



Değer bazlı satın alma ve geri ödeme sistemi açısından hastane kaynaklı durumlar

Hospital acquired conditions with respect to value-based purchasing and payback payment systems

Mehmet Nurullah Kurutkan¹, Murat Bayat²

¹Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü.
²Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Uluslararası Ticaret Bölümü

Anahtar Kelimeler:

Hastane Kaynaklı Durumlar, Değer Bazlı Satın Alma, Turkuaz Standardı, Geri Ödeme Sistemi

Key Words:

Hospital Acquired Conditions, Value Based Purchasing System, Turkuaz Standards, Payback Payment system.

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Mehmet Nurullah Kurutkan,
Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü
nurullahkurutkan@duzce.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
December 1, 2015

Kabul Tarihi/Accepted Date:
December 11, 2015

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
December 21, 2015

DOI:
10.5455/sad.2015131452173750

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı, gelişmiş ülke uygulamaları bağlamında hastane kaynaklı durumların (HKD) değer bazlı satın alınmaya (DBSA) konu olabileceğini göstermektir. Özellikle ABD uygulaması ışığında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) faydalanacağı DBSA program önerisi geliştirmek tali amacımızdır. Öncelikle DBSA ve HKD'in kavramsal çerçevesi çizilecektir. DBSA'ya neden ihtiyaç duyulduğu, eyalet sistemlerine göre değişiklik gösterip göstermediği, HKD kavramının temel beslenme kaynaklarının ne olduğu ve HKD açısından Türkiye'de mevcut durumun ne olduğu Turkuaz standardı açısından değerlendirilecektir. Nihai olarak politika yapıcılar için arzu edilirse nereden başlanması gerektiğine dair bir politika geliştirme önerisi sunulacaktır.

ABSTRACT

The main objective of this study is to show the fact that Hospital Acquired Conditions (HAC) could be subject to Value-Based Purchasing (VBP) system. The secondary objective is to propose a Value Based Purchasing (VBP) system to The Social Security Institution of Turkish Republic (SGK) in the light of USA's practices. Initially, the conceptual framework of VBP and HAC are to be defined. The need for VBP system, different applications and practices among the States in USA, main reasons of HAC and the situation in Turkey with regards to HAC will be assessed within the frame work of Turkuaz Standards. Finally, a policy development approach to this system is to be proposed to the policy makers in order initiate this system in Turkey.

GİRİŞ

Geri ödeme sistemi yürütücülerinin cevap vermesi gereken en önemli sorulardan birisi, satın alınan sağlık hizmeti ile alınması gereken ideal sağlık hizmeti arasında kalite ve nitelik açısından pozitif bağlamda bir açık var mıdır? sorusudur. Bu soruya yardımcı olan bir diğer soru da şudur: Acaba satın aldığımız hizmet için ödediğimiz bedel yerini bulmuş mudur? Bir diğer değişle sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklara yönelik, tahsisat ve üretim etkinliği açısından bir değerlendirme de bulunmuş mudur? sorusudur.

Birinci soruya verilen cevapla arzu edilen, sağlık hizmetinin klinik kalite açısından değerlendirilip

değerlendirilmediğini belirlemek ve mevcut durumun seyrini ülke açısından görebilmektir. İkinci soruya verilen cevaplar sayesinde, sağlık hizmeti satın almanın performansı netleştirilmiş olunacaktır.

Kısa bir girişten sonra, DBSA ve HKD'in kavramsal çerçevesi çizilecek ve DBSA'ya neden ihtiyaç duyulduğu, eyalet sistemlerine göre değişiklik gösterip göstermediği, HKD kavramının temel beslenme kaynaklarının ne olduğu ve HKD açısından Türkiye'de mevcut durumun ne olduğu Turkuaz standardı açısından değerlendirilecektir. Son olarak politika yapıcılar için arzu edilirse nereden başlanması gerektiğine dair bir politika geliştirme önerisi sunulacaktır

DBSA NEDİR?

DBSA kısaca, sağlık sektöründe, sağlık hizmetlerinin kalitesini, şeffaflığını ve performansını teşvik edip ödüllendiren bir ödeme metodu olarak ifade edilebilir. Son yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinin bedelini ödemek durumunda bulunan gerek özel gerekse de kamu kuruluşları, alınan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı teşvik etmenin yanı sıra, zaman içinde artmakta olan sağlık harcamalarından tasarruf etmek amacıyla da DBSA stratejilerini geliştirmekte ve hayata geçirmektedirler. Sağlık sektöründe değerin neyi ifade ettiği son zamanlarda yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Sağlık sektöründe değerin, sağlanan hizmetin kalitesi, etkinliği, maliyeti ve güvenilirliğin bir fonksiyonu olduğu ifade edilmektedir (Keckley ve ark, 2011:1).

DBSA; sisteminde sağlık hizmetini veren işletmeler, sağladıkları hizmetin kalitesi ve maliyetinden sorumlu tutulmaktadırlar. Böylelikle, belirlenmiş performans kriterleri çerçevesinde sağlanan başarıya göre işletmeler ödüllendirilmektedirler. Belirlenen kriterler sayesinde, uygun olmayan, gereksiz ve ilave maliyet yükleyen sağlık ödemeleri için tedbir alınmaktadır. Geliştirilen kriterler çerçevesinde DBSA sistemi ile sağlık hizmetleri standartlaştırılmaya çalışılmakta, hasta memnuniyeti göz önünde bulundurularak, sağlanan hizmetlerle ilgili doğrudan ve dolaylı maliyetlerde sağlanan tasarruf, sistem tarafından belirlenmiş parametreler çerçevesinde ödüllendirilmektedir (Miltenberger ve ark, 2012:16). Böylelikle, sürdürülebilirliği tartışılan aşırı karmaşık ve maliyetli sağlık hizmetlerine yapılan ödemelere son vererek, hasta memnuniyeti, kalite ve maliyet hususlarını öncelleyen reform niteliğindeki DBSA sistemi geniş uygulama alanı bulmaya başlamıştır.

