlerinin kaynak tüketiminin en önemli belirleyicilerini sınıflandırma değişkenleri olarak göz önünde bulundurmaları gerekir. Birçok ülkede, profesyonel tıp birlikleri, uzmanlar veya danışmanlar, komiteler, uzman oturumları veya istişareler aracılığıyla seçme, tanımlama ve güncelleme sürecine resmi olarak katılırlar.



Şekil 2: Hastane maliyet belirleyicileri; Kaynak: Scheller vd., (2009).

TİG'lerin bir ödeme mekanizması olarak rolü sadece sağlık hizmeti sağlayıcıları için adil bir şekilde geri ödemeyi sağlamak değil, aynı zamanda verimli hizmeti teşvik etmek ve gereksiz hizmetlerin azaltılmasını sağlamaktır. Bu çerçevede, metodolojik olarak sağlam

bir TİG sisteminin yanı sıra dikkatli bir şekilde dengelenmiş kontroller de gerektirir. TİG uygulamalarında ortaya çıkabilecek olan sorunlar ve olumlu yönler aşağıda sıralanmıştır (30);

- Şeffaflığı artırır ve performansları karşılaştırır.

- Ödemelerde ve kaynak tahsislerinde verimliliği sağlar.
- Beklenen maliyetleri ilgili geri ödemedenden daha düşük olan hastaların tedavisini teşvik eder.
- Beklenen maliyetleri ilgili geri ödemedenden daha yüksek olan hastaların tedavisini caydırır.

- TİG'den alınacak ödemeyi arttırmak için daha fazla komplikasyon kodlamasını teşvik edebilir.
 - Geri ödemesi yüksek olan hastaların daha yoğun tedavi edilmesini teşvik edebilir.
- Bir tedavi grubunda, maliyetleri en aza indirgeyerek tedavi masraflarını diğer taraflara kaydırmayı teşvik edebilir.

Türkiye'de ve Dünyada TİG Kullanımı

TİG ödeme sistemleri birçok gelişmiş ülke tarafından kullanılmaktadır. Avrupa Birliği TİG kullanımının yaygınlaşması için "Euro DRG" adı verilen bir çalışma yaparak ülkelerin bu konuya ilgisini çekmiştir. OECD

ülkelerinin bütçeyi TİG bazlı ödemelere ayrı olarak finanse etmesi yaygın bir durumdur. Tablo 1'de çeşitli ülkelerin hastane mülkiyetine göre ödeme şekilleri gösterilmiştir (31).

Tablo 1: Çeşitli ülkelerin hastane mülkiyetine göre ödeme şekilleri

Ülkeler	Kamu hastanesi	Kar amacı olmayan özel hastane	Kar amacı olan özel hastane
	Ödeme Metodu		
<i>Avustralya</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	Prosedüre veya hizmete dayalı ödeme	Prosedüre veya hizmete dayalı ödeme
<i>Avusturya</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme
<i>Belçika</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	
<i>Şili</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	Harcama kalemlili ödeme
<i>Finlandiya</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme		
<i>Fransa</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme
<i>Almanya</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme
<i>Yunanistan</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	Prosedüre veya hizmete dayalı ödeme
<i>Hollanda</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	
<i>Polonya</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme		TİG benzeri vaka başına ödeme
<i>Slovenya</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme
<i>İsviçre</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme
<i>İngiltere</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	Prosedüre veya hizmete dayalı ödeme	Geçmişe yönelik tüm masrafların ödenmesi
<i>Amerika</i>	TİG benzeri vaka başına ödeme	TİG benzeri vaka başına ödeme	Prosedüre veya hizmete dayalı ödeme

Kaynak: Kumar ve Schoenstein (2013)

Türkiye'deki TİG çalışmaları Hacettepe Üniversitesi araştırma projesinin (HUAP) alt projesi olarak 2005 yılında başlamıştır. Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı 2009 yılında çalışmalarına başlamış ve çalışmalar halen devam etmektedir. Çalışmalarda Avustralya'nın kullandığı ICD10-AM

(International Classification of Diseases, Australian Modification) ve algoritması olarak da AR TİG (Australian Refined Diagnosis Related Groups: Grupları tayin eden algoritma) kullanılmıştır. Şekil 3'de Sağlık Bakanlığı çalışmaları süreci gösterilmiştir (32).