DBSA sistemi ile;

- Klinik hizmetlerinin kalitesini artırmak,
- Sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanım, yetersiz kullanım ve hatalı kullanım problemlerine dikkati çekmek,
- Hasta merkezli tedavi hizmetlerine odaklanmak
- Olumsuz durumlara engel olarak, hasta güvenliğini üst seviyelere çıkarmak,
- Sağlık hizmetlerinde gereksiz maliyetlerden tasarruf etmek,
- Detayları inceleyerek sağlık hizmetlerini sistem bazında yeniden yapılandırmaya çalışmak,
- Performans standartlarını şeffaflaştırarak, sağlık hizmeti alanlar açısından kullanışlı hale getirmek.
- Sağlık alanında yeni dengesizliklere sebebiyet

vermekten kaçınmak ve var olan dengesizlikleri de en aza indirmek mümkün hale gelmektedir (Medicare Hospital Value-based Purchasing Plan Development,2007:1)

Ödeme programları 3 kategoride yapılmaktadır (Keckley ve ark, 2011:1);

1. Raporlamaya göre ödeme programı (Pay-for-Reporting /P4R) : Sağlık hizmeti verenler, bilgileri halk kullanımına açma konusunda teşvik edilmektedirler.
2. Performansa göre ödeme programı (Pay-for-Performance /P4P): Sağlık hizmetleri verenler, önceden tespit edilmiş olan kriterin üstünde klinik performansı göstermeye teşvik edilmektedirler.
3. Değere göre ödeme programları (Pay-for-Value/P4V): Sağlık hizmeti verenler, yatan ve taburcu olan hasta, doktor, evde tedavi, donanımlı hemşire hizmetleri, diyaliz vb. bakımlardan etkinlik ve kalite itibarıyla gelişmişliğine bakılmaktadır.

DBSA'nın önemi ve diğer satın alma yöntemlerinden farkı; DBSA sistemi, diğer ödeme sistemleri arasında hızla benimsenen ödeme sistemlerinden birisidir. Her bir sistem kendi geliştirdikleri program çerçevesinde hareket etmekte, bazıları HKD enfeksiyon ve önlenabilir durumlarla ilgili ödeme taleplerini cezalandırarak geri çevirmektedir. Bazı ödeme planları, birden fazla unsuru programa dahil ederek farklı parametrelere göre ödemelerini düzenlemektedirler. Bazı ödeme sistemleri, parametreleri yıldız vererek derecelendirmekte bazıları da bakım, klinik hizmetleri ve maliyete ilişkin hususları tam bir bütünlük içinde koordine etme sorumluluğunu sağlık hizmeti verenlerden beklemektedir. Bunun yanı sıra bazı ödeme programlarında, sağlanan tasarruflardan kaynaklanan fark, sağlık hizmeti veren ile alan müşteri arasında belirli esaslara göre paylaşılmakta, böylelikle hastalar tedavi sürecine daha bilinçli bir şekilde dahil olarak maddi menfaat de sağlayabilmektedirler (Shoemaker, 2011:60-68).

HKD NEDİR?

Amerikan merkezi hükümetinin iki büyük sosyal güvenlik örgütü olan Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS/Medicare ve Medicaid Hizmet Merkezleri) geri ödeme sistemini DBSA performansına bağlamak için 10 adet önlenabilir HKD (Hospital Acquired Condition) belirlemiştir. Bu yeni girişimin geçmişi son on yıla dayanmaktadır. Amerikan Hastalıkları Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ile yapılan

işbirliği ve kamuoyunun geniş katkısıyla CMS, yayınlanmış, kanıta dayalı kılavuzlar doğrultusunda 10 HKD'yi makul biçimde önlenebilir olarak tanımlamış ve ödeme kesintisi yapılacak hastalıklar olarak belirlemiştir (LaBresh ve ark., 2012:1) Literatürde bu tür durumdaki hastalık ve koşullara **non payment preventable event** (Ödenmeyen Önlenebilir Olay (ÖÖÖ)) denilmektedir.

Bir hastalığın ÖÖÖ olay olabilmesi için üç şart bulunmaktadır.

1. Seçilen HKD'ler popülasyonda sık görülmeli, yüksek hacimli ve/veya yüksek maliyetli olmalı,
2. DRG ile desteklenmek şartı ile komplikasyon veya komorbidite veya ciddi komplikasyon veya komorbidite olarak tespit edilmiş olmalı
3. Kanıta dayalı kılavuzlarla önlenebilir olmalıdır (Health Care Purchaser Toolkit, 2009:1).

Ayrıca CMS önlenebilir 10 HKD'ye ek olarak, yedi adet "daha önce ele alınan hastalık" ve kurum ve kamu tarafından incelenen bir adet aday hastalık (durum) belirlemiştir. Kanıta dayalı kılavuzlar, ilgili meslek birliklerinin yanı sıra Agency for Healthcare Research, Quality (AHRQ) National Guidelines Clearing House (NGCH) ve CDC tarafından belirlenmektedir. Öncelik Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınlanan kılavuzlara verilmektedir. ABD'de yayınlanmış kılavuzu olmayan spesifik durumlar için uluslararası kılavuzlardan yararlanılmaktadır (LaBresh ve ark., 2012:9). Şimdi kısaca 10 adet HKD ile ilgili bilgi verilecektir:

1. Cerrahi işlem sonrası unutulmuş yabancı cisim
2. Hava embolisi¹
3. Kan uyumsuzluğu
4. Bası ülserleri (III ve IV. Aşama)
5. Düşme olayları ve travma (kırıklar, çıkıklar, intrakraniyal yaralanmalar, ezilme yaralanmaları, yanıklar, elektrik çarpması) nedeniyle yaralanmalar.
6. Total Diz veya Kalça Replasmanının Ardından Derin Ven Trombozu (DVT)/ Pulmoner Embolizm (PE)
7. Zayıf glisemik kontrol göstergeleri (Diabetik ketoasidoz, Hipoglisemik koma, Nonketotik hiperosmolar koma, Ketoasidozlu veya hiperosmolariteli ilincil diyabet)
8. Kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonu
9. Vasküler kateterle ilişkili enfeksiyon

¹Hava embolisi için kanıta dayalı bir kılavuz yoktur. Sadece kanıta dayalı tıp düzeylerine göre literatürden derlenen öneriler bulunmaktadır.

Koroner Arter Bypass Grefti sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu (mediastinit), bariyatrik cerrahi (laparoskopik-gastrik-bypass, gastroenterostomi, laparoskopik gastrik kısıtlayıcı cerrahi) veya bazı ortopedik prosedürler (omurga, boyun, omuz veya dirsek). (<http://www.cms.gov/HospitalAcqCond>)

Geri ödeme sistemi açısından incelenen ve kanıta dayalı kılavuzları tespit edilen ve daha önce ele alınan yedi adet hastalık (durum) vardır (LaBresh ve ark., 2012:48):

1. Delirium
2. Ventilatörle ilişkili pnömoni. (VİP)
3. Clostridium difficile ile ilişkili hastalık (CDAD)
4. Lejyoner hastalığı
5. İyatrojenik pnömotoraks
6. Staphylococcus aureus sepsis
7. Metisiline dirençli Staphylococcus aureus (MRSA)

Yeni HKD'lar için tespit edilen bir adet aday hastalık durumu vardır: Kontrasta bağlı akut böbrek hasarı aday olan HKD'dur. Aday duruma yönelik üç kılavuz tespit edilmiştir. Tek ABD kaynaklı kılavuz yalnızca Perkütan Koroner Girişim (PCI) geçiren hastalara yönelik olduğundan, daha genel iki uluslararası kılavuz ilave edilmiştir. Bu kılavuzlar, National Guideline Clearinghouse, popüler internet arama motorları ve yayın referanslarının araştırılmasıyla tespit edilmiştir (LaBresh ve ark., 2012:45).

1. Perkütan koroner girişim için ACC/AHA/SCAI 2005 kılavuzunun 2007 odaklı güncellemesi. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA), 2007.
2. Canadian Association of Radiologists: consensus guidelines for the prevention of contrast-induced nephropathy. Canadian Association of Radiologists (CAR),2007.
3. Guideline 3.3—AKI: Prevention of Contrast-Induced AKI (CI-AKI).

On HKD, kanıta dayalı kılavuzlarla desteklenmiş ve her bir HKD durum için neler yapılması gerektiği kanıt düzeylerine göre belirlenmiştir. Bu durum daha önceki HKD için geçerli olduğu gibi aday olan HKD için de geçerlidir. Şimdi kısaca 10 HKD için belirlenmiş önlemlerin kanıt düzeyleri tablosu, daha önce HKD olarak takip edilen yedi durum için belirlenmiş kanıt düzeyleri tablosu ve son olarak aday durum olan Kontrasta bağlı akut böbrek hasarı için belirlenmiş olan önerilerin kanıt düzeyleri tablolarını vermekte fayda vardır:

Tablo 1. 10 HKD ve Mevcut kılavuzların sayısı ve derecelendirmelerinin özeti

10 HKD Durum	Kılavuz	Düzye Ia	Düzye Ib:	Düzye II	Düzye III:
Cerrahi sonrası unutulmuş yabancı cisim	6	0	3	1	5
Hava embolisi	0	0	0	0	0
Kan uyuşmazlığı	2	0	0	2	0
Bası ülserleri (III ve IV. Aşamaları)	3	2	1	0	3
Düşme olayları ve travmaya bağlı yaralanmalar	6	2	1	2	6
Total diz ve kalça replesmanının ardından derin ven trombozu/ pulmoner embolizm	6	3	3	0	3
Zayıf glisemik kontrol göstergeleri	4	2	2	0	4
Kataterle ilişkili idrar yolları enfeksiyonu	5	3	3	1	4
Vasküler kateter ilişkili enfeksiyon	5	3	2	1	5
Seçilen kardiyak, bariyatrik veya ortopedik cerrahilerin ardından ameliyat yeri enfeksiyonu	8	1	6	1	6

Düzye Ia içeren kılavuzlar: Sistematik inceleme ve kanıt; Düzye Ib: kanıt derecelendirmesi içeren kılavuzlar, Düzye II içeren kılavuzlar: yalnızca kanıt referans gösterenler ve Düzye III: uzman görüşü içeren kılavuzlar

Kaynak: LaBresh ve ark., 2012:71

Tablo 2. Daha Önce Değerlendirilen durumlar

Öne alınan Yedi Hastalık Durum	Tavsiyeler içeren kılavuz sayısı	Düzye Ia:	Düzye Ib	Düzye II	Düzye III
Delirium	3	3	0	0	2
Ventilatörle ilişkili pnömoni.	5	2	3	0	4
Clostridium difficile ile ilişkili hastalık	5	3	2	1	4
Lejyoner hastalığı	1	1	0	1	0
İyatrojenik Pnomotoraks	1	0	1	0	1
Staphylococcus aureus sepsis	2	2	1	1	2
Metisiline dirençli Staphylococcus aureus	4	2	2	2	3

Düzye Ia içeren kılavuzlar: Sistematik inceleme ve kanıt; Düzye Ib: kanıt derecelendirmesi içeren kılavuzlar,; Düzye II içeren kılavuzlar: yalnızca kanıt referans gösterenler ve Düzye III: uzman görüşü içeren kılavuzlar

Kaynak: LaBresh ve ark., 2012:72

Tablo 3. Aday durum ile ilgili genel bilgiler

Durum	Kılavuz Sayısı	Düzye Ia:	Düzye Ib	Düzye II	Düzye III:
Kontrasta bağlı akut böbrek hasarı	3	1	1	1	3

Kaynak: LaBresh ve ark., 2012:72

HKD SÜRECİ İÇİN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

Hastaların ilk başvurusu sırasında 10 adet HKD var ise ne yapılmalıdır? CMS bu durumu Hastane Kaynaklı Durum-Yatışta Mevcut (HKD-YM) programı ile aşmıştır: Yani bu 10 durumda olan hastaların kaydı için otomasyon programına ilk başvuru sırasında Yatışta Mevcut kodu (YM) atanmaktadır. Bu süreçle ilgili düzenlenmiş değerlendirme raporlarında ise iki

tehlikeli noktadan bahsedilmektedir (Health Care Purchaser Toolkit, 2009:1):