2004-2006 (HUAP)	•7 Hastane pilot uygulama
2006-2008 (HUAP)	•48 Hastane
2009 Sağlık Bakanlığı çalışmaları	•50 Hastane •TİG Şube Müdürlüğü'nün kurulması
2010	•260 Hastane sisteme dahil oldu
2011	•550 Hastane sisteme dahil oldu
2012	•TİG Daire Başkanlığı kuruldu
2013-2014	•523 Hastane sisteme entegre oldu (Özel hastane ve üniversite hastaneleri dahil)

Şekil 3: Türkiye'de TİG çalışmaları süreci; Kaynak: tig.saglik.gov.tr

Neden TİG Kullanılmalı?

Ödeme mekanizmaları, herhangi bir sağlık sisteminin temel yapı taşlarından birini temsil eder. Son birkaç yıl içinde, politika yapımcıların artan hastane masrafları konusunda giderek artan endişeleri vardır (27). Hükümetler, sigorta şirketleri veya diğer ödeme kurumları sağlık hizmet sunumunu finanse ederken düşük maliyetli, verimli ve özenli bir şekilde davranmalı, ödeme mekanizmalarını buna uygun bir şekilde yapılandırmalıdır. Dünya'da birçok ülke, şeffaflığı veya verimliliği artırmak için hastane ödemelerini TİG esas alarak yapmaktadır (33). TİG şeffaflığı arttırmaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri çok karmaşık ve hastaların bireysel özelliklerine bağlı olarak değişebilen birçok parametreyi içermektedir. TİG'de

klirik açıdan homojen gruplar ele alındığında, komplikasyonsuz elektif bir kalça protezi grubu veya 70 yaşın altındaki eşlik eden bir hastalığı olmayan iskemik ataklar bu gruptandır. TİG'de başlıca maliyet göstergeleri; primer tanı, sekonder tanı, primer prosedür, sekonder prosedür, taburculuk varış yeri, cinsiyet, yaş ve kalış süresi olarak gösterilebilir. Bu faktörlere göre hastalar, hastane bakımı sırasında kaynak kullanımındaki gruplar arası farklılıkları yansıtan gruplara ayrılır. TİG'in göreceli maliyetleri, göreceli ağırlıklara yansıtılmıştır. Ödeme kurumlarının bütçesi ve her bir TİG kategorisinin nispi maliyetleri ve hacmi dikkate alınarak standart bir miktar belirlenmiştir. TİG

sisteminde vaka ödemeleri, doğru yönetilirse, maliyet kontrolünü ve teknik verimliliği iyileştirebilir. TİG ödeme yöntemi için prensip, bazı risk veya önem kategorileri içindeki vakalar arasındaki maliyetlerin gruplandırılabilirliği ve fiyatların her bir kategoriye atanabileceğidir. Bu kategorilendirme de teşhisler için Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) tipik olarak risk veya vaka şiddeti için kullanılır (34).

TİG ödeme sistemi ile ödeme yapılması üzerine pek çok çalışma bulunmaktadır. Schuetz ve vd. (2011), yaptıkları çalışmanın sonucunda TİG ödeme sistemlerinin kullanılmasının hastanede kalış süresini düşürdüğünü belirlemişlerdir (35). TİG ödeme sistemi, ödeme için ücretleri tespit ederken hastalıkların şiddetini dikkate alır. Bu ödeme yöntemi ile yalnız cerrahi vakaları değil dahili hastalıklar da sınıflanabilir, vaka karmaşıklık indeksi kullanılarak hastaneler kıyaslanabilir ve performans ölçümü yapılabilir (36). TİG ödemesinin olumsuz yönlerini ortaya koyan çalışmalar da vardır. Bu sistem ile sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastaları en çok kârlı olan TİG kodlanmasına teşvik ettiği, hastanelerin tedavileri görece kolay olan hastaları seçtiği ve hastanelere çok fazla odaklanmalarını sağladığı öne sürülmüştür (37). Yapılan çalışmalardan bazıları, hastanelerin TİG ödemesinin uygulanmasından sonra hastanelerde verilen sağlık bakım

Sonuç

Sağlık hizmetleri karmaşık, maliyetleri yüksek ve yönetilmesi oldukça zor hizmetlerdir. Ülkeler insanların en temel hakkı olan sağlık hakkını vatandaşlarına kullanırken bu karmaşık yapıda kaynakları olabildiğince verimli, eşitlik ve hakkaniyete uygun olarak kullanmak zorundadırlar. Ancak unutulmaması gereken önemli bir unsur insanın sadece biyolojik değil, aynı zamanda psiko-sosyal bir varlık olduğudur. Bu nedenle klasik bir söylem olarak "hastalık yok,