- Bildirilmemiş vakalar
- Fazladan rapor edilen vakalar

Geri ödeme sistemi amacı ile her bir durum için kodlama doğruluğunu değerlendirmekte anahtar niteliğinde iki soru sorulmaktadır: Bir durumun yatış sırasında mevcut olduğunun belgelenmiş klinik kanıtı var mı? HKD ilişkili bir durumun var olduğu ama

hastane tarafından rapor edilmediği, *bildirilmemiş vakalar* tespit edilebilmektedir. Eğer evet ise, durum YM miydi? HKD ilişkili bir ikinci tanı kodunun aslında Yatışta Mevcut (YM) olmadığı halde YM olarak rapor edildiği, *fazladan rapor edilen* YM vakalar da incelemeye takılabilmektedir. Yapılan bir incelemeye göre, eksik raporlanan üç tür YM vardır (Snow ve ark, 2012:24) :

1. Kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonu (CAUTI),
2. Vasküler kateter ile ilişkili enfeksiyonlar (VCAI),
3. Derin ven trombozu/pulmoner emboli (DVT/PE)

Genellikle fazla rapor edilenler ise şunlardır (Snow ve ark, 2012:27):

1. CAUTI,
2. VCAI,
3. Düşmeler ve Travma,
4. Aşama III ve IV bası ülserleri ve
5. Zayıf glisemik kontrolün aşırı göstergeleri.

Geride ödeme sistemi açısından HKD'lar ile ilgili süreçten muaf olan hastane kategorileri vardır: Bunları sırası ile saymakta fayda vardır (Hospital-Acquired Conditions, 2012:2):

- Kritik Erişim Hastaneleri (CAH'ler),
- Uzun Süreli Bakım Hastaneleri (LTCH'ler),
- Maryland Waiver Hastaneleri,
- Yatan Hasta Rehabilitasyon Tesisleri (IRF'ler),
- Kanser Hastaneleri, Yatan Çocuk Hasta Kurumları,
- Kırsal Sağlık Klinikleri,
- Federal Nitelikli Sağlık Merkezleri (FQHC'ler),
- Dini Tıp Dışı Sağlık Hizmetleri Kurumları,
- Gaziler İdaresi/Savunma Bakanlığı Hastaneleri
- Yatan Hasta Psikiyatri Hastaneleri,

HKD'LERİN ARKA PLANI

ABD'de, önlenemez sağlık sorunları nedeniyle verilen sağlık hizmetleri karşılığında ödeme yapılmamasıyla ilişkili ilk politika Ocak 2005'te, Minnesota'da bulunan ve kar amacı gütmeyen bir sağlık hizmet idame organizasyonu olan HealthPartners tarafından uygulandı. Federal hükümet; Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Medicare programı ve on iki eyaletteki (Colorado, Kansas, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Missouri, New Jersey, New York, Oregon, Pennsylvania ve Washington) eyalet ajansları aracılığıyla, HealthPartners'ı izledi. Sayılan bu yerlerde; hastanın hospitalizasyon maliyetininin, aldığı sağlık hizmetleri sırasında zarar görmesi sonucu

bunu gidermek amacıyla uygulanan ilave sağlık hizmetleri nedeniyle artan hospitalizasyondan doğan bölümü ödememekte ya da Maryland eyaletinde olduğu gibi, düzeltme yapılarak ödenmektedir. (National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2011:9; Rosenthal ve Hanlon, 2009:2).

Geride ödeme sistemi ile ilk entegrasyon çalışması 1 Ekim 2007'de başlamıştır. Medicare HKD'ları önlenemez tıbbi hata olarak değerlendirmektedir. Bu çabayı Medicare, sağlık hizmetlerinin daha aktif bir alıcısı olma çabasının parçası olarak değerlendirmekte ve önlenemez tıbbi hatalar olarak kabul edilen HKD durumla ilişkili ek maliyetler için hastanelere artık ödeme yapmayacağını bildirmiştir. 1 Ekim 2007 itibariyle, etkilenen hastanelerin her talebin yanında bir Yatışta Mevcut (YM) Göstergesi ibraz etmeleri gerekmektedir. Eğer hastaya yönelik ilk kabulde HKD mevcut değilse ve sonradan bu durumlar gelişirse 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren ödeme yapmayacağını Medicare taraflara bildirmiştir (Grace, 2012: 1769; LaBresh ve ark., 2012:1-4)

Daha sonraki dönemlerde önlenemez komplikasyonlar için ödeme yapmamak ülkenin sağlık sisteminin iyileştirilmesini teşvik için belirgin bir fırsat sunmuştur. Bu süreci yakından takip eden diğer sağlık hizmeti alıcıları kendi ödeme yapmama politikalarıyla Medicare anlayışı arasında köprü kurmuşlardır. 16 özel sağlık planı ve alıcılar bu anlayışı benimseyerek kendi politikalarını geliştirmişlerdir (Rosenthal ve Hanlon, 2009:1-24).

1999 yılında Tıp Enstitüsü'nün yayımladığı "Hatasız Kul Olmaz" başlıklı rapor, ABD'de morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olarak tıbbi hataları göstermiştir. Aşağıda tıbbi hataların etkisi hakkında bazı istatistikler yer almaktadır (IOM; 1999:26):

- 98,000- 98.000 - tıbbi hatalara atfedilen yıllık ölüm sayısı
- 17-29 milyar USD - tıbbi hatalar nedeniyle oluşan yıllık toplam ulusal maliyet

HKD'lar İçin Yasal Dayanak: ABD başkanı tarafından imzalanan, 2005 Mali Açığı Azaltma Yasası, bölüm 5002(c) CMS'nin (Centers for Medicare & Medicaid Services) yüksek DRG (Tanı İle İlişkili Grup; TİG) ödemelerine son verilecek en az iki durum seçmesini gerektirmektedir. Bu durum aşağıdaki koşullara uymak zorundadır (Deficit Reduction Act of 2005) :

1. Yüksek maliyetli, yüksek hacimli, ya da her ikisi;
2. İkincil bir tanı olarak mevcut iken daha yüksek bir ödeme olan MS-DRG'ye bir vakanın atanması ile sonuçlanan;
3. Kanıta dayalı kılavuz ilkelerin uygulanması ile makul olarak önlenemez olan.

Bu gereksinimlere dayanarak, CMS aday HKD'leri tanımlamak için CDC (Centers for Disease Control and Prevention; Amerikan Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi) ile yakın bir işbirliği yapmıştır. Halk yorumlarından sonra, Mali Yıl 2008 son kuralında 8 durum ve sonrasında 2009 Mali Yıl son kuralı için 3 ek durum seçilmiştir. Medicaid: 31 Temmuz 2008 tarihinde, Medicaid geri ödemelerini yeni Medicare HKD politikası ile koordine etmeye çağıran bir mektup yayımlamıştır. HKD'ler ve "Asla yaşanmaması gereken olaylar" için ödeme yapmama politikası, Medicaid popülasyonu için Massachusetts, New York ve Pennsylvania'da hâlihazırda mevcuttur (Rosenthal ve Hanlon, 2009:5).

Gelecekte Dikkate Alınacak Hususlar: Politikanın gelecekteki uygulamaları için potansiyel sonraki adımlar şunlardır (Hospital-Acquired Conditions, 2012:6):

1. Orana dayalı kıyaslama yoluyla risk düzenlemesi ve DBSA programlarına uygulanması,
2. YM Göstergelerinin Kamuya rapor edilmesi,
3. ICD-10 kodlamasının benimsenmesi
4. Diğer ortamlara, özellikle ayakta tedavi edilen hastalara genişletme

CMS Sistemi dışında ABD'de Eyaletlere göre Geri ödeme sistemi için kabul edilmeyen HKD'ler var mı?

Aşağıda listelenen eyaletlerde HKD'lara benzer asla yaşanmaması gereken olaylar belirlenmiş ve geri ödeme sistemine entegre edilmiştir. Bazı eyaletler sadece 10 HKD'ü belirlemiş bazıları ise sayıları 60'ı bulan asla yaşanmaması gereken olaylar listesi belirlemiştir. Listedeki eyaletlerden iki örnek verilerek konu belirlenilecektir. HKD ve benzeri olayları takip eden eyaletler şunlardır (Rosenthal ve Hanlon, 2009:1-33):

- Colorado
- Kansas
- Maine
- Massachusetts
- Maryland
- Minnesota
- Missouri
- New Jersey
- New York
- Pennsylvania
- Oregon
- Washington

Örnek olarak Maryland Eyaleti, süreci 10 HKD'a göre daha geniş yorumlayarak aşağıdaki gibi bir liste oluşturmuştur:

Örnek 1

Program: Maryland Health Services Cost Review Commission (Tüm Ödeme Yapanlar)

Ödeme Yapılması Reddedilen Olaylar: Maryland Hastanede Gelişen Sağlık Sorunları (MHAC)

3M Health Information System tarafından geliştirilen, 64 maddelik PPC (Potentially Preventable Complications–Potansiyel Olarak Önlenabilir Komplikasyonlar) listesinden türetilmiş unsurlar geri ödeme sistemi tarafından takip edilmektedir. Bu komplikasyonların, arka plandaki bir hastalığın doğal ilerlemesi sonucunda gelişmesi, olasılık dışındadır. Potansiyel Olarak Önlenabilir Komplikasyonlar, hasta, **hastaneye ilk yattığında yoktur** ve hastanede verilen sağlık hizmetine eşlik eder. (Rosenthal ve Hanlon, 2009:22).

1. İnme ve kafa-içi kanama
2. Şiddetli merkez sinir sistemi komplikasyonları
3. Akut akciğer ödemi ve ventilasyon uygulanmayan solunum yetersizliği
4. Akut akciğer ödemi ve ventilasyon uygulanan solunum yetersizliği
5. Pnömoni ve diğer akciğer infeksiyonları
6. Aspirasyon pnömonisi
7. Akciğer embolisi
8. Diğer akciğer komplikasyonları
9. Şok
10. Konjestif kalp yetmezliği
11. Akut miyokard infarktüsü
12. Kalp aritmileri ve iletim bozuklukları
13. Kalpteki diğer komplikasyonlar
14. Ventriküler fibrilasyon/kardiyak arrest
15. Venöz tromboz-dışı periferik vasküler komplikasyonlar
16. Venöz tromboz
17. Transfüzyon veya önemli kanama eşlik etmeyen majör GI komplikasyonlar
18. Transfüzyon veya önemli kanama eşlik eden majör GI komplikasyonlar
19. İdrar yolu infeksiyonu
20. İdrar yolu infeksiyonu dışında kalan ürogenital komplikasyonlar
21. Diyaliz uygulanmayan böbrek yetmezliği

22. Diyaliz uygulanan böbrek yetmezliği
23. Transfüzyonun eşlik ettiği, kanama sonrası ve diğer anemiler
24. Travma ve kırıklar
25. Anestezi hariç zehirlenmeler
26. Yatak yaraları
27. Transfüzyon uyumsuzluk reaksiyonu
28. Selülit
29. Orta şiddetteki infeksiyonlar
30. Septisemi ve şiddetli infeksiyonlar
31. Ruh sağlığındaki akut değişiklikler
32. Post-op infeksiyon ve onarılmamış derin yara ayrılması
33. Post-op infeksiyon ve onarılmış derin yara ayrılması
34. Ameliyat yerinin tekrar açılması
35. Kanama kontrolü veya insizyon ve drenaj uygulanmayan, post-operatif kanama ve hematoma
36. Kanama kontrolü veya insizyon ve drenaj uygulanan, post-operatif kanama ve hematoma
37. İnvaziv girişim sırasında kazara delinme/yırtılma
38. Diğer cerrahi komplikasyon – orta şiddette
39. Post-operatif yabancı cisimler
40. Ensefalopati
41. Tıbbi sağlık hizmetinden doğan diğer komplikasyonlar
42. İyatrojen pnömotoraks
43. Araca, implanta veya grefe bağlı mekanik komplikasyon
44. Gastrointestinal ostomi komplikasyonları
45. Damar enfeksiyonu dışındaki diğer araç, implant, greft komplikasyonları
46. Periferik vasküler kateter ve infüzyon uygulamalarının enfeksiyon, inflamasyon ve pıhtılaşma komplikasyonları
47. Santral venöz katetere bağlı infeksiyonlar
48. Transfüzyon eşliğinde obstetrik kanama

Örnek 2

Program: New York Medicaid

Ödeme Yapılması Reddedilen Olaylar: Ciddi advers olaylar (asla gerçekleşmemesi gereken) (Rosenthal ve Hanlon, 2009:25).