hizmetlerinin yoğunluğunun azaldığını tespit ederken, bazı çalışmalar ise bakım yoğunluğunda önemli bir değişiklik bulmamıştır (38, 39). TİG dayalı hastane ödemesi, etkileri çok güçlü olduğu sürece amaçlanmayan bir sonuç doğurabilir. Örneğin, TİG'a dayalı ödemelerin, kalış süresini ve tedavi maliyetini azaltması amaçlanmıştır. Diğer yandan kalış süresinin aşırı derecede artması, aynı zamanda bakım kalitesini de düşürebilecek önemli bir unsurdur. Avrupa'da yapılan araştırmalar, TİG tabanlı hastane ödemeleri yapıldığında ölüm oranlarında ve geri alımlarda çok az değişiklik tespit etmiştir (40). İsveç'te yapılan bir araştırma, hastanın algılanan bakım kalitesinin azaldığını ortaya koymuştur (41). TİG bazlı hastane ödemesinin diğer istenmeyen sonuçlarına; hastalar arasında seçim yapma, aşırı kodlama, aşırı tedavi ve sık yapılan geri ödemeler örnek verilebilir. Bazı hastalar için seçim yapılabilir. Örneğin; bir grupta sistematik olarak daha maliyetli olan hastalar değil de hastanelerin daha az maliyetli, daha kârlı vakaları seçmelerine ve kâr etmeyenleri ise transfer etmelerine veya onları tedavi etmekten kaçınmaya teşvik etmelerine yol açabilir. Hastaları daha yüksek bir ödeme grubuna taşımak için hastanelerin ek tanıları kodlayarak gelirlerini arttırmalarını sağlayabilir. Ayrıca, hastaneler, hastalarını daha yüksek ücretli gruplara yerleştiren prosedürler uygulayabilirler (30).

hasta var" terimi göz ardı edilmemelidir. Hastalıklar her kişide farklı bir şekilde seyrederken, aynı tedavi prosedürler uygulansa bile tedaviye verecekleri cevaplar kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıklar da kişiye yapılan hastalık harcamalarının belirli standartlara kavuşturulmasını zorlaştırmaktadır.

TİG sistemleri ödeme konusunda en son geliştirilen ve olabildiğince geniş kapsamlı vaka grupları oluşturulmaya

çalışılan bir sistem olmasına rağmen, bu sistemin de aksayan ve olumsuz birçok etkisi bulunmaktadır. Sistem geliştirilmeye devam etmekte olsa bile sistemde tanınabilecek istisnai durumlar hem suistimallerin önüne geçmek hem de maliyeti fazla olan hastaların tedavilerinden kaçınma yolu için bir çözüm olabilir. Bunun yanı sıra yapılacak maliyet analizlerinin bilimsel

Ölçütlere uygun yapılarak TIG sisteminin kapsamı da incelenmelidir. Yapılacak denetimlerle hangi düşük riskli hastaların tercih edildikleri, riskli hastaların sayısı, gereksiz tedaviler, kodlama manipülasyonları engellenmeli ve bunların neden ortaya çıktığı ve nasıl engellenebileceği konuları da ayrıca ele alınmalıdır.