NQF'nin Bildirilebilir 28 Ciddi Olay listesinde yer

alan olayların kısmî listesi:

1. Vücudun yanlış yerinde yapılan ameliyat
2. Yanlış hastada yapılan ameliyat
3. Bir hastada yapılan yanlış cerrahi girişim
4. İlaç hatasına eşlik eden engellilik
5. Sağlık hizmet kurumunun sağladığı kontamine ilaçların, araçların veya biyolojik ürünlerin kullanılmasına eşlik eden engellilik
6. Sağlık hizmeti verilmesi sırasında kullanılan bir aracın veya fonksiyonunun amaçlananı sağlamamasına eşlik eden engellilik
7. Hastanın sağlık hizmeti sağlık hizmeti alması sırasında intihar etmesi veya ciddi engellilikle sonuçlanan intihar girişiminde bulunması
8. Hastanın ilaç hatasına (yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış hastaya, yanlış zamanda, yanlış hızda, yanlış formülasyonda veya yanlış uygulama yoluyla verilmesi) eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
9. Oksijen veya başka bir gaz verilmek üzere hastaya bağlanan sistemle, yanlış veya toksik maddelerle kontamine gaz verilmesi nedeniyle gelişen herhangi bir sağlık sorunu
10. Sağlık hizmet kurumundaki sağlık hizmeti almakta olan bir hastada meydana gelen, herhangi bir kaynağa bağlı yanığa eşlik eden engellilik
11. Sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti almakta olan bir hastada, hareketlerinin kısıtlanması amacıyla kullanılan donanıma veya yatak kenarlıklarına bağlı engellilik
12. Ameliyat veya başka bir girişim sırasında hastada unutulmuş yabancı cisim
13. ABO uyumsuzluğu olan kan veya kan ürünlerine bağlı bir hemolitik reaksiyona eşlik eden engellilik
14. Hastanın sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti alması sırasında gelişen intravasküler bir hava embolisine eşlik eden engellilik

HKD KAVRAMININ TEMEL BESLENME KAYNAKLARI

HKD Kavramının temel beslenme kaynakları Joint Commission tarafından yayınlanan hasta güvenliği hedefleri, Leapfrog Survey tarafından belirlenen 21 never event anlayışı ve National Quality Forum (NQF) tarafından yayınlanan güvenlik pratikleri ile bildirilebilir ciddi olay (Serious Reportable Events; SRE) anlayışıdır. Özellikle HKD durum uygulamasını şekillendiren anlayış ise NQF

anlayışdır (NQF; 2009:1-30). Kısaca bildirilebilir ciddi olay kavramını tanımlamakta fayda vardır:

Bildirilebilir ciddi advers olay (SRE): Hem sağlık personelinin, hem kamuoyunu endişelendirecek ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde rasyonel bir bildirim sistemine temel oluşturacak net, ciddi ve önenebilir advers olay. Ortaya konulabilir ve ölçülebilir nitelik taşıyan bu advers olayların görülme riski, sağlık hizmet kurumundaki politikalarından ve uygulamalardan önemli ölçüde etkilenebilir (Health Care Purchaser Toolkit, 2009:22).

NQF Bildirilebilir Ciddi Olay Uygulaması aşağıdaki listeden oluşmaktadır (National Quality Forum, 2006: vi)

Cerrahi Olaylar

- Vücudun yanlış bölümünde gerçekleştirilen ameliyat
- Yanlış hastada gerçekleştirilen ameliyat
- Bir hastada gerçekleştirilen hatalı bir ameliyat
- Bir ameliyat ya da diğer bir girişim sırasında hastanın vücudunda yabancı bir cismin, istenmeden kalmış olması
- ASA Sınıf 1 bir hastanın, ameliyat sırasında veya ameliyattan hemen sonra ölmesi

Ürün veya Araç Olayları

- Vücudun yanlış bölümünde gerçekleştirilen ameliyat
- Sağlık hizmeti verilmesi sırasında kullanılan bir aracın veya fonksiyonunun amaçlanana sağlamamasına eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- Sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti alınması sırasında gelişen intravasküler bir hava embolisine eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- Hastanın sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti alması sırasında gelişen intravasküler bir hava embolisine eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik

Hastanın Korunmasıyla İlişkili Olaylar

- Taburcu edilen bir bebeğin yanlış birine verilmesi
- Hastanın kaçmasına (kaybolmasına) eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- Hastanın sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti alırken intihar etmesi veya ciddi engellilikle sonuçlanan intihar girişiminde

bulunması

Sağlık Hizmeti Verilmesiyle İlişkili Olaylar

- Hastanın ilaç hatasına (yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış hastaya, yanlış zamanda, yanlış hızda, yanlış formülasyonda veya yanlış uygulama yoluyla verilmesi) eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- ABO uyumsuzluğu olan kan veya kan ürünlerine bağlı bir hemolitik reaksiyona eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- Sağlık hizmet kurumunda yatan, düşük-riskli gebe bir kadının doğum yapmasına eşlik eden maternal ölüm veya ciddi engellilik
- Sağlık kurumunda sağlık hizmeti almakta olan bir hastada, o sırada başlayan hipoglisemiye eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- Yeni doğanlardaki hiperbilirubineminin fark ve tedavi edilmemesine eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik (kernicterus)
- Sağlık kurumuna yatış sonrası gelişen evre III veya IV basınç ülserleri
- Spinal manipülasyon tedavisine bağlı ölüm veya ciddi engellilik
- Yanlış donörden alınan spermle veya yanlış yumurtaya uygulanan yapay inseminasyon