Ek: Çalışmamız sözel bildiri olarak 21-24 Nisan 2019 tarihlerinde Rabat/Fas'ta yapılmış olan 15. Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresinde kısa zet olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Long SK. On the road to universal coverage: impacts of reform in Massachusetts at one year. *Health Affairs* 2008; 27:270–84
2. Kwon S. Thirty years of National Health Insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning* 2009; 24:63-71.
3. Cheng TM. Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far. *Health Affairs* 2003; 22:61–76.
4. Tengilimoğlu, D. (2000) Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 55 (1), 187-202.
5. Karaçor. S. ve Arkan, A. Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2014, s.90-118.
6. Erin, F. (2006). Hastane Hizmetlerinde Pazarlama Stratejileri ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Bir Uygulama, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
7. Gülşen, M. A. ve Yıldırım, M. (2017). Mali Regülasyon Olarak Sağlık Regülasyonlarının Sağlık Kurumlarına Etkisi: Türkiye'de Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Uygulama Tebliği. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2017; 13(1):23-44
8. Kotler, Philip ve Gary Armstrong (2010); *Principles of Marketing*, Pearson Education, 13. Edition, New Jersey
9. Altunışık, R. ve Özdemir, Ş. ve Torlak, Ö. (2001); *Modern Pazarlama, Değişim Yayınları*, Adapazarı.
10. Nubin, Subihan, (2006)"Hizmet İşletmelerinde Hedef Maliyetleme Ve Uygulama Örneği" Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, İstanbul
11. Berman, H. J. Weeks, L.E. 1986. *The Financial Management of Hospitals*. Maryland: Aspen System Corporation
12. Büyükkayıkçı, H. 2000. SSK Ankara Eğitim Hastanesinde cerrahi hizmet sunan bazı kliniklerde ameliyat maliyetleri ile Sağlık Bakanlığı fiyat tarifesinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi: 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: 1–12.
13. Kaya, N. (2008). Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı.
14. Gündüz, HE. (2002). Sağlık Kurumlarında Maliyet Bilgisi. İçinde: K. Banar, (Edt.) Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1414, s.10-34.
15. Gottret R Schieber G. *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Geneva: The World Bank; 2006. p. 61-6.
16. Normand, Charles ve Weber, Axel (1994), *Sociat Health Insurance: A Guidebook for Planning World Health Organization*. WHG7SHS/94.3.
17. Dror DM , Preker AS. *Social Reinsurance A Ne w Approach to Sustainable Community*. Health Financing. Washington: The World Bank; 2002. p. 89.
18. Casto, Anne B. ve Layman E. (2006). "Principles of Healthcare Reimbursement" (Michigan: AmericanHealth Information Management Association). Chicago, pp:4.
19. Barnum, H; Kutzin, J ve Saxenian, H. (1995), "Incentives and Provider Payment Methods", World Bank HRO tWorking Papers, HROWP 51, USA.
20. Langenbrunner, John ve Wiley, Miriam. (2002), "Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries", *Hospital in a Changing Europe*, (der. Martin McKee, Judith Healy), Open University Press, Buehingham, ss. 150-176.
21. Waters, H.,Hussey, P. (2004). "Pricing Health Services for Purchasers: A Review of Methods and Experiences" The World Bank, Washington, USA. pp: 4.
22. Preker, A.S. and Feachem, R.G.A. (1996) *Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe*, World Bank Technical Paper No. 293. Washington, DC: World Bank.

23. Klugman, J. and Schieber, G. (1996) *Reforming Health Systems in Central Asia*. Washington, DC: World Bank
24. Glaser, William. (1987), *Paying The Hospital: The Organization, Dynamics. And Efficiency of Differing Financial Arrangements*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco- London
25. Telyukov, Alexander. (2001), *Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America*, Abt Associates Inc., Latin America Countries Research Health Sector Reform Initiative.
26. Dror, DM, Preker AS. *Social Reinsurance A New Approach to Sustainable Community. Health Financing*. Washington: The World Bank; 2002. p. 89
27. Dobson, A., DaVanzo, J., Doherty, J., & Tanamor, M. (2005). *A Study of Hospital Charge Setting Practices*. Falls Church, VA: MedPAC.
28. Fetter, R.B. (1991). *Diagnosis related groups: understanding hospital performance*. *Interfaces*, 21(1), 6-26.
29. Scheller-Kreinsen, D., Geissler, A., & Busse, R. (2009). *Euro Observer*.
30. Busse, R., Schreyögg, J., & Smith, P. C. (2006). *Hospital case payment systems in Europe*. *Health care management science*, 9(3), 211-213.
31. Kumar, A., & Schoenstein, M. (2013). *Managing hospital volumes: Germany and experiences from OECD countries*.
32. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, T. İ. G. D. (2014). *Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi*.
33. Geissler A, Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Busse R. *Introduction to TIGs in Europe: common objectives across different hospital systems*. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, eds. *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press, 2011:9-21.
34. Langenbrunner, J. C., & Xingzhu, L. (2004). *How to Pay? Understanding and Using Incentives*.
35. Schuetz, P., Albrich, W. C., Suter, I., Hug, B. L., Christ-Crain, M., Holler, T., ... & Mueller, B. (2011). *Quality of care delivered by fee-for-service and TIG hospitals in Switzerland in patients with community-acquired pneumonia*. *Swiss Medical Weekly*, 141, w13228.
36. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi, Ankara: 2014: 8-12.
37. Melberg, H. O., Olsen, C. B., & Pedersen, K. (2016). *Did hospitals respond to changes in weights of Diagnosis Related Groups in Norway between 2006 and 2013?*. *Health Policy*, 120(9), 992-1000.
38. Palmer RM, Saywell Jr RM, Zollinger TW, Erner BK, LaBov AD, Freund DA, et al. *The impact of the prospective payment system on the treatment of hip fractures in the elderly*. *Archives of Internal Medicine* 1989; 149:2237-41.
39. Dafny LS. *How do hospitals respond to price changes?* *The American Economic Review* 2005; 95:1525-47.
40. Brügger, U. *Impact of TIGs: Introducing a TIG reimbursement system: a literature review*. SGGP, 2010
41. Medicare Payment Advisory Commission. *Rehabilitation facilities (inpatient) payment system*. MedPAC, 2008.