Çevresel Olaylar

- Sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti almakta olan hastanın elektrik çarpması veya elektif kardiyoversiyon sırasında ölmesi
- Oksijen veya başka bir gaz verilmek üzere hastaya bağlanan sistemle, yanlış veya toksik maddelerle kontamine gaz verilmesi nedeniyle gelişen herhangi bir sağlık sorunu
- Sağlık hizmet kurumundaki sağlık hizmeti almakta olan bir hastada meydana gelen, herhangi bir kaynağa bağlı yangıya eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- Sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti almakta olan bir hastanın düşmesine eşlik eden ölüm veya ciddi engellilik
- Sağlık hizmet kurumunda sağlık hizmeti almakta olan bir hastada, hareketlerinin kısıtlanması amacıyla kullanılan donanıma veya yatak kenarlıklarına bağlı ölüm veya ciddi engellilik

Suç Oluşturan Olaylar

- Bir hekim, hemşire, eczacı veya lisanslı diğer personel rolünü oynayan bir birey tarafından

Tablo 4. Turkuaz Standardı

Yönetmel Süreçler	Destek Süreçleri	Operasyonel Süreçler
İsraf yönetimi Liderlik Global Trigger Tool	Erken uyarı El hijyeni Yeniden Kabuller	Bası Yarası İzlenebilirlik Ölçütleri VAP Bundle AMI bakımı Santral Hat Bundle VTE PAKETİ

Kaynak: www.turkuaz.org.tr

istenen veya uygulanan herhangi bir sağlık hizmeti

- Herhangi bir yaştaki bir hastanın kaçırılması
- Bir hastanın sağlık hizmet kurumunda veya arazisinde cinsel saldırıya uğraması
- Bir hastanın ya da kurum personelinin, sağlık hizmet kurumunda veya arazisinde fiziksel şiddet uygulanması (dövülmesi) sonucu ölmesi veya önemli derecede yaralanması

KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ AÇISINDAN HASTANE KAYNAKLI DURUMLAR VE TURKUAZ STANDARDI:

SGK'nun takip etmesi gereken anahtar sorun alanları bulunmaktadır. Okumalarımıza göre geri ödeme sisteminin çözmek amacı ile odağına alması gereken sorun alanları şunlardır: Sağlık hizmetlerinde israf, Klinik Kalite Göstergeleri, Hastane Kaynaklı Enfeksiyonların Mali Yükü, Aşırı kullanım (over use), yetersiz (under use) ve yanlış kullanım (mis use) ve Önlenebilir Hasta Güvenliği Uygulamalarının mali yükü öncelikli sorun alanlarını oluşturmaktadır. İlk üç sorun alanı daha önceliklidir. İlk üç sorun alanında elde edilecek başarılı sonuçların ardından diğer iki sorun alanına kaynaklar aktarılmalıdır. Nitekim SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü ve TUBİTAK-TUSSİDE (Türkiye Sanayi ve Sevk İdaresi) tarafından ortaklaşa yürütülen "Çıktı Odaklı Sağlıkta Kalite Standardı" projesinin meyvesi olarak Turkuaz Sağlık Bakımı Kalite Standardı (bundan sonra Turkuaz Standardı) 2014 yılının başlarında yayımlanmıştır. Standarda kısaca göz atmakta fayda vardır

Hazırlanan standart, üç sorun alanına dikkat çekmek için hazırlanmıştır. Birinci sorun alanını israf oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ifası sırasında israflar oluşmakta mıdır? Eğer israf var ise bu sorun alanına yönelik hangi yaklaşımlar geliştirilebilir? Son olarak israfın mali yükü hesaplanabilir mi? İkinci sorun alanı ise, geri ödeme sistemi açısından hastaların aldığı sağlık hizmeti ile almaları gereken sağlık hizmeti arasında fark var mıdır? Fark var ise

hasta lehine veya aleyhine midir? Üçüncü sorun alanı ise Türkiye çapında Sağlık Hizmet Sunumu ile İlişkili Enfeksiyonların mali yükü nedir? Sorusuna cevap aramaktır. Bu sorun alanlarına yönelik olarak Yönetmel, Destek ve Operasyonel Süreçlerden oluşan toplam 12 alana sahip ve 12 rehber ve bir sözlükle desteklenmiş bir standart hazırlanmıştır (Turkuaz Standardı, 2014:1-40, Turkuaz Standardı Sözlüğü, 2104:1-16). Ayrıca 12 modül için birer broşür hazırlanarak sağlık kurumlarına gönderilmiştir. Aşağıda kısaca Turkuaz Standardının modülleri tablolaştırılmıştır.

Klinik Kaliteye, hastanelerde değer oluşturmayan süreçlerin elimine edilmesine odaklanan Turkuaz standardının anlayışı ile HKD arasında paralellikler bulunmaktadır. *Bası Yarası*, *VTE (Venöz Tromboemboli)*, *VİP (ventilatörle ilişkili pnomoni) bundle*, *Santral hat bundle (Temel önlem paketine bundle denilir)* ve *Global Trigger tool modüllerinin içeriği (12 Modül Broşürleri)* ile 10 HKD durum uygulaması benzerlikler taşımaktadır. Esasen sadece advers olayları değerlendirme aracı olarak geliştirilen Global Trigger Tool uygulaması 10 HKD'ü zaten içermektedir. Bu bağlamda geriye kalan tek şey ise yayımlanan standart ve modüllere işlerlik kazandırmak ve uygulama sonuçlarını geri ödeme sistemine entegre etmektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

DBSA ile entegre edilecek olan Turkuaz Standardının geri ödeme politikasına entegrasyonu için çok kuvvetli gerekçeler bulunmaktadır. Kısaca gerekçeleri ayrıntılandırarak olursak;

- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşının aldıkları ve almaları gereken sağlık hizmetleri arasında büyük ve olumsuz bir farkın kapanmaya ihtiyacı vardır:
- Hasta güvenliği konusundaki eksiklikler ve bu bağlamda önlenebilir advers olayların engellenme ihtiyacı bulunmaktadır.
- Sağlık hizmetlerine eşlik eden enfeksiyonlar, karşımıza çok sık çıkmakta ve toplumsal refahı

etkilemekte ve ekstra yatış, ekstra maliyet ve diğer hasta gruplarına göre daha fazla ölüm sıklığı yaşatmaktadır.

- Sağlık hizmeti alanlar hasta güvenliğini; yüksek kaliteyi, güvenli performansı ödüllendirerek ve kötü performansın düzeltilmesi için kamuoyu oluşturarak sürecin iyileştirilmesine katkıda bulunabilirler.

Kuvvetli bir siyasi irade ile birlikte DBSA anlayışının yerleşebilmesi için geri ödeme sisteminin kullanması gereken sağlam araçlara ihtiyacı bulunmaktadır. Bu araçları sıfırdan geliştirmeye gerek yoktur. Hazırlanan Turkuaz Standardının genel içeriğinden hareketle 10 HKD durum benzeri bir yapılanmaya ve yazılım ile birlikte geri ödeme sistemine entegrasyon kazandırılmalıdır. İlk önce pilot bir çalışma yapılmalıdır. Pilot çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye geneli için bir takvim oluşturularak paydaşlara ilan edilmelidir. Turkuaz standardının modülleri hem teşvik sistemine hem de ceza sistemine uygundur. Karar vericilerin ceza sisteminden ziyade teşvik sistemini kurgulaması gerektiği düşünülmektedir. Entegrasyon sayesinde hem tahsisat verimliliği hem de üretim verimliliği gerçekleştirilmiş olunacaktır.

Özellikle takip edilmesi gereken temel bilgi kaynakları ve politika geliştiren kurumların uygulamaları güncel olarak takip edilmelidir. NQF, Eyalet uygulamaları ve Joint Commision Sentinel olay uyarıları çok dikkatle takip edilmelidir.

KAYNAKÇA

1. "12 Modül Broşürleri", Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Müdürlüğü Yayınları <http://turkuazstandart.org.tr/kategori/3/12-turkuaz-brosur> 21.11.2014 tarihli erişim
2. "Turkuaz Sağlık Bakımı Kalite Standardı Sözlüğü", (2014), Çıktı Odaklı Sağlıkta Kalite Standardı", Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Müdürlüğü Yayınları Sözlüğü http://turkuazstandart.org.tr/upload/cikti_odakli_sozluk_www.pdf 21.11.2014 tarihli erişim
3. "Turkuaz Standart Sağlıkta Kalite Standardı", (2014) Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Müdürlüğü Yayınları http://turkuazstandart.org.tr/upload/ciktiodakli_saglikta_kalite_www.pdf 21 11 2014 tarihli erişim
4. <http://turkuazstandart.org.tr/kategori/3/12-turkuaz-brosur> (12 Broşür için) 21.11.2014 tarihli erişim
5. Grace M. Lee, M.D., M.P.H., Ken Kleinman, Sc.D., Stephen B. Soumerai, Sc.D., Alison Tse, Sc.D., David Cole, B.M., Scott K. Fridkin, M.D., Teresa Horan, M.P.H., Richard Platt, M.D., Charlene Gay, B.A., William Kassler, M.D., M.P.H., Donald A. Goldmann, M.D., John Jernigan, M.D., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H. (2012), Effect of Nonpayment for Preventable Infections in U.S. Hospitals *N Engl J Med* 2012;367:1428-37.
6. Health Care Purchaser Toolkit: HOSPITAL-ACQUIRED CONDITION PAYMENT POLICY (2009) Developed for NBCH by: www.discernconsulting.com 410-542-4470
7. Hospital-Acquired Conditions (HAC) in Acute Inpatient Prospective Payment System (IPPS), (2012) Hospitals Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services 2012 ICN 901045 October 2012 <http://www.cms.gov/HospitalAcqCond>, 21.11.2014 tarihli erişim
8. <http://www.cms.gov/HospitalAcqCond> 26.11.2014 tarihli erişim
9. Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health Care System (Washington, D.C.: National Academy Press, 1999), 26.
10. Keckley, P., Coughlin, S., & Gupta, S. (2011). Value-Based Purchasing: A Strategic Overview for Health Care Industry Stakeholders. Deloitte Center for Health Solutions. http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/Health%20Reform%20Issues%20Briefs/US_CHS_ValueBasedPurchasing_031811.pdf. Deloitte, 26.11.2014 tarihli erişim
11. LaBresh Kenneth A, MD Jarrett Nicole, MSPH Lux Linda, MPA CMS Project Officer: Radey Linda A., PhD (2012) Evidence-based Guidelines for Selected and Previously Considered Hospital-Acquired Conditions Report Update RTI International 3040 Cornwallis Road Research Triangle Park, NC 27709 RTI Project Number 0209853.231.00
12. Miltenberger, Barbara; Blackwell Husch, City Jefferson, Downs Sarah, Blackwell Husch; (2012), Value-Based Purchasing—What's Ahead for Healthcare Providers AHLA Connections, (Amerikan Health Lawyers Association) February ss: 16-22 www.healthlawyers.org 25.11.2014 tarihli erişim
13. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare—2009 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2009.
14. National Quality Forum (NQF). Serious Reportable Events in Healthcare 2006 Update: A Consensus Report. (Washington, D.C.: NQF, 2007), vi.
15. Rosenthal, Jill and Hanlon, Carrie, Nonpayment for Preventable Events and Conditions: Aligning State and Federal Policies To Drive Health System Improvement December 2009 www.nashp.org 26.11.2014 tarihli erişim
16. Snow, Catherine. L., MPH Linda Holtzman, MHA Hugh Waters, PhD Nancy T. McCall, ScD Michael Halpern, MD Lisa Newman, MSPH John Langer, PhD Terry Eng, MS Carolyn Reyes Guzman, MPH Federal Project Officer: Susannah G. Cafardi (2012) Accuracy of Coding in the Hospital-Acquired Conditions—Present on Admission Program Final Report, RTI International 3040 Cornwallis Road Research Triangle Park, NC 27709
17. National Strategy for Quality Improvement in Health Care, (2011), Department of Health and Human Services, Report to Congress: (Mar. 2011), s. 9, www.healthcare.gov/law/resources/reports/quality03212011a.html
18. "Medicare Hospital Value-based Purchasing Plan Development," Issue Paper, U.S. Department of Health & Human Services, 1st Public Listening Session, January 17, 2007, https://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/downloads/hospital_VBP_plan_issues_paper.pdf
19. Shoemaker, Paul, (2011), What Value-Based Purchasing Means To Your Hospital, *Healthcare financial management: Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 65(8), 60-68.